



Universidade de Brasília - UnB  
Instituto de Ciências Humanas - IH  
Departamento de Serviço Social – SER  
Programa de Pós-Graduação em Política Social - PPGPS

Izabel Lima Pessoa

**O envelhecimento na agenda da política social brasileira: avanços e limitações**

Brasília – DF

2009



Universidade de Brasília - UnB  
Instituto de Ciências Humanas - IH  
Departamento de Serviço Social - SER  
Programa de Pós-Graduação em Política Social - PPGPS

Izabel Lima Pessoa

## **O envelhecimento na agenda da política social brasileira: avanços e limitações**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília – UnB, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Política Social.  
Área de concentração: Estado, Políticas Sociais e Cidadania

Orientadora: Professora Doutora Potyara Amazoneida Pereira Pereira

Brasília- DF

2009

Pessoa, Izabel Lima.

Envelhecimento na agenda da política social brasileira: avanços e limitações/Izabel Lima Pessoa. – Brasília, 2009.

236 f. il. color; 29 cm.

Orientadora: Potyara Amazoneida P. Pereira

Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Departamento de Serviços Social, Programa de Pós-graduação em Política Social

Inclui bibliografia

1. Envelhecimento Humano; 2. Envelhecimento Populacional; 3. Política Social; 4. Política Nacional do Idoso, 5. Estatuto do Idoso

I.Título.

CDU 362.6

**O envelhecimento na agenda da política social brasileira: avanços e limitações****Izabel Lima Pessoa**

Tese apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília – UnB, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Política Social.

Área de concentração: Estado, Políticas Sociais e Cidadania

Tese de doutorado aprovada em 30/03/2009.

**Banca Examinadora:**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Potyara Amazoneida P. Pereira  
Orientadora - SER/UnB

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Beltrina da Purificação da Corte Pereira  
Membro Externo – PUC/SP

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciana de Barros Jaccoud  
Membro Externo – IPEA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise Bomtempo Birche de Carvalho  
Membro Titular – SER/UnB

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosa Helena Stein  
Membro titular – SER/UnB

---

Prof. Dr<sup>o</sup>. Mario Ângelo Silva  
Membro Suplente – SER/UnB

Dedico este trabalho a estas pessoas cujas vidas estimulam minhas conquistas.

A meus pais, **Pedro e Maria do Carmo** (*in memoriam*), pelo amor que sempre me dedicaram e por terem me ensinado o valor da vida, da tolerância e do respeito à dignidade humana;

A meus filhos **Rafael e Rian** e ao pai deles, **Marco Aurélio**, por fazerem parte da minha vida e felicidade;

A **Cândido e João Elízio** (*in memoriam*), **Margarida, Maria Cléofas, Maria dos Aflitos, Nicodemes e Geovany**, meus irmãos queridos;

A todas as **pessoas idosas brasileiras** que certamente contribuíram para a construção e desenvolvimento deste país.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, que é minha fonte de fé e esperança.

à minha orientadora **Potyara Amazoneida Pereira Pereira**, por acreditar no meu trabalho acadêmico e partilhar seus conhecimento comigo;

à Professora **Denise Bomtempo Birche de Carvalho** pelo apoio e amizade;

aos **professores e colegas** do Programa de Pós-Graduação em Política Social/UnB por socializarem seus conhecimentos e reflexões, os quais contribuíram com meu crescimento e amadurecimento intelectual;

a **Jurilza Mendonça de Barros** que facilitou minha aproximação com o tema e objeto da pesquisa;

a **Jussara Rauth e Nara Costa** pelas informações e materiais fornecidos para o desenvolvimento desta pesquisa;

a **Albamaría, Neile D`Oram, Marcílio** e demais conselheiros do Conselho Nacional do Idoso (gestão do período de 2006-2008) pelas informações prestadas;

a **Domingas e demais funcionários** da Secretaria do Departamento de Serviço Social/UnB pela atenção, paciência e presteza no atendimento;

a **Karla Jorama**, minha sobrinha querida, pelo apoio e estímulo;

à **CAPES** por ter oportunizado minha dedicação exclusiva ao Curso;

Ana Cintra conta que seu filho pequeno - com a curiosidade de quem ouviu uma nova palavra, mas ainda não entendeu seu significado - perguntou-lhe:

“Mamãe, o que é a velhice?”

Na fração de segundo antes da resposta, Ana fez uma verdadeira viagem ao passado. Lembrou-se dos momentos de luta, das dificuldades, das decepções. Sentiu todo o peso da idade e da responsabilidade em seus ombros.

Tornou a olhar para o filho que, sorrindo, aguardava uma resposta.

"Olhe para meu rosto, filho, disse ela. Isso é a velhice.

E imaginou o garoto vendo as rugas e a tristeza em seus olhos. Qual não foi sua surpresa quando, depois de alguns instantes, o menino respondeu:

“ Mamãe! Como a velhice é bonita!”

Autor desconhecido

## RESUMO

O envelhecimento é um tema que vem chamando atenção de governos e de significativas parcelas da sociedade. Isso é decorrente do significativo aumento do número de pessoas idosas na população e suas implicações na estrutura das relações sociais, econômicas e culturais das sociedades, constituindo novo desafio para as políticas públicas e, particularmente para a política social. Esta tese discutiu o envelhecimento no contexto da política social no Brasil, elegendo como objeto de estudo a agenda da política social para a população idosa. O objetivo geral foi o de procurar saber, por meio da análise das políticas sociais agendadas pelo governo, como o Estado e a sociedade brasileira agem e atuam frente ao envelhecimento da população. A pesquisa amparou-se no método histórico-estrutural, utilizando pesquisa documental, revisão de literatura e observação participante como fontes de captação de informações. A discussão partiu das seguintes hipóteses: a primeira é de que a política social para a população idosa não é elaborada e desenvolvida de forma multi e intersetorial e não conta com a participação efetiva de todas as áreas de atuação do Estado para garantir o atendimento dos direitos de cidadania deste grupo social. Esta hipótese se sustenta na idéia de que a configuração da agenda da política social para a população idosa apresenta uma participação mais atuante e efetiva na área da seguridade social (previdência, assistência social e saúde), enquanto as demais políticas setoriais pouco ou nada atuam. Isso conduz à segunda hipótese, qual seja: a de que a cidadania deste grupo social está sendo negligenciada, uma vez que seus direitos não estão sendo atendidos integralmente. Sendo assim, a hipótese final é de que as respostas políticas do Estado e da sociedade brasileira ainda são limitadas e incompatíveis com os emergentes desafios e oportunidades do envelhecimento humano e populacional. Partindo de tais hipóteses e perseguindo o objetivo geral da pesquisa, analisou-se a agenda da política social destinada à população idosa. Nesta análise, identificaram-se avanços, mas, também limitações na configuração da agenda. Observou-se que as respostas políticas foram mais incisivas no campo da seguridade social, especialmente nas áreas da saúde e assistência social. Em contrapartida, verificou-se que as demais políticas setoriais não apresentaram respostas ou atuação efetiva e de acordo com a complexidade e diversidade das demandas e necessidades do envelhecimento humano e populacional. Sendo assim, essa configuração da agenda indica que parte dos direitos sociais da população idosa não está sendo atendida, o que negligencia a cidadania deste segmento populacional. Daí concluir-se que as respostas do Estado e da sociedade aos desafios e oportunidades do envelhecimento humano e populacional são restritas no Brasil. A postergação do tratamento deste tema como uma política pública necessária e, sobretudo, efetiva implica sérias conseqüências ao equilíbrio das relações sociais, econômicas e culturais na sociedade brasileira. Isso significa que há uma necessidade imprescindível de o Estado e a sociedade brasileira revisarem suas atitudes frente à velhice e agir para criar e dar condições reais para o idoso exercer plenamente seus direitos de cidadania.

**Palavras-chave:** Envelhecimento Humano; Envelhecimento Populacional; Política Social; Política Nacional do Idoso, Estatuto do Idoso.

## ABSTRACT

Aging is a theme that is attracting attention of governments and major portions of society. This is due to the significant increase in the number of elderly in the population and its implications in the structure of social relations, economic and cultural societies, providing new challenges for public policy and particularly to social policy. This thesis discussed the aging in the context of social policy in Brazil, chosen as the object of study in the social policy agenda for the elderly population. The general objective was to find out, through the analysis of the social policy agenda by the government, as the Brazilian state and society act and act against the aging population. The research support in the historical-structural method, using documentary research, literature review and participant observation as sources of information capture. The discussion from the following assumptions: the first is that social policy for the elderly population is not established and developed in a multi and inter account and not with the effective participation of all areas of expertise of the State to ensure the fulfillment of duties citizenship of this social group. This hypothesis is sustained on the idea that the configuration of the social policy agenda for the elderly population presents a more active and effective in the area of social security (pension, welfare and health), while the other sectoral policies have little or no work. This leads to the second, which is: that the citizenship of this social group is being neglected, because their rights are not being fully met. Thus, the final hypothesis is that the policy responses of the Brazilian state and society are still limited and incompatible with the emerging challenges and opportunities of aging and human population. Starting from these assumptions and pursuing the general objective of the research analyzes the social policy agenda for the elderly population. In this analysis, were identified advances, but also limitations in setting the agenda. It was noted that policy responses were more forceful in the field of social security, especially in the areas of health and social care. In contrast, we found that the other sectoral policies had no answers or performance effectively and in accordance with the complexity and diversity of demands and needs of human aging and population. Thus, this indicates that part of the agenda of social rights of the elderly population is not being answered, which overlooks the citizenship of this population segment. It concluded that the responses of state and society to the challenges and opportunities of aging and human population in Brazil are restricted. The postponement of the treatment of this subject as a necessary public policy, and above all effective means serious consequences to the balance of social relations, economic and cultural rights in Brazilian society. This means that there is an absolute necessity for the State and the Brazilian company reviewing their attitudes to old age and to act and to create real conditions for the elderly exercise their full rights of citizenship.

**Keywords:** Human Aging, Population Aging, Social Policy, National Policy of Older Persons, Status of the Elderly.

## RÉSUMÉ

Le vieillissement est un thème qu'attire l'attention des gouvernements et des significatives parcelles de la société. Cela est dû à l'augmentation significative du nombre des personnes âgées dans la population et ses implications dans la structure des relations sociales, économiques et culturels des sociétés, en fournissant un nouveau défi pour les politiques publiques et particulièrement à la politique sociale. Cette thèse a examiné le vieillissement dans le cadre de la politique sociale au Brésil, choisissant comme objet d'étude, l'agenda de la politique sociale pour la population âgée. L'objectif général était de découvrir, à travers l'analyse de l'agenda de la politique sociale par le gouvernement, comme l'Etat et la société brésilienne agissent en face au vieillissement de la population. La recherche a été soutenue par la méthode historique - structural en utilisant la recherche documentaire, la revue de la littérature et l'observation participative en tant que sources d'information. La discussion a parti des hypothèses suivantes: la première est que la politique sociale pour la population âgée n'est pas élaborée ni développée de façon multi et intersectorielle et ne compte pas sur la participation effective des tous les domaines de compétence de l'Etat pour assurer le respect des droits civils de ce groupe social. Cette hypothèse est soutenue par l'idée que la configuration de l'agenda de la politique sociale pour la population âgée présente une participation plus active et efficace dans le domaine de la sécurité sociale (retraite, protection sociale et de santé), tandis que les autres politiques sectorielles font peu ou rien du tout. Cela nous émmene à la deuxième hypothèse: que la citoyenneté de ce groupe sociale est négligée, parce que leurs droits ne sont pas entièrement satisfaits. Ainsi, la dernière hypothèse est que les réponses politiques de l'Etat et de la société brésilienne sont encore limitées et incompatibles avec les nouveaux défis et opportunités du vieillissement de la population humaine. A partir de ces hypothèses et en poursuivant l'objectif général de la recherche, on a analysée l'agenda de la politique sociale pour les personnes âgées. Dans cette analyse, des progrès ont été identifiés, mais également des limites dans la configuration de l'agenda. Il a été noté que les réponses politiques ont été plus énergiques dans le domaine de la sécurité sociale, en particulier dans les domaines de la santé et des services sociaux. En revanche, on a constaté que les autres politiques sectorielles, n'ont pas eu de réponses efficaces ni execution en accord avec la complexité et la diversité des demandes et des besoins de la population vieillissante. Ainsi, cette configuration de l'agenda signifie qu'une partie des droits sociaux de la population âgée ne sont pas entièrement satisfaits et leur citoyenneté est négligée. Donc on conclut que les réponses de l'Etat et de la société aux défis et opportunités du vieillissement de la population sont limités au Brésil. Le retard du traitement de cette question comme une politique publique nécessaire et surtout efficace, a de graves conséquences pour l'équilibre des relations sociales, économiques et culturels dans la société brésilienne. Cela signifie qu'il y a une nécessité absolue pour l'Etat et la société brésilienne de revoir leurs attitudes à l'égard de la vieillesse et à agir et à créer des conditions réelles pour les personnes âgées à exercer leurs pleins droits de citoyenneté.

