



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SALVADOR – UCSAL**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA**

**ISAURA MANUELA PIMENTEL NUNES**

**A QUESTÃO SOCIAL DA VELHICE: O ENVELHECIMENTO NA**  
**AGENDA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL**

**SALVADOR**

**2018**

ISAURA MANUELA PIMENTEL NUNES

**A QUESTÃO SOCIAL DA VELHICE: O ENVELHECIMENTO NA  
AGENDA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica de Salvador – UCSAL como requisito para obtenção do grau de Mestre em Políticas Sociais e Cidadania.

Área de concentração: Políticas Sociais e Cidadania

Orientador: Prof.º Dr. Dirley da Cunha Júnior

SALVADOR

2018

Ficha Catalográfica. UCSal. Sistema de Bibliotecas

N972 Nunes, Isaura Manuela Pimentel

A questão social da velhice: o envelhecimento na agenda das políticas públicas de saúde no Brasil / Isaura Manuela Pimentel Nunes. – Salvador, 2018. 96 f.

Orientador: Prof. Dr. Dirley da Cunha Júnior.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania.

1. Pessoa Idosa 2. Velhice 3. Envelhecimento da População 4. Saúde Pública 5. Políticas Públicas I. Cunha Júnior, Dirley da – Orientador II. Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação III. Título.

CDU 364.444-053.9

## TERMO DE APROVAÇÃO

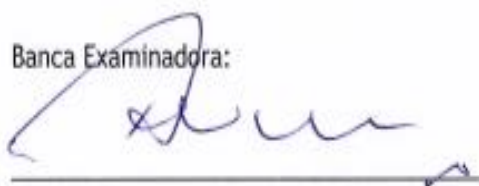
ISAURA MANUELA PIMENTEL NUNES

### “A QUESTÃO SOCIAL DA VELHICE: O ENVELHECIMENTO NA AGENDA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL”

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas  
Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 10 de dezembro de 2018.

Banca Examinadora:



Prof.(a) Dr.(a) Dirley da Cunha Júnior- UCSAL (orientador)



Prof.(a) Dr.(a) André Alves Portella - UCSAL



Prof.(a) Dr.(a) Ricardo Mauricio Freire Soares - UFBA

## **DEDICATÓRIA**

Ao meu avô Antônio Felipe Pimentel, e às minhas avós Lucila Souza Pimentel e Delmira Alves Nunes.

## **AGRADECIMENTOS**

Como certo, agradeço em primeiro lugar, e sempre, a Deus que, com toda sua grandeza e misericórdia, guia os meus passos rumo a novas conquistas.

Em tempo, agradeço aos meus pais, Carlos e Andrea, maiores incentivadores da minha crescente busca pelo conhecimento.

Aos meus filhos Bernardo e Lívia – que em breve chegará completando a família – e ao pai deles e meu esposo, Danilo Monteiro, por fazerem parte da minha vida e me ensinarem a viver a verdadeira felicidade.

Ao meu orientador, Professor Dirley da Cunha Júnior, por todo o seu apoio ao desenvolvimento exitoso do presente trabalho. Aos demais membros da banca, os professores André Portella e Ricardo Maurício, pelas valiosas contribuições. E a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica de Salvador.

A todos os colegas do mestrado, desde quando aqui ingressei como aluna especial do Programa, pelas discussões e troca de ideias sobre o tema apresentado e pelo constante estímulo para o aprimoramento desta pesquisa.

A todos os assistidos da Defensoria Pública do Estado da Bahia, em especial do Núcleo de Proteção à Pessoa Idosa e do Núcleo de Proteção aos Direitos Humanos que, ao longo dos anos em que lá trabalhei, me fizeram perceber que o direito posto de nada serve se a sua efetivação não ocorrer em benefício dos que dele realmente precisam.

“Quando o envelhecimento é aceito como um êxito, o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas”.

Artigo 6º da Declaração Política da Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento –  
Madri, 2002

## RESUMO

O acelerado processo de envelhecimento da população em nível mundial, e em especial o da população brasileira – marcado por grandes desigualdades sociais – traz implicações de ordem social, política e econômica, exigindo determinações legais e políticas públicas capazes de prover este processo de envelhecimento de dignidade e respeito. Percebendo a velhice como uma impactante questão social na contemporaneidade, a presente dissertação tem como objetivo realizar uma análise da evolução do tratamento legal destinado ao idoso no Brasil, bem como das políticas públicas de saúde voltadas especificamente a esse segmento populacional, trazendo os seus principais avanços e limitações. Para tanto, será utilizada como questão norteadora, a forma como o Estado e a sociedade brasileira atuam frente ao envelhecimento de sua população, e em que medida a não efetividade das políticas existentes impede que elas viabilizem o viver e envelhecer com qualidade. Trata-se de uma pesquisa descritiva e explicativa, tendo como procedimentos técnicos o levantamento bibliográfico e a pesquisa documental. Inicialmente, serão trazidas considerações acerca do fenômeno do envelhecimento populacional em nível global, com especial enfoque para a evolução demográfica no Brasil, compreendendo de que forma acontece este processo e como a problemática da terceira idade aparece como uma questão social. Será traçado, então, o novo perfil populacional brasileiro, com seus principais aspectos sociodemográficos. Em seguida, a investigação se dará sobre o desenvolvimento do tema envelhecimento na agenda internacional das políticas públicas, e de que forma a colocação da velhice nos principais debates internacionais acerca das questões sociais influenciou nas políticas e programas dirigidos à população idosa no nosso país. Também serão abordados os principais marcos legais e regulatórios, momento em que se analisará o surgimento e a consolidação dos direitos dos idosos no Brasil, bem como a sua abordagem na agenda da política pública de saúde brasileira.

**PALAVRAS-CHAVES:** pessoa idosa, velhice, envelhecimento da população, saúde pública, políticas públicas.



## **ABSTRACT**

The accelerated aging process of the world population, especially the Brazilian population - marked by great social inequalities - brings with it social, political and economic implications, requiring legal determinations and public policies capable of providing this process of aging of dignity and respect. The aim of this dissertation is to analyze the evolution of legal treatment for the elderly in Brazil, as well as public health policies aimed specifically at this segment of the population, bringing their main advances and limitations. In order to do so, it will be used as a guiding question, in what way the State and Brazilian society act in the face of the aging of its population, and to what extent the non-effectiveness of existing policies prevents them from making it possible to live and grow old with quality. It is a descriptive and explanatory research, having as technical procedures the bibliographical survey and the documentary research. Initially, consideration will be given to the phenomenon of population aging at a global level, with a special focus on demographic evolution in Brazil, understanding how this process happens and how the problem of old age appears as a social issue. It will be traced, then, the new Brazilian population profile, with its main socio-demographic aspects. Next, the research will focus on the development of the aging theme in the international agenda of public policies and how the placement of old age in the main international debates on social issues has influenced the policies and programs directed to the elderly population in our country. The main legal and regulatory frameworks will also be addressed, at which time the emergence and consolidation of the rights of the elderly in Brazil will be analyzed, as well as their approach in the Brazilian public health policy agenda.

**KEYWORDS:** elderly, old age, aging population, public health, public policies.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Projeção da população mundial (até 2100) .....	18
Gráfico 2 - Projeção da população mundial com 60 anos ou mais (até 2100) .....	19
Gráfico 3 – Pirâmide etária do Brasil (2018) .....	20
Gráfico 4 – Taxas Brutas de Natalidade e Mortalidade (2010 – 2060) .....	31
Gráfico 5 - Pirâmide etária do Brasil (2010) .....	32
Gráfico 6 - Pirâmide etária / Projeção da população do Brasil (2020) .....	32
Gráfico 7 - Pirâmide etária / Projeção da população do Brasil (2030) .....	33
Gráfico 8 - Pirâmide etária / Projeção da população do Brasil (2060) .....	33
Gráfico 9 - Distribuição da população por sexo e grupo de idade (2017) .....	34
Gráfico 10 - Expectativa de vida ao nascer – Total / Homens / Mulheres (2010 – 2060) .....	35

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ART.	Artigo
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CF/88	Constituição Federal da República de 1988
CNDI	Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos
COBAP	Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada de Assistência Social
CREASI	Centro de Referência de Atenção ao Idoso
DUDH	Declaração Universal de Direitos Humanos
EC	Emenda Constitucional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LC	Lei Complementar
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAG/PNI	Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso
PAIF	Serviço de Proteção e Atendimento Integral a Família
PIDESC	Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI	Política Nacional do Idoso
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNPSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa de Saúde das Famílias
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único da Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>1 A DINÂMICA DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: CONCEITOS E FUNDAMENTOS TEÓRICOS</b> .....	18
1.1. Evolução demográfica: o novo perfil populacional brasileiro.....	18
1.2. O envelhecimento sob o enfoque social.....	24
1.3. Aspectos sóciodemográficos da população idosa no Brasil.....	30
<b>2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O IDOSO</b> .....	39
2.1. Desenvolvimento do tema envelhecimento na agenda internacional das políticas públicas.....	39
2.2. Envelhecimento populacional: experiências em Portugal e na Espanha.....	45
<b>3 A PESSOA IDOSA COMO SUJEITO DE DIREITO</b> .....	51
3.1. Marcos Legais e Regulatórios: surgimento e consolidação dos direitos dos idosos no Brasil.....	51
3.2. A Saúde da pessoa idosa como direito prioritário.....	61
3.3. O idoso na agenda da Política Pública de saúde brasileira.....	67
<b>CONCLUSÃO</b> .....	81
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	89

## INTRODUÇÃO

O rápido incremento no número de pessoas idosas no Brasil vem implicando em problemas de ordem social, política e econômica, exigindo determinações legais e políticas públicas capazes de prover este processo de envelhecimento de dignidade e respeito. Sabendo que o idoso encontra-se em natural processo de diminuição de produtividade e contribuição, faz-se necessário, além da elaboração e execução de políticas específicas, repensar o seu lugar na sociedade.

O envelhecimento populacional é colocado por todos como uma grande conquista da humanidade, devido ao avanço das políticas sociais, em especial as de saúde. Mas não se pode perder de vista que o mesmo ainda pode aparecer como um grande problema para as nações em desenvolvimento, como o Brasil, caso não se elaborem e executem políticas específicas e programas que busquem a promoção do envelhecimento digno e que contemplem as reais necessidades das pessoas idosas.

Dentro da análise deste quadro, deve-se considerar as peculiaridades do envelhecimento no nosso país, marcado por grandes desigualdades sociais. Estudos comprovam que o Brasil deverá passar, entre 1960 e 2025, da 16ª para a 6ª posição mundial em termos de número absoluto de indivíduos com 60 anos ou mais. A população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017, já sendo o quinto país do mundo em número absoluto de idosos (IBGE, 2018).

Esta última pesquisa divulgada pelo IBGE (2018) afirma que no ano de 2012 a população de brasileiros com 60 anos ou mais já era de 25,4 milhões. E que os 4,8 milhões de novos idosos incorporados à população nestes cinco anos correspondem a um crescimento de 18,8% desse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo no Brasil. Também destaca que as mulheres são maioria expressiva nesse grupo, com 16,9 milhões (56% dos idosos), enquanto os homens idosos são 13,3 milhões (44% do grupo).

Comparativamente, destaca o IBGE, que a população total brasileira cresceu de 198,7 milhões para 207,1 milhões nos últimos cinco anos (registrando um aumento de 4,2%), e que o número de brasileiros entre 0 e 9 anos caiu 3,6% de 2012 a 2017. Portanto, há cinco anos, eram 28 milhões de crianças nessa faixa etária, e agora são 26,7 milhões, ou seja, elas

representam apenas 12,9% da população – o que comprova a tendência do envelhecimento demográfico experimentado pelo país.

Os técnicos do IBGE envolvidos na divulgação da pesquisa observam que, uma vez que sejam mantidas as tendências dos parâmetros demográficos implícitas na projeção da população do Brasil, o país percorrerá velozmente um caminho rumo a um perfil demográfico cada vez mais envelhecido, fenômeno este que implicará em necessidades de adequações nas políticas sociais, em especial aquelas voltadas para atender as demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social.

Embora não se possa negar que na atualidade, no Brasil, o idoso já encontra uma maior proteção legal, que reconhece as suas particularidades e se justifica pela necessidade de lhe assegurar igualdade jurídica em razão do envelhecimento que o vulnerabiliza perante os indivíduos das demais faixas etárias – em razão dos imperativos da modernidade – a questão social do idoso tem sido pouco pesquisada ou teorizada, assim como outras tantas temáticas relacionadas ao envelhecimento.

Destacando aspectos básicos da proteção legal, a Constituição Federal de 1988 no artigo 1º, incisos I e II, afirma que a cidadania e a dignidade da pessoa humana são fundamentos do Estado Democrático de Direito, assegurando no artigo 3º que um dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil é o de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”, dando importância, portanto, à não discriminação do cidadão em razão da sua idade.

No que se refere à normativa infraconstitucional, merece destaque a Lei nº 8.842/1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e que, conforme o artigo 1º, “tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”, sendo mais um importante instrumento disponível para o fortalecimento da defesa dos direitos inerentes à este segmento populacional.

Ratificando o caráter fundamental do direito à saúde, e ao mesmo tempo confirmando que este, com direito social, pressupõe um protagonismo do Poder Público, o artigo 10 determina que, na implementação da política nacional do idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos na área de saúde, dentre outras, garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do SUS; prevenir, promover, proteger e recuperar

a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas; 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.

Paralelamente, encontra-se em vigor a Lei nº. 10.741/2003, o Estatuto do Idoso, que tem como objetivo promover a inclusão social e garantir os direitos desses cidadãos, uma vez que essa parcela da população encontra-se desprotegida, merecendo tratamento e atenção especial. O referido Estatuto justifica-se pela condição de fragilidade do idoso, apontando a proteção à velhice como um direito, e, conforme previsão do seu artigo 1º, destina-se a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos.

No capítulo em que se especifica “Do Direito à Vida”, o artigo 8º assevera que “o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social”. Quanto a isto, VILAS BOAS (2009) observa que o envelhecimento encontra-se dentro dos direitos da personalidade além de, pela expressão ‘personalíssimo’, compreender-se que esse direito concerne a uma pessoa ou a um grupo com individualidades coincidentes ou características especiais.

Logo em seguida, no artigo 9º, apenas realçando uma relevante obrigação estatal já definida constitucionalmente, dispõe o referido Estatuto que “é obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade”.

Neste mesmo sentido, o Estatuto do Idoso estabelece no seu artigo 15 que “é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – 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”.

Não é demais lembrar que a pessoa idosa faz jus não só à proteção integral, como também à tutela prioritária, que o coloca em situação preferencial na efetivação de direitos fundamentais de todos os seres humanos, em especial o direito à saúde, pelo notório fato de a qualidade da saúde da pessoa estar em decrescência quanto mais ela se torna idosa (BARLETTA, 2010).

Entretanto, apesar de toda essa proteção legal, e da determinação de que é dever do Estado garantir integralmente o direito à saúde e prestar assistência médico-hospitalar adequada à população, as pessoas idosas, de forma ainda mais acentuada, continuam sofrendo

com todos os problemas da saúde pública, sem direito à prioridade que lhe é assegurada. E não há como se desconsiderar que a manutenção da boa saúde é condição fundamental para se envelhecer bem.

Ademais, fato é que há um descompasso entre o envelhecimento rápido da população e a implementação de políticas concretas, embora tenha havido um marco legal para defini-las. Apesar dos textos legais pós-CF/1988, principalmente da Política Nacional do Idoso de 1994 e do Estatuto do Idoso de 2003, destaca-se que as formas de atenção à pessoa idosa vêm sofrendo avanços e modificações, no entanto, no nosso país, a configuração de uma política articulada, abrangente e eficiente para essa população ainda se mostra incipiente (FALEIROS, 2012).

Deste modo, o presente estudo tem como principal objetivo realizar uma análise da evolução do tratamento legal destinado ao idoso no Brasil, bem como das políticas públicas voltadas especificamente a esse segmento populacional, trazendo os seus principais avanços e limitações. Será utilizada como questão norteadora, de que forma o Estado e a sociedade brasileira atuam frente ao envelhecimento de sua população, e em que medida a não efetividade das políticas existentes impede que elas viabilizem o viver e envelhecer com qualidade.

Para tanto, inicialmente, se buscará compreender de que forma acontece o processo de envelhecimento da população brasileira, percebendo a velhice como uma questão social, o que possibilitará o conhecimento das expectativas e necessidades próprias da pessoa idosa, momento em que será traçado o novo perfil populacional brasileiro, abordando, também, os seus principais aspectos sóciodemográficos.

Aqui, através da utilização de dados provenientes dos censos demográficos do IBGE complementados com os dados das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios – PNAD, será investigada a composição da população idosa por sexo, idade, região e raça/cor, considerando, também, dados sobre a mortalidade e saúde desse segmento populacional, bem como os seus rendimentos, destacando a sua composição e participação no orçamento familiar.

Em seguida, a investigação se dará sobre o desenvolvimento do tema envelhecimento na agenda internacional das políticas públicas, quando se buscará compreender de que forma a colocação da velhice nos principais debates internacionais acerca das questões sociais – principalmente após a realização das duas Assembleias Mundiais sobre o Envelhecimento



(ocorridas nos anos de 1982 e 2002) – influenciaram tanto na formulação como na implementação das políticas e programas dirigidos à população idosa no Brasil.

Será possível perceber que nas primeiras discussões internacionais em que foram trazidas as questões relacionadas ao envelhecimento – tanto individual, quanto da população – o foco principal era a situação de bem-estar social dos idosos dos países desenvolvidos. Era notória a necessidade do reconhecimento do idoso como um novo ator social, com todas as suas necessidades e especificidades. Mas, ao mesmo tempo, não se pode negar que a agenda política dos países em desenvolvimento também passou a incorporar, ainda que paulatinamente, a questão do envelhecimento.

Por fim, também serão abordados os principais marcos legais e regulatórios, momento em que se analisará o surgimento e a consolidação dos direitos dos idosos no Brasil, bem como a sua abordagem na agenda da política pública de saúde brasileira. Aqui será discutido se todo o avanço registrado na questão do envelhecimento populacional realmente se faz valer no cotidiano dos idosos brasileiros, ou se é preciso repensar os mecanismos de proteção social então existentes.

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo, que se utiliza dos procedimentos técnicos de levantamento bibliográfico e documental. CERVO E BERVIAN (2002) destacam que a pesquisa documental busca esclarecer os fenômenos por meio de referenciais documentados, a fim de analisar as contribuições culturais ou científicas sobre determinado assunto, tema ou problema. E MICHEL (2009) define que a escolha pela análise documental permite ao pesquisador uma gama de informações que podem ser obtidas em diversas fontes, escritas ou não, primárias ou secundárias. E é esta junção que permite um cruzamento de informações a fim de elucidar o objeto da pesquisa.

O estudo sobre os impactos do envelhecimento populacional no Brasil, bem como sobre o tratamento legal dispensado ao idoso e o quadro geral das políticas públicas de saúde destinadas à população idosa brasileira, torna-se particularmente oportuno se levarmos em conta o rápido e crescente processo de envelhecimento desta, sem perder de vista a condição humana na velhice, que deve ser percebida como uma impactante questão social na contemporaneidade.

Desta forma, justifica-se realizar a presente investigação devido à importância das discussões acadêmicas acerca do idoso, uma vez que com maior longevidade, autonomia, qualidade de vida e independência econômica, o segmento idoso irá ocasionar impactos nas

regras atuais da sociedade (PEREIRA, 2010). Torna-se relevante, então, o conhecimento mais aprofundado das expectativas e necessidades próprias da pessoa idosa, bem como as consequências e os impactos sociais do seu não atendimento pleno através das políticas públicas existentes.

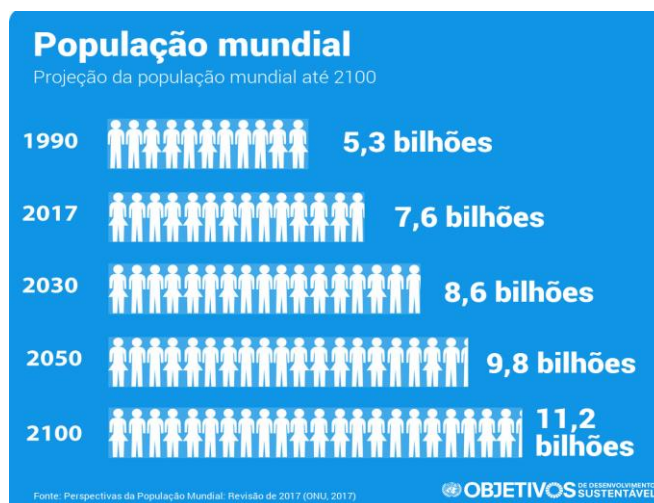
# 1 A DINÂMICA DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: CONCEITOS E FUNDAMENTOS TEÓRICOS

## 1.1. EVOLUÇÃO DEMOGRÁFICA: O NOVO PERFIL POPULACIONAL BRASILEIRO

A questão do envelhecimento populacional é assunto de destaque nos principais debates acerca das questões sociais do século XXI. A população mundial hoje é estimada em mais de sete bilhões de pessoas, sendo que dentro destas, cerca de um bilhão formam o contingente de idosos (ONU, 2017). Compreendendo o envelhecimento como fenômeno social, e sabendo que ele se materializa no aumento da expectativa de vida, a sua maior consequência é a existência de demandas sociais acumuladas exigindo que sejam priorizadas políticas específicas para este segmento.

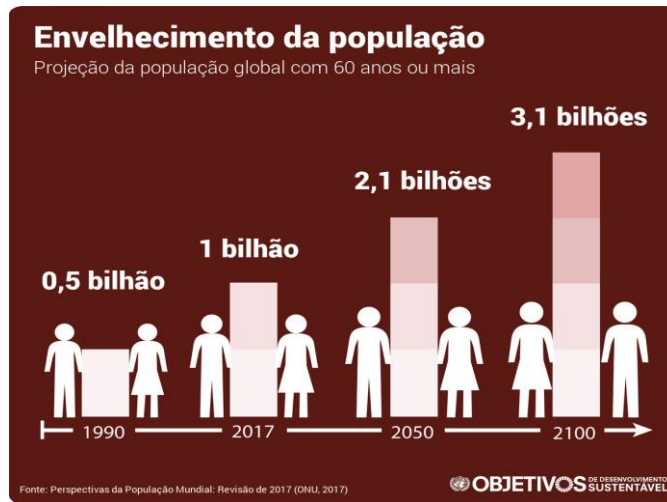
A ONU ainda considera o período entre 1975 e 2025 como a Era do Envelhecimento, entretanto destaca que, enquanto nas nações desenvolvidas, no período entre 1970 e 2000, o envelhecimento populacional observado foi de 54%, nos países em desenvolvimento atingiu 123%. Estima-se que, no mundo, os idosos serão mais de 2 bilhões em 2050 e mais de 3 bilhões em 2100 (ONU, 2017).