**Mots-clés:** vieillissement humaine, vieillissement de la population, politique sociale, politique nationale des personnes âgées, Statut des personnes âgées

**LISTA DE SIGLAS**

AIG – Associação Internacional de Gerontologia

ANG – Associação Nacional de Gerontologia

AVD - Atividade da Vida Diária

ABVD - Atividades Básicas da Vida Diária

ACEPI - Associação Cearense Pró-Idosos

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPES – Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe

CNBB – Confederação Nacional dos Bispos do Brasil

CEI/RS – Conselho Estadual do Idoso do Rio Grande do Sul

CNDI – Conselho Nacional dos Direitos do Idoso

COBAP - Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas

CRAS - Centro de Referência da Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

COBAP – Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas

ECOSOC - Conselho Econômico e Social

FAAPA - Federação dos Aposentados e Pensionistas do Pará

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDB - Indicadores e Dados Básicos

INDESP - Instituto Nacional de Desenvolvimento do Desporto

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada

LBA – Legião Brasileira de Assistência

LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social

MAS – Ministério da Assistência social

MOSAP - Movimento dos Servidores Públicos Aposentados e Pensionistas

MOPI – Movimento Pró-idoso

MPS – Ministério da Previdência Social

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

NETI - Núcleo de Estudos da Terceira Idade

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de 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

PBF – Programa Bolsa Família

PELC - Programa Esporte e Lazer na Cidade

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PND – Programa Nacional de Desenvolvimento

PNI – Política Nacional do Idoso

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PPA – Plano Plurianual

RMs – Regiões Metropolitanas

RMV – Renda Mensal Vitalícia

SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

SEDH – Secretaria Especial de Direitos Humanos

SENARC/MDS – Secretaria Nacional de Renda de Cidadania do Ministério/MDS

SENPROS/MAS - Secretaria Nacional de Promoção Social/MAS

SER – Departamento de Serviço Social (UnB)

SESC – Serviço Social do Comércio

SESu – Secretaria de Educação Superior

SPS/MPS – Secretaria de Políticas de Previdência Social/MPS

SUS – Sistema Único de Saúde

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas

### LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	CLASSIFICAÇÃO DOS PAÍSES DA AMÉRICA LATINA E CARIBE SEGUNDO O ESTÁGIO DE ENVELHECIMENTO, EM 2000.....	64
TABELA 2 -	COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DA RENDA DO IDOSO, POR SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO E SEXO NO BRASIL EM 2005.....	78
TABELA 3 -	DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS DA POPULAÇÃO IDOSA SEGUNDO AS CAUSAS DE MORTE E SEXO, EM 2005.....	91
TABELA 4 -	DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA POR GRUPO DE IDADE E SEXO EM NÚMEROS ABSOLUTOS E PERCENTUAIS NO BRASIL, EM 2006.....	97
TABELA 5 -	RELAÇÃO ENTRE A POPULAÇÃO IDOSA E A MAIS IDOSA POR SEXO NO PERÍODO DE 1940-2000.....	99
TABELA 6 -	DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL POR ÁREA URBANA E RURAL, EM 2006.....	99

### LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 -	COMPORTAMENTO DA TAXA BRUTA DE FECUNDIDADE NOS QÜINQUÊNIOS DE 1950-1955 A 2045-2050 DE ALGUNS PAÍSES DA AMÉRICA LATINA E CARIBE.....	66
GRÁFICO 2 -	COMPORTAMENTO DA TAXA BRUTA DE FECUNDIDADE NOS QÜINQUÊNIOS DE 1950-1955 A 2045-2050 DA AMÉRICA LATINA E CARIBE E BRASIL.....	66
GRÁFICO 3 -	CRESCIMENTO DOS GRUPOS ETÁRIOS DE 0 A 14 ANOS E DE 60 ANOS E ACIMA EM 1950, 1975, 2000, 2025 E 2050 DA AMÉRICA LATINA E CARIBE E BRASIL.....	67
GRÁFICO 4 -	TRANSFORMAÇÕES DAS PIRÂMIDES ETÁRIAS DA AMÉRICA LATINA E CARIBE E BRASIL, POR SEXO E IDADE, NOS PERÍODOS DE 1950, 2000, 2025 E 2050.....	68
GRÁFICO 5 -	RAZÃO DO CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO IDOSA, POR FAIXA ETÁRIA, NO PERÍODO DE 2005 A 2050.....	70
GRÁFICO 6 -	EVOLUÇÃO DA TAXA BRUTA DE MORTALIDADE NOS QÜINQUÊNIOS DE 1950-1955 A 2045-2050 DA AMÉRICA LATINA E CARIBE E BRASIL.....	71
GRÁFICO 7 -	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO IDOSA NA AMÉRICA LATINA E CARIBE EM 2005.....	72

GRÁFICO 8 -	NÚMERO DE PESSOAS IDOSAS POR REGIÃO EM 2006 .....	75
GRÁFICO 9 -	PROPORÇÃO DE PESSOAS IDOSAS POR REGIÃO EM 2006.....	75
GRÁFICO 10 -	DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DE 0 A 4 E DE 60 ANOS E ACIMA POR REGIÃO NO BRASIL, EM 2006.....	76
GRÁFICO 11 -	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO IDOSA POR UNIDADE DE FEDERAÇÃO, EM 2006.....	77
GRÁFICO 12 -	PESSOAS IDOSAS OCUPADAS NA SEMANA DE REFERÊNCIA, SEGUNDO A POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO, EM 2006.....	81
GRÁFICO 13 -	RENDIMENTO MÉDIO MENSAL <i>PER CAPTA</i> DA POPULAÇÃO IDOSA RESIDENTE EM DOMICÍLIOS PARTICULARES, POR CLASSE DE RENDIMENTO NO BRASIL E REGIÕES, EM 2006.....	82
GRÁFICO 14 -	PERCENTUAL DE PESSOAS ANALFABETAS SEGUNDO A FAIXA DE IDADE, EM 2006.....	86
GRÁFICO 15 -	PROPORÇÃO DE PESSOAS IDOSAS ALFABETIZADAS E NÃO ALFABETIZADAS, EM 2006.....	87
GRÁFICO 16 -	DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DE 65 ANOS ACIMA POR SEXO E SITUAÇÃO DE SAÚDE, EM 2003 .....	94

#### LISTA DE FIGURA

FIGURA 1 -	DETERMINANTES DO ENVELHECIMENTO ATIVO.....	142
------------	--	-----

#### LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 -	EIXOS, METAS E OBJETIVOS DA ESTRATÉGIA REGIONAL DE IMPLEMENTAÇÃO, NA AMERICA LATINA E CARIBE, DO PLANO DE AÇÃO INTERNACIONAL DE MADRI SOBRE ENVELHECIMENTO.....	147
QUADRO 2	TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA FORMAÇÃO DO ARCABOUÇO INSTITUCIONAL ESPECÍFICO PARA TRATAR DOS DIREITOS DA POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL.....	167
QUADRO 3	O PAG/PNI: METAS E RECURSOS.....	184

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>CAPITULO 1 - ENVELHECIMENTO HUMANO E POPULACIONAL: AFINAL DO QUE SE TRATA?.....</b>	<b>28</b>
1.1 - Envelhecimento: considerações epistemológicas.....	29
1.2 - O processo de envelhecimento humano.....	37
1.3 – O envelhecimento populacional.....	49
1.3.1 - Envelhecimento populacional no Brasil: determinantes históricos e estruturais.	51
<b>CAPITULO 2 - ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL: ASPECTOS SÓCIO- DEMOGRÁFICOS.....</b>	<b>60</b>
2.1 - Considerações sobre a transição demográfica no Brasil comparativamente à América Latina e Caribe.....	62
2.2 - Características sócio-demográficas da população idosa no Brasil.....	73
2.2.1 - Aspectos relevantes e comuns do fenômeno do envelhecimento populacional.	96
<b>CAPITULO 3 - A POLÍTICA PÚBLICA NO CONTEXTO DO ENVELHECIMENTO: DIMENSÕES TEÓRICO-CONCEITUAIS.....</b>	<b>102</b>
3.1 - A política pública: dimensões conceituais.....	103
3.2 - Concepções teóricas sobre o campo de análise das políticas públicas.....	108
3.3 - Implicações da política pública para o envelhecimento: direitos humanos e cidadania da pessoa idosa.....	115
3.4 - Fundamentos de política pública a partir do enfoque da cidadania ampliada....	122
<b>CAPITULO 4 – O ENVELHECIMENTO NA AGENDA DA POLITICA SOCIAL BRASILEIRA.....</b>	<b>130</b>
4.1 - Contribuições do diálogo entre os países na formação da agenda social para o a população idosa.....	131
4.2 - A agenda do envelhecimento na Região da America Latina e Caribe.....	144
4.3 - Remissão histórica da formação e institucionalização da agenda da política social para população idosa no Brasil.....	155
<b>CAPITULO 5 – A AGENDA DA POLITICA SOCIAL PARA A POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL: CONFIGURAÇÃO, AVANÇOS E LIMITAÇÕES.....</b>	<b>169</b>
5.1 - A Política Nacional do Idoso e Estatuto do Idoso: valores e princípios.....	170
5.2 - Planos e programas gestados para atender a população idosa.....	173
5.2.1 - Configuração, avanços e limitações da agenda da política social para atender os direitos da população idosa,.....	200
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>215</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>223</b>

## INTRODUÇÃO

Desde o século passado, o envelhecimento humano e populacional vem chamando atenção de governos e de significativas parcelas da sociedade em quase todo o mundo, devido ao irreversível crescimento do número de pessoas idosas em relação aos demais grupos etários. Esse crescimento tem produzido diferentes implicações na estrutura das relações sociais, econômicas e culturais das sociedades e, como tal, constitui novos desafios para as políticas públicas e, particularmente, para a política social.

Nos países periféricos, esses desafios são ainda maiores que nos países centrais, dada a rapidez do processo de envelhecimento populacional em meio a situações socioeconômicas precárias. Nestes países, os desafios estão associados, especialmente, à necessidade de promover e gerar condições para que as pessoas vivam a velhice e envelheçam com qualidade de vida, respeito e dignidade humana. Porém, estão associadas, também, a desafios mais universais, entre os quais os relacionados à compreensão de que os idosos têm muito a contribuir e a oferecer para o desenvolvimento social, econômico e cultural de cada sociedade e ao combate dos mitos e visões estereotipadas sobre a velhice, que levam à criação de uma espécie de “cultura negativa” desta fase da vida.

Tal cultura tende a enfatizar as fragilidades biológicas e a tratar o processo de envelhecimento individual e social como homogêneo. Isso favorece uma percepção limitada das legítimas demandas e necessidades da população idosa, prejudicando o atendimento dos direitos indispensáveis à efetivação da cidadania deste grupo social.