Gráfico 1 - Projeção da população mundial (até 2100)



FONTE: ONU, 2017. Disponível em: <<https://trello-attachments.s3.amazonaws.com/56144c98a4fd31edb5227151/594c4064d4ec4ea9688077dc/3079a719da387ecbb469f53a82a86fdd/Population-Graphic-PORTUGUESE.jpg>>

Gráfico 2 - Projeção da população mundial com 60 anos ou mais (até 2100)



FONTE: ONU, 2017. Disponível em: <<https://trello-attachments.s3.amazonaws.com/56144c98a4fd31edb5227151/594c4064d4ec4ea9688077dc/660f4d7b5f5af8044f7e77eb221da48d/Age-Graphic-PORTUGUESE.jpg>>

Trazendo a discussão para nível nacional, a cada novo ano mais de 1 milhão de idosos são incorporados à população brasileira (IBGE, 2018). O aumento do percentual de idosos em uma população, denominado envelhecimento demográfico, traz variadas consequências sociais, sendo que a repercussão econômica no aumento da população idosa dá-se pela grande quantidade de pessoas sem condição de auto sustento, pelo aumento das despesas com saúde e pela queda da renda devido à redução no número de indivíduos economicamente ativos.

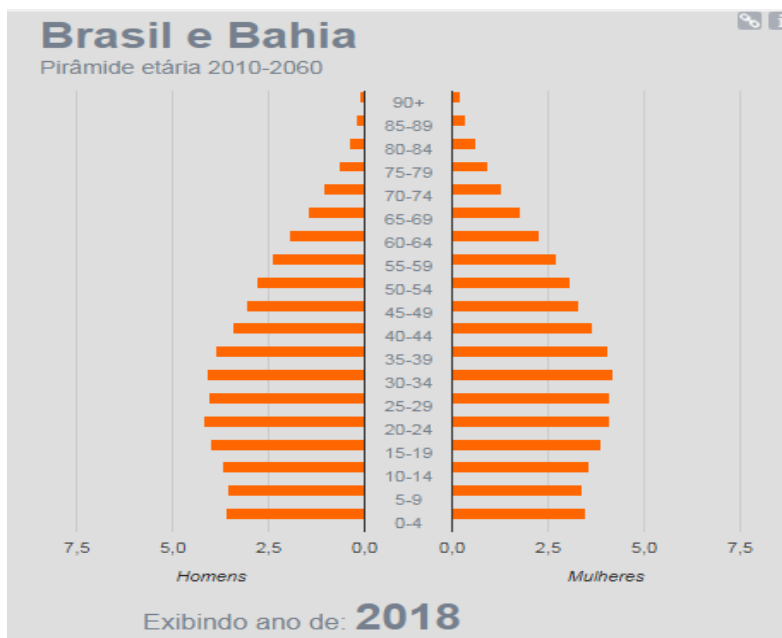
E é pelo impacto que este incremento pode causar às diferentes esferas das relações humanas, que o envelhecimento populacional sai do lugar comum e agora aparece como um desafio a ser politicamente enfrentado, e que a velhice surge como tema emergente na agenda das políticas públicas. É neste sentido que PESSOA (2009) afirma que “o envelhecimento questiona não só as políticas públicas, mas também a predominância do aspecto econômico sobre o social e o humano e a importância da justiça social e dos direitos da cidadania”.

Como visto, o crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações ocorrem de forma bastante acelerada. Projeções indicavam que em 2020 o Brasil seria o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas (VERAS, 2009). Entretanto, segundo dados da última PNAD, divulgada pelo IBGE (2018), hoje o Brasil é o quinto país do mundo em número absoluto de idosos e, como a população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e

ganhou 4,8 milhões de idosos desde o ano de 2012, já superou a marca dos 30 milhões de idosos em 2017.

Sabendo que a população total brasileira registrou um aumento de 4,2% nos últimos cinco anos – passando de 198,7 milhões para 207,1 milhões – e que neste mesmo período o número de brasileiros entre 0 e 9 anos caiu 3,6% (hoje eles são 26,7 milhões e representam 12,9% da população) e o número de brasileiros com 60 anos ou mais registrou um crescimento de 18,8% (hoje eles são 30,2 milhões e representam 14,6% da população), resta comprovado o envelhecimento demográfico experimentado pelo país.

Gráfico 3 – Pirâmide etária do Brasil (2018)



FONTE: IBGE, 2018. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Disponível em <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>

A transição demográfica define-se a partir das alterações verificadas no comportamento das taxas de fecundidade e de mortalidade que, por sua vez, determinam o padrão etário e o ritmo de crescimento de uma determinada população. Autores como BRITO (2007) afirmam que ela se desenvolve em diferentes etapas, e que essa análise em etapas facilita a percepção da heterogeneidade e diferenciação da ocorrência da transição demográfica em diferentes localidades. As etapas são:

- a) Primeira (pré-transacional ou incipiente): apresenta altas taxas de fecundidade e de mortalidade, caracterizado uma dinâmica de baixo crescimento populacional;
- b) Segunda (moderada): nesta fase a taxa de mortalidade começa a cair, enquanto a taxa de fecundidade mantém-se elevada, provocando crescimento populacional;
- c) Terceira (moderadamente avançada, plena ou em progresso): a taxa de mortalidade que, já vinha caindo, se mantém em queda, concomitantemente há declínio na taxa de fecundidade e, com isso, o crescimento populacional vai se tornando cada vez menor;
- d) Etapa pós-transacional (avançada ou muito avançada): apresenta diminuição mais acentuada na taxa de fecundidade do que na de mortalidade, ocasionando taxas bastante reduzidas, nulas ou até mesmo negativas de crescimento populacional.

Fácil perceber, então, que o envelhecimento das populações apresenta diferentes estágios de evolução. Segundo PESSOA (2009), o que se tem observado atualmente no Brasil é uma diminuição progressiva de pessoas na faixa das menores idades e um grande avanço da expectativa de vida, resultando no aumento de pessoas com idade mais avançada, o que qualifica o envelhecimento populacional.

É CHAIMOWICZ (1997) que nos explica que entre os anos de 1940 e 1960, o Brasil sofreu uma queda nas taxas de mortalidade, mas manteve ainda taxas de natalidade e fecundidade relativamente altas. A partir da década de 60, o país passou a apresentar redução das taxas de natalidade e fecundidade, o que ocasionou o aumento do número de idosos, alterando o índice de envelhecimento da população que era de 6,4 em 1960 e de 13,9 em 1991, passando para 19,7 no ano de 2000 (IBGE, 2010).

Segue o referido autor ainda explicando que o declínio da queda da taxa de mortalidade se deu pela ação médico-sanitarista e através de políticas urbanas de saúde pública, a exemplo da vacinação e de outras campanhas sanitárias, e, a partir da década de 40, também pela ampliação e desenvolvimento tecnológico da atenção médica na rede pública, o que, em verdade – é bom frisar – não significou uma efetiva melhoria na qualidade de vida da população.

Já a queda da fecundidade deve ser explicada como a redução do número de filhos, que surge como uma resposta da família brasileira ao processo de urbanização da sociedade e à crise econômica, fatores que juntos agravam a situação de vida de várias famílias no país. Ademais, não se pode desconsiderar que o uso de métodos contraceptivos e a esterilização de mulheres na fase reprodutiva também reforçaram essa tendência.

A velocidade do processo de transição demográfica e epidemiológica vivido no Brasil nas últimas décadas traz questões cruciais para o Estado e para toda a sociedade, mas em especial para gestores e pesquisadores dos sistemas de saúde, principalmente ao se levar em consideração o contexto de desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições. Ela surge como um desafio às instituições em geral e ao próprio modelo de organização coletiva, pautado no bem-estar social.

No que se refere às demandas na área da saúde da pessoa idosa, e seguindo o exposto no Guia de Políticas do Governo Federal (2010), cabe destaque para a necessidade de ampliação das ofertas de novas formas de cuidado, a exemplo dos cuidados prolongados, cuidadores de idosos, apoio às famílias cuidadoras e atenção domiciliar, considerando as mudanças na composição das famílias, no papel da mulher no mercado de trabalho, na queda da taxa de fertilidade e na nupcialidade.

E é preciso atentar para o fato de que essas mudanças estruturais implicarão não só em necessidade de adequações nas políticas sociais e econômicas, mas também, na mentalidade de todas as pessoas. Assim que BARLETTA (2010), citando José Pinheiro e Elizabete Freitas, lembra que em vez de preconceito, a pessoa idosa faz jus a um cuidado especial e distinto, “como um fundamento que nos possibilita dotar a existência humana do seu caráter essencialmente humano”.

Grande parte desses novos idosos que são incorporados a cada ano à população brasileira apresenta doenças crônicas e algumas limitações funcionais. Em poucos anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas, típica dos países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, muitas vezes exigindo cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos.

Desta forma, doenças próprias do envelhecimento passaram a ganhar maior expressão no conjunto da sociedade, sabendo-se que, na maioria dos casos, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior – quando comparado a outras faixas etárias. Mas não se pode perder de vista que a prevenção é efetiva em qualquer nível – mesmo nas fases mais tardias da vida – e, por isso, é apontada como a chave para se mudar o quadro atual.

Entretanto, se por um lado os idosos apresentam maior carga de doenças e incapacidades, e recorrem mais aos serviços de saúde, por outro, os modelos vigentes de

atenção à saúde do idoso mostram-se ineficientes e de alto custo, reclamando estruturas criativas e inovadoras. A agenda da política pública de saúde brasileira deveria priorizar a manutenção da capacidade funcional dos idosos, através do monitoramento das suas condições de saúde, com ações preventivas e diferenciadas, com cuidados qualificados e atenção multidimensional e integral.

Importa destacar que essa abordagem multidimensional possui a chancela da Organização Mundial de Saúde – OMS, que adotou o documento “Envelhecimento Ativo: Um Marco para Elaboração de Políticas”, texto este que apresenta os principais desafios a serem enfrentados no mundo – relacionados ao envelhecimento da população – destacando o fato de que a saúde só pode ser criada e mantida com a participação efetiva de vários setores.

Neste mesmo sentido, a OMS recomenda que as políticas de saúde na área do envelhecimento levem em consideração os determinantes de saúde ao longo de todo o curso da vida (envolvendo também aspectos sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, culturais, além das características do ambiente físico e das condições de acessibilidade a serviços básicos), com particular ênfase sobre as questões de gênero e as que envolvem desigualdades sociais.

É ainda falando sobre os impactos da incorporação de um grande número de idosos à sociedade brasileira a cada ano, que não se pode desconsiderar a necessidade de se reavaliar os moldes das políticas de atenção à saúde do idoso. É preciso ter por base que todas as iniciativas de promoção de saúde, de assistência e de reabilitação devem ter como meta aprimorar, manter ou recuperar a capacidade funcional do indivíduo, valorizar a sua autonomia e a sua independência física e mental, excedendo um simples diagnóstico e o tratamento de doenças específicas.

Sabendo que a população idosa brasileira cresceu a uma média de 1 milhão por ano de 2012 a 2017 (IBGE, 2018), e que hoje eles representam 14,6% do total da população, é preciso ter em mente que qualquer política destinada ao segmento populacional idoso deve levar em consideração a manutenção da sua capacidade funcional, a necessidade de preservação da sua autonomia e independência (despertando neles a importância do autocuidado e da autossatisfação), bem como o incentivo a sua ativa participação na vida em sociedade.

Diante deste novo perfil populacional brasileiro, cada vez mais envelhecido, não se pode perder de vista a necessidade premente de valorizar a pessoa idosa e de repensar o seu



lugar na sociedade. Afinal, quando o idoso encontra meios de desenvolver a sua independência e a sua autonomia na vida social, e tem consciência da importância do seu papel de cidadão, ele fortalece as políticas e programas de promoção de uma sociedade inclusiva e justa para todas as idades.

## 1.2. O ENVELHECIMENTO SOB O ENFOQUE SOCIAL

Inicialmente, para tratar sobre a velhice, é necessário abordar o que significa o envelhecimento – uma vez que o envelhecer pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo – bem como quem é o idoso. Para tanto, é importante saber que a gerontologia ainda não conseguiu produzir uma noção clara do que é ser velho num país tão diverso, do ponto de vista econômico, étnico e cultural, como o nosso (NERI, 2004).

A título de esclarecimento, a gerontologia é o campo científico e profissional dedicado às questões multidimensionais do envelhecimento e da velhice, tendo por objetivo a descrição e a explicação do processo de envelhecimento nos seus mais variados aspectos. Na área profissional visa a prevenção e a intervenção para garantir a melhor qualidade de vida dos idosos até o momento final da sua vida. É, portanto, o estudo do envelhecimento nos aspectos biológico, psicológico e social.

Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006), “o envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida”. Não é homogêneo para todos os seres humanos, uma vez que sofre influência de diversas naturezas, tais como dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização da sua moradia.

O envelhecimento é definido pela Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS como:

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

Portanto, através desta definição trazida pela OPAS, pode-se dizer que as principais características do grupo idoso são o crescimento – proporcional à idade – das suas

vulnerabilidades físicas e mentais e a maior proximidade da morte. Embora existam diversos critérios para a demarcação do que venha ser “idoso”, a OMS baseia-se no limite etário e considera como idosas as pessoas com sessenta anos ou mais, se elas residem em países em desenvolvimento, e com sessenta e cinco anos e mais se elas residem em países desenvolvidos.

No Brasil é considerado idoso o indivíduo com sessenta anos ou mais, dado ser este o corte etário utilizado tanto pela Política Nacional do Idoso como pelo Estatuto do Idoso. Apesar de muito questionado, o critério cronológico é um dos mais utilizados para estabelecer o ser idoso, facilitando a delimitação da população de um determinado estudo ou análise epidemiológica, bem como atendendo a propósitos administrativos e legais voltados para o desenho de políticas públicas ou para o planejamento e oferta de serviços.

Assim, os idosos encontram-se coletivamente identificados como um determinado grupo de idade, com direitos específicos, tais como o direito a prestações financeiras como contrapartida da perda do status de economicamente ativos. É o que CARDOSO M. (2012) denomina de “velhice administrativa”, destacando que a divergência entre as noções desta e da velhice biológica são cada vez maiores, apesar de ambas se poderem refletir na relação idade cronológica/atividade produtiva.

Desta forma, aqui se está perante uma velhice que não se constata, mas sim que se decreta. Esta determinação do ser idoso é muito mais produto de códigos sociais e legislativos, uma vez que se utiliza de idades fixas de entrada na velhice, do que de percepção biológica. “A idade decretada como marca de entrada na velhice administrativa não pode ser interpretada como a tradução real da perda ou redução de certos atributos físicos ou psicológicos”, pois o processo de envelhecimento biológico é variável consoante os indivíduos (CARDOSO M., 2012).

Fato é que esse corte resulta num intervalo etário amplo e heterogêneo uma vez que se está falando de um intervalo de aproximadamente trinta anos, o que resulta num contingente populacional extremamente complexo, sem desconsiderar que ele é composto por pessoas que experimentaram trajetórias de vida diferenciadas. E isso decorre tanto das diferenciações na dinâmica demográfica, como das variadas condições socioeconômicas às quais o idoso de hoje foi exposto ao longo de sua vida.

É neste sentido que CAMARANO (2004) fala de um segmento que vivencia a última etapa da vida, composto tanto por pessoas com total autonomia, com capacidade de

contribuir para o desenvolvimento econômico e social e que desempenham papéis importantes na família, quanto por pessoas que não são capazes de lidar com as atividades básicas do cotidiano e sem nenhum rendimento próprio, ou seja, um grupo heterogêneo com necessidades diversificadas.

A sociedade brasileira, infelizmente, ainda é marcada por um grande número de injustiças, dentre as quais destacam-se as desigualdades sociais e regionais; a pobreza extrema; o grande índice de analfabetismo; a concentração de renda e estoques de riqueza; a dificuldade de acesso ao mercado formal de trabalho; a insegurança nas ruas; as discriminações relativas à raça, ao gênero e à idade; a baixa qualidade dos serviços públicos, entre outros tantos problemas que desafiam as políticas públicas.

E é justamente este quadro de injustiças que acaba predispondo as pessoas idosas a tantas vulnerabilidades, seja pelas peculiaridades do processo de envelhecimento humano – que se contrapõe à lógica do modo de produção das sociedades pós-industriais – seja pelo aumento significativo do número de idosos e o seu impacto sobre o equilíbrio financeiro e das demandas por determinados bens e serviços públicos. E tudo isso, de alguma forma, afeta as relações da sociedade com o envelhecimento.

Nesse contexto, as políticas públicas têm um papel fundamental que é o de garantir que as pessoas idosas tenham os seus direitos assegurados e respeitados, com o fito de que o envelhecimento seja uma conquista da humanidade e não mais um fardo social. Segundo CAMARANO (2004), para que isso aconteça é necessário que se garanta “equidade entre grupos etários na partilha de recursos, direitos e responsabilidades sociais”.

A vulnerabilidade social é marcada no contexto histórico como um desinvestimento social e político. Ela é atribuída ao modo de acesso e obtenção de informações, levando em consideração diversas circunstâncias enfrentadas pelos idosos, que englobam questões políticas, econômicas, sociais, de saúde e culturais (PAZ, 2013). É fundamental, também, o engajamento de toda a sociedade, com vistas à humanização das relações entre viver e envelhecer.

A melhoria das condições higiênico-sanitárias reconceituou o curso da vida, e a sua última fase deixou de ser residual, vivenciada por uma minoria, para ser uma realidade ao alcance de muitos. E a promoção de saúde surge como uma estratégia para se garantir empoderamento aos idosos, dignidade, cidadania plena, melhores condições sociais e de

saúde, enfim, melhor qualidade de vida global. Não se deve pensar só nos anos adicionados à vida, e sim na possibilidade de se viver a própria vida com qualidade.

Como já salientado, esse aumento da expectativa de vida aparece como um grande desafio para as agendas governamentais, devendo se assegurar: a geração de recursos e construção de infraestrutura que permita o envelhecimento com autonomia; a expansão de sistemas de proteção social; a distribuição de renda e serviços sociais; a manutenção do papel social e/ou reinserção social da pessoa idosa; a criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento; acesso universal aos serviços de saúde pública ao longo da vida; e programas de capacitação de profissionais nas áreas de geriatria, gerontologia e de outros serviços sociais.

Segundo FONTE (2002), a velhice, historicamente focada como um fenômeno relativo ao processo físico e restrito à esfera familiar ou privada, tornou-se uma questão central nos debates sobre o planejamento das políticas públicas. Ele afirma que o aumento quantitativo deste grupo transformou o envelhecimento numa questão social, tornando-se um dos principais desafios políticos para o século XXI. Mas, ao mesmo tempo, PAZ (2013) argumenta que apesar deste constante crescimento, os idosos vêm sofrendo um processo de exclusão social cunhado na moldura dominante que os enxerga como improdutivos ou decadentes.

No Brasil – o nosso “país do futuro” – empreender gastos e investimentos com uma pessoa idosa, que se encontra em natural processo de diminuição de produtividade e contribuição, é perda de foco. Mais complexa é a situação quando é uma pessoa desprovida de recursos financeiros quem enfrenta o processo de envelhecimento, uma vez que ela sofrerá, em paralelo a este, um triste processo de desumanização, sendo vista como algo indesejado pela sociedade.

Esta marginalização da pessoa idosa, em especial as que apresentam baixo nível econômico e educacional, encontra espaço numa sociedade utilitarista, sobremaneira ocupada com o custo-benefício, que privilegia a produção, a competitividade, a celeridade, a eficiência e a bela aparência de tudo que é novo. A velhice, por todas as vicissitudes, aproxima-se de outros valores como a experiência, a sabedoria e a certeza de não ser possível competir com o processo de envelhecimento, em virtude da sua naturalidade, porque envelhecer e morrer são inerentes à natureza do ser humano (BARTELLA, 2010).

Ocorre que, no atual estágio de evolução da nossa sociedade, que tem toda a sua organização – econômica, política e social – pautada no sistema de reprodução de mercadorias, valores tão nobres, tais como a experiência e a sabedoria, não apresentam a menor relevância, pois o que realmente importa é a capacidade de produzir. Conforme PAZ (2013), o idoso sofre um verdadeiro “apartheid social” frente ao mercado socioeconômico vigente.

Seguindo a lógica de que a única coisa que vale é o aqui e o agora, sobrevivendo dia após dia sem se importar com o outro, a sociedade se esquece de um fato bem simples: que o envelhecer é uma consequência natural da vida. Com o indivíduo sendo medido exclusivamente pela sua capacidade de produzir e acumular bens materiais, na sociedade de hoje, segurança é estar inserido no mercado de trabalho.

E é justamente por esta necessidade de ser economicamente ativo, ou melhor, de participar (de alguma forma) deste fluxo contínuo de produção e circulação de mercadorias, que o idoso se vê marginalizado. Normalmente com menor vigor físico e mental, e apresentando uma menor capacidade de produção, muitos idosos se encontram excluídos do mercado de trabalho, e, em grande parte, sem acesso a benefícios Previdenciários, ou mesmo, a benefícios da Política de Assistência Social.

PAZ (2013) reitera que essa situação de segregação, normalmente observada nos países em desenvolvimento, obriga grande parte dos idosos a conviver diariamente com o sofrimento, com a violência e com a discriminação social. E o maior responsável por este quadro, ainda segundo ele, é a forma como o estado trabalha as políticas públicas, instituindo um estado mínimo e desobrigando-se das suas responsabilidades em todas as esferas da sociedade.

Portanto, não há maneira de não se considerar, na análise do envelhecimento no nosso país, os efeitos sociais decorrentes da crise estrutural brasileira. Mesmo com a conquista da renda pela assistência social para parte dos idosos hipossuficientes, garantida através da LOAS, o problema do idoso dependente não foi resolvido, pois com o alto índice de desemprego, o seu rendimento muitas vezes vai quase que integralmente para o sustento da família. Hoje é muito comum a figura do idoso provedor da casa.

Enquanto nos países desenvolvidos o aumento sustentado do número de pessoas idosas levou cerca de mais de cem anos para se concretizar, nos países em desenvolvimento este aumento vem ocorrendo em pouco mais de duas ou três décadas. Isso significa que nos

países desenvolvidos houve mais tempo para a adaptação da sociedade às transformações da nova estrutura etária da população, o que não se verifica nos países em desenvolvimento – é justamente o que se vivencia agora no Brasil.

Mas além da questão do pouco tempo para adaptação, as características socioeconômicas dos países em desenvolvimento – que normalmente abrigam altas taxas de pobreza e desigualdade da situação socioeconômica e cultural - contribuíram para acirrar as preocupações com o fenômeno do envelhecimento populacional, especialmente no que se refere à conciliação da velhice com a plena qualidade de vida.

Falando em qualidade de vida, é preciso atentar-se que esta não compreende apenas saúde como a ausência de doença, mas engloba uma visão mais ampla, que consiste em conforto, bem-estar, moradia, felicidade, ambientes favoráveis, associada às boas condições de vida. Portanto, qualidade de vida para o idoso compreende o fato de ele se sentir melhor, conseguir realizar as suas atividades básicas de vida diária, ser independente e ter autonomia.

Assim sendo, é preciso reconhecer que a qualidade de vida da população idosa depende não só das suas próprias capacidades básicas (compreendendo todas aquelas adquiridas ao longo da vida), como também dos serviços que são oferecidos pelas políticas sociais e pelas demais redes de apoio, tanto formais como informais – lembrando sempre que a família é tida como a rede de apoio informal mais importante.

Não se deve esquecer que para enfrentar esse crescimento da população idosa é necessário que se invista em várias frentes, já que a questão social do idoso, face à sua dimensão, exige uma política ampla e articulada entre vários órgãos de governo e organizações não governamentais. Afinal, o envelhecimento acentuado de uma sociedade representa desafios à sustentabilidade dos sistemas públicos de proteção social (ABOIM, 2010) e, para além das questões financeiras, ameaça a sustentabilidade da própria sociedade, que verá a sua população diminuir dramaticamente.