A política social tem papel fundamental no enfrentamento desses desafios. Isto porque esta política tem o propósito de promover e implementar ações que viabilizem o atendimento das diferentes necessidades humanas de todas as pessoas e, sobretudo, garantir direitos de cidadania. No caso da população idosa, esses direitos são significativamente importantes porque, além de garantir, protegem as pessoas contra os efeitos deletérios do envelhecimento e, especialmente, contra os riscos de precariedade próprios do padrão socioeconômico e cultural vigente em cada sociedade.

Essas considerações serviram de base para a definição do tema da pesquisa<sup>1</sup>, que é *o envelhecimento no contexto da política social no Brasil*.

A política social é, em tese, um mecanismo de intervenção pública em favor do bem-estar e da cidadania. Esta intervenção se dá por meio do planejamento e efetivação de ações, as quais conformam a agenda da política social, cuja configuração sintetiza as respostas políticas aos temas, assuntos ou problemas sociais que despertam a atenção do Governo e da sociedade. A análise dessa configuração e do caminho que leva a ela é indispensável à compreensão dessa política frente ao envelhecimento da população e, por conseguinte, de como a sociedade lida com este tema. Daí porque o objeto da pesquisa ser *a agenda da política social para a população idosa brasileira*.

De acordo com Bianhici (2003), o tema e o objeto de pesquisa correspondem ao terreno sobre o qual se formula os problemas relevantes da investigação. Sendo assim, as *indagações centrais* que instigaram o desenvolvimento desta tese intitulada “O envelhecimento na agenda da política social brasileira: avanços e limitações”, são as seguintes: *em que consiste o envelhecimento humano e populacional? Por que e como estes temas foram acatados como objeto de intervenção social? Que respostas políticas estão sendo dadas a esses fenômenos? Que avaliação se pode fazer destas respostas frente à realidade das condições socioeconômicas da população idosa e do processo de transição demográfico em andamento?*

Entendendo que as políticas sociais destinadas a atender as demandas e necessidades indispensáveis à efetivação dos direitos de cidadania da população idosa consolidam essas respostas políticas, esta pesquisa tem, ainda, as seguintes *questões instrumentais*: *Como se deu a formação da agenda da política social para a população idosa? Que forças sociais atuaram? Com que arcabouço institucional ela contou? Em que paradigmas teóricos, metodológicos e ideológicos ela se baseia? Que configuração assume essa agenda? E que programas, projetos, ações e atividades foram formulados?*

A busca de resposta a essas indagações encaminhou a pesquisa para o estudo e compreensão do que é *envelhecimento humano e populacional*, assim como *das políticas públicas voltadas para esse processo*, os quais constituíram as categorias analíticas chave desta tese.

---

<sup>1</sup> A pesquisa se inscreve na área de concentração: *Estado, Políticas Sociais e Cidadania* e compõe a linha de pesquisa *Política Social, Estado e Sociedade* do Programa de Pós-graduação em Política Social da Universidade de Brasília (UnB).

O envelhecimento humano foi estudado tanto na sua imanência, quanto nas relações biopsicossociais. O envelhecimento populacional foi abordado na sua qualidade de fenômeno determinado histórica e estruturalmente. A política social pública foi enfocada tanto na sua dimensão teórica, quanto nas suas relações, contradições, conflitos e realizações frente ao envelhecimento.

O referencial teórico utilizado para o trato destas categorias priorizou autores e textos, cujo pensamento e reflexões privilegiam a relação entre estrutura e história presentes no tema e objeto estudado. Isso porque, esta pesquisa se propõe a analisar a política social pública destinada à população idosa a partir da realidade das condições objetivas e subjetivas<sup>2</sup> do processo de envelhecimento e da velhice.

As condições objetivas são determinadas pelos fatores estruturais que concorrem para o envelhecimento humano e populacional. As subjetivas, por sua vez, estão presentes tanto nas condições sociais em que se encontram as pessoas idosas, como nas relações que estas pessoas estabelecem com os outros e consigo mesmo, em função das oportunidades ou dificuldades propiciadas pela estrutura social, econômica, política e cultural.

Percebeu-se, portanto, a vocação dialética do estudo, na medida em que a abordagem do tema contemplou o movimento histórico, as contradições e suas implicações sociais, econômicas e políticas para compreender como se desdobrava tanto o processo de envelhecimento humano e populacional, como a formação da agenda da política social destinada a dar respostas às demandas e necessidades destes processos. Daí a opção pelo método *histórico-estrutural*, cuja característica principal é compreender dialeticamente a totalidade dos fenômenos na sua dinâmica contraditória. Este método, segundo Lucaks (2003, p. 422, 423), busca

compreender os acontecimentos (...) em sua essência verdadeira (...). permite, ao mesmo tempo, considerar o presente sob o ponto de vista da história, ou seja, cientificamente, e visualizar nela não apenas os fenômenos de superfície, mas também aquelas forças motrizes mais profundas da história que, na realidade, movem os acontecimentos.

A compreensão e análise da política social pública, além ser um acontecimento histórico, é também

processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se

---

<sup>2</sup> De acordo com Demo (1995, p. 94), condições objetivas são “aquelas dadas externamente ao homem, ou dadas sem sua opção própria”. Já as condições subjetivas são “aquelas dependentes da opção humana, a capacidade de construir a história em parte, no contexto das condições subjetivas.”

estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e lutas de classe que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo, [e por isso] recusa a utilização de enfoques restritos ou unilaterais (BEHRING E BOSCHETTI, 2006, p. 36).

Sendo assim, definiu-se o seguinte percurso de análise da política social pública para população idosa: primeiro, a análise da *processualidade* da construção de uma política pública. Aqui priorizou-se o conhecimento de como se deu a inclusão do tema do envelhecimento na agenda da política social brasileira. Segundo, a análise da *institucionalidade*, caracterizado pelo conjunto de regras, relações e normas que determinam e disciplinam a formulação das políticas sociais para a população idosa; o aparato institucional que a conforma (organização política); e os valores, e princípios que a orientam. Por fim, analisou-se a *configuração e o conteúdo da agenda da política social formulada* (o conjunto de programas, projetos e ações) para efetivar os direitos de cidadania da população idosa, visando identificar seus avanços e limitações.

As indagações formuladas e as reflexões realizadas a partir das orientações da abordagem dialética e do percurso analítico apresentados, associadas ao entendimento de que o envelhecimento da população brasileira é fenômeno real e irreversível, contribuíram para a construção das seguintes *hipóteses*:

A *primeira hipótese* é a de que a política social para a população idosa não é elaborada e desenvolvida de forma multi e intersetorial e não conta com a participação efetiva de todas as áreas de atuação do Estado para garantir o atendimento dos direitos de cidadania deste grupo social. Tal hipótese se sustenta na idéia de que a configuração da agenda da política social para este segmento populacional apresenta uma participação mais atuante e efetiva na área da seguridade social (previdência, assistência social e saúde), enquanto as demais políticas setoriais pouco ou nada atuam. Isso conduz à *segunda hipótese*, qual seja: a de que a cidadania deste grupo social está sendo negligenciada, uma vez que seus direitos não estão sendo atendidos integralmente. Sendo assim, a *hipótese final desta pesquisa* é a de que as respostas políticas do Estado e da sociedade brasileira ainda são incipientes e incompatíveis com os emergentes desafios e oportunidades do envelhecimento humano e populacional.

A partir daí, perseguiu-se os seguintes objetivos:

1) Em termos gerais, procurou-se saber, por meio da análise das políticas sociais agendadas pelo governo, *como o Estado e a sociedade brasileira agem e atuam frente ao envelhecimento de sua população*.

2) Em termos *específicos*, buscou-se:

- compreender o envelhecimento humano e populacional na sua constituição histórica e estrutural, com a finalidade de realizar a reflexão crítica sobre as respostas das políticas a estes processos;
- estudar as dimensões teórico-conceituais da política pública e do seu campo de análise, visando a aquisição dos conhecimentos necessários á reflexão sobre a política social no contexto do envelhecimento;
- recuperar a história de como se deu a emergência e inserção do tema do envelhecimento na agenda social e política do Estado brasileiro, observando, nas arenas constituídas, no jogo político e na luta das forças sociais os valores, princípios e ideologias que possam auxiliar a interpretação do comportamento deste Estado e da sociedade frente ao fenômeno do envelhecimento;
- identificar e conhecer o arcabouço institucional que vem referendando a formação das agendas das políticas sociais destinadas à população idosa no Brasil;
- identificar as respostas políticas dadas, referenciadas neste arcabouço, por meio do mapeamento das ações formuladas pelas diferentes políticas setoriais do governo federal, a fim de desvelar os avanços e limitações da agenda da política social para o envelhecimento;
- analisar estas informações, confrontando-as com as implicações do fenômeno do envelhecimento populacional no cenário brasileiro.

O desenvolvimento da pesquisa reuniu informações e colheu dados por meio de consultas às bases do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) e anuários estatístico da Organização das Nações Unidas (ONU) e do Centro Latinoamericano e Caribenho de Demografia (CELADE), assim como do Portal do Orçamento e do Sistema de Informações Gerenciais e de Planejamento (SIGPLAN), e fontes bibliográficas e documentais.

Cabe observar que a pesquisa documental foi significativamente utilizada e que o exame de parte deste material é inédito no estudo deste tema. Esta tarefa, apesar de difícil, constituiu importante experiência e descobrimentos. Diz-se difícil, porque está

relacionada ao histórico problema da falta de preservação da memória no que tange à atuação das instituições. Por outro lado, foi importante e necessária, porque chamou atenção para o problema da falta de informações quanto ao alcance e atuação de parte das instituições brasileiras que se dedicam à atenção à população idosa.

Entre as explicações para esses problemas, está a histórica prática, no Brasil, da constituição de novos arranjos institucionais sempre que um novo governo assume. Nesse momento, grande parte dos documentos que registram a trajetória do planejamento e discussões das ações das instituições é perdida ou ficam, muitas vezes, nas mãos de atores que, por algum motivo, desejam preservar essa história.

Tal situação foi observada no fato de que foi mais fácil encontrar documentos e informações nas instituições que não tinham passado por mudanças institucionais ou de gestão. Já, nas que sofreram mudanças mais profundas, verificou-se completa inexistência de registros. Por isso, parte das informações, especialmente as que permitiram recuperar a história da elaboração e promulgação da Política Nacional do Idoso (PNI) e do Estatuto do Idoso, foi captada em documentos, relatórios, atas e expedientes fornecidos por atores que atuavam nos movimentos sociais ou nas instituições do governo, e que guardavam consigo este material.

Esses atores foram centrais e estratégicas tanto no que tange ao fornecimento de documentos, como à identificação dos atores e instituições-chave a serem consultados na aquisição de informações sobre a recuperação histórica da PNI e Estatuto. Nesse sentido, é interessante observar que alguns destes atores não puderam contribuir por se encontrarem em estado de debilitação próprio do processo de envelhecimento humano. Outros, contudo, por razões pessoais, optaram por não dar declarações formais, mas prestaram esclarecimentos informais que contribuíram para este estudo. Diante desta situação e da constatação de que o material disponibilizado e a bibliografia encontrada eram suficientes para o desenvolvimento da análise pretendida, optou-se por não priorizar fontes primárias.

Assim, a pesquisa guiou-se pelo seguinte *esquema metodológico*:

- 1) realização de revisão da literatura sobre o processo de envelhecimento humano e populacional, sobre as dimensões teórico-conceituais da política pública e do seu campo de análise, assim como das condições socioeconômicas da população idosa. Isso teve como finalidade compreender tanto a dimensão destes fenômenos como as respostas por ele suscitadas, no contexto da realidade histórica e estrutural em que se apresentam.

2) recuperação da trajetória do processo de institucionalização das políticas sociais destinadas à população idosa. Nela se descreveu como se deu a movimentação do Estado e da sociedade na construção do arcabouço institucional destas políticas.

3) Essa recuperação histórica permitiu observar que a PNI e o Estatuto do Idoso são institutos que se afirmam como resposta ao fenômeno estrutural do envelhecimento e à ação dos sujeitos que histórica e estrategicamente contribuíram para a emergência e instituição de uma agenda da política social para a população idosa. Por isso, tais institutos constituem referência para o planejamento das políticas sociais destinadas a essa população idosa.