Portanto, as políticas para a população idosa devem promover a solidariedade entre as gerações, equilibrando as prioridades das necessidades dos idosos com a dos outros grupos populacionais. Ademais, para que as políticas voltadas para o envelhecimento sejam realmente efetivas, é preciso que haja uma atuação conjunta de diversos setores específicos, tais como saúde, economia, mercado de trabalho, infraestruturas, transporte, cultura, lazer, segurança, seguridade social e educação.

### 1.3 ASPECTOS SÓCIODEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL

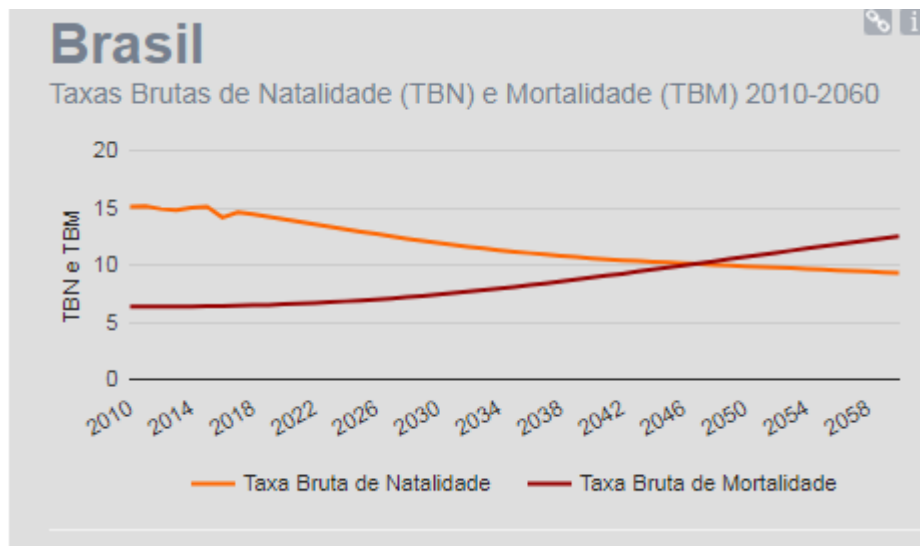
O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e, no caso brasileiro, pode ser exemplificado pelo aumento da participação da população maior de 60 anos no total da população nacional. Esta participação passou de 4% em 1940 e 8,6% em 2000, para um total de 14,6% em 2017. Ao manter a tendência de envelhecimento registrada nos últimos anos, já se disse que a população brasileira ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012 (crescendo a uma média de 1 milhão por ano), superando a marca dos 30,2 milhões de idosos em 2017 (IBGE, 2018).

Para além disso, a proporção da chamada população “mais idosa”, ou seja, aquela formada por indivíduos de 80 anos e mais, também tem aumentado significativamente, o que altera a composição etária dentro deste próprio grupo, já que a população considerada idosa também está envelhecendo. Por consequência, tais alterações levam a uma heterogeneidade do segmento populacional idoso, uma vez que esse grupo etário abrange um intervalo de aproximadamente trinta anos.

Ademais, a heterogeneidade desse segmento populacional extrapola a da simples composição etária. Dadas as diferentes trajetórias de vida experimentadas pelos idosos, eles têm inserções distintas tanto na vida social, como econômica do país. Portanto, esta heterogeneidade, seja em termos etários ou socioeconômicos, traz também demandas diferenciadas, o que implica na necessidade de formulação de diferentes políticas públicas dentro de um mesmo segmento.

Como anteriormente considerado, e valendo-se agora das palavras de CAMARANO (2003), o crescimento da população idosa no Brasil é consequência básica de dois processos: a alta fecundidade no passado (observada principalmente entre os anos de 1950 e 1960), comparada à fecundidade de hoje, e a redução da mortalidade da população idosa. Pelos dados da última projeção da população do Brasil (IBGE, 2018), as taxas brutas de natalidade continuam em franco decréscimo, enquanto as taxas de mortalidade seguem no sentido contrário (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Taxas Brutas de Natalidade e Mortalidade (2010 – 2060)



FONTE: IBGE, 2018. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Disponível em <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>

O envelhecimento da população é acompanhado pelo envelhecimento do indivíduo em si, e também de outros segmentos populacionais, como o da população economicamente ativa e o das famílias (é o exemplo do crescimento do número de famílias nas quais existe pelo menos um idoso, da verticalização da família, dentro outros). Portanto, o referido processo altera não só a vida do indivíduo que envelhece, como também as estruturas familiares e de toda a sociedade.

Ao se tratar dos principais aspectos sóciodemográficos da população idosa brasileira, se investiga a sua composição por sexo, idade, região e raça/cor. Também se deve considerar a mortalidade e saúde desse segmento populacional, bem como os rendimentos da população idosa, considerando a sua composição e participação no orçamento familiar. Para tanto, foram utilizados dados provenientes do último censo demográfico do IBGE, complementados com os dados das últimas Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios – PNAD.

Fato é que desde os anos 1960 o ritmo de crescimento da população brasileira vem diminuindo. Desde os anos 1940, as taxas mais altas de crescimento populacional têm sido observadas entre a população idosa, e nos anos 1950, esta já atingiu valores superiores a 3% a.a. (CAMARANO, 2004). É ela quem diz que essas taxas de crescimento sugerem que o processo de envelhecimento da população brasileira, se medido pela maior taxa de crescimento do segmento idoso, não é um processo novo.



Ao se investigar a composição da população idosa por idade, a pirâmide etária é a forma mais utilizada para se visualizar o envelhecimento de uma dada população (ela apresenta a distribuição etária por sexo da população). E o movimento de envelhecimento populacional pode ser reconhecido justamente pelo estreitamento da base e alargamento do topo da pirâmide – o que é verificado ao se analisar a pirâmide etária do Brasil em 2010 (Gráfico 5) em comparação com as projeções das pirâmides etárias do Brasil em 2020 (Gráfico 6), em 2030 (Gráfico 7) e em 2060 (Gráfico 8).

Gráfico 5 - Pirâmide etária do Brasil (2010)

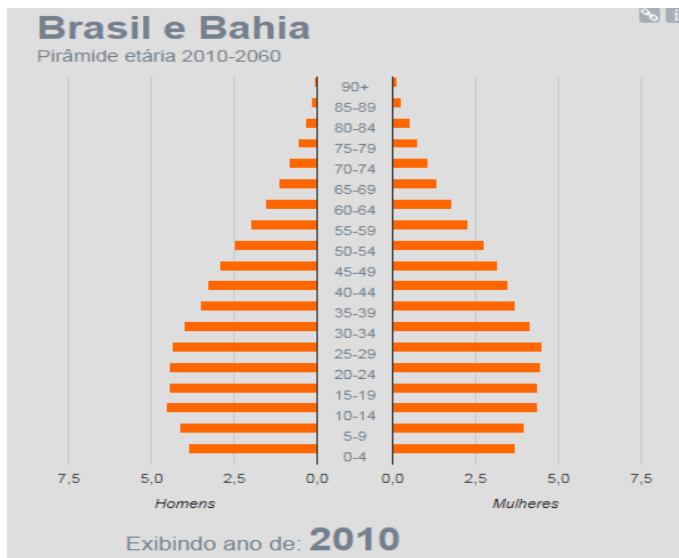


Gráfico 6 - Pirâmide etária / Projeção da população do Brasil (2020)

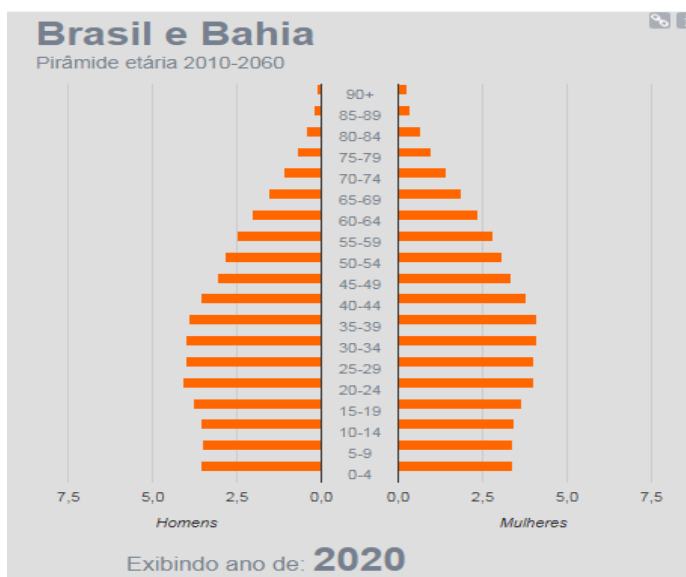


Gráfico 7 - Pirâmide etária / Projeção da população do Brasil (2030)

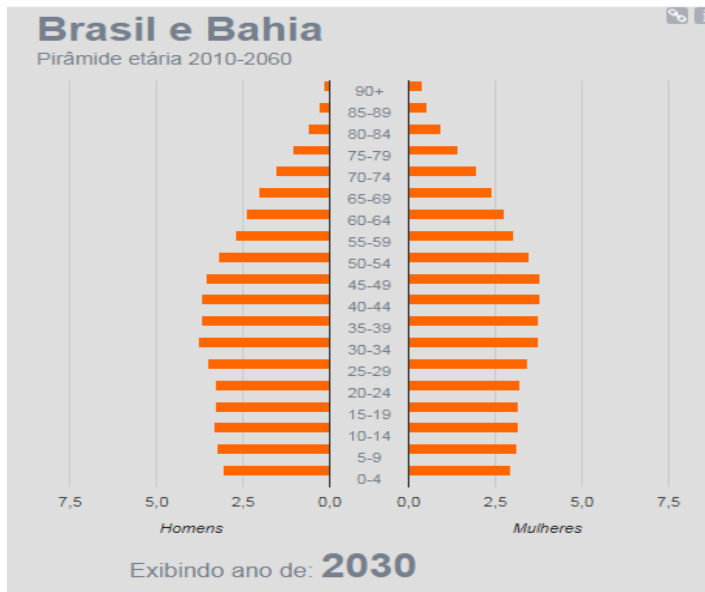
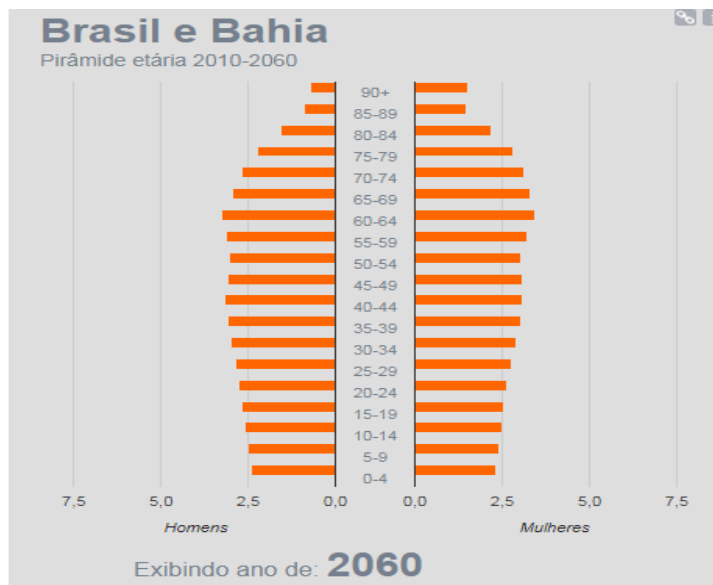


Gráfico 8 - Pirâmide etária / Projeção da população do Brasil (2060)



FONTE: IBGE, 2018. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Disponível em <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>

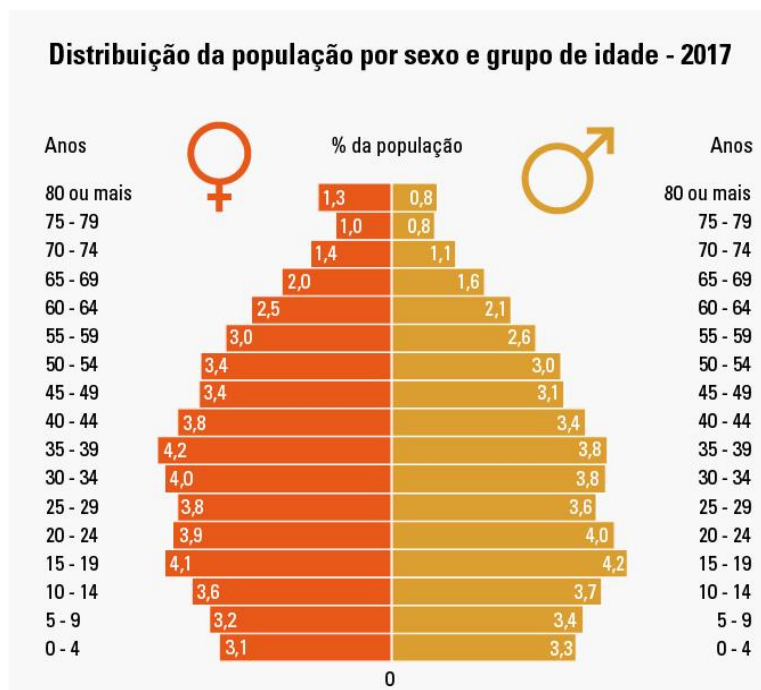
Como já foi colocada a questão da heterogeneidade, é comum desagregar esse segmento populacional em dois subgrupos etários: o primeiro formado por idosos de 60 a 79 anos, e o segundo formado por idosos de 80 anos e mais. Os avanços da medicina e da tecnologia levaram a um aumento da sobrevivência dos indivíduos, e o grupo dos idosos de 80

anos e mais, chamado de “mais idoso”, passou a ter maior representatividade dentro do segmento idoso.

Por isso, o alargamento contínuo da parte superior da pirâmide etária indica o envelhecimento pelo topo, que se caracteriza pelo aumento do peso relativo das pessoas de mais idade em relação aos estratos etários mais jovens. E tal envelhecimento torna evidente a tendência, no Brasil, de haver o fenômeno conhecido como “envelhecimento do envelhecimento”, ou seja, o crescimento mais rápido do próprio estrato populacional dos idosos.

Outro ponto incontestável é que o envelhecimento, embora seja um processo universal, também é uma questão de gênero, e, por isso, hoje tanto se fala na feminização da velhice. Considerando a população idosa como um todo, observa-se que 56% dela são formadas por mulheres (IBGE, 2018). Hoje, dos 30,2 milhões de idosos brasileiros, 16,9 milhões são mulheres, enquanto os homens são 13,3 milhões (44%). E a proporção do contingente feminino é mais expressiva quanto mais idoso for o segmento (Gráfico 9), fato este que pode ser explicado pela mortalidade diferencial por sexo.

Gráfico 9 - Distribuição da população por sexo e grupo de idade (2017)

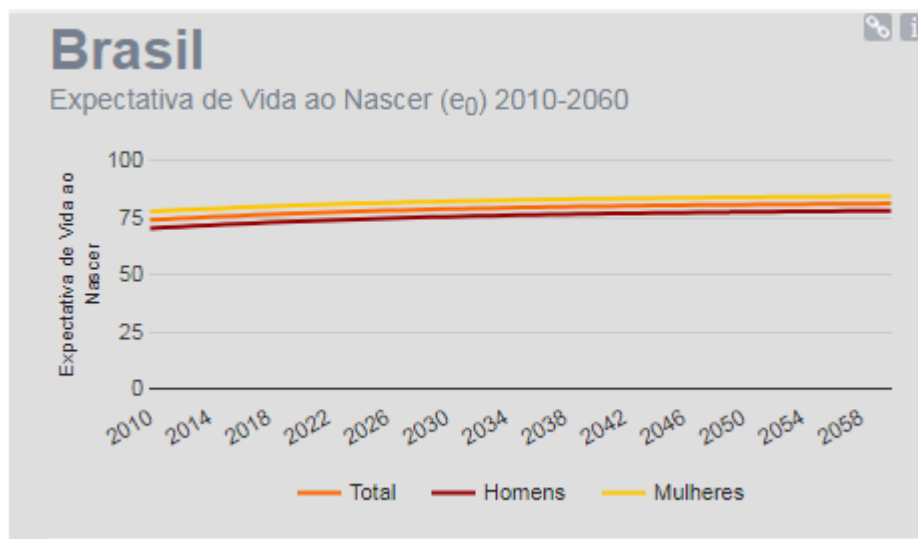


FONTE: IBGE, 2018. Disponível em <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>>

Segundo NICODEMO E GODOI (2010), as mulheres constituem a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo, e as estimativas são de que as mulheres vivam, em média, de cinco a sete anos a mais que os homens. Entretanto, percebe-se que viver mais não é sinônimo de viver melhor. As mulheres acumulam, no decorrer da vida, desvantagens como violência, discriminação, salários inferiores aos dos homens, dupla jornada, baixa escolaridade, solidão pela viuvez, além de apresentarem maior probabilidade de serem mais pobres do que os homens, dependendo, assim, de mais recursos externos.

Destacam, ainda, os citados autores que as mulheres também possuem características particulares importantes na velhice que as tornam, em geral, mais vulneráveis que os homens idosos, tais como: elas vivem mais anos, porém, também estão mais sujeitas a doenças; apresentem maior probabilidade de problemas relacionados à adaptação às mudanças fisiológicas decorrentes da idade, o que pode se transformar em conflitos com a identidade, por exemplo; dentre outras questões.

Gráfico 10 - Expectativa de vida ao nascer – Total / Homens / Mulheres (2010 – 2060)



FONTE: IBGE, 2018. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Disponível em <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>

A razão homens/mulheres na terceira idade mostra que a proporção de mulheres é muito superior à de homens, e não se pode desconsiderar que os aspectos relacionados ao envelhecimento mostram diferenças significativas entre idosos e idosas, confirmando diferenças no envelhecimento entre gêneros. Mais uma vez, marca presença aqui a questão da heterogeneidade do segmento populacional idoso.

Portanto, essa predominância feminina implica necessidades distintas de cuidados para o grupo de mulheres idosas, gerando repercussões importantes nas demandas por políticas públicas, pois se acredita que a maioria dessas mulheres, atualmente, seja viúva, sem experiência de trabalho no mercado formal, menos educada, além de experimentar piores condições de saúde. Por consequência, tal segmento requer uma maior assistência, tanto do Estado como das famílias.

Já a composição da população idosa por cor/raça em 2016 (IGBE 2017) não se diferenciou da distribuição da população como um todo, em que há predominância da população de cor parda seguida pela branca. Do total de idosos, 46,7% se declararam pardos, 44,2% se declararam brancos e 8,2% se declararam pretos. Os amarelos e indígenas constituem uma pequena parcela da população idosa, totalizando 0,9%.

No que se refere à distribuição geográfica da população idosa, importa registrar que, ao se analisar a proporção de pessoas idosa em relação ao total da população em cada região, os dados do IBGE (2017) indicam que as regiões Sul e Sudeste possuem as estruturas etárias mais envelhecidas do país e, portanto, encontram-se num estágio mais avançado do envelhecimento populacional. Isto porque na região Sudeste 16% da população tem 60 anos ou mais, no Sul esse percentual é de 16,5%, no Nordeste é de 13,6%, no Centro-Oeste é de 12,7% e no Norte é de 9,7%.

O IBGE (2017) também constatou que as regiões Sul e Sudeste têm a maior concentração de pessoas entre 50 e 59 anos do que a média nacional – o que indica a tendência de que, nos próximos anos, essas duas regiões ainda manterão as estruturas etárias mais envelhecidas do país. Enquanto no Brasil todo esse grupo de pessoas entre 50 e 59 anos é de 11,9% da população, nas duas regiões é de 13,4% e 12,9%, respectivamente.

Quanto à situação de renda e trabalho, sabe-se que a seguridade social, o trabalho e o apoio familiar representam as principais fontes de recursos nesta fase da vida, a chamada terceira idade. Entretanto, a importância de cada categoria dessa varia de um país para outro, de acordo com as características do desenvolvimento socioeconômico, do mercado de trabalho e da etapa de transição demográfica vivenciada pela população.

Em 2016, as informações da PNAD Contínua mostraram que o nível de ocupação foi menor entre os mais jovens e entre os mais idosos, sendo maior nas faixas etárias intermediárias. Quanto aos idosos, tal configuração se justifica pelo fato de grande parte deles estarem na condição de aposentados sem outra ocupação, além de também sofrerem

discriminação no mercado de trabalho. Enquanto em 2016 o nível de ocupação das mulheres na faixa de 50 a 59 anos foi 49,6%, e o dos homens foi 76,2%, na faixa superior, acima de 60 anos, os resultados foram 13,6% e 32,9%, respectivamente.

No Brasil, a seguridade social, representada pelas aposentadorias, pensões e pelo Benefício de Prestação Continuada – BPC, é a fonte de renda mais importante para a população idosa. De acordo com dados do Ministério da Fazenda (IBGE/PNAD 2015), no ano de 2015, dos 29.373.970 milhões de pessoas idosas, 59,1% tinham renda de aposentadoria, 9,1% de pensões, 7,4% acumulavam renda de aposentadoria e pensão, e 6,2% recebiam o BPC. O que representa um total de quase 82% de pessoas idosas vivendo com algum tipo de benefício proveniente da Seguridade Social.

Entretanto, mesmo com a seguridade social aparecendo como a principal fonte de renda da população idosa, o rendimento do trabalho tem peso significativo na composição de renda deste segmento da população. E a importância da renda proveniente do trabalho ou mesmo do “trabalho em si” na vida dos idosos pode ser observada no número de pessoas que mantém algum tipo de ocupação/trabalho a partir dos 60 anos e acima, mesmo após a aposentadoria.

Importante destacar que, ainda segundo o IBGE (2017), “trabalho” abrange as seguintes categorias:

- a) ocupação remunerada em dinheiro, produtos, mercadorias ou benefícios (moradia, alimentação, roupas, treinamento etc.) na produção de bens e serviços; ou trabalho sem remuneração direta ao trabalhador, realizado em ajuda à atividade econômica de membro do domicílio ou parente que reside em outro domicílio, que recebe em conjunto a remuneração pelo trabalho;
- b) ocupação sem remuneração na produção de bens e serviços destinados somente ao próprio consumo das pessoas moradoras do domicílio ou de parentes que residem em outro domicílio;
- c) trabalho voluntário;
- d) ocupação sem remuneração no cuidado de pessoas; ou
- e) ocupação sem remuneração nos afazeres domésticos.

No Brasil, em 2015, havia cerca de 7,7 milhões de pessoas idosas ocupadas, das quais 4,2 milhões também eram aposentados, ou seja, cerca de 54% das pessoas idosas que mantém algum tipo de ocupação/trabalho já estão aposentadas (IBGE/PNAD 2015). O referido estudo também comprova que a maioria dos idosos ocupados trabalham na agricultura, bem como que os homens recebem mais do que as mulheres e, quanto maior a idade, menor o valor dos rendimentos.

Ao se considerar a mortalidade e a saúde do segmento idoso, percebe-se que as características atuais da saúde desta população refletem o avanço das tecnologias médico sanitárias. VERAS e CALDAS (2002) reconhecem essa correlação ao afirmar que o Brasil, ao apresentar taxas de mortalidade por doenças infectocontagiosas abaixo de 10% e por doenças cardiovasculares em torno de 45%, passou de um perfil de mortalidade típico da população jovem para um padrão de morbimortalidade próprio das idades mais avançadas.

Analisando as últimas décadas, além da redução dos níveis de mortalidade da população como um todo, também se observou uma alteração no perfil das causas de morte. As principais causas de óbito entre a população idosa, no ano de 2014 (Ministério da Saúde), foram: primeiro, as doenças do aparelho circulatório (34,7%) – percentual significativamente maior que os demais grupos de causas.

Em seguida, aparece o grupo das neoplasias, com 17,2%, predominado os tumores de traqueia, brônquios e pulmões, assim como as neoplasias de próstata entre os homens e de mama entre as mulheres. Depois aparecem as doenças do aparelho respiratório, com 14,5%, com prevalência de pneumonia e doenças das vias aéreas inferiores. Em quarto lugar aparecem as doenças cerebrovasculares, com 10,5%, e em quinto lugar as doenças isquêmicas do coração, com o total de 10,4% dos óbitos de idosos.

O Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (Ministério da Saúde, 2018) apontou que 75,3% dos idosos brasileiros dependem exclusivamente dos serviços prestados no Sistema Único de Saúde, sendo que 83,1% realizaram pelo menos uma consulta médica nos últimos 12 meses. Nesse período, foi identificado ainda 10,2% dos idosos foram hospitalizados uma ou mais vezes. Também se apontou que quase 40% dos idosos possuem uma doença crônica e 29,8% possuem duas ou mais como diabetes, hipertensão ou artrite. Ou seja, ao todo, cerca de 70% dos idosos possuem alguma doença crônica.

É fácil concluir que os dados sobre as condições de saúde, uso e acesso da população idosa aos serviços de saúde indicam que o envelhecimento populacional é um fator de grande impacto no sistema de saúde. E isto implica um duplo desafio para a política pública do setor, pois, além de formular e implementar ações compatíveis com as demandas advindas das transformações epidemiológicas e demográficas, deve ainda minimizar o impacto financeiro decorrente do aumento da demanda por serviços de saúde em função do incremento da população idosa.

## 2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O IDOSO

### 2.1 DESENVOLVIMENTO DO TEMA ENVELHECIMENTO NA AGENDA INTERNACIONAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

A primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, que ocorreu em Viena no ano de 1982, é considerada como o marco inicial para o estabelecimento de uma agenda internacional formal de políticas públicas para a população idosa, uma vez que este foi o primeiro fórum global intergovernamental centrado na questão do envelhecimento populacional. Representou um avanço, já que o idoso, até então, não era foco de atenção nem das assembleias gerais, nem de nenhuma agência especializada das Nações Unidas.

A questão do envelhecimento era tratada apenas de forma marginal pela Organização Internacional do Trabalho - OIT, pela Organização Mundial de Saúde - OMS e pela Organização para a Educação, Ciência e Cultura - Unesco. A maioria dos temas abordados na Assembleia de Viena era tratada pela ONU em comissões de natureza econômica ou política, o que leva CAMARANO (2004) a concluir que “a preocupação com as implicações sociais do processo de envelhecimento, ainda que existentes, não eram expressa”.

A referida assembleia apresentou como resultado a aprovação de um Plano Global de Ação, que tinha como principais objetivos garantir a segurança econômica e social dos indivíduos idosos, bem como identificar as oportunidades para a sua integração ao processo de desenvolvimento dos países. O plano adotado foi estruturado em forma de 66 recomendações para os estados membros referentes a sete áreas, quais sejam: saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, moradia e meio ambiente, família, bem-estar social, previdência social, trabalho e educação.

Apesar de se reconhecer que neste primeiro momento as discussões internacionais que traziam as questões relacionadas ao envelhecimento tinham como foco principal a situação de bem-estar social dos idosos dos países desenvolvidos, não se pode negar que a agenda política dos países em desenvolvimento também passou a incorporá-las, ainda que paulatinamente. É o exemplo da Venezuela, Equador, Brasil, Bolívia e Peru, que registraram avanços importantes nas políticas e programas voltados às pessoas idosas.



Tornou-se notória, a partir de então, a necessidade do reconhecimento do idoso como um novo ator social, com a valorização de todas as suas necessidades e especificidades. Entretanto, sabe-se que o Plano de Viena consistiu em um conjunto de recomendações, cuja implementação dependia da alocação de recursos que não foram previstos, o que dificultou a efetiva adoção destas pelos países em desenvolvimento.

A segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento só ocorreu vinte anos após a de Viena, e o período transcorrido entre uma assembleia e outra foi marcado por mudanças significativas nos planos econômico, social e político dos países envolvidos. Foi na década de 1990 que a questão do envelhecimento entrou de forma mais expressiva na agenda dos países em desenvolvimento, sem perder de vista que nestes o processo vem ocorrendo de forma mais rápida do que o registrado nas economias desenvolvidas.

Deve-se reconhecer que, de maneira geral, o debate político e acadêmico atual considera a população idosa como um segmento homogêneo, com necessidades e experiências comuns. CAMARNO (2004) mostra que essa visão leva a duas perspectivas diferentes a respeito do envelhecimento populacional, com a ressalva que a visão predominante foi a de associar o envelhecimento a dependência e a problemas sociais, chegando-se a considerar que o envelhecimento populacional poderia se constituir em ameaça ao futuro das economias e ao equilíbrio das gerações vindouras.

Por outro lado, a segunda perspectiva considera que as pessoas idosas podem contribuir significativamente para o desenvolvimento econômico e social. Destaca-se que as políticas resultantes dessa perspectiva são as que buscam reforçar a capacidade das pessoas idosas e aumentar a sua oportunidade de contribuir com a sociedade, seja através da continuação na atividade econômica, mesmo após a aposentadoria, seja através do trabalho voluntário ou da simples contribuição no orçamento familiar.

Entretanto, embora tenha se registrado esse intervalo de vinte anos entre as duas Assembleias Mundiais sobre o Envelhecimento, no âmbito das Nações Unidas as questões envolvendo o segmento populacional idoso continuaram em destaque. Por exemplo, a Assembleia Geral ocorrida no ano de 1991 adotou 18 princípios em favor da população idosa, sendo que estes foram agrupados em cinco grandes temas: independência, participação, cuidados, auto-realização e dignidade (CAMARANO, 2004):

A promoção da independência requer políticas públicas que garantam a autonomia física e financeira, ou seja, o acesso aos direitos básicos de todo ser humano: alimentação, habitação, saúde, trabalho e educação. Por participação, busca-se a manutenção da integração dos idosos na sociedade. Isso requer a criação de um

ambiente propício para que possam compartilhar seus conhecimentos e habilidades com gerações mais jovens e de se socializarem. Os cuidados referem-se à necessidade do desfrute pelos idosos de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, através do cuidado familiar ou institucional. Auto-realização significa a possibilidade de os idosos fazerem uso de oportunidades para o desenvolvimento do seu potencial, por meio do acesso a recursos educacionais, culturais, espirituais e recreativos. Por último, o quesito dignidade requer que se assegure aos idosos a possibilidade de vida digna e segura, livre de toda e qualquer forma de exploração e maus-tratos.

Já no ano seguinte, em 1992, a Assembleia Geral da ONU aprovou a Proclamação sobre o Envelhecimento, que estabeleceu o ano de 1999 como o Ano Internacional dos Idosos e definiu os parâmetros para o início da elaboração de um marco conceitual sobre a questão do envelhecimento. O *slogan* adotado foi “Uma sociedade para todas as idades”, e o marco conceitual foi elaborado em 1995, através do Documento 50/114 da ONU, que apresenta quatro dimensões de análise: a situação dos idosos, o desenvolvimento individual continuado, as relações multigeracionais e a inter-relação entre envelhecimento e desenvolvimento social.

Ademais, neste período, as questões relacionadas ao envelhecimento ainda foram consideradas em outros fóruns das Nações Unidas, a exemplo das conferências mundiais sobre a população e sobre o meio ambiente. Foi assim que a sociedade, pouco a pouco, foi deixando de ver os idosos como um subgrupo vulnerável e dependente, passando a percebê-los como um segmento populacional ativo e atuante que deve ser respeitado e incorporado na busca do bem-estar de todos.

É importante que se diga que hoje, após o reconhecimento de mudanças que ocorreram em quase todo o mundo no tocante ao fenômeno de envelhecimento populacional e sua percepção, já existe forte contra argumentação em relação às ideologias da velhice como fardo social e do envelhecimento como risco à saúde das sociedades, com NERI (2004) destacando dois argumentos. O primeiro é o princípio de que uma sociedade boa para os idosos não é aquela construída sob medida só para eles, mas que uma sociedade boa para os idosos é boa para todas as idades.

O segundo argumento é que o aumento no número de idosos representa possibilidade de ampliação do mercado de consumo em vários segmentos, a exemplo das empresas de bens e serviços, indústrias e dos laboratórios farmacêuticos. Desta forma, além de permitir lucro aos empresários, a médio e longo prazo, o investimento nos idosos como novo nicho de negócios trará benefícios a eles e à sociedade em geral, pelo fato de gerar mais postos de trabalho e mais impostos.

É com base nesta contra argumentação que NERI (2004) conclui que, dependendo de providências que vierem a ser tomadas hoje e num futuro próximo, os idosos poderão ser um fardo pesado demais para as gerações mais jovens, ou poderão ser um ponto de apoio para a construção de uma sociedade melhor do que a atual. Resta claro, então, que além da necessidade de alteração nas relações do Estado com a sociedade, também há necessidade de alteração nas concepções sobre o lugar do idoso na sociedade, bem como sobre os deveres da sociedade para com ele.

Diante deste quadro, fácil concluir que a Segunda Assembleia Mundial, que aconteceu em Madri no ano de 2002, ocorreu em um contexto totalmente diferente do verificado em Viena vinte anos antes. CAMARANO (2004) destaca que o relatório do Conselho Econômico e Social da ONU, para o comitê preparatório para essa assembleia, chama a atenção para as mudanças sociais, culturais e tecnológicas em curso em todo o mundo que implicam mudanças nas estruturas de valores.

São apontados como principais resultados da referida assembleia a aprovação de uma nova declaração política e de um novo plano de ação que tinham como objetivo servir de orientação à adoção de medidas normativas sobre o envelhecimento no início do século XXI. É na Declaração Política que estão contidos os compromissos assumidos pelos governos para executar o novo plano de ação – agora tendo sido dada especial atenção aos problemas derivados do processo de envelhecimento dos países em desenvolvimento – que se fundamenta em três princípios básicos:

- a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza;
- b) fomento da saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável;
- e
- c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento.

Através do primeiro princípio – que trata da participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza – percebe-se que o envelhecimento populacional não pode ser considerado como um processo que implica, necessariamente, no esgotamento dos recursos da sociedade e que revela uma ameaça ao pleno desenvolvimento e equilíbrio das gerações futuras. É por este ângulo que as políticas de trabalho, de integração social e de seguridade social se tornam importante.

Assim que a valorização da contribuição dos idosos para com a sociedade pode ser percebida como um dos importantes avanços do Plano de Madri, ao afirmar, no artigo 6º da Declaração Política, que (ONU, 2002):

Quando o envelhecimento é aceito como um êxito, o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas.

É CAMARANO (2004) quem diz que para o alcance do segundo princípio – que trata do fomento da saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável – são necessárias políticas que promovam melhorias na saúde do indivíduo desde a infância e que se prolonguem ao longo da vida, sem desconsiderar a importância de fatores externos, tais quais os ambientais, econômicos, sociais e educacionais, no aparecimento de doenças e incapacidades.

É consenso que a adoção de medidas preventivas na área da saúde, como, por exemplo, as voltadas para a manutenção da capacidade funcional, podem melhorar a qualidade de vida da população idosa e postergar, conseqüentemente, a demanda deste segmento pelos cuidados de longa permanência. Não se pode desconsiderar as contribuições que um atendimento primário de saúde – seja através de medidas promocionais de proteção específica ou da identificação e intervenção precoce dos agravos de saúde mais frequentes entre o público idoso – podem ter para a redução dos custos.

Por fim, para atender ao terceiro princípio básico do Plano de Madri – criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento – faz-se necessária a promoção de políticas voltadas para a família e para a comunidade, com o fim de assegurar um envelhecimento seguro e promover a solidariedade intergeracional. Para tanto, CAMARANO (2004) afirma que as políticas públicas devem ser concebidas com base na colaboração entre o Estado e a sociedade civil, de forma a construir um maior acesso ao entorno físico, aos serviços e aos recursos.

É desta forma que o Plano de Madri, embora seja um documento amplo que contém 35 objetivos e 239 recomendações para a adoção de medidas dirigidas especificamente aos governos nacionais, não deixa de destacar a necessidade do estabelecimento de parcerias com membros da sociedade civil e do setor privado para facilitar a sua plena execução. E a necessidade de cooperação internacional também aparece em destaque.

Outro aspecto apontado como importante avanço do Plano de Madri é a consideração da dimensão de gênero, já que nele são encontrados mais de 40 artigos que enfatizam a maior vulnerabilidade das mulheres com respeito às suas condições de bem-estar e defendem políticas e programas voltados especificamente a elas. O parágrafo 8º advoga “a integração de uma perspectiva de gênero nas políticas programas e legislação sobre o envelhecimento” (CAMARANO, 2004).

Como estudado anteriormente, o processo de envelhecimento, embora seja universal, também é uma questão de gênero. Ao se considerar a população idosa como um todo, observa-se que 56% dela são formadas por mulheres, com as estimativas apontando que as mulheres vivem, em média, de cinco a sete anos a mais que os homens. Ademais, já restou comprovado que a feminização da velhice é fenômeno observado em todas as regiões do mundo.

Dando seguimento à análise do Plano de Madri, sabe-se que, como qualquer outra política, a implementação das suas recomendações depende da alocação de recursos, sendo certo que o mesmo não previu recursos para o cumprimento das metas, muito embora a declaração política tenha reconhecido a dificuldade dos países em desenvolvimento de se integrarem na economia global. Como não considera as dificuldades regionais, trata-se de um plano único, para uma realidade social extremamente diversificada.

CAMARANO (2004) traz como exemplo desta falta de sincronia o estabelecimento de uma meta de redução até 2015 de 50% da proporção de pessoas que vivem na pobreza extrema, sem, no entanto, explicitar as condições para a sua realização. O mesmo ocorre com a meta de promoção de programas que permitam a todos os trabalhadores obter uma proteção social básica que compreenda aposentadorias, pensões, benefícios por invalidez e atenção à saúde.

Foi por este motivo, ao se reconhecer as diversidades regionais no processo de envelhecimento e nas condições socioeconômicas e culturais e o alto grau de generalização do Plano de Madri, que os órgãos regionais vinculados às Nações Unidas elaboraram estratégias específicas para a sua implementação, levando em conta as particularidades de suas regiões e as necessidades dos idosos em cada uma delas.

Foram elaborados, então, cinco textos regionais, cada um apresentando as suas ênfases particulares. A Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe teve como principal preocupação a proteção dos direitos humanos e a necessidade de provisão das

necessidades básicas da população idosa, a exemplo do acesso a renda, à cobertura integral dos serviços de saúde, à educação e à moradia em condições dignas.

Ao fim da análise das principais recomendações decorrentes das Assembleias Mundiais sobre o Envelhecimento, bem como dos demais documentos das Nações Unidas que abordaram, de alguma forma, a questão do idoso, chega-se à conclusão que para que as políticas voltadas para o envelhecimento populacional sejam efetivas é necessário que elas apresentem uma abordagem integrada em seus diversos setores específicos. Fica como maior lição que políticas de saúde, de educação, de economia e as que busquem à maior participação da população idosa no mercado de trabalho são igualmente importantes para o alcance dessas metas.

## 2.2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: EXPERIÊNCIA EM PORTUGAL E NA ESPANHA

A longevidade é tida como uma das maiores conquistas da humanidade, entretanto, não se pode negar que este processo apresenta importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social que atenda às novas demandas emergentes. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno nunca antes observado.

CAMARANO (2004) aponta que nos países desenvolvidos, o envelhecimento populacional ocorreu em um cenário socioeconômico favorável, o que permitiu a expansão dos seus sistemas de proteção social. Já no caso brasileiro, como nos demais países em desenvolvimento, este fenômeno do rápido envelhecimento da população ocorre em meio a uma conjuntura recessiva e a uma crise fiscal que dificultam a expansão do sistema de proteção social para todos os grupos etários e, em particular, para os idosos.

Com o atual ritmo de crescimento do segmento populacional idoso verificado no Brasil, é importante conhecer experiências vivenciadas em outros países que também viram o envelhecimento se transformar no objeto central das preocupações políticas e sociais. Já se demonstrou que todas as estatísticas demográficas apontam para o acelerado processo de

envelhecimento populacional a que muitos países estão sujeitos, sendo certo que Portugal e Espanha também seguem esta tendência. O fenômeno do duplo envelhecimento da população portuguesa e espanhola, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, também cresceu nas últimas décadas.

Segundo dados demográficos, a taxa de envelhecimento na Espanha e em Portugal é superior a 15% (BALSAN, 2004), lembrando que nestes países, conforme critério etário adotado pela OMS, são consideradas idosas aquelas pessoas com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos. Além disso, o referido autor também destaca que lá o segmento idoso está sendo cada vez mais valorizado e que existem programas avançados para idosos em relação às questões próprias do envelhecimento, citando importantes experiências consolidadas nas áreas de cuidado e saúde.

Por uma maior afinidade e aproximação com o estilo de vida em Portugal, interessante traçar uma breve evolução histórica do tratamento legal dispensado ao idoso neste país. CARDOSO, SANTOS, BAPTISTA e CLEMENTE (2012) citam que em Portugal, desde o início da década de 70, na seara das políticas sociais de atendimento a velhice, as instituições criadas têm por referência princípios de prevenção da dependência e de integração das pessoas idosas na comunidade.

Eles seguem afirmando que é a partir de 1978 que se constata que a proteção social aos idosos, por parte do Estado, não se restringe apenas ao apoio econômico sob a forma de prestações pecuniárias, de modo a garantir as condições mínimas de sobrevivência. Começa a denotar-se uma preocupação, até então inexistente, em desenvolver infraestruturas de apoio ao idoso que favorecessem a sua integração e participação na sociedade.

No entanto, afirmam que “é na década de 80, que o Estado assumirá um forte papel ao nível da proteção social”, restando patente a maior intervenção do Estado face aos idosos. Para além da preocupação em atualizar periodicamente as pensões, de forma a manter e, se possível, melhorar o poder de compra da população idosa, “assistiu-se também a uma preocupação em alargar e aperfeiçoar as redes de equipamentos sociais de proteção à população idosa que já se vinha delineando”.

Mas é no ano de 1983, com o programa do IX Governo, que se intensifica o papel interventor do Estado face ao segmento populacional idoso, constatando-se uma crescente “humanização” das políticas sociais da velhice através da criação de novos mecanismos valorizadores de uma relativa independência e autonomização do idoso. Este intuito

concretiza-se através da pretensão de admitir como único limite ao desempenho do papel ativo por parte dos idosos as exigências de qualificação e do mercado do trabalho. Neste sentido eles também afirmam que:

Trata-se, no fundo, de perspectivar o idoso não como um encargo para a sociedade, atribuindo-lhe um papel de natureza passiva em função da idade convencional da lei (65 anos), mas antes de lhe reconhecer um novo estatuto que passava a lhe possibilitar um papel mais ativo e participativo na sociedade.

Também destacam que esta tendência para a valorização social do idoso continua presente nos anos de 1986 e 1987, contudo, a partir deste momento, a proposta de flexibilização da idade da reforma antecipada e de pré-reforma traduz já uma tentativa de gerir o final da carreira ativa dos trabalhadores de idades mais avançadas em função das necessidades do mercado de trabalho. Uma tendência que se acentuou ao longo dos anos 90 do século XX, mas que entrará em rota de colisão com a necessidade de garantir a sustentabilidade financeira do sistema de Segurança Social.

Retornando ao estudo trazido por BALSAN (2004), e para exemplificar algumas das experiências consolidadas nas áreas de cuidado e saúde, ele afirma que na Espanha, na cidade de Argamasilla de Calatrava, a prefeitura mantém vários programas voltados para a população idosa, destacando dentre eles os serviços de ajuda em domicílio e a tele-assistência, que tem como principal objetivo proporcionar a atenção e o atendimento necessários aos idosos garantindo a permanência dos mesmos em sua residência.

Ele explica que o serviço de ajuda em domicílio presta assistência nas próprias residências dos idosos, oferecendo apoio doméstico e social com o fim de evitar internamentos desnecessários em estabelecimentos especializados, bem como na intenção de que eles não se desapeguem de seu entorno habitual. O serviço é destinado a ajudar pessoas idosas na realização de tarefas de casa, ou atividades fora de casa, como ir às compras ou consultar o médico.

BALSAN (2004) ainda cita que em Gandia, também na Espanha, há o Centro Especializado de Atenção aos Idosos – CEAM. Este é um Centro-Dia de atenção preventiva que tem aproximadamente 7.000 participantes e existem à sua disposição médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e psiquiatras.

Lá as áreas de atuação são de prevenção e manutenção de saúde; de reabilitação preventiva; de informação e formação; de atividades físicas e esportivas; de cursos ocupacionais; social e educativa; e de lazer e convivência. E os serviços são: médico, de



enfermaria, de reabilitação e unidade de tratamento da dor, de podologia e de trabalho social; apresentando outros serviços como cafeteria, restaurante, autosserviço de lavanderia, instituto de beleza, biblioteca e leitura de imprensa diária, sala de bilhares, sala de TV e vídeo e sala de jogos de mesa.

Já em Lisboa, Portugal, ele cita uma residência mantida por uma ordem religiosa chamada “Lar de Idosos Irmãs das Pobres”, totalmente independente. Dentre as atividades desenvolvidas, destaca-se o programa de reabilitação, realizado pela fisioterapeuta, além de cuidados com alimentação, vestuário, medicamentos, higiene, limpeza, e orientação a trabalhos manuais como costura e papel, horticultura, jardinagem, religiosidade etc – atividades das quais os idosos participam de acordo com sua vontade e capacidade.

BARBOSA (2016) aponta que Portugal não apresenta uma estratégia nacional para o envelhecimento, “o que concomitantemente se agudiza ao nível da governança local, na inexistente orientação acerca dos modelos e áreas prioritárias de ação”. Neste contexto, em Portugal, verifica-se uma total autonomia dos municípios em desenvolverem modelos de atuação, no entanto, essa autonomia torna-se frágil, pois se Lisboa desenvolve um Plano Gerontológico Municipal, esta metodologia não é comum a todos os municípios portugueses.

A referida autora assinala que o envelhecimento em Lisboa é visto como um processo ativo, destacando uma visão holística e heterogênea deste, bem como a valorização do papel das pessoas idosas na sociedade – já que muitas são vistas como fonte de capital social e riqueza para o país. Também destaca a importância das relações intergeracionais para o equilíbrio social, e do estímulo ao cuidado com a saúde ao longo da vida.

Dando seguimento a esta análise, importante citar CARDOSO M. que, no artigo intitulado “Modelos de Política de Cuidados na Velhice em Portugal e em alguns países europeus” (2009), diz que no modelo de proteção social dos países do sul da Europa, também denominados de mediterrâneos, podem ser identificados dois padrões da política de cuidados restritos do sistema de segurança social e o segundo associado à Grécia e Portugal, com cuidados deficitários.