4) Tal referência, associada à importância da configuração do jogo político e à conformação das lutas sociais em torno da elaboração, aprovação e promulgação destes institutos, levou à compreensão de que a análise proposta nesta pesquisa deveria ser empreendida à luz das orientações e determinações inscritas tanto no conteúdo quanto nas arenas que engendraram a PNI e o Estatuto do Idoso;

5) Com efeito, o primeiro instituto inaugura o processo de formalização específico para garantir os direitos sociais da população idosa. O segundo, não só reafirma estes direitos como torna mais abrangente sua noção, posto que assegura à população com idade igual ou superior a 60 anos “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” (Art. 2º da Lei 10.741, de 1/10/2003).

Quanto à *justificativa e relevância do tema e do objeto deste estudo*, cabe explicitar que estes aspectos da pesquisa estão intrinsecamente relacionados à emergência do fenômeno do envelhecimento populacional e da importância de se analisar, compreender e refletir sobre as respostas políticas e sociais dadas a esta emergência. Afinal, estas respostas engendram o compromisso, o respeito e a atenção da sociedade com a velhice de seus cidadãos. Por isso estar atentos a elas é uma obrigação tanto das instituições (governo, família, academia, empresas, etc.) como de cada pessoa (pesquisador, profissional, políticos, gestores, estudantes, entre outros)

Dar respostas às implicações do envelhecimento é uma obrigação para as instituições porque tanto o significativo aumento do número de pessoas idosas como o próprio processo de envelhecimento individual requer posicionamento. E, isso está relacionado ao modo como as instituições tratam e lidam com a velhice e o envelhecimento de sua população, pois segundo Kalache, Ramos e Veras (1987, p. 209): “o modo como os

países responderão aos desafios do envelhecimento dependerá em grande parte da sensibilização ao problema por parte de toda a sociedade”. Sendo assim, às instituições cabe a responsabilidade de agir para assegurar os direitos políticos, civis e sociais da pessoa idosa, por meio de políticas públicas que garantam ao idoso o exercício de sua cidadania.

Diante das mesmas implicações, cabe às pessoas, o protagonismo ético e cidadão. Ético, porque todo ser humano tem o dever de agir e atuar em prol da vida e cidadania de si e dos outros. Cidadão, porque a este cabe a tarefa de zelar pelos direitos humanos de todas as pessoas e, particularmente, da população idosa, assim como exercer o controle social das ações do Estado, a fim de que cada sujeito experimente uma velhice digna, com respeito e qualidade de vida. É este protagonismo que qualifica o papel da sociedade, que por sua vez, somente se efetiva a partir da ação do sujeito. O mesmo sujeito que, independentemente do papel que desempenhe, seja como cidadão, seja como representante de instituição ou movimento social, também envelhece. Isso significa que ele não só é afetado como está obrigado a lidar com envelhecimento.

As explanações até aqui feitas, associadas às experiências vivenciadas pela autora, determinaram o interesse e motivação pelo tema e realização da pesquisa.

A esse respeito destaca-se, primeiro, sua atuação profissional e acadêmica. Isso porque, na qualidade de servidora do quadro de profissionais da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), foi convidada a participar da Comissão Especial para Educação Superior e Envelhecimento Populacional no Brasil, criada em 2004, numa parceria entre a Secretaria de Educação Superior (SESu) e a CAPES, cujo objetivo era propor diretrizes para o desenvolvimento de ações no âmbito da Educação Superior no campo do envelhecimento populacional<sup>3</sup>. Os percalços enfrentados por esta Comissão foram muitos e o trabalho iniciado não foi concluído. Contudo, o contato com a temática provocou o interesse acadêmico da pesquisadora.

A partir daí ela passou a acompanhar as reuniões do Conselho Nacional do Idoso (CNDI). Esta associação de fatos levou o Ministério da Educação a indicá-la como seu representante suplente neste Conselho. A representação se deu no período de 2006 a 2008. Foi uma experiência rica de aprendizagem e conhecimento sobre a questão do envelhecimento e de como se dão as negociações, consensos e conflitos entre Estado e sociedade na formação das agendas das políticas sociais destinadas à velhice. Foi,

---

<sup>3</sup> Ver portaria nº 7, de 17 de março de 2006 da SESu.

também, uma oportunidade de participação e atuação no processo de formulação destas políticas, considerando o papel principal do CNDI de elaborar as diretrizes para a formulação e implementação da PNI em consonância com o Estatuto.

Segundo, o fato de ter sido provedora/cuidadora<sup>4</sup> de seus pais na fase mais avançada da velhice. Estes eram dois idosos octogenários, cujo processo de envelhecimento exerceu importante papel na construção da sua relação e percepção empírica da velhice. Tal experiência serviu para salientar suas inquietações quanto à efetividade das políticas sociais, especialmente sobre a atuação do Estado no sentido de garantir diferentes direitos e cidadania das pessoas idosas. E, também, quanto à percepção de que a sociedade pouco vem se dando conta de que o idoso tem muito a oferecer e a contribuir.

Esse protagonismo da autora qualifica mais uma característica metodológica da pesquisa, que é a *observação participante*.

Segundo Laville e Dionne (1999), por meio da técnica da observação, o pesquisador pode coletar dados e informações acerca de um fenômeno, observando o próprio fenômeno. Richardson et al. (1999, p. 261), por sua vez, explica que o “observador participante não é apenas um expectador do fato que está sendo estudado, ele se coloca na posição e ao nível dos outros elementos humanos” que o compõe. Portanto, o pesquisador observador que se insere no campo das relações do objeto de estudo tem mais acesso às informações, o que pode facilitar a compreensão do fenômeno estudado. Isto ficou patente no papel de representação exercido pela autora no CNDI, pois lhe permitiu participar da arena de discussões e decisões das políticas sociais para velhice, além de facilitar a coleta de dados e informações sobre o objeto de estudo desta pesquisa. Há que se observar, também, que a experiência pessoal da autora contribuiu com a observação, uma vez que lhe deu oportunidade de lidar, empiricamente, com a realidade do idoso.

Esta tese, ao assumir todas essas características metodológicas e abordagem dialética como método norteador da definição, construção e análise do objeto, se inscreveu como *pesquisa qualitativa*.

De acordo com Minayo (1994, p. 21), este tipo de pesquisa “se preocupa (...) com um nível de realidade que não pode ser quantificado (...); trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde [ao]

---

<sup>4</sup> Significa assumir o financiamento dos bens e serviços necessários à garantia da qualidade de vida destas pessoas, bem como o gerenciamento do cuidado, atenção e apoio.

espaço mais profundo das relações, dos processos, dos fenômenos (...). Para a autora, este tipo de pesquisa abarca o significado e a intencionalidade patentes nas relações e estruturas sociais (MINAYO, 2004). Além disso, faz ponte com a dialética, na medida em que esta entende os fenômenos ou processos a partir das determinações e transformações nas estruturas em que se dão (MINAYO, 1994). Assim, a análise efetuada se deu a partir tanto da realidade experimentada pelo grupo social de idosos, quanto pelos desafios e oportunidades que este segmento populacional pôde engendrar no contexto histórico-estrutural brasileiro; daí a coerência da qualificação do estudo como pesquisa qualitativa.

Finalmente, cabe explicitar que a tese foi desenvolvida em cinco capítulos.

O *capítulo inicial*, intitulado “Envelhecimento Humano e populacional: Afinal do que se trata?”, realizou uma abordagem destes dois aspectos do envelhecimento à luz de suas peculiaridades e particularidades históricas e estruturais. Destacou os fatores que os determina, permitindo compreender que o envelhecimento humano é uma peculiaridade do indivíduo e o populacional da sociedade.

O *segundo capítulo*, cujo título é “Envelhecimento populacional no Brasil: aspectos demográficos”, apresentou o processo de transição demográfica brasileiro comparativamente à Região da América Latina e Caribe, assim como os aspectos socioeconômicos e demográficos da população idosa no Brasil. Com isso expôs a magnitude do aumento da população idosa brasileira e as condições de vida deste grupo social.

O *terceiro capítulo*, denominado “A política pública no contexto do envelhecimento: dimensões teórico-conceituais”, enfocou a política pública como gênero da política social, seus conceitos, concepções teórico-metodológicas e implicações para a realidade do envelhecimento e da vida das pessoas idosas.

O *quarto capítulo*, sob o título “O envelhecimento na agenda da política social brasileira: o caminho da inclusão”, descreveu o trajeto percorrido pelo tema do envelhecimento para fazer parte desta agenda, a fim de desvelar e compreender como se deu o desenvolvimento histórico e político dessa inclusão.

O *quinto e último capítulo*, intitulado “A agenda da política social para a população idosa no Brasil: configuração, avanços e limitações”, discutiu o conteúdo teórico-normativo da PNI e do Estatuto, visando identificar e analisar valores e princípios postulados por estes instrumentos para orientar a construção agenda da política social para a

população idosa. Em seguida, mapeou-se as propostas de atuação em cada área da política social, a fim de identificar a configuração da agenda e realizar a análise crítica que permitiu indicar os avanços e limitações da política social brasileira frente ao envelhecimento de sua população.

## CAPÍTULO 1

### ENVELHECIMENTO HUMANO E POPULACIONAL: AFINAL DO QUE SE TRATA?

O presente capítulo aborda o envelhecimento humano e populacional como categorias distintas.

O envelhecimento humano é tratado como processo natural e inevitável da vida humana, cujos efeitos do desenvolvimento estão associados a fatores biológicos, psicológicos e sociais. Isso significa que o envelhecimento humano é experimentado por todas as pessoas, contudo se manifesta de forma individual e de acordo com a herança genética e experiência de vida de cada um. O envelhecimento populacional, por sua vez, é discutido como fenômeno social surgido a partir das transformações e mudanças sociais, econômicas e culturais, as quais contribuíram para alterar a composição etária da população. Isso teve como resultado o incremento do número de pessoas idosas em relação aos demais grupos etários, definindo o envelhecimento populacional.

Essa distinção é importante porque cada uma destas categorias é constituída de especificidades históricas e teórico-conceituais indispensáveis aos estudos que se proponham a analisar qualquer aspecto das políticas públicas para o envelhecimento, uma vez que estas devem atender as necessidades individuais e coletivas de uma sociedade. No entanto, observa-se, de modo geral, que as discussões sobre as políticas públicas destinadas à pessoa idosa não tem se preocupado com essa distinção. A ausência dessa reflexão pode prejudicar a efetividade das ações, dadas as peculiaridades do envelhecimento como evento individual e como fenômeno social, uma vez que estas podem exigir respostas diferenciadas das políticas públicas, em particular das políticas sociais.

Assim, considerando o interesse da pesquisa pelo tema do envelhecimento no contexto da política social brasileira, é necessário refletir sobre a dialogia “envelhecimento humano e envelhecimento populacional”. Antes, porém, é preciso realizar uma breve reflexão sobre a epistemologia do envelhecimento.

## 1. 1 Envelhecimento: considerações epistemológicas

O envelhecimento é um tema instigante e desafiador para todas as sociedades. Isso porque, apesar do avanço do conhecimento, muito há que se compreender sobre como e por que as pessoas envelhecem e como este envelhecimento afeta indivíduos e sociedade. A busca desta compreensão além de ter contribuído para o surgimento das teorias que tentam explicar o envelhecimento de pessoas, favoreceu a ampliação das disciplinas do conhecimento interessadas neste tema.

Os estudos e pesquisas, num primeiro momento, concentraram-se no campo das Ciências Biológicas, onde foram desenvolvidas diversas teorias biológicas<sup>5</sup> para explicar o processo de envelhecimento.

Tais teorias associaram esse processo à idéia de deteriorização, decréscimo, comprometimento da eficiência do organismo, perda e dano da capacidade humana e proximidade com a morte. Mas, apesar delas terem contribuído para o avanço do conhecimento biofisiológico do envelhecimento, suas idéias, ao serem apropriadas pela sociedade sem a devida reflexão crítica, também fomentaram a relação da velhice – face visível do envelhecimento - com os aspectos negativos da vida.

Segundo Netto (2002), alguns pesquisadores, inconformados com esta visão pessimista do envelhecimento e da velhice, estimularam a ampliação das discussões científicas sobre o tema. Isso levou o tema a ultrapassar as fronteiras das Ciências Biológicas, despertando o interesse das Ciências Sociais. Tal interesse teve como efeito o surgimento da Gerontologia, um campo de investigação multi e interdisciplinar (IDEM) dedicado aos estudos e pesquisas sobre o envelhecimento.

Com o adensamento do diálogo multi e interdisciplinar em torno da Gerontologia, a exclusividade da visão biológica (ou biomédica) do processo de envelhecimento não se sustentou. O envelhecimento passou então, a ser entendido, também, como um evento de natureza sociológica e psicológica. Daí a emergência das teorias psicológicas<sup>6</sup> e sociológicas do processo de envelhecimento.

---

<sup>5</sup> Sobre as diversas teorias biológicas do envelhecimento ver Jeckel – Neto e Cunha (2002); Cruz (2002).

<sup>6</sup> Sobre as teorias psicológicas ver o Néri (2002).

Segundo Néri (2004, p. 71), as teorias psicológicas buscam descrever, explicar e sistematizar as condições “que presidem a mudança e a continuidade do desenvolvimento na velhice, as que contribuem para evitar ou adiar alterações patológicas e as que permitem reabilitar processos e desempenhos prejudicados”. Para Baltes (apud Néri, 2004), os estudos sobre o envelhecimento no campo da psicologia desenvolveram-se a partir da pressuposição de que envelhecimento e desenvolvimento são processos correlatos; e mesmo que haja limitações de origem biológicas, se houver um ambiente cultural e social propício, os processos psicológicos podem continuar se desenvolvendo na velhice. Portanto, tal como os aspectos biológicos, os psicológicos e os sociológicos são de fundamental importância na definição e compreensão do envelhecimento. Isso porque há relação entre aspectos biológicos, psicológicos, ambiente e contexto no qual o indivíduo está inserido.

Essa relação fomenta o debate e dá conteúdo às teorias sociológicas do envelhecimento. Tais teorias reúnem discussões, fundamentos e paradigmas que auxiliam não só a compreensão do tema, mas também a análise da política social voltada para atender necessidades e demandas dos idosos.

As teorias sociológicas do envelhecimento começaram a ser desenvolvidas na década de 40 do século XX. Depois de revisadas por Hendricks e Achenbaun (apud Siqueira, 2002) foram classificadas por geração, por Bengston, Burges e Parrot (apud Siqueira, 2002). As de primeira de geração foram elaboradas entre o período de 1949 e 1969 como um modelo de aplicação universal e são explicitadas por Siqueira (2002) da seguinte forma:

- *Teoria do desengajamento ou afastamento* formulada por Cumming e Henry - baseia-se nas idéias do funcionalismo estrutural<sup>7</sup> e concebe o envelhecimento como um processo de desengajamento/afastamento (a velhice é naturalmente um momento de decréscimo das interações sociais e conseqüentemente de perda de papéis sociais) mútuo, inevitável, natural e necessário entre as pessoas idosas e a sociedade. A velhice é entendida como uma função estrutural do desengajamento que, por sua vez, é um processo social natural e necessário para a estabilidade da sociedade;

---

<sup>7</sup> O Funcionalismo Estrutural é uma abordagem teórico-metodológica que parte da idéia que a sociedade é um organismo formado por diversos subsistemas (estruturas) que formam uma rede de relações. Cada subsistema tem um papel (função) e a interação entre eles define a estabilidade social. Seu foco de análise são as conseqüências dos fenômenos empíricos e não o seu desenvolvimento histórico (OUTHWAITE e BOTTOMORE, 1996). As conseqüências do processo de envelhecimento humano e o papel da velhice na sociedade são exemplos de fatos que interessam à abordagem funcionalista estrutural.

- *Teoria da atividade* formulada por Havighurst - afirma que o declínio das atividades físicas e mentais associadas à idade propicia o surgimento de doenças psicológicas, o afastamento e a perda do papel social das pessoas idosas. Manter-se ativo é meta essencial na velhice para vencer os desafios do desengajamento social por qualquer motivo (decréscimo nas interações sociais, aposentadoria, viuvez, síndrome do ninho vazio<sup>8</sup>, etc.); mas, para tanto, a pessoa idosa deve substituir os papéis sociais perdidos com o processo de envelhecimento por novos papéis incrementados por atividades condizentes com a realidade e a as condições experimentadas pelo indivíduo envelhecido.
- *Teoria da modernização* formulada por Cowgill e Holmes - baseia-se no funcionalismo estrutural e avalia as mudanças sofridas pelas pessoas idosas nas sociedades pós-industriais, postulando que o *status* e as condições de vida dessa população estão diretamente associados ao grau de industrialização da sociedade. Dentre os fatores que mais interferem nestas condições são: 1) a tecnologia aplicada à produção por alterar o perfil das ocupações profissionais e diminuir as oportunidades de trabalho dos mais velhos, alterando seu papel social tanto na família quanto na sociedade; 2) o processo de urbanização que, ao transpor o mercado de trabalho do campo para a cidade, promove a migração dos jovens e, conseqüentemente, a segregação intergeracional e o enfraquecimento dos laços familiares; 3) educação intensiva nas coortes jovens acarretam segregação intelectual e perda de *status* das pessoas idosas; 4) tecnologias da saúde propiciando a alteração no perfil etário da população e, por conseguinte, a competição intergeracional por empregos. As pessoas idosas sem espaço no mercado de trabalho nas sociedades pós-industriais sofrem com o desemprego, redução de renda, prestígio e perda de *status*;
- *Teoria da subcultura* - baseada no funcionalismo estrutural e no interacionismo simbólico<sup>9</sup>, procura compreender os fatos a partir das

---

<sup>8</sup> Expressão utilizada para definir o movimento de saída dos filhos de casa.

<sup>9</sup> O Interacionismo Simbólico se ocupa da análise e interpretação das interações interindividuais e parte da premissa de que: a) as pessoas agem em relação às coisas a partir do significado que as coisas têm para elas; b) tal significado pode surgir da interação social das pessoas com os seus iguais; c) os significados são tratados e modificados a partir do processo interpretativo das pessoas empreendido para lidar com as coisas. (LOPES e JORGE, 2005).

relações recíprocas entre as pessoas num determinado contexto social. Para esta teoria as diversas mudanças na estrutura da sociedade, entre as quais as de cunho demográfico (aumento da população idosa), social, ecológico e outras favorecem o surgimento de uma subcultura da velhice. Tais mudanças favorecem a organização e mobilização do grupo social de pessoas idosas que passam a interagir entre si para defender seus direitos e espaço na sociedade.

Elaboradas entre o período de 1970 a 1985, as teorias classificadas como de segunda geração são descritas por Siqueira (IDEM) da seguinte forma:

- *Teoria da continuidade* - baseia-se na idéia de continuidade como ajustamento pessoal à realidade do envelhecimento. Seu enfoque incide na manutenção da estrutura psicológica interna e externa das pessoas em processo de envelhecimento. A integridade da estrutura interna diz respeito às idéias, temperamento, afeto, preferências, disposições e habilidades que referendam a capacidade de adaptação da pessoa em processo de envelhecimento à realidade em que o mesmo ocorre. Já a integridade externa está relacionada com o ambiente físico e social, o que envolve fatos como o acesso (não somente na velhice, mas também nas fases anteriores da vida) aos bens sociais capazes de favorecer a continuidade do bem viver;
- *Teoria do colapso de competência* formulada por Kuypes e Bengston (apud Siqueira, 2002) - analisa as conseqüências negativas das crises advindas das situações de perda que ocorrem na velhice e que afetam a competência ou capacidade social e psicológica dos idosos;
- *Teoria da troca* - Baseia-se no modelo econômico-racional de decisão comportamental que define a vida como um sistema de trocas sociais. Desse modo, as interações sociais estão sujeitas à relação custo-benefício, o que significa que as pessoas em interação com a realidade se defrontam com situações que podem ser ou não vantajosas para si. No contexto dessa dialética, elas podem optar por se afastarem daquilo que lhes causa prejuízo. Porém, tal equação aplicada ao envelhecimento, chama atenção para o fato de que as pessoas idosas, por possuírem menos recursos (quer sejam físicos, materiais, psicológicos e

intelectuais), incorrem na possibilidade de serem afastadas do ou terem sua liberdade de escolha prejudicada no sistema de trocas interacionais;

- *Teoria da estratificação por idade* - Desenvolvida inicialmente por Riley, Johnson e Foner (apud Siqueira, 2002), baseia-se no funcional estruturalismo e nas teorias psicológicas do desenvolvimento (que estudam as mudanças de comportamento relacionadas à idade). Seu enfoque principal é o estudo do movimento das coortes de idade, o descompasso entre as mudanças estruturais e individuais através do tempo, e o estudo da relação e dependência entre as coortes de idade e as estruturas sociais. A teoria da estratificação por idade entende que pessoas do mesmo grupo etário possuem “características biológicas e vivenciam mais ou menos os mesmos papéis sociais na mesma época de suas vidas. Pessoas nascidas na mesma época (coorte) compartilham também os eventos de um mesmo período histórico” (SIQUEIRA, 2002, p. 52);
- *Teoria político-econômica do envelhecimento* - defende que o modo como a sociedade trata a velhice e as alterações de *status* sofridas pelas pessoas idosas podem ser compreendidas por meio do exame das políticas públicas, das tendências econômicas e dos fatores sócio-estruturais. Siqueira (2002) relata que a interação entre forças econômicas e políticas pode influenciar o *status* da pessoa idosa e determinar a alocação de recursos para esse grupo social; as restrições econômicas e políticas podem atuar sobre a experiência do envelhecimento pela possibilidade de promover perda de poder, autonomia e influência das pessoas idosas; os fatores estruturais e econômicos associados às escolhas políticas que desmerecem o envelhecimento restringem as oportunidades, escolhas e experiências na fase da velhice, bem como determinam e qualificam o processo de construção social do envelhecimento.

Finalmente, as teorias classificadas como de terceira geração explicitadas por Siqueira (2002) são:

- *Teoria do construcionismo social* - ancorada nos pressupostos teóricos

do interacionismo simbólica, da fenomenologia<sup>10</sup> e etnometodologia<sup>11</sup>, busca compreender as questões do comportamento do indivíduo idoso na estrutura social, tendo como principais categorias de análise o significado social da velhice, a realidade e as relações sociais do envelhecimento, a atitude do indivíduo e da sociedade frente à velhice, os acontecimentos da vida e a temporalidade;

- *Perspectiva do curso de vida* - esta teoria, embasada especialmente na Sociologia e da Psicologia - mais especificamente nos pressupostos teóricos da teoria do desenvolvimento - entende o envelhecimento como um processo que comporta várias dimensões (multidimensional) e direções (multidirecional) que vai do nascimento à morte. Realiza sua análise a partir das mudanças biológicas, psicológicas e sociais e das experiências históricas vivenciadas durante todo o ciclo de vida, tendo como parâmetro as coortes de envelhecimento. Tais mudanças implicam ganhos ou perdas; desse modo, o desenvolvimento bem sucedido depende do equilíbrio constante entre os dois eventos. O equilíbrio está relacionado ao modo como as pessoas se adaptam às mudanças - daí a importância de se contextualizar a trajetória das coortes, enfocando a natureza e dinâmica das realidades experimentadas por elas para que se possa compreender melhor o processo de envelhecimento;
- *Teorias feministas do envelhecimento* - baseiam-se em duas categorias - o gênero e a diversidade - partindo da idéia de que: 1) é pelo gênero que se pode conhecer melhor o envelhecimento; 2) o gênero é a categoria organizadora da vida social durante o curso de vida e 3) as relações de gênero e as experiências femininas deveriam ser incluídas como questão fundamental a ser analisada nas principais correntes e modelos teóricos do envelhecimento. Tal visão está relacionada com o papel, situação social e cultural da mulher na sociedade, e ainda à maior longevidade feminina que qualifica o envelhecimento como um fenômeno de gênero.