Primeiro ela explica que as políticas de cuidados na área das pessoas idosas integram as dimensões sociais e da saúde. Afirma que a dimensão social engloba o psicológico, o psicossocial e o serviço social, remetendo para a satisfação das necessidades fundamentais, como a alimentação, a higiene pessoal, mas também a um processo de participação, liberdade e direitos de integração social do indivíduo na comunidade.

Já a dimensão da saúde engloba a enfermagem, a reabilitação e a medicina, e remete para os cuidados de saúde preventivos, de tratamento, de reabilitação e paliativos, permitindo integrar diferentes níveis de intervenção enquanto ações conjuntas ativas. Tais ações articuladas devem ser da responsabilidade de todos os atores sociais, como o Estado, as organizações da sociedade civil, a família e também o mercado.

No primeiro modelo de proteção social dos países do sul da Europa, os cuidados são organizados pelo estado central que transfere pensões e subsídios para a área da dependência, assim como para os serviços organizados pelas municipalidades e prestados predominantemente por entidades não lucrativas. Os serviços centram-se no grupo de idosos e muito idosos e privilegiam os cuidados de saúde, quer sejam prestados por instituições, quer sejam prestados no domicílio.

Lá os cuidados não são um direito universal, pois para ter acesso aos serviços é necessário provar a carência ou a necessidade do serviço, o que muitas vezes é associado à indisponibilidade familiar. CARDOSO M. (2009) destaca que neste padrão da política de cuidados, a família tem responsabilidade na prestação de cuidados, estando os serviços direcionados para as pessoas isoladas, carentes e sem família.

Entretanto, ela aponta que os serviços estão desigualmente desenvolvidos consoante as regiões. Cita que na Espanha é na região da Catalunha que a política de cuidados às pessoas idosas está mais desenvolvida, privilegiando a articulação entre os serviços de saúde e sociais, assim como os serviços complementares, tais quais a eliminação das barreiras arquitetônicas e o transporte adaptado. Investe-se nos serviços prestados no domicílio, assim como na formação e qualidade dos serviços.

Ao mesmo tempo afirma que em Portugal, assim como na Grécia, “a maioria dos cuidados é prestada no âmbito familiar, sendo a política pública deficitária comparativamente a outros países europeus, apesar de, na atualidade, política pública na área dos cuidados ter tido um aumento substancial, quer no número de serviços, quer no número de pessoas abrangidas”. Por exemplo, na Grécia existem centros comunitários descentralizados, os quais complementam os serviços com entidades na área da saúde, tendo uma vertente de prevenção e reabilitação. Contudo, o rol de pessoas abrangidas pelos cuidados formais é mínimo, sendo a família a principal prestadora de cuidados.

CARDOSO M. (2009) também afirma que a política de cuidados para as pessoas idosas tem tomado forma em Portugal nos últimos cinco anos. Tem sido efetuado um esforço

para a criação de serviços e políticas ativas nesta área, sobretudo na articulação entre a saúde e o social e a integração dos cuidados continuados e integrados, na vertente preventiva. Mas também destaca que lá, a incapacidade de respostas das estruturas sociais e comunitárias, proporciona que a família seja a principal cuidadora e que, face à indisponibilidade ou inexistência desta, muitas pessoas idosas vivam sós, entregues a si próprias.

### 3 A PESSOA IDOSA COMO SUJEITO DE DIREITO

#### 3.1 MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS: SURGIMENTO E CONSOLIDAÇÃO DOS DIREITOS DOS IDOSOS NO BRASIL

O primeiro marco de conquistas relacionadas aos direitos dos idosos ocorreu em 10 de dezembro de 1948, quando a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou e proclamou a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Ela afirma que todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos, que não haverá distinção de raça, sexo, cor, língua, religião, política, riqueza ou de qualquer outra natureza, e prescreve, no artigo 25, o chamado direito dos idosos:

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

No Brasil, a desobrigação do Estado para com a velhice ocorre há vários séculos. De acordo com FONTE (2002), “a velhice, num passado não muito distante era vista e tratada como uma preocupação de caráter filosófico, humanístico e filantrópico”. Até o início do século 20, a velhice era tratada como uma questão particular, de total responsabilidade da família ou de entidades filantrópicas e religiosas. A Constituição de 1934 foi precursora em adotar a especificidade da pessoa idosa, sob a forma de direitos trabalhistas e previdenciários para a pessoa que se tornasse improdutiva no trabalho industrial daquela época.

Quanto a este ponto específico – da evolução histórica dos direitos dos idosos nas constituições brasileiras – a Constituição Política do Império do Brasil, outorgada em 25 de março de 1824, e a Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, a primeira constituição da República promulgada em 24 de fevereiro de 1891, não trouxeram nenhuma disposição acerca de direitos relacionados às pessoas idosas.

Como visto, a Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, promulgada em 16 de julho de 1934, foi a primeira constituição brasileira que trouxe previsão expressa de um direito do idoso, afirmando no título “Da Ordem Econômica e Social” que a legislação trabalhista deveria observar a instituição da previdência a favor da velhice. Além disso,

também proibiu a diferença salarial para um mesmo trabalho em razão da idade, de acordo com as alíneas “a” e “h” do parágrafo primeiro do artigo 121, respectivamente.

Já a Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, outorgada por Getúlio Vargas em 10 de novembro de 1937, conhecida como “Constituição do Estado Novo”, somente determinou na alínea “m” do artigo 137, que a legislação do trabalho deveria garantir a “instituição de seguros de velhice, de invalidez, de vida e para os casos de acidente de trabalho”, sem adentrar em nenhuma especificidade quanto aos direitos dos idosos.

Voltada ao reestabelecimento da democracia, a Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, promulgada em 18 de setembro de 1946, sem fugir as regras das constituições anteriores, apenas mencionou no inciso XVI do artigo 157 alguns aspectos previdenciários a favor da velhice, e também manteve a proibição da diferença de salário para um mesmo trabalho por motivo de idade, no inciso II do artigo 157.

Por fim, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1967, bem como a Emenda Constitucional nº 1 de 17 de outubro de 1969, não apresentaram inovações e apenas trataram no inciso XVI do artigo 158 dos idosos no contexto previdenciário, assegurando aos trabalhadores a “previdência social, mediante contribuição da União, do empregador e do empregado, para seguro-desemprego, proteção da maternidade e, nos casos de doença, velhice, invalidez e morte”.

Somente após a promulgação da Constituição Federal de 1988, que inovou ao estabelecer direitos à pessoa idosa até então não previstos em outros textos constitucionais, diversas leis surgiram amparando o idoso, valendo citar dentre elas o Código de Defesa do Consumidor (1990), o Estatuto do Ministério Público da União (1993), a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (1993), a Política Nacional do Idoso (1994), o Estatuto do Idoso (2003) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006).

Tratando da Constituição Federal de 1988, logo de início, no artigo 1º, incisos I e II, ela afirma que a cidadania e a dignidade da pessoa humana são fundamentos do Estado Democrático de Direito. Já no artigo 3º estipula que um dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil é o de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”, destacando a não discriminação em face da idade do cidadão.

Através da leitura inicial do texto constitucional, nota-se que todo cidadão brasileiro tem os seus direitos garantidos e amparados pela Lei Maior. Sabendo que o idoso é um ser

humano como outro qualquer, deve ser ele contemplado por todos os instrumentos asseguradores da dignidade humana aos brasileiros, sem distinção. Mas não é suficiente essa consideração. Como a pessoa idosa ainda sofre muito com o preconceito, a realidade obrigou o constituinte a ser bem claro no texto, estabelecendo meios legais para que o idoso deixe de ser discriminado e receba o tratamento que lhe é devido.

Dessa forma, a CF/88 não se limitou apenas a apresentar disposições genéricas nas quais pudessem ser incluídos os idosos, trazendo, também, previsões específicas sobre as pessoas contidas nessa faixa etária. Exemplo dessa preocupação maior é o seu artigo 229 que estabelece aos filhos maiores “o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”, bem como o artigo 230 que estipula 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”, consagrando o princípio da solidariedade social.

Ademais, o mesmo artigo 230 assegura, nos seus dois parágrafos, que “os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares”, consagrando o princípio da manutenção dos vínculos familiares (parte-se de pressuposto que a retirada do idoso de seu núcleo familiar é mediada extrema e excepcional), e que “aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes urbanos”, resguardando o direito à acessibilidade dos idosos.

Outro aspecto relevante da proteção constitucional pode ser percebido através da leitura do artigo 129 e seu inciso III, que reserva ao Ministério Público, dentre as suas funções institucionais, a promoção do inquérito civil e da ação civil pública, para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos da sociedade, onde se inclui, certamente, a defesa da parcela idosa da população.

No que se refere à Previdência Social, prevê o artigo 201 da Constituição que esta “será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, nos termos da lei”, dentre outros, “a cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada”, dando ao idoso o direito à aposentadoria, com algumas variantes, como a idade, o sexo, se trabalhador urbano ou rural, e, com certas especificidades, o tempo de contribuição.

Para a pessoa idosa que não tenha contribuído com a Seguridade Social, a Constituição Federal assegura o pagamento do Benefício de Prestação Continuada - BPC,

que, segundo previsão do seu artigo 203, inciso V, tem por objetivo a garantia de um salário mínimo mensal ao idoso, ou a pessoa portadora de deficiência, que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme disposição da lei.

O BPC foi regulamentado pela Lei nº. 8.742, de 7 de dezembro de 1993 – a Lei Orgânica da Assistência Social, pela Lei nº. 12.435, de 6 de julho de 2011 e pela Lei nº. 12.470, de 31 de agosto de 2011, que alteraram alguns dispositivos da Lei da Assistência Social, e pelos Decretos nº. 6.214, de 26 de setembro de 2007 e nº. 6.564, de 12 de setembro de 2008.

Este é um benefício da Política de Assistência Social, individual, não vitalício e intransferível, que assegura a transferência mensal de um salário mínimo ao idoso, com sessenta e cinco anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais.

Ressalta-se que, para obterem o referido benefício, tanto as pessoas com deficiência como as idosas, necessitam comprovar que não possuem meios de garantir o próprio sustento, nem de tê-lo provido por sua família. Nesta particularidade, a lei determina que a renda mensal familiar *per capita* deva ser inferior a  $\frac{1}{4}$  (um quarto) do salário mínimo vigente. Ademais, a família, para fins deste benefício, é composta pelo beneficiário titular, seu cônjuge ou companheiro, seus pais, sua madrasta ou padrasto (caso ausente o pai ou mãe), seus irmãos solteiros, seus filhos e enteados solteiros e menores tutelados, desde que todos vivam sob o mesmo teto.

Apenas a guisa de esclarecimento, a condição de acolhimento em instituições de longa permanência (a exemplo de hospital, abrigo ou instituição congênere) não prejudica o direito do idoso ao recebimento do benefício. O aposentado por invalidez possui o direito ao adicional de 25%, caso comprove que precisa de assistência permanente de terceiros. O Benefício Assistencial já concedido a um membro da família não entrará no cálculo da renda familiar em caso de solicitação de um novo benefício para outro idoso da mesma família.

A gestão do referido benefício é realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, por intermédio da Secretaria Nacional de Assistência Social, que é a responsável pela sua implementação, coordenação, regulação, monitoramento e avaliação.

Os recursos para o seu custeio provêm da Seguridade Social, sendo repassados ao Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, que lhe operacionaliza, por meio do Fundo Nacional de Assistência Social.

Vale destacar que o direito de amparo a pessoa idosa, por sua importância de significado, pode ser equiparado aos fundamentais e ter, em seu favor, o mesmo tratamento dispensado a esses pela interpretação do seu artigo 5º, §2º, que determina que “os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte”.

O objetivo desse artigo é o de expandir e aperfeiçoar o catálogo de direitos fundamentais por meio do critério de atipicidade. Todavia, segundo entendimento esposado por BARLETTA (2010), ainda que tal artigo inexistisse, o direito de amparo da pessoa idosa teria a condição de fundamentalmente implícito, ou seja, subentendido pela dimensão axiológica que possui, afinal, tal direito decorre do princípio da dignidade da pessoa humana na circunstância especial de estar envelhecida e de necessitar de cuidados especiais.

Ratificando o pensamento acima exposto, DE MORAES (2007), destacando os direitos humanos fundamentais dos idosos, afirma que:

Mais do que reconhecimento formal e obrigação do Estado para com os cidadãos da terceira idade, que contribuíram para seu crescimento e desenvolvimento, o absoluto respeito aos direitos humanos fundamentais dos idosos, tanto em seu aspecto individual como comunitário, espiritual e social, relaciona-se diretamente com a previsão constitucional de consagração da dignidade da pessoa humana.

Ademais, a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso - PNI, e que, como já enfatizado no seu artigo 1º, “tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”, é mais um importante instrumento disponível para o fortalecimento da defesa dos direitos inerentes à população idosa, sendo também um marco de conquistas deste segmento populacional.

É FALEIROS (2012) que destaca que o surgimento da PNI, em 1994, coincide com as discussões da chamada falência do financiamento da previdência social e com a mobilização das pessoas idosas para a construção de uma articulação política que atenda, de maneira justa, todas as demandas de uma sociedade que envelhece. Ele nos diz que é a PNI



que coloca a questão do envelhecimento e da velhice numa ótica transversal que diz respeito a vários ministérios, à família e à sociedade.

As principais diretrizes norteadoras da PNI consistem em: incentivar e viabilizar formas alternativas de cooperação intergeracional; atuar junto às organizações da sociedade civil representativas dos interesses dos idosos com vistas a formulação, implementação e avaliação das políticas, planos e projetos; priorizar o atendimento dos idosos em condição de vulnerabilidade por suas próprias famílias em detrimento ao atendimento asilar; promover a capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia; priorizar o atendimento do idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços; e fomentar a discussão e o desenvolvimento de estudos referentes à questão do envelhecimento.

A PNI também estabelece as competências das entidades e órgãos públicos. A implantação dessa lei estimulou a articulação e integração dos ministérios envolvidos na elaboração de um plano de ação governamental para a sua integração no âmbito da União. A operacionalização da política, da mesma forma que as demais ações empreendidas no campo assistencial, ocorre de forma descentralizada, através de sua articulação com as demais políticas voltadas para os idosos no âmbito dos estados e municípios e na construção de parcerias com a sociedade civil.

Ratificando o caráter fundamental do direito à saúde, e ao mesmo tempo confirmando que este, com direito social que é, pressupõe um protagonismo do Poder Público – na medida em que para exercer-se plenamente necessita das prestações oferecidas pelo Estado – o artigo 10, inserido no capítulo que especifica “Das Ações Governamentais”, determina que:

Art. 10. Na implementação da política nacional do idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos:

[...]

II - na área de saúde:

- 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; e
- h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso.

Ainda no que se refere à normativa infraconstitucional, merece destaque a Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003, o Estatuto do Idoso, que foi implementado tendo como objetivo principal promover a inclusão social e garantir a efetividade dos direitos desses cidadãos – uma vez que esse segmento populacional se encontra desprotegido, merecendo tratamento e atenção especial. Aqui foram retomados os princípios e as diretrizes já expostos na PNI, mas além disso, foram estabelecidas sanções aos descumprimentos das normas, o que não se verificou na lei de 1994.

Para tanto, o referido Estatuto traz como justificativa a condição de fragilidade do idoso, e a proteção à velhice é apontada como um direito, e, conforme previsão do artigo 1º, destina-se a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos. Vale-se, portanto, do critério etário estabelecido pela OMS e que, como anteriormente visto, é o mais utilizado para estabelecer o “ser idoso”.

No capítulo em que se especifica “Do Direito à Vida”, o artigo 8º afirma que “o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social”. Isto posto, VILAS BOAS (2009) observa que envelhecer se encontra dentro dos direitos da personalidade “além de, pela expressão ‘personalíssimo’, compreender-se que esse direito concerne a uma pessoa ou a um grupo com individualidades coincidentes ou características especiais”.

O Estatuto considera a velhice no contexto dos direitos fundamentais da pessoa humana, salientando a dignidade. Logo em seguida, o artigo 9º dispõe que “é obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade”. Neste sentido, já assinalava o artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos”.

Realçando ainda mais a fundamentalidade do direito à vida, VILAS BOAS (2009) assevera que:

O direito à vida, antes do direito a liberdade, é o maior dos direitos, colocado como indisponível e oponível *erga omnes*, por excelência, a tal ponto que não se pode emitir qualquer enunciado tendente à sua supressão. No seu título “Dos direitos e

garantias fundamentais”, a Carta Constitucional abre o primeiro Capítulo com o artigo 5º. Depois de assegurar a igualdade de todos, perante a lei, sem quaisquer distinções – por consequência também assegurada a não distinção das pessoas em relação à idade –, garante a Lei Maior a inviolabilidade do direito à vida.

Segue o Estatuto do Idoso afirmando, agora no artigo 10, que “é obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis”, reforçando o entendimento de que as pessoas idosas merecem atenção especial diante da sua peculiar condição.

Esmiuçando as suas particularidades, o §2º do citado artigo determina 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”, abrangendo, portanto, o direito ao adequado tratamento de saúde com vistas à manutenção da referida integridade.

Como é cediço – e sabendo que a manutenção da boa condição de saúde é imprescindível para o bem envelhecer – o referido Estatuto estabelece no artigo 15, no capítulo IV dedicado ao “Direito à Saúde”, que:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – 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.

O Sistema Único de Saúde - SUS teve por primeira disposição geral o primado da saúde como direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O idoso, por disposição do seu Estatuto, foi incluído prioritariamente na atenção integral, universal e igualitária diante das ações e serviços de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde.

Ainda neste mesmo artigo, no § 1º, fica estabelecido de que forma será efetivada a prevenção e a manutenção da saúde da pessoa idosa, nos seguintes termos, conforme transcrição literal:

Art. 15. *Omissis*

§ 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.

No que se refere especificamente ao fornecimento de medicamento, o § 2º do referido artigo 15 assevera que “incumbe ao poder público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação”.

Dando continuidade, e a partir da constatação de que o idoso ainda sofre com o tratamento desigual que lhe é destinado, o § 3º afirma que “é vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade”, e o § 4º diz que “os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei”.

Levando em consideração que a pessoa idosa se encontra ainda mais fragilizada quando acometida por alguma enfermidade, determina o artigo 16 que “ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência integral, segundo o critério médico”, uma vez que o envelhecimento proporciona a diminuição da disposição para se adaptar, ficando ainda mais vulnerável.

Mais adiante se expõe, no artigo 17, que “ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável”, pois nestas condições este se comporta como um paciente comum, tendo a presente disposição o objetivo de reforçar o seu direito, ante a visão prejudicada e preconceituosa de que o idoso “não pensa como antes”.

Já o seu parágrafo único traz as exceções, afirmando que:

Art. 17. *Omissis*

Parágrafo Único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:

I - pelo curador, quando o idoso for interditado;

II - pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;

III – pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;

IV – pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.

Sabendo que a capacitação adequada dos profissionais de saúde que lidam diretamente com o idoso é requisito indispensável para um tratamento exitoso, ainda dispõe o artigo 18 que “as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda, tendo por base a fragilidade inerente a essa parcela da população”.

Mister destacar que, em 2006, o Ministério da Saúde incluiu a saúde do idoso como item prioritário na agenda de saúde do país, promulgando uma nova Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI (Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006) que objetiva, no âmbito do SUS, garantir atenção integral à saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo baseado no paradigma da capacidade funcional, abordada de maneira multidimensional.

No próprio anexo da citada Portaria, aparece que a finalidade primordial da PNSPI é 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 SUS, destacando que é alvo dessa política todo cidadão brasileiro com sessenta anos ou mais de idade.

E, como justificativa para a elaboração de uma nova Política de Saúde para os idosos, é afirmado que o Brasil envelhece de forma rápida e intensa, e que essa transição demográfica repercute na área da saúde em relação à necessidade de se reorganizar os modelos assistenciais. Também se considera que a saúde para a população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis, abrangendo a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social.

É ainda reconhecido na justificativa que:

O sistema de saúde brasileiro tradicionalmente está organizado para atender à saúde materno-infantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades. Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo (Firmo et al, 2003). Isso já pode ser notado, uma vez que

a população idosa, que hoje representa cerca de 9% da população, consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS (Lima-Costa et al, 2000). Além disso, é notável a carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso, em todos os níveis de atenção.

A promoção do envelhecimento ativo, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, é reconhecidamente a meta de toda ação de saúde. Ela permeia todas as ações desde o pré-natal até a fase da velhice, e se baseia no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização, determinantes trazidas pelas Nações Unidas.

Por fim, não se pode esquecer que os idosos formam um grupo heterogêneo, e que será necessário vencer preconceitos e discutir mitos arraigados em nossa cultura. Os gestores, profissionais de saúde e toda a comunidade devem perceber que a prevenção e a promoção de saúde não é privilégio apenas dos jovens, e que as ações de prevenção devem ser incorporadas à atenção à saúde em todas as idades. Nesta lógica, deve-se compreender que envelhecer bem deve ser com saúde, de forma ativa e livre de qualquer tipo de dependência funcional.

### 3.2 A SAÚDE DA PESSOA IDOSA COMO DIREITO PRIORITÁRIO

Quando na análise de um caso concreto se encontrar uma pessoa idosa, não é o bastante se afirmar a saúde como um direito fundamental. Além de destacar o seu caráter prioritário, é preciso reconhecer as peculiaridades do atendimento à saúde do idoso, sob pena de toda esta previsão normativa não passar de letra morta. Mais do que enunciado, o direito à saúde do idoso necessita ser promovido em condições ideais, pois o idoso doente é ainda mais vulnerável.

Neste sentido, de acordo com BARLETTA (2010):

Nada há que sustente, diante de avanços médicos em termos de tratamentos curativos e paliativos, que o indivíduo deixe de gozar de saúde sem nada se fazer pelo argumento de que 'faz parte da velhice'. Se a medicina já se deu conta de que é possível envelhecer e morrer em condições dignas de saúde, é papel do direito assegurá-las na última etapa da vida da pessoa humana, pois, do contrário, haveria um inconcebível atentado ao valor máximo de ordem constitucional que proclama sua dignidade.

Então, fácil perceber que se a pessoa idosa se encontra mais fragilizada e apresenta uma maior facilidade de desenvolver doenças do que uma pessoa mais jovem, a saúde

naturalmente surge, dentre os seus direitos fundamentais, com aquele de ordem prioritária. Afinal, ter direito à saúde é pressuposto para que sejam exercitados os outros direitos dos idosos, tais como o acesso ao trabalho, à educação, à cultura, ao lazer, ao exercício dos direitos civis e políticos.

Por lógica, padeceria de validade tais previsões legais, se o idoso não estiver em pleno gozo da sua saúde física e mental. Portanto, deve ser assegurado ao idoso, de forma prioritária, o acesso às ações e serviços públicos de saúde, tanto na seara preventiva como curativa, para que, saudável, possa exercer satisfatoriamente todos os demais direitos que lhes são assegurados. Assim também se posiciona BARLETTA (2010) quando sustenta que:

Por conta de o idoso estar mais exposto às agressões tanto biológicas, provocadas pelo tempo, quanto às de índole social que necessita enfrentar; pelo fato de as alterações biológicas sofridas desencadearem doenças físicas e psíquicas com mais facilidade e em maior pujança que na juventude, é imperioso que o direito à saúde na terceira idade seja concedido em ordem de prioridade, para salvaguarda do princípio constitucional da dignidade humana nas contingências especialíssimas da velhice.

Tendo por base o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, reconhecido por muitos como supremo, visualiza-se no Estatuto do Idoso três princípios destinados especialmente a tutelar à pessoa idosa, sendo eles os subprincípios da proteção integral do idoso e da absoluta prioridade outorgada ao idoso, que juntos conformam o princípio do melhor interesse do idoso.

No que se refere ao subprincípio da proteção integral do idoso, pode-se notar que o artigo 2º do seu Estatuto dispõe que:

O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Percebe-se que com tal previsão o legislador apenas quis reforçar o gozo de todos os direitos fundamentais que são inerentes a qualquer pessoa humana, destacando que, na peculiar condição de envelhecida, a pessoa idosa merece uma proteção maior, levando em conta o contexto particular de sua idade avançada que, naturalmente, demanda cuidados distintos.

Neste sentido, o Estatuto do Idoso segue preconizando, em seu artigo 3º, que “é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso,

com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida e à saúde”, se referindo, ainda, “à alimentação, educação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”.

Partindo-se do pressuposto de que é preciso assegurar igualdade jurídica às pessoas idosas, em razão do envelhecimento que os vulnerabiliza, a fim de mitigar sua desigualdade material em relação às pessoas de outra faixa etária, o Estatuto do Idoso destrincha, no parágrafo único do citado artigo 3º, o que compreende esta garantia, conforme explicações (BARTELLA, 2010) a seguir:

Art. 3º *Omissis*

Parágrafo único. **A garantia de prioridade compreende:**

“**I – atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;**” Nos casos em que houver necessidade, considerando as condições psicofísicas do indivíduo, pode-se dizer que o atendimento deve ser instantâneo, e mais, individualizado, ou seja, a distinguir o idoso de acordo com as suas especialidades intrínsecas.

“**II – preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas;**” O que confirma o não exaurimento das políticas já estabelecidas pelo Estatuto do Idoso e pela Política Nacional do Idoso.

“**III – destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso;**” Manutenção dos orçamentos da União, dos Estados e dos Municípios de forma a destinar, privilegiadamente, verbas públicas para entidades e estabelecimentos que tenham por intuito proteger, o mais amplamente possível, a pessoa idosa.

“**IV – viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações;**”

“**V – priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência;**”

“**VI – capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos;**” Visando o melhor acolhimento e atendimento da pessoa idosa.

“**VII – estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento;**” Com o intuito de possibilitar que toda a sociedade se esclareça acerca das vicissitudes biológicas, psíquicas e sociais do envelhecimento, pois o que é desconhecido não sensibiliza e nem atrai maiores interesses.

“**VIII – garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais.**”

“**IX – prioridade no recebimento da restituição do Imposto de Renda**” (grifos nossos).

Analisando os incisos acima referidos, torna-se evidente que a pessoa idosa faz jus não só à proteção integral já esclarecida, mas também à tutela prioritária, que o coloca em situação preferencial na efetivação de direitos fundamentais de todos os seres humanos, em



especial o direito à saúde, pelo notório fato de a qualidade de saúde da pessoa estar em maior decrescência quanto mais velha ela se torna.

Assim que, dentre os direitos fundamentais, a saúde desponta como direito de natureza prioritária da pessoa quando idosa por três motivos, como alude BARLETTA (2010). Em primeiro lugar, pela frequência e pela rapidez em que, na terceira idade, a saúde se esvai, tornando o idoso mais suscetível aos agravos psicofísicos e ao alijamento social. Em segundo lugar, pelo fato de o direito à saúde funcionar como pressuposto para que se exercitem outros direitos dos idosos. Em terceiro lugar, pela necessidade de se conferir às pessoas idosas prioridade no acesso à saúde, em virtude da menor capacidade de resistência do idoso para aguardar o tratamento de saúde.

É este também o entendimento adotado pelos Tribunais Pátrios, a exemplo das ementas a seguir colacionadas, que enfatizam o direito à saúde da pessoa idosa como direito prioritário:

**Ementa:** ADMINISTRATIVO. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. **DIREITO A SAÚDE. ATENDIMENTO DOMICILIAR A PACIENTE IDOSA (HOME CARE).** SITUAÇÃO DE EXTREMA DEBILIDADE RECONHECIDA PELO PRÓPRIO ACÓRDÃO RECORRIDO, QUE, NO ENTANTO, NEGOU O PEDIDO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR. DESNECESSIDADE DE RISCO ABSOLUTO À VIDA, DEVENDO SER OBSERVADA PARA TUTELA JURISDICIONAL A NECESSIDADE CLÍNICA. COMPROVAÇÃO POR LAUDOS E PRONTUÁRIOS RECONHECIDOS PELAS INSTÂNCIAS ORDINÁRIAS. **DIREITO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA AO ATENDIMENTO DOMICILIAR, SE PRESENTE A NECESSIDADE. ART. 18, § 4º, III DA LEI 13.146/2015. IGUAL PREVISÃO NO ESTATUTO DO IDOSO (ART. 15, § 1º, IV DA LEI 10.741/2003).** O PROCEDIMENTO SE ENCONTRA NA LISTA DE COBERTURAS DO SUS. ART. 19-I DA LEI 8.080/1990 E RESPECTIVA TABELA DE PROCEDIMENTOS, CONFORME LAUDO MÉDICO. AGRAVO CONHECIDO PARA DAR PROVIMENTO AO RECURSO ESPECIAL DO PARTICULAR.

1. O presente Recurso atrai a incidência do Enunciado Administrativo 3 do STJ, segundo o qual, aos recursos interpostos com fundamento no Código Fux (relativos a decisões publicadas a partir de 18 de março de 2016), serão exigidos os requisitos de admissibilidade recursal na forma do novo Código.

2. Preliminarmente, deve-se ressaltar o respeito ao prequestionamento implícito da matéria debatida nessa oportunidade. A controvérsia é o fornecimento, pela Municipalidade, de atendimento médico domiciliar (home care).

3. Consoante o art. 1.042, § 5º. do Código Fux, é possível o julgamento conjunto do Agravo e do próprio Recurso Especial perante o colegiado (AREsp. 851.938/RS, Rel. Min. GURGEL DE FARIA, DJe 9.8.2016).

4. Constata-se nos autos que MARIA DA GRACA OLIVEIRA ingressou com a Ação de Obrigação de Fazer c/c com pedido de Tutela Antecipada em desfavor do MUNICÍPIO DE TRÊS LAGOAS/MS, com pedido de fornecimento de medicamentos, bem como fraudas geriátricas e acompanhamento home care.

**5. O acórdão recorrido contraria tanto os princípios da integralidade e da universalidade (art. 2º, § 1º. da Lei 8.080/1990), que regem o funcionamento**

**do SUS, como o direito da pessoa com deficiência (art. 18, § 4o., III da Lei 13.146/2015) e do idoso (art. 15, § 1o., IV da Lei 10.741/2003) ao atendimento médico domiciliar, se presente a necessidade deste.**

6. Na concessão de tratamentos médicos pela via jurisdicional, não se exige a existência de risco à vida do postulante. Nem mesmo para o deferimento de medida liminar, cujos requisitos são ainda mais rígidos, é necessária tal demonstração, bastando que haja risco à saúde, conforme o Enunciado 51 da II Jornada do Direito da Saúde do CNJ. O que deve orientar a prestação da Tutela Jurisdicional é a necessidade clínica do paciente, certificada pelos profissionais para tanto competentes.

7. Os cuidados de pessoa idosa, gravemente debilitada e dependente, conforme certificado no próprio acórdão recorrido, são atividades que, além de evidentemente se inserirem no amplo rol dos arts. 11 e 12 da Lei 7.498/1986, consomem a quase totalidade do tempo de quem se dedica a elas. Transferir esse encargo aos familiares da recorrente - que sequer foram especificados no acórdão -, em especial considerando a idade avançada de seu marido, poderia prejudicar o próprio sustento da família e, como decorrência, a manutenção da saúde da agravante.

8. Agravo conhecido para dar provimento ao Recurso Especial do particular a fim de determinar à Municipalidade que lhe forneça o atendimento domiciliar (home care) nos termos proferidos na sentença e, diante da inexistência de efeito suspensivo automático nos Recursos eventualmente cabíveis desta decisão (art. 995 do Código Fux), bem como da urgência da medida em razão do risco de dano grave, o MUNICÍPIO DE TRÊS LAGOAS/MG deverá efetivar o fornecimento do tratamento no prazo de 10 dias contados da intimação desta decisão, independentemente da interposição de qualquer outro Recurso em face dela. (AREsp 1303664 / MS. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 2018/0132689-6. Relator Ministro NAPOLEÃO NUNES MAIA FILHO (1133). Órgão Julgador Primeira Turma. Data do julgamento: 02/10/2018. Data da publicação: 10/10/2018).

**Ementa:** DIREITO CONSTITUCIONAL. SAÚDE. INTERNAÇÃO. UTI. DOENÇA GRAVE. IDOSA. PRIORIDADE. DEVER CONSTITUCIONAL DO ESTADO. ESTATUTO DO IDOSO. AUSÊNCIA DE VAGAS NA REDE PÚBLICA HOSPITALAR. ATENDIMENTO EM HOSPITAL PARTICULAR. DESPESAS. DEVER DE CUSTEIO DO ESTADO. MORA. DATA DA SOLICITAÇÃO. 1. "A saúde é um direito de todos e um dever do Estado" (artigo 196 da Constituição Federal e artigos 204 e 207 da Lei Orgânica do Distrito Federal). 2. **O artigo 15 da Lei 10.741 /2003 (Estatuto do Idoso) assegura atenção integral à saúde do idoso.** 3. A obrigação do Distrito Federal em arcar com as despesas médicas de hospital particular deve ser contada a partir da sua recusa em prestar assistência, formulada em pedido de transferência para leito de UTI da rede pública. 4. Recurso conhecido e desprovido. (TJ-DF - 20160110229773 0007305-53.2016.8.07.0018 (TJ-DF) - Data da publicação: 17/03/2017).

**Ementa:** REMESSA NECESSÁRIA. MEDIDA DE PROTEÇÃO PROPOSTA PELO MINISTÉRIO PÚBLICO EM FAVOR DE IDOSO. INTERNAÇÃO EM ENTIDADE DE LONGA PERMANÊNCIA. OBRIGAÇÃO DO PODER PÚBLICO DE ASSEGURAR AO IDOSO, COM ABSOLUTA PRIORIDADE, A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À VIDA, À SAÚDE, À ALIMENTAÇÃO E À DIGNIDADE. 1. Em face do precedente do Superior Tribunal de Justiça (EREsp 699545/RS) que uniformizou a jurisprudência se tratando de reexames necessários em sentenças ílquidas desfavoráveis aos Entes Públicos, é de ser conhecido o reexame necessário. 2. Nos termos do art. 230 da Constituição Federal, o Estado - aí compreendido em sentido lato - tem o dever de amparar as pessoas idosas, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. Igualmente, o art. 3º da Lei n.º 10.741 /2003 também estabelece ser obrigação do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à dignidade e ao respeito, dentre outros, de modo que

compete ao Poder Público garantir aos idosos o direito a moradia digna, inclusive em entidade de longa permanência, quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família (art. 37, § 1º, Lei n.º 10.741 /2003). CONFIRMARAM A SENTENÇA, EM REMESSA NECESSÁRIA. UNÂNIME. (Reexame Necessário N° 70069363810, Oitava Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Luiz Felipe Brasil Santos, Julgado em 30/06/2016).

**Ementa:** EMENTA – AGRAVO DE INSTRUMENTO – DECISÃO CONCESSIVA DE TUTELA DE URGÊNCIA – FORNECIMENTO DE INSUMO – DEVER DE ASSEGURAR A SAÚDE PÚBLICA – ART. 196 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL – **ABSOLUTA PRIORIDADE PARA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE – ART. 3º DO ESTATUTO DO IDOSO.** O Estado (união, estados e municípios) tem o dever de assegurar a saúde do cidadão, garantida pela Constituição Federal, em seu art. 196, bem como é dever do Poder Público, com absoluta prioridade, a efetivação de diversos direitos, inclusive à saúde, no art. 3º do Estatuto do Idoso. Recurso conhecido e não provido. (TJ-MS - 20010494220178120000 MS 2001049-42.2017.8.12.0000 (TJ-MS) – Data da publicação: 29/11/2017).

Ocorre que, apesar de todo o avanço legislativo que teve início com a CF/88, abrangendo a Política Nacional do Idoso, o seu Estatuto e diversos outros instrumentos legais, encontra-se ainda muito vulnerável, discriminado e marginalizado este segmento populacional que, principalmente quando sem condições de arcar financeiramente com a preservação do seu direito à saúde, padecem aguardando pelo digno atendimento, que, infelizmente, na maioria das vezes, não chega nem a iniciar.

O acesso à saúde é universal, porque imbuído da obrigação de abranger a universalidade do povo do Estado brasileiro. Mas, ainda que universal, ele permite distinções em sua aplicação normativa haja vista não perder o foco de que existem pessoas, como as idosas, que merecem proteção prioritária de sua saúde exatamente para que não haja violação do princípio da igualdade substancial. Portanto, “há de se observar que igualdade no serviço público de saúde significa também o implemento de ações estatais em grupos especiais que mais necessitam delas” (BARTELLA, 2010).

Importa notar, neste ponto, o direito à igualdade substantiva que conclama tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, garantindo, somente desta maneira, o oferecimento de oportunidades concretas para os grupos que se encontram socialmente inferiorizados. Seguindo este entendimento, ponderam NUNES E SCAFF (2011), extraindo o pensamento de Robert Alexy, que:

A solução de casos como tais está no entendimento do princípio da isonomia assim formulado para o tratamento igualitário: “**Se não há nenhuma razão suficiente para a permissão de um tratamento desigual, então está ordenado um**

**tratamento igual**". Por esta máxima, todos devem ser tratados de forma igual, desde que não haja uma razão suficiente que permita diferenciação.

E para o tratamento não igualitário o preceito deve ser lido da seguinte forma: "**Se há uma razão suficiente para ordenar um tratamento desigual, então está ordenado um tratamento desigual**". É imperioso que seja demonstrada a existência de "razão suficiente" para determinar a quebra da isonomia. Uma vez tendo sido demonstrada esta razão, é impositivo o tratamento diferenciado.

Observe-se que, com o objetivo de colocar todos os membros da sociedade em condições iguais de competição pelos bens da vida considerados essenciais, faz-se necessário, muitas vezes, favorecer uns em detrimento de outros. Significa, em consonância com BARLETTA (2010), que, em questões de saúde, pessoas idosas, assim como crianças e adolescentes, possuem pelo princípio do seu melhor interesse, tutela prioritária diante de pessoas de outra faixa etária exatamente pelo fato da compleição psicofísica e social das últimas se apresentar mais favorecidas, enquanto a das primeiras mais frágil.

O Estatuto do Idoso garante meios para o aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social do idoso. Assim, "tudo que a pessoa de idade alcançou em termos de boa saúde deve ser mantido e o que não obteve nessa seara, possibilitado". Nesse sentido, interpretar o direito dos idosos de acordo com o princípio do seu melhor interesse significa, em questões relativas à saúde, "não só conceder-lhe esse direito fundamental de maneira prioritária em relação aos seus outros direitos, mas também de lhe conferir prioridade no acesso à saúde em face de direitos concorrentes da mesma estirpe de pessoas de outras faixas etárias" (BARTELLA, 2010).

### 3.3 O IDOSO NA AGENDA DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE BRASILEIRA

Ao se realizar uma análise do período Pré-Constituição Federal de 1988, pode-se dizer que a incorporação da questão do envelhecimento populacional na agenda das políticas brasileiras, quer sejam públicas ou por iniciativa da sociedade civil, não é tão recente quanto assim. Embora singelas, as origens do sistema de proteção social no Brasil remontam ao período colonial, com a criação de instituições de caráter assistencial, a exemplo da Santa Casa de Misericórdia de Santos.

Ainda no período imperial podem ser identificados antecedentes do atual sistema de proteção social, citando como exemplos os montepios civis e militares. No ano de 1888 foi regulamentado o direito à aposentadoria dos empregados dos Correios (através do Decreto

9.912-A, de 26 de março de 1888), quando estes, após trinta anos de serviço e com uma idade mínima de sessenta anos, poderiam usufruir de uma aposentadoria. E 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 da primeira caixa de aposentadorias e pensões, a Lei Eloy Chaves, em 1923.

Tratando do envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas brasileiras, não se pode negar que o atual tratamento resulta tanto de influências e pressões da sociedade civil, quanto das associações científicas e dos grupos políticos. Por isso, merecem destaque duas iniciativas surgidas ainda nos anos 1960 e que tiveram significativo impacto no desenvolvimento futuro das políticas brasileiras para a população idosa.

A primeira delas foi a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (1961), e a segunda ocorreu por iniciativa do Serviço Social do Comércio - SESC (1963). Esta última era uma entidade patronal financiada pelos trabalhadores e consumidores, e introduziu no país atividades de centros de convivência voltados para trabalhadores do comércio, abertos a idosos e fora do âmbito filantrópico, religioso ou estatal.

Já a primeira iniciativa do governo federal na prestação de assistência ao idoso ocorreu no ano de 1978 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 sessenta anos. A admissão em instituições era feita considerando o desgaste físico e mental dos idosos, a insuficiência de recursos próprios e familiares, bem como a inexistência de família ou abandono por ela.

Outra importante iniciativa do governo federal em prol dos idosos carentes ainda durante os anos 1970 foi a criação de dois tipos de benefícios, ambos não-contributivos. O primeiro deles foram as aposentadorias para os trabalhadores rurais, através do Fundo de Previdência Rural – FUNRURAL, e o outro foi a Renda Mensal Vitalícia – RMV, destinadas aos necessitados urbanos e rurais.

As RMVs, criadas em 1974, foram as primeiras medidas de proteção do portador de deficiência e da pessoa idosa necessitada. Estas ocorreram no âmbito da política previdenciária. As principais condições para sua elegibilidade eram: não receber nenhum benefício, ter contribuído por pelo menos doze meses ou, alternativamente, ter trabalhado por cinco anos em atividade na época não coberta pela previdência, e não auferir renda superior ao valor do benefício.

Entretanto, o primeiro documento do governo federal que estabeleceu diretrizes para uma política social para a população idosa surgiu somente no ano de 1976, tomando por base as conclusões de três seminários regionais – realizados em São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza – e um de âmbito nacional. Tais seminários tinham como objetivo discutir as condições de vida do idoso brasileiro e a necessidade do apoio assistencial para o pleno atendimento das suas demandas.

Buscando estabelecer um diagnóstico para a questão da velhice no nosso país e apresentar as linhas básicas de uma política de assistência e promoção social do idoso, o então Ministério de Previdência e Assistência Social formulou este documento, que representava a síntese de todas as discussões havidas nos Seminários, com sugestões a curto, médio e longo prazo. As principais propostas contidas no documento denominado “Política Social para o Idoso: Diretrizes Básicas”, foram:

- Implantação de sistema de mobilização comunitária, visando, dentre outros objetivos, à manutenção do idoso na família;
- Revisão de critérios para 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;
- Coleta de 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 a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dentre outras.

Como já abordado durante a análise do envelhecimento populacional na agenda internacional das políticas públicas, aquela anterior visão que predominava nos debates políticos – de vulnerabilidade e dependência do segmento idoso – foi paulatinamente sendo alterada ao longo dos anos 1980, muito por influência do avanço dos estudos e pelos novos paradigmas surgidos ainda no debate internacional.

Como signatário do Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento de 1982, o Brasil passou a incorporar, de forma mais assertiva, esse 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.

Destaca-se como uma das mais importantes conclusões da Assembléia de Viena a conscientização dos países sobre a necessidade de incorporarem aos seus planos propostas de

ações que garantissem um envelhecimento ativo e saudável. A sociedade deveria ser trabalhada no sentido de adotar um conceito positivo de envelhecimento, orientado ao desenvolvimento. Tal entendimento, na prática, significou uma real mudança de visão do papel do idoso na sociedade.

Já restou comprovado que indiscutível é o fato de que o grande avanço em políticas de proteção social aos idosos brasileiros foi dado pela Constituição de 1988. Nela 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 texto constitucional também estabeleceu, como princípios básicos, a universalização, a equivalência de benefícios urbanos e rurais, a seletividade na concessão, a irredutibilidade do valor das prestações previdenciárias, a fixação do benefício mínimo em um salário mínimo, a equanimidade no custeio e a diversificação da base de financiamento, a descentralização e a participação da comunidade, de trabalhadores, empregadores e aposentados na gestão.

Ademais, também já se viu que a CF/88 foi a primeira constituição brasileira a contar com um título “da Ordem Social”, sendo que neste, o Capítulo VII refere-se expressamente às questões da família, da criança, do adolescente e do idoso, significando um grande avanço no que diz respeito ao papel do Estado na proteção do segmento populacional idoso.

Entretanto, é bom destacar que a família continuou sendo a principal responsável pelo cuidado do idoso, podendo ser criminalizada caso não o faça. Isso foi inclusive objeto do título VII — Dos Crimes contra Família — Capítulo III, artigo 244, do Código Penal “Deixar, sem justa causa, de prover a subsistência do cônjuge, ou de filho menor de 18 (dezoito) anos ou inapto para o trabalho, ou de ascendente inválido ou maior de 60 (sessenta) anos [...]”.

Ao longo da década de 1990 foram regulamentados diversos dispositivos constitucionais referentes às políticas setoriais de proteção às pessoas idosas. Em 1991, foram aprovados os Planos de Custeio e de Benefícios da Previdência Social. Mas foi no ano de 1993 que os princípios constitucionais referentes à assistência social foram regulamentados, através da aprovação da LOAS (Lei 8.742, de dezembro de 1993).

Como anteriormente analisado, ela estabeleceu programas e projetos de atenção ao idoso, em corresponsabilidade nas três esferas de governo, e regulamentou a concessão do BPC às pessoas maiores de setenta anos de idade pertencentes a famílias com renda mensal

*per capita* inferior a 1/4 do salário mínimo (em 1998, a idade mínima para o recebimento do benefício foi reduzida para sessenta e sete anos e em 2004 para sessenta e cinco anos).

Ainda atendendo às diretrizes lançadas pela CF/88, e sofrendo influência dos debates internacionais sobre o envelhecimento, foi aprovada no ano de 1994 a Política Nacional do Idoso - PNI (Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994). Sabe-se que tal política 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”.

Mas, indiscutivelmente, a década de 90 do século XX foi um período de grandes avanços para a formação de agendas das políticas sociais voltadas para a população idosa brasileira, e, além da promulgação destes importantes instrumentos legais, diversos dispositivos constitucionais relacionados aos direitos deste segmento populacional também foram regulamentados.

PESSOA (2009) lembra que referido período ficou conhecido como marco de formação da agenda, em razão do lançamento de duas medidas no governo do então Presidente Fernando Henrique Cardoso. A primeira dessas medidas foi o Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso – PAG/PNI, em 1997, e a segunda foi a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNPSI, em 1999.

O PAG/PNI foi concebido como resposta à PNI e estabeleceu como objetivo geral “promover ações setoriais integradas de forma a viabilizar a implementação da Política Nacional do Idoso”; e como objetivos específicos: definir as ações e estratégias de cada órgão setorial, negociar recursos financeiros entre as três esferas de governo, bem como acompanhar, controlar e avaliar o conjunto das ações, tomando por base as diretrizes já elencadas na PNI.