---

<sup>10</sup> A Fenomenologia é o estudo dos fenômenos tal como se manifestam na realidade. Segundo Berger e Luckmann (1985, p. 11) essa abordagem parte do princípio de que “a realidade é socialmente construída e que a sociologia do conhecimento deve analisar o processo em que este fato ocorre (...) a realidade [é] uma qualidade pertencente aos fenômenos que reconhecemos terem um ser interdependente de nossa própria volição (não podemos “desejar que não existam”), e conhecimento [é] a certeza de que os fenômenos são reais e possuem características específicas”.

<sup>11</sup> A Etnometodologia, segundo Lopes e Jorge (2005, p. 104) se ocupa do estudo e análise das “atividades cotidianas dos membros de uma comunidade ou organização, procurando descobrir a forma como esses grupos as tornam visíveis, racionais e reportáveis”.

Nesse contexto, a teoria feminista inscreve o envelhecimento e o processo de construção social da velhice nas teorias que dizem respeito às relações de gênero.

- *Teoria crítica* - baseada na teoria crítica da Escola de Frankfurt, da abordagem político-econômica de Marx e do pós-estruturalismo de Foucault. Esta teoria orienta suas investigações sobre o envelhecimento a partir das dimensões estrutural e humanística, destacando as seguintes categorias: poder, ação e significado social. Tais categorias trazem ao quadro de debates sobre envelhecimento a emergência das questões econômicas e sociais relacionadas aos novos direitos humanos, à luta por políticas e recursos públicos, ao surgimento de novos grupos sociais organizados (neste caso o das pessoas idosas), aos conflitos intergeracionais em função da nova configuração etária aproximando demandas e interesses de diferentes coortes. A grande contribuição desta Teoria para os estudos e pesquisas sobre o envelhecimento é o fato de ela colocar em debate a tendência de se considerar o envelhecimento como problema e não como um fenômeno da condição humana e social a ser tratado como um direito e conquista social da humanidade.

Certamente essas teorias isoladamente não dão conta de explicar toda a complexidade que envolve o tema do envelhecimento. Contudo, as discussões apresentadas por cada uma delas auxiliam e instigam não só a pesquisa e a compreensão interdisciplinar, mas, sobretudo, novas e diferentes percepções e interpretações do envelhecimento, seja como processo que se manifesta em cada indivíduo de acordo com sua experiência de vida, seja como fenômeno coletivo determinado a partir de uma dada conjuntura.

Na esteira dessas percepções e interpretações é possível afirmar que o envelhecimento é um fenômeno dialético, já que se conforma a partir das contradições e conflitos localizados nas lutas por viver mais e melhor, pela valorização do papel social do idoso, na concorrência intergeracional e na própria peleja interna do organismo humano para manter-se ativo e saudável. Ademais, entende-se que o envelhecimento não só corresponde como é resultado de um processo de mudanças e transformações que podem ocorrer tanto no campo individual quanto no coletivo. Diz-se que corresponde porque envelhecer significa incorporar mudanças e transformações biológicas, psicológicas e

sociais. Diz-se resulta porque sua configuração está associada à realidade das condições de vida experimentada pelo sujeito ou pelo grupo que envelhece.

Portanto, isso significa que o envelhecimento não se manifesta da mesma forma e, tão pouco, no mesmo momento para todas as pessoas. Daí a distinção entre envelhecimento humano e populacional. O primeiro consiste no envelhecimento experimentado por cada pessoa conforme seu histórico de vida. O segundo é referenciado sob o ângulo de fenômeno coletivo que se caracteriza pelo expressivo aumento de pessoas idosas na população. Tal aumento, segundo a Demografia, é decorrente do decréscimo da taxas de mortalidade<sup>12</sup> e, conseqüente acréscimo dos anos de vida; e ainda da diminuição da taxa de natalidade<sup>13</sup>/fecundidade<sup>14</sup> em diferentes fases da vida. A alteração destes elementos demográficos não é aleatória e sua ocorrência é resultado de mudanças nas ações individuais e das transformações estruturais e históricas.

Essa alteração está associada às reações das pessoas frente à realidade das condições sociais, econômicas e culturais experimentadas por uma sociedade e que materializam realidades diferentes ou mesmo desiguais. Em outras palavras, depende de como os diferentes atores e/ou segmentos populacionais se comportam frente às transformações estruturais e históricas – como, por exemplo, no caso da mulher em relação à maternidade, e da atuação do Estado na oferta das políticas públicas – as quais pautam atitudes coletivas que propulsionam as mudanças no ritmo e intensidade das taxas de natalidade/fecundidade e da mortalidade.

Assim, o envelhecimento da população de cada sociedade se desenvolve de maneira diferente, justificando, inclusive, porque a comunidade internacional define a idade cronológica da velhice conforme as condições do desenvolvimento social de cada sociedade. Por essa definição, a pessoa é considerada idosa, nos países periféricos, ao atingir a idade de sessenta anos, já nos países centrais essa idade é de sessenta e cinco anos.

O envelhecimento humano e populacional tem peculiaridades complexas e diversificadas e, como tal, também complexificam tanto o caráter das relações e demandas sociais, como as respostas políticas destinadas à velhice. Isso, além de instigar a sociedade

---

<sup>12</sup> A taxa de mortalidade, por sua vez, indica a freqüência com que ocorrem os óbitos em uma determinada população. Matematicamente é representada pelo quociente entre os óbitos em um determinado ano e o total da população no meio do ano multiplicado por mil (CEPAL, 2006).

<sup>13</sup> A taxa de natalidade corresponde ao número de crianças que nascem vivas anualmente por cada mil habitantes (IBGE, 2007).

<sup>14</sup> A taxa de fecundidade Indica o número médio de filhos que uma determinada coorte de mulheres pode ter (IBGE, 2007).

e o Estado a reverem suas percepções e forma de lidar com o envelhecimento, o torna um tema relevante na agenda da política social. Assim, para melhor compreender essas peculiaridades, é necessário abordar como se dá o processo de envelhecimento humano e como se desenvolve o envelhecimento populacional.

## 1.2 O processo de envelhecimento humano

Dadas as considerações epistemológicas apresentadas, considera-se que o envelhecimento humano é fato incontestável da condição e vida humana. Trata-se de um processo natural que se desenvolve de modo progressivo ao longo da vida de todas as pessoas. Sua manifestação é reconhecida nas alterações que ocorrem nos planos biológico, psicológico e social, as quais são decorrentes de fatores relacionadas à herança genética e ao *modus vivendi* de cada indivíduo. Além disso, sua conformação é resultado da objetividade das mudanças e transformações de ordem econômica, social, cultural e ambiental e de aspectos subjetivos, os quais são determinados pela forma como cada um internaliza seu próprio processo de envelhecimento e a vivência da velhice.

A velhice, por sua vez, é a face empírica do envelhecimento humano, porque torna visíveis os sinais do envelhecimento humano. Estes, por sua vez, não só constituem o patrimônio biográfico do envelhecimento individual como também se consolidam num aporte de informações que, ao serem tratadas cientificamente, podem esclarecer quanto à necessidade de mudanças no comportamento da sociedade e de reformulação do contrato social frente à realidade da velhice como fase da vida e do envelhecimento como fenômeno coletivo. Os sinais, diz Ferrari, (2004, p. 10), revelam uma “história, permite e provoca interpretações, faz pensar”. A velhice é, nesses termos, uma categoria de caráter histórico que tem definição na dinâmica das transformações biológicas, psicológicas, sociais e materiais sofridas por cada pessoa no decorrer da vida. É como afirma Beauvoir (1990, p. 17), a “velhice não é um fato estático; é o resultado e o prolongamento de um processo”.

Assim, conclui-se que o envelhecimento humano e a velhice são fatos heterogêneos (que não se dão da mesma forma em cada pessoa), influenciados por

aspectos que vão desde a biografia social, genética e política do sujeito, até a forma como cada um, em particular, e a sociedade como um todo vêm, concebem e se relacionam com essa fase da vida e com as pessoas idosas.

Para Assis (2004, p. 11), o envelhecimento humano é

fato reconhecidamente heterogêneo, influenciado por aspectos socioculturais, políticos e econômicos, em interação dinâmica e permanente com a dimensão biológica e subjetiva dos indivíduos (...) [que pode] significar realidades amplamente diferenciadas, da plenitude à decadência, da gratificação ao abandono, sobretudo em presença de extremas disparidades sociais e regionais como as que caracterizam o Brasil contemporâneo.

Por sua vez, Faleiros e Rebouças (2006, p. 115) dizem que o envelhecimento deve ser considerado não como um dado estático, mas

como um conjunto de relações em que têm peso tanto o aspecto demográfico (envelhecimento populacional), como o biográfico, o biológico, o cultural, o social, o político, o econômico, o simbólico, sempre de forma articulada. A gestão social do cotidiano e das políticas precisa, pois, considerar essa dinâmica complexa da trajetória sócio-histórica da pessoa idosa.

Tais considerações acerca do envelhecimento e da velhice mostram que a chegada à maturidade e à vivência da velhice são fatos subjetivos e podem resultar em diferentes experiências de envelhecimento que acabam por exigir da sociedade um aporte de atendimentos capazes de contemplar a diversidade do processo de envelhecimento humano.

Considerando que esta pesquisa tem por objetivo analisar agenda da política social para as pessoas idosas, refletir sobre como o envelhecimento humano interpela a política social é uma necessidade. Mas para, realizar esta reflexão é preciso saber como ele se desenvolve e manifesta no sujeito e na sociedade.

Como indicado anteriormente, o envelhecimento humano foi tratado e estudado inicialmente no âmbito das disciplinas das Ciências da Saúde. Só muito recentemente, sob a influência do fenômeno do envelhecimento populacional e seus desafios para a sociedade, o tema passou a ser objeto de interesse de outras áreas das Ciências, sobretudo das Sociais e Humanas.

Assim, sob o olhar de diferentes disciplinas, pesquisadores e intelectuais passaram a questionar a visão biomédica do envelhecimento, que o definia como um processo de declínio das funções biológicas e psicológicas. De acordo com Neri (1993), a

ampliação da base de conhecimentos sobre o processo de envelhecimento humano fomentou as investigações científicas e contribuiu para melhor compreender o envelhecimento e os limites do desenvolvimento humano.

Dentre as contribuições, destacou-se a introdução do aspecto social como uma variável importante na compreensão e definição do envelhecimento humano e, que permitiu qualificá-lo como um processo biopsicossocial. Deste modo, o envelhecimento passou a ser tratado como um fenômeno que se define a partir da história biológico, psicológico e social de cada indivíduo. Sabendo-se que a história é um evento que se desenvolve num determinado tempo, contexto e conjuntura, pode-se inferir que o envelhecimento está associado à dinâmica da realidade da vida que, por sua vez, se desdobra a partir dos conflitos e contradições experimentados por cada pessoa.

Esses conflitos e contradições podem ser identificados em diferentes facetas da vida, como por exemplo: na dinâmica biológica do corpo humano que busca, incessantemente, manter sua estabilidade e equilíbrio<sup>15</sup>; nos dilemas vivenciados por cada pessoa para viver um estilo de vida saudável ou sucumbir às facilidades da vida moderna<sup>16</sup> que, apesar de agradáveis, não são saudáveis; na luta social pelo acesso a políticas públicas que promovam uma vida saudável; na contradição entre os mitos e preconceitos que associam a velhice com perdas, incapacidades e improdutividade social e a própria realidade experimentada pela população idosa que, a seu tempo, condições e oportunidades estão conseguindo contribuir e participar do desenvolvimento de sua sociedade.

Ilustrando o sentido desses conflitos e contradições, Camarano (2004, p. 9) afirma que

as transferências de apoio intergeracional no Brasil estão assumindo, cada vez mais, um caráter bidirecional. As conseqüências perniciosas dos períodos cíclicos de crise econômica enfrentados pela população brasileira - concentração de renda, aumento do desemprego, expansão da pobreza, drogas, instabilidade das relações afetivas, violência - têm levado um número crescente de filhos adultos a se tornar, de alguma maneira,

---

<sup>15</sup> Equilíbrio e estabilidade referem-se, aqui, a homeostasia que é processo responsável por manter a estabilidade do corpo. Significa que “quando uma mudança ou estresse ocorre fazendo com que uma função do corpo se desvie da sua estabilidade (...) processos de ajustes se iniciam para restaurar e manter o equilíbrio dinâmico” (SMELTZER e BARE, 1998, p. 84). A baixa capacidade desses ajustes facilita o aparecimento das doenças.

<sup>16</sup> Há vários exemplos de estilo da vida moderna que agradam facilmente o corpo e a mente, mas que, contudo, não favorecem a saúde das pessoas. A título de ilustração destaca-se, por exemplo, os *fast-foods* e as tecnologias que facilitam o ócio em vez da movimentação do corpo (aparelhos com controle remoto, jogos eletrônicos, etc.) e favorecem a obesidade. Estes hábitos e estilos de vida não saudáveis embora proporcionem satisfação momentânea se tornam desagradáveis com o passar do tempo, já que seus efeitos na saúde e qualidade de vida podem promover desconfortos mais duradouros e até mesmo permanentes.

dependente dos recursos de seus pais idosos. Nesses casos, a casa própria do idoso ou mesmo seus rendimentos de trabalho, pensão ou aposentadoria estão se transformando em fonte importante de suporte familiar. Isso ocorre a despeito da permanência de uma situação de dependência do idoso em relação à família.

Aceita a perspectiva de que os idosos prestam uma contribuição importante para a sociedade, as políticas devem buscar reforçar a capacidade de as pessoas idosas aumentarem a sua oportunidade de contribuir para com a sociedade [Troisi (1995)]. O envelhecimento da população passa a ser visto, dessa forma, ao mesmo tempo como parte atuante e como resultado do processo de desenvolvimento e transformação das sociedades [Lloyd-Sherlock (2002)].

Boas (1944), por sua vez, diz que quanto

mais idosa uma pessoa, tanto maior o número de agressões externas a que esteve sujeita, e, portanto, maior a possibilidade de que seu organismo mostre as cicatrizes de tais encontros. (...) Costumamos aceitar, sem demonstração, as condutas de que as características mentais e emocionais dos velhos são causadas por alterações biológicas intrínsecas, **quando deveríamos reconhecer antes que são produzidas como resultado de condições externas, impostas pela sociedade em que vivem** [grifo nosso] (IDEM, p. 22-32).

Assim, fica claro que o conceito de envelhecimento humano tem interface com a história individual e social de cada pessoa. Estilo de vida, trabalho/aposentadoria, cultura/lazer oportunidades de acesso a políticas sociais entre outros fatores agem como elementos de determinação do processo de envelhecimento e definem a capacidade de adaptação de cada indivíduo às mudanças naturais próprias do ciclo de vida. Como, alerta Teixeira (2004), as escolhas individuais durante a vida são responsáveis pelo modo como se envelhece; contudo, tais escolhas dependem fundamentalmente das condições de vida e das oportunidades sociais, econômicas e culturais disponíveis. Deste modo, a sociedade e o Estado devem disponibilizar meios e alternativas para que o cidadão idoso faça suas escolhas de acordo com as demandas e necessidades da complexidade do processo de envelhecimento e das condições de vida de quem envelhece.

Complexidade aqui significa que o envelhecimento humano não é um fenômeno de simples compreensão, interpretação e definição, pois sua qualificação como fenômeno biopsicossocial indica que é influenciado por fatores cujas determinações possuem igual carga de complexidade. Ou seja, não se definem por convenções e regras exatas, mas por condicionantes históricos moldados na dinamicidade do contexto social, econômico, político e cultural de cada sociedade num dado momento.

Discorrendo sobre o aspecto biopsicossocial da velhice e a complexidade do envelhecimento humano Beauvoir (1990, p. 15-16) explica que

Ela [a velhice] é um fenômeno biológico (...), acarreta conseqüências biológicas (...). [e], tem uma dimensão existencial (...) [que] modifica a relação do indivíduo com o tempo (...), com o mundo e com a própria história (...). O que torna [esta] questão complexa é a estreita interdependência desses diferentes pontos (...). Sabe-se, hoje em dia, que é abstrato considerar em separado os dados fisiológicos e os fatos psicológicos: eles se impõem mutuamente. Veremos que, na velhice, essa relação é particularmente evidente: ela é, por excelência, o domínio do psicossomático. Entretanto, o que chamamos de vida psíquica de um indivíduo só se pode compreender à luz de sua situação existencial; esta última tem, também, repercussões em seu organismo (...). [Além disso,] se a velhice, enquanto destino biológico, é uma realidade que transcende a história, não é menos verdade que este destino é vivido de maneira variável segundo o contexto social (...). Enfim, é no movimento indefinido desta circularidade que é preciso apreendê-la.

A compreensão de que o envelhecimento humano é um fenômeno histórico e complexo determinado a partir das alterações biológicas, psicológicas e sociais experimentadas por cada pessoa, associada à idéia de que a política social, é, em tese, um mecanismo de intervenção pública para promover o bem estar e a cidadania, se faz necessário revisar o conhecimento sobre a natureza destas alterações.

As *alterações biológicas* relacionadas ao processo de envelhecimento caracterizam-se pela passagem de um estado de plena para reduzida capacidade física e fisiológica. Com o passar dos anos, o corpo humano sofre um processo natural de desgaste<sup>17</sup> nas diferentes funções orgânicas associadas tanto a fatores genéticos como aos de ordem extrínsecos, ou seja, aqueles associados ao estilo e condições de vida de cada pessoa que, por sua vez, determina como o indivíduo trata seu organismo (ou seja, se propicia ou não uma velhice saudável).

O desgaste vai então, tornando-se visível em vários aspectos como na aparência física, a partir da diminuição da estatura, branqueamento dos cabelos, perda de elasticidade da pele, entre outras alterações (BOAS, 1944), além das funções cognitivas e orgânicas que, segundo Smeltzer e Bare (1998), aparecem a partir da:

- diminuição da capacidade de aprender e adquirir novas capacidades, especialmente por volta dos setenta anos, idade que mais se verifica o esquecimento natural (esquecimento senescente benigno);
- ocorrência de alterações orgânicas, celulares e teciduais que alteram a

---

<sup>17</sup> Neste estudo o uso da palavra “desgaste” está associado às mudanças sofridas a partir da diminuição da capacidade de funcionamento dos sistemas que compõem o organismo humano em função do tempo e das relações com o meio externo.

composição do corpo e fazem com que o sistema orgânico<sup>18</sup> não atue com toda a sua eficiência em função dos *déficits* celulares e teciduais, deixando o organismo humano mais vulnerável uma série de doenças.

Todas essas ocorrências do processo de envelhecimento não se dão ao mesmo tempo. Seu surgimento e incidência podem variar de pessoa para pessoa, bem como ocorrer em diferentes momentos nos tecidos e órgãos do corpo humano, o que leva a inferir que o envelhecimento é um processo heterogêneo.

A heterogeneidade do envelhecimento biológico não só foi percebida pelas Ciências Sociais, como passou a ser tratado como um desafio a ser enfrentado na elaboração da política social destinada aos idosos. Isso porque esta política, para ser efetiva, precisa dar conta das diferentes e complexas demandas e necessidades deste grupo social. No cômputo destes desafios está, por exemplo, a determinação da idade cronológica na definição de quem é idoso, pois como já se sabe, há pessoas cuja história de vida pode antecipar ou adiar alterações biológicas que o tornam incapacitantes. Isso questiona a fixação de uma determinada idade para o acesso a bens e serviços sociais destinados a atender direitos da velhice, já que, dependendo das condições do processo de envelhecimento de uma pessoa, o critério etário pode não ser o mais adequado para definir direitos derivados de uma política pública.

Os fatos biológicos são apenas sinais do natural processo de envelhecimento. Um organismo velho não é um organismo doente. A literatura sobre o tema da velhice é enfática na sua afirmação de que a velhice não é e, tão pouco, deve estar associada à doença. Amâncio e Cavalcanti (1975, p. 6) afirmam que o “fato de terem os velhos uma reserva orgânica reduzida e em declínio, não os rotula de doentes”; e lembram que nem todas as alterações orgânicas devem ser creditadas aos sinais da velhice, pois qualquer organismo jovem ou velho está sujeito a alterações de causas patológicas. Boas (1944), por sua vez, relata que a diferença entre um organismo jovem e velho se resume ao fato de que o segundo, por ter vivido mais tempo, tem maior acúmulo de perdas na sua capacidade e reservas biológicas que, por sua vez, podem ser controlados com ações preventivas, já que são normais e esperados. Nesse sentido, a Declaração de Brasília sobre Envelhecimento elaborada em 1996 (apud, Dias)<sup>19</sup> afirma que o envelhecimento

---

<sup>18</sup> Sistema cardiovascular, imunológico, endócrino, músculo-esquelético, nervoso, respiratório, gastrointestinal sistema reprodutor feminino e masculino e genitourinário.

<sup>19</sup> Disponível em: <http://www.ufsm.br/antartica/Palestra%206.htm>.>. Acesso em: 20/10/2008.

é um processo normal, dinâmico e não uma doença (...). [As] condições crônicas e incapacitantes que freqüentemente acompanham o envelhecimento podem ser prevenidas ou retardadas, não só por intervenções médicas, mas também por intervenções sociais, econômicas e ambientais.

Portanto, a diferenciação entre velhice e doença, assim como a heterogeneidade do envelhecimento biológico são aspectos importantes para intervenção de política pública, particularmente para a política social que, para ser efetiva deve ter conhecimento das vicissitudes do processo de envelhecimento e das reais condições, necessidades, e demandas da velhice.

O conhecimento dessas vicissitudes deve alcançar, também, as *alterações psicológicas*. Isso porque tais alterações influenciam e ao mesmo tempo sofrem a influência dos aspectos biológicos e sociais na conformação do processo de envelhecimento e da velhice. De acordo com Guimarães (2007, p. 40), a viagem do corpo no tempo não se restringe aos aspectos orgânicos, pois o ser humano, além de social, é portador de uma rica e complexa estrutura psicológica. Para este autor,

o componente psicológico tem enormes possibilidades para transformar o envelhecimento em pior ou melhor. A rendição psicológica ao tempo, dando destaque ao lado negativo da vida e olhando o futuro como caminho do fim, acaba por tornar a vida sem sentido, cor ou significado. (...) Aqueles que têm uma visão positiva da vida, coragem para se ver no espelho sem sofrer, capacidade de sonhar e realizar conseguem diminuir o impacto do envelhecimento (idem).

Isso mostra que o aspecto psicológico no processo de envelhecimento humano tem dimensão subjetiva. Py e Scharfstein (apud Py, 2004) sustentam que é na dimensão subjetiva que o sujeito se revela, fala de si, confere sentido à sua existência e apresenta sua história, cuja trajetória perpassa os caminhos do envelhecer.

A subjetividade, nesses termos, traz as marcas das relações do sujeito com seu corpo e das questões existenciais relacionadas às perdas físicas e emocionais promovidas pelas mudanças próprias de cada fase da vida como, por exemplo, as mudanças no estilo e padrão de vida por ocasião da aposentadoria, perdas de entes queridos, ou até mesmo a própria percepção de uma nova identidade social, qual seja: a de ser uma pessoa idosa, condição que está sujeita à variabilidade da tolerância ou intolerância da sociedade com o processo de envelhecimento. Perdas também promovidas pela experiência histórica de viver as relações da economia de mercado, cuja marca social é a exaltação da capacidade produtiva, acumulação e consumo (PY, 2004) e, por outro lado, a pouca valorização da experiência e sabedoria advindas do acúmulo de anos vividos por cada pessoa.