O esquema operativo deste plano baseava-se no desenvolvimento e gestão de ações por meio dos órgãos do governo elencados também na PNI, que deveriam promover programas, projetos e atividades de forma articulada, envolvendo a capacidade técnica e de recursos de todos os parceiros, visando implementar as suas determinações. Portanto, envolvia diferentes políticas setoriais e previa a descentralização administrativa e a participação de organizações não governamentais na oferta e implementação de serviços.



Em verdade, o PAG/PNI representou o esforço de criação de uma agenda de política social específica para a população idosa, contudo não conseguiu constituir-se em uma política efetiva e ideal, quanto a atender universalmente as demandas e necessidades do envelhecimento humano e populacional e as condições precárias da maioria da população idosa no Brasil (PESSOA, 2009). E, desta forma, a não efetividade deste Plano contribuiu para a elaboração da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI.

Assim que, no ano de 1999, o Ministério da Saúde elaborou a Portaria nº 1.395/99 criando a PNSPI, como consequência do entendimento de que os altos custos envolvidos no tratamento médico dos pacientes idosos pelo SUS não estavam resultando no real atendimento das suas necessidades específicas. De acordo com tal portaria:

A mudança no perfil epidemiológico acarreta grandes despesas com tratamentos médicos e hospitalares ao mesmo tempo em que se configura num desafio para as autoridades sanitárias, em especial no que tange à implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas.

A política apresenta dois eixos norteadores: medidas preventivas, com especial destaque para a promoção da saúde, e atendimento multidisciplinar específico para esse contingente. Ela foi elaborada com base nas seguintes diretrizes: promoção do envelhecimento saudável; manutenção e reabilitação da capacidade funcional; assistência às necessidades de saúde do idoso; capacitação de recursos humanos especializados; apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e a estudos e pesquisas sobre saúde.

Importante que se diga que a PNSPI apresentava como objetivo central a implementação de ações destinadas a adiar o máximo possível os efeitos deletérios do envelhecimento humano, defendendo tanto a minimização do impacto financeiro do envelhecimento populacional sobre a área da seguridade social, como a melhoria da qualidade de vida da população idosa.

Destaca-se, ainda, a criação do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI em 2002, que acenou para a possibilidade de nova fase no processo de elaboração das políticas destinadas ao idoso. Sua instalação, sob o ângulo dos direitos humanos, significava um avanço importante, tanto no sentido de fortalecer os argumentos do movimento social que demandava a criação de um espaço público para reunir diferentes atores e consolidar a luta em prol dos direitos humanos da população idosa brasileira, como para estabelecer um canal de

diálogo e consenso entre sociedade e governo na defesa, promoção, controle e acompanhamento das ações para efetivar os direitos deste segmento (PESSOA, 2009).

Seguindo nesta linha de análise temporal, após sete anos de tramitação no Congresso Nacional, em 2003, foi sancionado o Estatuto do Idoso. Este apresentou em uma única e ampla peça legal muitas das leis e políticas voltadas ao segmento idoso já anteriormente aprovadas. Incorporou novos elementos e enfoques, dando um tratamento integral e com uma visão de longo prazo ao estabelecimento de medidas que visam proporcionar o bem-estar de todos os idosos.

A aprovação do Estatuto do Idoso representou mais um passo importante da legislação brasileira no contexto de sua adequação às orientações do Plano de Madri. Afinal, uma lei geral voltada especificamente para os idosos é consoante com a construção de um entorno propício e favorável para as pessoas de todas as idades, o que atende, portanto, ao terceiro princípio básico do Plano de Ação de Madri (URIONA E HAKKERT *apud* CAMARANO, 2004).

Em setembro de 2005, o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde, que agrega três eixos: (1) O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde – SUS, (2) o Pacto em Defesa da Vida e (3) o Pacto de Gestão. Vale aqui destacar o Pacto em Defesa da Vida porque nele foram pactuadas seis prioridades, sendo que três delas têm especial relevância com relação ao planejamento de saúde para a pessoa idosa. São elas: a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica.

Como resultado do processo de revisão e atualização do constante na Portaria GM 1.395/99, o Ministério da Saúde, em 2006, incluiu a saúde do idoso como item prioritário na agenda de saúde do país, promulgando uma nova Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI, através da Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, que objetiva, no âmbito do SUS, garantir atenção integral à saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo baseado no paradigma da capacidade funcional, abordada de maneira multidimensional.

Em relação à promoção da saúde da população idosa, as implementações de ações locais devem ser norteadas pelas estratégias de implementação, contempladas na Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS (Portaria GM 687/2006), tendo como prioridades as seguintes ações específicas: divulgação e implementação da PNPS; alimentação saudável; prática corporal e atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução da

morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; e promoção do desenvolvimento sustentável.

Ainda diante dos problemas relacionados ao acesso e à qualidade de oferta dos serviços em saúde para os idosos, importante destacar o Pacto pela Saúde 2006 (Portaria GM 399/2006 do Ministério da Saúde). Este orienta as intervenções das políticas públicas em saúde de atenção à pessoa idosa a partir de dois paradigmas: um, que deve agir sobre as pessoas idosas independentes e; outro, que deve atuar sobre os indivíduos que estão em situação de fragilidade, os quais se incluem no paradigma da capacidade funcional.

Este último paradigma entende que os aspectos em torno do envelhecimento vão além da questão da saúde mental e física, estando relacionados, também, com os problemas socioeconômicos e com a capacidade de autocuidado de cada indivíduo. Nesse sentido, amparando-se no objetivo de criar e promover condições para a autonomia e independência do idoso, a PNSPI reformulada estabeleceu como suas diretrizes:

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

Desse modo, as contribuições das ações no âmbito da área de saúde podem ser observadas nas seguintes ações: capacitação e formação de profissionais, especialmente dos que atuam no cuidado de pessoas idosas com dependência; desenvolvimento de pesquisas destinadas ao estudo do envelhecimento populacional e saúde, do qual é exemplo o edital lançado em 2006 para apoio à pesquisa e desenvolvimento nas áreas da biologia do envelhecimento, geriatria e gerontologia clínica e modelos interdisciplinares de cuidado ao idoso em condições crônicas.

Neste mesmo sentido, merece destaque a exigência do constatar acompanhamento e orientação da saúde da pessoa idosa por meio da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e do Caderno de Atenção Básica em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, que representam dois importantes instrumentos de fortalecimento da atenção básica do SUS.

Segundo os Cadernos de Atenção Básica nº 19, publicado pelo Ministério da Saúde (2006), a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa tem como principal função auxiliar na identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização. Para os profissionais de saúde, possibilita o planejamento, organização das ações e um melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população. E para as pessoas idosas é um instrumento de cidadania, onde terá em mãos informações relevantes para o melhor acompanhamento de sua saúde.

Cabe aqui também denotar a Política de Atenção Básica, estabelecida através da Portaria GM 648/2006, que se caracteriza por desenvolver um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Os mesmos Cadernos de Atenção Básica nº 19 afirmam que a Atenção à Saúde da pessoa idosa na Atenção Básica/Saúde da Família, quer por demanda espontânea, quer por busca ativa (que é identificada por meio de visitas domiciliares), deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional. Esse diagnóstico é influenciado por diversos fatores, tais como o ambiente onde o idoso vive, a relação profissional de saúde/pessoa idosa e profissional de saúde/familiares, a história clínica – aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais – e o exame físico.

Por fim, é sabido que a CF/88 reformou o sistema de saúde por meio da criação do SUS, quando a saúde passou a ser definida como um direito de todos e dever do Estado. Foram estabelecidos os princípios, as diretrizes e a organização das ações e serviços de saúde. As principais diretrizes foram: descentralização das ações e serviços com direção única em cada esfera do governo; integralidade no atendimento com prioridade para as atividades preventivas; e participação da comunidade como mecanismo para efetivar o controle social do sistema.

Entretanto, os avanços na política de saúde brasileira não se resumiram a sua universalização e descentralização. O Brasil conquistou também outros importantes avanços, com uma mudança do paradigma de atendimento. O modelo de atendimento passou de

especializado e hospitalocêntrico para um mais voltado para o atendimento primário ou atenção básica.

As mudanças de paradigma expressaram-se, entre outros fatores, pela adoção em 1991 do programa dos Agentes Comunitários de Saúde. Este evoluiu, em 1994, para o Programa de Saúde das Famílias – PSF, que incorpora agentes comunitários e equipes compostas por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. A proposta do programa é a de prestação de atenção à saúde integral e contínua, o que possibilita a melhoria das condições de vida das famílias e a redução das necessidades de hospitalização e dos custos de saúde.

O PSF coloca a necessidade de atenção especial aos idosos. Essa atenção pode se efetivar através de medidas promocionais de proteção específica, da identificação precoce dos agravos de saúde mais frequentes e sua intervenção, bem como por medidas de reabilitação. Isso representa um avanço em termos de modelo de saúde, pois, como salientado por CAMARANO (2004), os idosos são normalmente associados a doenças crônicas e tratamentos dispendiosos, sem que se leve em consideração as potenciais contribuições que um atendimento primário de saúde possa ter para a redução dos custos.

É neste sentido que se afirma que os presumidos elevados custos de saúde da população idosa são, em parte, decorrentes do modelo de saúde adotado. Os custos de se financiar uma população idosa com uma alta incidência de doenças crônico-degenerativas serão muito maiores do que o de financiar uma população ativa e saudável. Quer dizer, a forma como os serviços de saúde são organizados numa sociedade é uma determinante importante desses custos (LLOYD-SHERLOCK *apud* CAMARANO, 2004).

Há ainda que se falar das políticas específicas, a exemplo dos cuidados de longa permanência – direcionados aos idosos que perderam parte de sua autonomia física e mental e quando a sua família não possui meios financeiros, físicos ou emocionais para a prestação dos cuidados necessários. Em geral, percebe-se que tais espécies de programas são direcionados aos “mais idosos”.

As ações governamentais nessa modalidade de atenção são, quase sempre, de caráter assistencial. São formuladas em nível federal, mas executadas, na sua maioria, de forma descentralizada em parcerias que envolvem os estados, os municípios e a sociedade civil. Aqui o papel do Estado consiste em prover os serviços para os idosos de baixa renda, bem como regular e fiscalizar as instituições privadas que prestam esses serviços.

Segundo o Guia de Políticas, Programas e Projetos do Governo Federal para a População Idosa (2015), quanto aos equipamentos e serviços de assistência social, o principal equipamento do Serviço Único de Assistência Social são os Centros de Referência de Assistência Social – CRAS, que possuem 7.407 unidades em 5.422 municípios do território brasileiro, representando 97,7% de cobertura. Ele é responsável pela oferta do principal serviço socioassistencial, o Serviço de Proteção e Atendimento Integral a Família – PAIF, que visa fortalecer a função protetiva da família, prevenindo a ruptura de vínculos familiares e comunitários.

Neste sentido, o texto constitucional brasileiro assinala como preferencial que os programas de amparo aos idosos sejam executados em seus lares. Ao envelhecer, os indivíduos se deparam com várias rupturas, tais como a aposentadoria, a viuvez, a morte de amigos e a proximidade de sua própria morte. O quadro pode ser agravado se parte dos idosos for acometida por redução na sua capacidade de execução das atividades da vida diária, o que compromete a sua autonomia.

Um dos serviços ofertados pelos CRAS, complementar ao PAIF, é o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV, que visa prevenir as situações de risco social ao ampliar trocas culturais e de vivências, desenvolver o sentimento de pertencimento e de identidade, ao fortalecer vínculos familiares e incentivar a socialização e a convivência comunitária das pessoas idosas.

O SCFV para idoso tem como foco o desenvolvimento de atividades que contribuam para o processo de envelhecimento saudável, para o desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades, para o fortalecimento dos vínculos familiares e para o convívio comunitário. Incluem atividades artísticas, culturais, esportivas e de lazer que valorizam suas experiências e estimulam e potencializam a condição de escolher e decidir, bem como a participação social. E os usuários do serviço são idosos em situação de vulnerabilidade social.

Outro importante serviço ofertado pela assistência social, agora no âmbito municipal, é o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas, que visa contribuir com a promoção de acesso de pessoas com deficiência e pessoas idosas a toda rede socioassistencial, bem como aos serviços de outras políticas públicas, entre eles: educação, trabalho, saúde, transporte especial, programas de desenvolvimento de acessibilidade, serviços setoriais e de defesa de direitos.

Há também o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias, que garante a oferta de atendimento especializado a famílias com pessoas com deficiência e idosas com algum grau de dependência, que tiveram suas limitações agravadas por violações de direitos. A partir da identificação das necessidades é viabilizado o acesso a benefícios, programas de transferência de renda, serviços de políticas públicas setoriais, atividades culturais e de lazer, incentivando a autonomia tanto do cuidador, como do dependente.

Existem ainda os Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade, que ofertam proteção integral às famílias e indivíduos que se encontram em situação de abandono, ameaça ou violação de direitos, necessitando de acolhimento provisório, fora do núcleo familiar de origem. Tais serviços visam garantir proteção integral a indivíduos ou famílias em situação de risco pessoal e social, garantindo acolhimento em ambiente com estrutura física adequada, oferecendo condições de moradia, higiene, salubridade, segurança, acessibilidade e privacidade.

Dentre estes, há o Serviço de Acolhimento Institucional, que oferece acolhimento para pessoas idosas com sessenta anos ou mais, de ambos os sexos, independentes e/ou com diversos graus de dependência. É previsto para idosos que não dispõem de condições para permanecer com a família, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos. A natureza do acolhimento deverá ser provisória e, excepcionalmente, de longa permanência (somente quando esgotadas todas as possibilidades de autossustento e convívio com os familiares).

Já o Serviço de Acolhimento em República é destinado a idosos que tenham capacidade de gestão coletiva de moradia e condições de desenvolver, de forma independente, as atividades da vida diária, mesmo que requeiram o uso de equipamentos de autoajuda. Este atendimento tem como objetivo apoiar a construção e o fortalecimento de vínculos comunitários, a integração e participação social e o desenvolvimento da autonomia das pessoas atendidas.

Políticas públicas com vistas à integração social dos idosos também devem ser entendidas como parte de um programa de promoção de um envelhecimento saudável e ativo. Tais estratégias de integração social são relativamente nova, e pressupõem que a última etapa da vida deve ser desfrutada em condições de estabilidade econômica e pessoal, através de uma participação ativa na vida familiar e social e com uma boa avaliação da própria saúde.

E é seguindo esta mesma linha de raciocínio que hoje se evidenciam os debates sobre a criação e o fortalecimento de políticas na área de educação e cultura, esporte e turismo, bem como das atividades relacionadas às associações de aposentados e pensionistas. Destaca-se, ainda, a importância dos estímulos às atividades desenvolvidas nos centros de convivência, nos clubes da terceira idade e nas universidades da terceira idade, que proporcionam aos idosos um sentimento de pertencimento e uma vivência ativa no seio da comunidade.

Quando se fala em atividade de educação, consideram-se as ações voltadas para a educação complementar que visam suprir as carências na formação dos idosos e as que buscam o seu aperfeiçoamento profissional e valorização social. Em 2002, constava do registro do Ministério da Educação a existência de 85 instituições de nível superior envolvidas com o desenvolvimento de atividades voltadas para a terceira idade no Brasil. A internet também já aparece como uma rede alternativa de integração social para a população idosa, já que os idosos têm sido solicitados a responder às demandas tecnológicas.

Ademais, no campo da cultura, os idosos contam com variados descontos em atividades culturais e artísticas. Embora já fosse prática em alguns municípios e estados brasileiros, o artigo 23 do Estatuto do Idoso ampliou para todo o território nacional um desconto de pelo menos 50% sobre o valor dos ingressos para eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer, além do acesso preferencial aos locais do evento.

Quanto à participação dos idosos em associações de aposentados, é preciso reconhecer que isso representa uma forma importante de manutenção de seu vínculo com o mercado de trabalho, já que nas sociedades industriais o trabalho é tido como uma das mais importantes formas de integração social. A Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas – COBAP congrega, atualmente, aproximadamente 70 entidades de base filiadas e milhares de associados por todo o território nacional (COBAP, 2016).

Já o incentivo à prática de atividades físicas tem por objetivo a promoção da saúde dos idosos. O Ministério do Esporte, em parceria com a sociedade civil, desenvolve o projeto “Vida Ativa na Terceira Idade”, que é implantado e mantido em núcleos de atendimento e desenvolvimento de atividades físicas e de lazer. E no âmbito do turismo, o Ministério do Turismo em parceria com os clubes da melhor idade, desenvolve o programa “Melhor Idade”, que tem por objetivo melhorar o aproveitamento da infraestrutura do turismo na baixa temporada.



Ao se analisar toda a linha de construção da abordagem do tema envelhecimento na agenda da política pública brasileira, não se pode deixar de frisar que a promulgação da Política Nacional do Idoso, bem como do Estatuto do Idoso e a criação do Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos, juntos confirmam a existência de uma política pública legalmente constituída para o segmento populacional idoso no nosso país.

Como bem demonstrado por PESSOA (2009), a lei que instituiu a PNI orienta, em linhas gerais, o processo de formulação das ações a serem implementadas para atender os direitos das pessoas idosas, enquanto o Estatuto do Idoso tem o papel de regular os direitos especiais deste segmento, além de complementar os disciplinamentos da PNI. Já o CNDI, por sua vez, além de ser o guardião principal destas leis, tem a responsabilidade de agir para que elas sejam efetivamente implementadas.

É forçoso reconhecer a existência de diversas lacunas e a necessidade de ajustes relacionados à política da pessoa idosa, muito embora a legislação tenha incorporado grande parte das sugestões das assembleias internacionais. No ano em que se comemorou os dez anos do Estatuto do Idoso, foi assinado o Decreto Presidencial 8.114 (30 de dezembro de 2013), sobre o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo, coordenado pela Secretaria de Direitos Humanos e com a participação de dezessete ministérios.

Ainda assim, tendo se passado cinco anos da assinatura do referido Compromisso Nacional para o Envelhecimento, permanece pendente a necessidade de que essas leis se façam valer no cotidiano dos idosos brasileiros. Não há mais como negar que, para que as políticas voltadas para o envelhecimento populacional possam ser efetivas, é necessário que elas apresentem uma abordagem integrada em seus diversos setores específicos, tais como saúde, economia, mercado de trabalho, seguridade social e educação.

## CONCLUSÃO

Ao final, deve-se, em primeiro lugar, lembrar que o acelerado processo de envelhecimento da população idosa brasileira traz implicações de ordem social, política e econômica, e, ao ser compreendido como fenômeno social que se materializa no aumento da expectativa de vida dos indivíduos, exige não só a elaboração de políticas públicas específicas para este segmento, como também a efetiva execução de medidas capazes de prover este processo de dignidade e respeito.

O repensar o lugar do idoso na sociedade torna-se necessidade premente, frente ao indiscutível envelhecimento demográfico agora experimentado pelo país. A cada novo ano cerca de 1 milhão de idosos são incorporados à população brasileira, e segundo dados da última PNAD, divulgada pelo IBGE (2018), a população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30 milhões de idosos em 2017. Hoje o Brasil é o quinto país do mundo em número absoluto de idosos.

Também foi destacado que a população total brasileira registrou um aumento de 4,2% nos últimos cinco anos – passando de 198,7 milhões para 207,1 milhões de habitantes – e que neste mesmo período o número de brasileiros entre 0 e 9 anos caiu 3,6% (hoje eles são 26,7 milhões e representam 12,9% da população) e o número de brasileiros com 60 anos ou mais registrou um crescimento de 18,8% (hoje eles são 30,2 milhões e representam 14,6% da população).

Para prosseguir no estudo fez-se necessário compreender o significado de “envelhecimento populacional”, bem como o que é ser “idoso”. Para tanto, mostrou-se que envelhecimento populacional, segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006), é compreendido como uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da taxa de fecundidade e da taxa de mortalidade, acompanhado do aumento da esperança de vida de dada população.

Quanto ao “ser idoso”, foi dito que, apesar de existirem diferentes critérios para a demarcação do que venha ser a pessoa idosa – uma vez que tal análise envolve alterações de ordem físicas, psicológicas e sociais – a OMS optou pelo critério etário ao considerar como idosas as pessoas com sessenta anos ou mais, se elas residem em países em desenvolvimento, e com sessenta e cinco anos e mais se elas residem em países desenvolvidos.

Portanto, adotando o corte etário, no Brasil é considerado idoso o indivíduo com sessenta anos ou mais, sendo este o critério utilizado tanto pela Política Nacional do Idoso como pelo Estatuto do Idoso. Apesar de muito questionado, este é o critério mais utilizado para estabelecer o ser idoso, já que facilita a delimitação da população de um determinado estudo ou análise epidemiológica, atendendo a propósitos administrativos e legais.

Destacou-se, também, que tal corte abrange um intervalo etário amplo e heterogêneo – de aproximadamente trinta anos – o que resulta num contingente populacional complexo, sem desconsiderar que ele é composto por pessoas que experimentaram diferentes trajetórias de vida. E, dentro da análise deste quadro, ainda é preciso considerar as peculiaridades do envelhecimento no nosso país, marcado por grandes desigualdades sociais e regionais, discriminações relativas à raça, ao gênero e a idade e dificuldade de acesso de grande parte da população a serviços públicos de qualidade.

Ademais, realizou-se uma abordagem sobre os principais aspectos sociodemográficos da população idosa brasileira – através da utilização de dados provenientes dos censos demográficos do IBGE, complementados com os da PNAD – momento em que se investigou a sua composição por sexo, idade, região, raça/cor. Também foram considerados dados sobre a mortalidade e saúde desse segmento, bem como os rendimentos da população idosa – no que se refere a sua composição e participação no orçamento familiar.

Deu-se destaque, aqui, à questão da feminização da velhice. Mostrou-se que é incontestável o reconhecimento que o envelhecimento, embora seja um processo universal, também é uma questão de gênero. Dados do IBGE (2018) confirmam que, ao se considerar a população idosa como um todo, 56% dela são formadas por mulheres. E essa predominância feminina implica necessidades distintas de cuidados para os idosos e as idosas, gerando repercussões importantes nas demandas por políticas públicas.

Também se demonstrou que a proporção da população “mais idosa”, ou seja, aquela composta por indivíduos que possuem 80 anos e mais, está aumentando, o que altera a composição etária dentro do próprio grupo, já que a população considerada idosa também está envelhecendo. Tal fato – reconhecido pelo estreitamento da base e alargamento do topo da pirâmide etária – comprova a tendência, no Brasil, de haver o fenômeno conhecido como “envelhecimento do envelhecimento”, ou seja, o crescimento mais rápido do próprio estrato populacional dos idosos.

Em seguida, ao discorrer sobre o desenvolvimento do tema envelhecimento na agenda internacional das políticas públicas, destacou-se que a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, que ocorreu em Viena no ano de 1982, é considerada o marco inicial para o estabelecimento de uma agenda internacional para a população idosa, uma vez que este foi o primeiro fórum global intergovernamental centrado na questão do envelhecimento populacional.

O resultado desta primeira assembleia foi a aprovação de um Plano Global de Ação que tinha como objetivo garantir a segurança econômica e social dos indivíduos idosos, bem como identificar as oportunidades para a sua integração ao processo de desenvolvimento dos países. Ele 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, trabalho e educação.

A segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento ocorreu em Madri, no ano de 2002, ou seja, após um intervalo de vinte anos. Entretanto, mostrou-se que, neste período, no âmbito das Nações Unidas, as questões envolvendo o segmento populacional idoso continuaram em destaque. Assim que a Assembleia Geral de 1991 adotou 18 princípios em favor da população idosa (abordando a independência, a participação, os cuidados, a auto realização e a dignidade), e a Assembleia Geral de 1992 aprovou a Proclamação sobre o Envelhecimento e estabeleceu o ano de 1999 como o Ano Internacional dos Idosos, com o *slogan* “Uma sociedade para todas as idades”.

Foram apontados como principais resultados da Assembleia de Madri a aprovação de uma nova declaração política e de um novo plano de ação que tinham como objetivo servir de orientação à adoção de medidas normativas sobre o envelhecimento no início do século XXI. Destacou-se que, embora na primeira Assembleia o enfoque tenha sido para os idosos dos países desenvolvidos, nesta segunda foi dada especial atenção aos problemas derivados do processo de envelhecimento dos países em desenvolvimento.

O novo Plano de Ação se fundamentou em três princípios básicos. Ele valorizou a participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; fomentou a importância da saúde e do bem-estar na velhice – através da promoção do envelhecimento ativo; e determinou a necessidade de criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento. E foi sob estas influências que as pessoas, paulatinamente, foram deixando de ver os idosos como um grupo vulnerável e dependente, passando a

percebê-los como um segmento importante que deve ser incorporado na busca do bem-estar de toda a sociedade.

Diante do atual ritmo de crescimento do segmento populacional idoso verificado no Brasil, acreditou-se importante conhecer experiências vivenciadas em outros países que também viram o envelhecimento se transformar no objeto central das preocupações políticas e sociais. Sabendo que o fenômeno do duplo envelhecimento da população portuguesa e espanhola, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, também cresceu nas últimas décadas, foram trazidos alguns pontos de como estes países enfrentam a questão do envelhecimento.

Foi dito que a taxa de envelhecimento na Espanha e em Portugal é superior a 15%, e lembrado que, nestes países, conforme critério etário adotado pela OMS, são consideradas idosas aquelas pessoas com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos. Como pontos mais importantes, foram destacados que nestes países as pessoas idosas estão sendo cada vez mais reconhecidas e valorizadas e que existem programas avançados para idosos em relação às questões próprias do envelhecimento, com importantes experiências consolidadas nas áreas de cuidado e de saúde.

Agora abordando a pessoa idosa como sujeito de direito, e falando sobre o surgimento e consolidação dos direitos dos idosos no Brasil, ao se tratar sobre a evolução histórica dos direitos dos idosos nas constituições brasileiras pontuou-se que a Constituição de 1934 foi precursora em adotar a especificidade sobre este segmento, sob a forma de direitos trabalhistas e previdenciários para a pessoa que se tornasse improdutiva no trabalho industrial daquela época.

Mas foi a CF/88 que inovou ao estabelecer expressamente direitos à pessoa idosa. No artigo 1º, incisos I e II, ela afirma que a cidadania e a dignidade da pessoa humana são fundamentos do Estado Democrático de Direito, e no artigo 3º estipula que um dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil é o de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”, destacando a não discriminação em face da idade do cidadão.

Em tempo, se mostrou que a CF/88 não se limitou a apresentar disposições genéricas nas quais pudessem ser incluídos os idosos, trazendo previsões específicas sobre estas pessoas. É o exemplo do artigo 229 que estabelece aos filhos maiores “o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”, e do artigo 230 que estipula “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”.

Também restou demonstrado que foi no decorrer da década de 1990 que diversos dispositivos constitucionais referentes às políticas setoriais de proteção às pessoas idosas foram regulamentados e ganharam mais expressão no cenário nacional. No ano de 1991 foram aprovados os Planos de Custeio e de Benefícios da Previdência Social, mas foi em 1993 que os princípios constitucionais referentes à assistência social foram regulamentados, através da aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (Lei nº 8.742, de dezembro de 1993).

Ademais, falou-se da Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso - PNI, e que, como enfatizado no seu artigo 1º, “tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”, como sendo mais um importante instrumento disponível para o fortalecimento da defesa dos direitos inerentes à população idosa.

Mostrou-se que as suas diretrizes norteadoras consistem em: incentivar e viabilizar formas alternativas de cooperação intergeracional; atuar junto às organizações da sociedade civil representativas dos interesses dos idosos com vistas a formulação, implementação e avaliação das políticas, planos e projetos; priorizar o atendimento dos idosos em condição de vulnerabilidade por suas próprias famílias em detrimento ao atendimento asilar; promover a capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia; priorizar o atendimento do idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços; e fomentar a discussão e o desenvolvimento de estudos referentes à questão do envelhecimento.

Apesar do esforço de criação de uma agenda específica para o idoso, não se conseguiu constituir uma política efetiva e ideal, quanto a atender universalmente as demandas e necessidades do envelhecimento humano e populacional. Assim que, em 1999, o Ministério da Saúde elaborou a Portaria GM 1.395/99 criando a Política Nacional de Saúde do Idoso – PNSPI, como consequência do entendimento de que os altos custos envolvidos no tratamento médico dos pacientes idosos pelo SUS não estavam resultando no real atendimento das suas necessidades específicas.

Passando para o ano de 2002, destacou-se a criação do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI, que acenou para a possibilidade de uma nova fase no processo de

elaboração das políticas destinadas à população idosa. Sua instalação significou um avanço importante tanto no sentido de fortalecer os argumentos do movimento social que demandava a criação de um espaço público para consolidar a luta em prol dos direitos humanos da população idosa brasileira, como para estabelecer um canal de diálogo entre sociedade e governo na defesa das ações para efetivar os direitos deste segmento.

Mereceu uma análise mais criteriosa a Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003 – o Estatuto do Idoso, que tem como objetivo promover a inclusão social e garantir os direitos desses cidadãos, uma vez que esse segmento populacional se encontra desprotegido, merecendo tratamento e atenção especial. Aqui foram retomados os princípios e as diretrizes já expostas na PNI, mas, além disso, foram estabelecidas sanções aos descumprimentos das normas.

Considerando o envelhecimento como um direito personalíssimo, o Estatuto certifica que “é obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade”, dispondo, ainda, que “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”.

Ademais, sabe-se que o direito à saúde pressupõe que o Estado deve garantir não apenas serviços públicos de promoção, proteção e recuperação da saúde, mas também, e principalmente, adotar políticas econômicas e sociais que efetivamente melhorem as condições de vida da população. Portanto, encontra-se classificado como direito social e pertencente ao grupo de direitos de segunda dimensão, tratando-se de direito subjetivo do particular correspondente a um dever jurídico estatal.

Ainda tratando sobre a saúde do idoso, foi pontuado que, em setembro de 2005, o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde agregando três eixos: O Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. No presente estudo destacou-se o Pacto em Defesa da Vida, porque nele foram pactuadas seis prioridades, sendo que três delas revelaram especial relevância com o planejamento de saúde para a pessoa idosa, quais sejam: a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica.

Já no ano de 2006, diante da necessidade de atualização do constante na Portaria GM 1.395/99, o Ministério da Saúde incluiu a saúde do idoso como item prioritário na agenda de saúde do país, promulgando uma nova Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI, através da Portaria nº 2.528/06, que objetiva, no âmbito do SUS, garantir atenção integral à saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo baseado no paradigma da capacidade funcional, abordada de maneira multidimensional.

Diante desses marcos legislativos para a tutela da pessoa idosa no Brasil – que colocaram em pauta o paradigma do envelhecimento ativo, incentivando o autocuidado e seguindo padrões internacionais – não mais se discute sobre a existência de uma política pública legalmente constituída para o idoso no nosso país. E, partindo-se da premissa de que quando não existe igualdade de fato entre as pessoas, as regras jurídicas não podem ser iguais para todos, tais instrumentos citados evidenciam o cuidado distinto e especial que essas pessoas merecem.

Entretanto, como notado ao longo do trabalho, apesar de saber que as formas de atenção à pessoa idosa vêm sofrendo valorosas modificações, a configuração de uma política articulada, abrangente e eficiente para essa população ainda se mostra incipiente. O que se verifica é um verdadeiro descompasso entre o rápido envelhecimento da população e a implementação de políticas concretas. E não há como se desconsiderar que a saúde é condição fundamental para se envelhecer bem.

Os dados trazidos sobre as condições de uso e acesso da população idosa aos serviços de saúde indicam que o envelhecimento populacional é um fator de grande impacto no sistema de saúde, implicando um duplo desafio para a política pública do setor. Isto porque, além de formular e implementar ações compatíveis com as demandas advindas das transformações epidemiológicas e demográficas, ainda deve minimizar o impacto financeiro decorrente do aumento da demanda por serviços de saúde em função do incremento da população idosa.

Fato, também, é que a adequação das instituições à realidade do envelhecimento da população ocorre de forma lenta e ainda faltam condições para a efetiva aplicação da legislação. É consenso que esta evolução demográfica pode ter um impacto a longo prazo a nível de política social e econômica, e, por isso, o poder político deve assumi-la como uma questão importante na definição das prioridades e do planejamento estratégico. E tais inquietações requerem a busca por mudanças estruturais e por políticas factíveis, as quais responderão pela melhoria da qualidade de vida dos idosos.



Tal quadro somente evidencia a alteridade entre sujeito e valor, de modo que, o privilégio para o alcance das políticas sociais, notadamente para o idoso, é mitigado devido ao “pouco valor” atribuído a esta parcela da população. Portanto, uma maior consciência crítica, bem como uma melhor percepção dessa realidade que vivemos, deve ser utilizada como referencial teórico fundamental para a desconstrução do modelo norteador dos investimentos públicos, uma vez que não se pode perder de vista que o rápido incremento no número de pessoas idosas no Brasil implica em graves problemas de ordem social e econômica.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE GERONTOLOGIA DO BRASIL. **Políticas para a terceira idade nos anos 90**. Disponível em: <<http://angbrasil.blogspot.com/2015/06/politicas-para-3-idade-nos-anos-90.html>> Acesso em: 20 out. 2018

BALSON, Rosane. **Os idosos: experiências em Portugal e na Espanha**. Memorialidades. Ilheus (BA), Ano 1, n° 2, jul/dez 2004, p. 49-57. Disponível em: <<http://periodicos.uesc.br/index.php/memorialidades/article/view/196>> Acesso em: 12 jun. 2018.

BARBOSA, Crisitna Maria Oliveira. **Políticas públicas locais para o envelhecimento: o caso de Portugal e da Suécia**. Exedra Revista Científica. UNIFAI – Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Disponível em: <<http://www.exedrajournal.com/wp-content/uploads/2016/02/Cap11.pdf>> Acesso em: 12 jun. 2018.

BARLETTA, Fabiana Rodrigues. **O direito à saúde da pessoa idosa**. São Paulo: Saraiva, 2010.

BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. Disponível em: <<http://download.rj.gov.br/documentos/10112/168750/DLFE-29287.pdf/rev630402Dr.LuisRobertoBarroso.pdf>> Acesso em: 02 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. **Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática**. Disponível em: <<http://www.oab.org.br/editora/revista/users/revista/1235066670174218181901.pdf>> Acesso em: 05 fev. 2016.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1990.

BELTRÃO, K. i.; CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX**. Rio de Janeiro: IPEA, ago, 2004 (texto para Discussão, 1.034). Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td\\_1034.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1034.pdf)> Acesso em: 10 dez. 2017.

BOAS, Marco Antonio Vilas. **Estatuto do Idoso Comentado**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

BOURDIEU, P. **O neoliberalismo utopia (em vias de realização) de uma exploração sem limites**; Contrafogos. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1998.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Lei Orgânica da Assistência Social. Brasília, DF: Senado Federal, 1993.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994**. Política Nacional do Idoso. Brasília, DF: Senado Federal, 1994.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Estatuto do Idoso. Brasília, DF: Senado Federal, 2003.

BRASIL. **Portaria do Ministério da Saúde nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

BRASIL. Secretaria De Direitos Humanos. Presidência da República. **Guia de Políticas, Programa e Projetos do Governo Federal para a população idosa**. Compromisso Nacional para o envelhecimento ativo. Disponível em: <[https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/1436207288\\_Guia\\_de\\_poli\\_ticas\\_publicas\\_2015.pdf](https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/1436207288_Guia_de_poli_ticas_publicas_2015.pdf)> Acesso em: 18 set. 2016.

BRITO, Fausto. **A transição demográfica no Brasil**: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade. In: Texto para discussão nº 318. Belo Horizonte. UFMG/Cedeplar, 2007. Disponível em: <<http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20318.pdf>> Acesso em: 13 mar. 2018.

CAMARANO, Ana Amélia. **Mulher idosa**: suporte familiar ou agente de mudança? Scielo. Estudos Avançados/ On-line version. Vol. 17, nº 49. São Paulo. Set/dec. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142003000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000300004)> Acesso em: 10 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. (org.). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro, Ipea, 2004.  
Disponível em

<[http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Arq\\_29\\_Livro\\_Completo.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf)>

Acesso em: 07 jul. 2016.

CARDOSO, Marcos. **Em 50 anos, percentual de idosos mais que dobra no Brasil**. G1.

Disponível em: <<http://g1.globo.com/brasil/noticia/2012/04/em-50-anos-percentual-de-idosos-mais-que-dobra-no-brasil.html>> Acesso em: 12 ago. 2016.

CARDOSO, Maria Irene Lopes B. de. **Modelos de Política de Cuidados na Velhice em**

**Portugal e em alguns países europeus**. Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, 12 (2), nov. 2009: 119-33. Disponível em: <<file:///E:/Downloads/4418-10302-1-SM.pdf>> Acesso em: 12 jun. 2018.

CARDOSO, Sônia; SANTOS, Maria Helena; BAPTISTA, Maria Isabel; CLEMENTE,

Susana. **Estado e políticas sociais sobre a velhice em Portugal (1990-2008)**. Análise Social, 204, XLVII (3º), 2012, p. 606-630. Disponível em:

<[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0003-](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0003-25732012000300005&lng=pt&nrm=i)

[25732012000300005&lng=pt&nrm=i](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0003-25732012000300005&lng=pt&nrm=i)> Acesso em: 20 out. 2018.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil**. O longo Caminho. 3 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CERVO, A. L. & BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 5.ed. São Paulo: Prentice Hall: 2002.

CHAIMOWICZ, Flávio. **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI:**

problemas, projeções e alternativas. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997. Disponível em:

<[http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/A\\_saude\\_dos\\_idosos\\_brasileiros\\_as\\_](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/A_saude_dos_idosos_brasileiros_as_vesperas_do_seculo_XXI_problemas__projecoes_e_alternativas/44)

[\\_vesperas\\_do\\_seculo\\_XXI\\_problemas\\_\\_projecoes\\_e\\_alternativas/44](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/A_saude_dos_idosos_brasileiros_as_vesperas_do_seculo_XXI_problemas__projecoes_e_alternativas/44)> Acesso em: 28 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. **Saúde do Idoso**. 2ed. Belo Horizonte: NESCOM UFMG, 2013. Disponível em:

<<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/saude-do-idoso-2edicao-revisada.pdf>>

Acesso em: 02 mar. 2017.

CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DOS APOSENTADOS, PENSIONISTAS E IDOSOS - COBAP. **31 anos em defesa do nosso país.** Disponível em:

<<http://cobap.org.br/noticia/58388/31-anos-em-defesa-do-nosso-pais>> Acesso em: 03 jun. 2018.

CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de Direito Constitucional.** 4ª ed., rev. atual. e amp., Salvador: Editora Juspodivm, 2010.

CUNHA, Rosana Paulo da. **A mulher idosa no Brasil:** percepções e expectativas de boas práticas na promoção do bem-estar promovidas pelo SESC em São Paulo. Disponível em <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/15402/artigo%20A%20Mulher%20Idosa%20no%20Brasil%20final%20aprovado%20MPGPP%20em%20pdf%2004%2012%2015.pdf?sequence=2>> Acesso em: 21 ago. 2016.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo:** ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo, Boitempo, 2016 (Introdução à edição inglesa). Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-49792018000100187&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792018000100187&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em: 15 mai. 2018.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A Política Nacional do Idoso em questão:** passos e impasses na efetivação da cidadania. Cap. 22. Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões.

Disponível em:

<[http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/161006\\_livro\\_politica\\_nacional\\_idosos\\_capitulo22.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/161006_livro_politica_nacional_idosos_capitulo22.pdf)> Acesso em: 09 jul. 2018.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito Fundamental à Saúde.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

FONTE, Isolda Belo da. **Diretrizes internacionais para o envelhecimento e suas consequências no conceito de velhice.** Trabalho apresentado no XII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, realizada em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil de 4 a 8 de novembro de 2002. Disponível em:

<[http://www.academia.edu/4580319/Diretrizes\\_Internacionais\\_para\\_o\\_Envelhecimento\\_e\\_suas\\_Conseq%C3%BC%C3%AAs\\_Ancias\\_no\\_Conceito\\_de\\_Velhice](http://www.academia.edu/4580319/Diretrizes_Internacionais_para_o_Envelhecimento_e_suas_Conseq%C3%BC%C3%AAs_Ancias_no_Conceito_de_Velhice)> Acesso em: 13 mar. 2018.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. 2018.** Disponível em

<<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. **Tendências demográficas.** Tabela 17 - Razão de dependência das crianças e dos idosos e índice de envelhecimento, segundo as Grandes Regiões e Unidades da Federação - 1980/2000. Disponível em:

<[https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tendencia\\_demografica/tabela17.shtm](https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tendencia_demografica/tabela17.shtm)>

Acesso em: 13 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. Síntese de Indicadores Sociais. **Uma análise das condições de vida da população brasileira 2017.** Coordenação de População e Indicadores Sociais – Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em:

<<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101459.pdf>>

Acesso em: 13 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017.**

Disponível em <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>> Acesso em: 10 set. 2018.

IVO, Anete B. L. (Coord.) **Dicionário Temático Desenvolvimento e Questão Social.** São Paulo: Anablume, Brasília: CNPq. Salvador: FAPESB, 2013.

MICHEL, Maria Helena. **Metodologia e pesquisa científica em Ciências Sociais.** v. 2, São Paulo: Atlas, 2009.

MILNITZKY, Cláudia; PEREIRA, Rodrigo Mendes; Sih Sung, Florence. **Envelhecimento e Políticas públicas:** conquistas e desafios. Disponível em

<<http://www.oabsp.org.br/comissoes2010/direito-terceiro-setor/artigos/envelhecimento-e-politicas-publicas-conquistas-e-desafios-dr.-rodrigo-mendes-pereira>> Acesso em: 09 set. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.** Disponível em:

<[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad19.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf)> Acesso em: 03 set. 2018.

\_\_\_\_\_. **Estudo aponta que 75% dos idosos usam apenas o SUS.** Agência Saúde. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44451-estudo-aponta-que-75-dos-idosos-usam-apenas-o-sus>> Acesso em: 10 nov. 2018

MORAES, Alexandre. **Direito Constitucional.** 26 ed. São Paulo: Atlas. 2010.

NANÔ, Fabiana. **Número de idosos dobrou nos últimos 20 anos no Brasil, aponta IBGE.** UOL Notícias. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/ultnot/agencia/2009/12/01/ult4469u49590.jhtm>>. Acessado em: 04 dez. 2012.

NERI, Anita Liberalesso; SIMSON, Olga Rodrigues de Moraes; CACHIONI, Meire. **As múltiplas faces da velhice no Brasil.** 1 ed. Editora Alínea, 2004.

NICODEMO, D.; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Revista Ciência em Extensão**, v.6, n. 1, 2010. Disponível em: <[http://ojs.unesp.br/index.php/revista\\_proex/article/view/324/341](http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/324/341)> Acesso em: 12 ago. 2018.

Organização das Nações Unidas - ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas.** Disponível em: <[http://unicrio.org.br/img/DeclU\\_D\\_HumanosVersoInternet.pdf](http://unicrio.org.br/img/DeclU_D_HumanosVersoInternet.pdf)> Acesso em: 18 set. 2016.

\_\_\_\_\_. **Political Declaration And Madrid Internacional Plan Of Action On Ageing.** Second Worl Assembly on Ageing, Madrid, Spain, 2002. Disponível em: <[http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid\\_plan.pdf](http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf)> Acesso em 10 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. **World Population Prospects The 2017 Revision.** Disponível em: <[https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017\\_KeyFindings.pdf](https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf)> Acesso em: 15 mai. 2018

Organização Mundial da Saúde - OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde.** Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 03 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Disponível em: <  
<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>  
 >. Acesso em: 03 mar. 2016.

Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília-DF, 2005. Disponível em:  
 <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)> Acesso em: 03 mai. 2018.

PAZ, Serafim Fortes. **Espelho, Espelho Meu... Elementos da cultura da imagem e do imaginário social do idoso**. Edição Online, 2013. Disponível em:  
<https://docs.google.com/file/d/0BxEVQi6opNBcdDBqb0o3MURWTWM/edit> Acesso em: 13 mar. 2018.

PESSOA, Izabel Lima. **O envelhecimento na agenda da política social brasileira: avanços e limitações**. Tese para doutorado no Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília. 2009.

PY, Ligia (org). **Tempo de Envelhecer: Percursos e Dimensões Psicossociais**. 1 ed. Nau Editora, 2004.

SANTOS, Lenir. **Direito à saúde e qualidade de vida: um mundo de corresponsabilidades e fazeres. O que são ações e serviços de saúde**. In: \_\_\_\_\_(org.). **Direito da saúde no Brasil**. Campinas, São Paulo: Saberes Editora, 2010, p.29.

\_\_\_\_\_. **Direito à saúde e Sistema Único de Saúde: conceitos e atribuições. O que são ações e serviços de saúde**. In: \_\_\_\_\_(org.). **Direito à saúde no Brasil**. Campinas, São Paulo: Saberes Editora, 2010, p.151-152.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. Gerontologia à Luz da Complexidade de Edgar Morin. **Revista Eletrônica do Mestrado de Educação Ambiental**, vol. Especial, out, 2004. p. 22-35. Disponível em: < <https://periodicos.furg.br/remea/article/view/2858> > Acesso em 13 jun. 2017.

SARAIVA, Luana de Lima. **A tutela constitucional da pessoa idosa**. Conteúdo Jurídico, Brasília – DF. 07 mai. 2016. Disponível em



<<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.55852&seo=1>> Acesso em 17 out. 2018.

SOUSA, Paulino Artur Ferreira de. **O sistema de saúde em Portugal**: realizações e desafios. Acta Paul Enferm 2009; 22 (Especial – 70 anos); 884-94. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/09.pdf>> Acesso em: 12 jun. 2018.

VERAS, Renato Peixoto. **Fórum envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD**: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 23, v. 10, p. 2463-2466, out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/20.pdf>> Acesso em: 02 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. **É possível, no Brasil, envelhecer com saúde e qualidade de vida?** Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/pt\\_1809-9823-rbgg-19-03-00381.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/pt_1809-9823-rbgg-19-03-00381.pdf)> Acesso em: 03 abr. 2018

\_\_\_\_\_; CALDAS, Célia Pereira. **Promovendo a saúde e a cidadania do idoso**: o movimento das universidades da terceira idade. Ciência & Saúde Coletiva, n. 9, v. 2, p. 423-432, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20396.pdf>> Acesso em: 02 mar. 2018.

ZIMERMAN, Guite I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. 1 ed. Artmed, 2000.