Tudo isso concorre para a promoção de alterações psicológicas na pessoa idosa. De acordo com Py (idem), no decorrer do seu processo de envelhecimento o ser humano atravessa um exaustivo processo de mudanças que afetam as possibilidades de autonomia, desestimula investimentos pessoais e propicia a assimilação de imagens negativas sobre a velhice, as quais acabam por afetar a qualidade de vida da pessoa idosa.

Dispor de um bom estado psicológico é condição essencial da qualidade de vida em qualquer idade e, na velhice, é mais que essencial, é indispensável. Diz Neri (1993, p. 11) que uma velhice satisfatória depende do “bem-estar subjetivo”, pois é justamente nesse período da vida “que a pessoa está mais exposta a riscos e crises de natureza biológica, psicológica e social”. Com isso, infere-se que, no contexto do envelhecimento psicológico, a subjetividade e qualidade de vida são categorias relacionais na medida em que a realização da segunda depende de como o sujeito idoso constitui a sua interioridade. Essa definição da interioridade está relacionada com as oportunidades de escolha ofertadas pelo sistema social a cada pessoa em processo de envelhecimento e que, na prática, define o grau de satisfação de cada uma na vivência de sua velhice.

Desse modo, satisfação e bem-estar psicológico são fatores essenciais na determinação das alterações positivas do processo de envelhecimento humano. O alcance destas alterações depende, de um lado, das respostas biológicas individuais ao processo de envelhecimento; da forma como cada um lida com os problemas de saúde; vive as relações familiares e interage com sociedade; e, de outro, de variáveis de cunho social e econômico. Entre estas, destacam-se as relacionadas às oportunidades de acesso às políticas, que garantam segurança social e econômica, bem como a construção de um aporte de informações que permitam à sociedade perceber toda a realidade do processo de envelhecimento, com a finalidade tanto de esclarecer o que é mito e verdade, como de fomentar o conhecimento dos formuladores de política pública na sua tarefa de propor ações para atender as demandas e necessidades reais da velhice. Sobre isso, Neri apud Py (2004, p. 113) argumenta que as diferentes alterações relacionadas ao processo de envelhecimento são questões que

não podem ser vistas como de responsabilidade individual. Antes, demandam políticas sociais que devem impactar sistemas de saúde, educação, o planejamento dos ambientes de trabalho e dos espaços urbanos, o sistema de seguridade social e também o próprio modelo de formação dos profissionais que cuidam de tais assuntos.

Assim, o conhecimento do aspecto psicológico no trato do processo de envelhecimento deve ser um compromisso da política pública. O conteúdo das alterações

psicológicas experimentadas pelo sujeito que está envelhecendo além de revelar a subjetividade da velhice humana, pode expressar o peso e a leveza da condição de ser velho nas sociedades.

Portanto, os atores sociais e, mais particularmente os gestores da política pública, devem estar sensibilizados e suficientemente preparados para apreender as necessidades, quer materiais, quer emocionais da velhice, de modo a promover ações efetivas no atendimento dos direitos da pessoa idosa e do processo de envelhecimento humano. Trata-se, também, de um compromisso político, social e econômico, pois a desatenção com esse aspecto facilita o aparecimento de patologias, especialmente nas funções cognitivas<sup>20</sup>, que sobrecarregam o sistema de saúde e a família no cuidado e atenção das pessoas idosas.

Também é no contexto do compromisso da sociedade com a população idosa que se questiona: qual o significado do *aspecto social* no processo de envelhecimento? Como se pode notar, a afirmação que o envelhecimento humano é um fenômeno biopsicossocial já se tornou lugar comum na literatura sobre o tema. O biológico é bem marcado pelos sinais do corpo humano, o psicológico, embora com mais dificuldade, é perceptível na subjetividade. E o social, como percebê-lo? Essa é uma das tarefas mais difíceis para todos aqueles que estudam, pesquisam e lidam de alguma forma com a questão do envelhecimento, dada a sua difícil apreensão. Assim qualquer tentativa que se destine a buscar essa apreensão, precisa recorrer à noção de interdisciplinaridade como caminho mais viável para a consecução do de tal intento.

A interdisciplinaridade implica, por meio do olhar das diferentes disciplinas e áreas científicas, uma percepção mais completa do objeto estudado. De fato a revisão de literatura que aqui está sendo feita visitou o pensamento contido em diferentes disciplinas do conhecimento como a da Saúde, da Psicologia, da Sociologia, da Economia, da Demografia entre outras.

Assim, com o auxílio destas múltiplas visões foi possível inferir que o envelhecimento humano é marcado por alterações biológicas e psicológicas, mas é, sobretudo, os determinantes sociais que condicionam as percepções e concepções sobre a

---

<sup>20</sup> Stella (2004, p. 284) define *função cognitiva* como um “sistema de atividades mentais integradas e interdependentes que se caracterizam basicamente por memória, pensamento lógico, capacidade de aprendizagem, atenção concentrada, linguagem, capacidade de reconhecimento do ambiente (gnosias) capacidade de programação lógica da atividade psicomotora fina (praxias) e funções executivas (planejamento de ações seqüenciais logicamente estruturadas, capacidade de auto-correção das mesmas quando da necessidade de atenção seletiva e memória operacional, a qual se manifesta pela recordação de atitudes e procedimentos).”

velhice (BERTTINELLI; ERDMANN; ROSA, 2004); e mais: são responsáveis pela qualidade de vida tanto das pessoas jovens – e, portanto, das que ainda não apresentam os efeitos naturais da velhice – como daquelas que já envelheceram. Nesse sentido, entende-se que o *aspecto social* se inscreve no contexto da “produção social da velhice”, a qual está relacionada com o tipo de desenvolvimento social, econômico, político e cultural de cada sociedade.

No contexto dessa “produção social da velhice” e no que tange à análise da política social destinada à pessoa idosa é interessante observar:

- a natureza dos valores ideológicos que permeiam o processo de decisão política e que podem determinar a qualidade do desenvolvimento social e econômico. Nesse sentido, destacam-se: as posturas ideológicas que favoreçam a participação, a universalização das políticas sociais, os direitos humanos e a sustentabilidade permanente de uma vida digna para toda a população, o que favorecerá um processo de envelhecimento cujo resultado será uma velhice bem sucedida;
- a qualidade das políticas públicas, que está relacionada à capacidade efetiva dessas políticas de atender as necessidades da pessoa idosa como direitos;
- o modo como os atores sociais percebem e se relacionam com a velhice. Refere-se às impressões, às imagens que a sociedade tem dessa fase da vida. Estes aspectos são responsáveis pela definição do tipo de relações e interações sociais das pessoas idosas no âmbito da família, da vizinhança, das gerações e, ainda, da relação da própria pessoa com sua velhice. Ianni (apud Mercadante, 2005) explica que o eu de cada um é sempre uma imagem construída a partir da vivência refletida e defletida do outro; assim a velhice é uma categoria da condição humana e, como tal, é constituída na “trama das relações sociais de dependência recíproca, reciprocidade, cumplicidade, cooperação, divisão social do trabalho, alienação, fetichismo, antagonismo” (IANNI apud MERCADANTE, 2005, p. 29).

A velhice dá identidade às pessoas idosas qualificando uma categoria social que está permanentemente em luta para estabelecer e conservar seu lugar, papel e importância na sociedade. Neste contexto, as observações acima registradas não só referendam tal luta como concorrem para acelerar ou retardar e definir parte das alterações biológicas e/ou

psicológicas próprias do processo de envelhecimento e, por conseguinte, influenciam a qualidade de vida da pessoa idosa.

Considerando que esta pesquisa tem o propósito de analisar a agenda da política social para um segmento populacional, necessário se faz comentar o conceito de qualidade de vida, por ser uma categoria insistentemente referida no debate científico e político sobre o envelhecimento humano.

Qualidade de vida é um termo considerado na literatura especializada como de difícil definição. Isto está relacionado com o fato de o termo apresentar diferentes conotações, uma vez que seu significado depende do período histórico, da cultura e da estratificação social em que for empregado (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Para Minayo (apud Paschoal, 2002, p. 80-81), qualidade de vida é

construção social, relativizada por valores culturais e por aspectos subjetivos. Os conhecimentos, valores e experiências de indivíduos e coletividade, de variadas épocas, espaços e histórias diferentes, juntam-se para compor o significado do construto. Para cada fase de seu desenvolvimento, em cada etapa histórica, uma sociedade constrói um parâmetro de qualidade de vida. Cada nação, guiada pelas tradições, hierarquiza valores e necessidades. Assim, **determinantes históricos e culturais determinam a relatividade da noção de qualidade de vida** (Grifo nosso).

Sobre a relação da noção com a estratificação social, Minayo; Hartz; Buss (idem, p. 9), explicam, ainda, que “os padrões e as concepções de bem-estar são também estratificados: a idéia de qualidade de vida está relacionada ao bem-estar das camadas superiores e à passagem de um limiar a outro”.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), por sua vez, entende a qualidade de vida como um conceito muito amplo que incorpora, de forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de dependência, as relações sociais, as crenças e relações com o ambiente. Sua medida se dá a partir da percepção que cada pessoa tem de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e sistema de valores e em relação a seus objetivos, expectativas e preocupações.

Em síntese, subentende-se que a qualidade de vida é uma categoria de medição do bem-estar individual e social. Na questão da análise das políticas públicas destinadas a concretizar os direitos da velhice e do processo de envelhecimento humano, cuja população alvo experimenta realidades históricas, biológicas e psicossociais complexas e heterogêneas, a qualidade de vida implica considerar o atendimento das necessidades materiais e imateriais da pessoa idosa.

As necessidades materiais representam as condições objetivas da vida humana e equivalem ao acesso às políticas sociais de saúde, educação, cultura, habitação, ambiente acessível, renda, trabalho, entre outras, que, por sua vez, favorecem a vivência de uma boa qualidade de vida imaterial. Isso quer dizer que se uma pessoa tem acesso a boas condições de saúde e educação, por exemplo, poderá desfrutar de uma vida mais saudável. Esse desfrute é um aspecto importante para o humor, a felicidade e a satisfação da pessoa, especialmente na velhice.

Contudo, é preciso esclarecer que não há, aqui, qualquer defesa das condições materiais como decisivas na definição da qualidade de vida das pessoas idosas. O objetivo aqui é destacar a importância da qualidade de vida na definição do processo de envelhecimento, na velhice e no planejamento das políticas sociais. E, nesse sentido, MINAYO; HARTZ; BUSS (2000) dizem que a noção de qualidade abriga vários aspectos materiais que devem ser considerados. Para estes autores, o

patamar material mínimo e universal para se falar em qualidade de vida diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde, lazer; elementos materiais que têm como referência noções relativas ao conforto, bem-estar e realização individual e coletiva (p. 10).

Tal patamar traduz-se no conjunto das políticas públicas que devem compor o sistema de proteção social de uma sociedade. Sistema esse, que por sua vez, destina-se a garantir os direitos sociais destinados a atender as necessidades materiais (ou objetivas) indispensáveis ao envelhecimento individual e social bem sucedido<sup>21</sup>.

Cabe observar ainda que, embora alguns achados bibliográficos sobre as teorias do envelhecimento adotem, nas suas explicações, a perspectiva estrutural funcionalista, as discussões sobre como o envelhecimento humano se desenvolve rejeitam interpretações lineares deste processo. Isso porque este tipo de interpretação é incompatível com a complexidade do próprio processo de envelhecimento humano e das relações que o permeiam. É o caso, por exemplo, da heterogeneidade das respostas orgânicas e psíquicas que se processam conforme o estilo de vida, acesso às políticas sociais, relações familiares, entorno ambiental propício, entre os aspectos importantes e que abarcam as condições objetivas e subjetivas da vida humana. Condições que, por sua vez, são fatores interferentes nas mudanças biológicas, psicológicas e sociais associadas ao processo de envelhecimento humano.

---

<sup>21</sup> O envelhecimento bem sucedido é um termo utilizado no campo da Gerontologia para definir um processo de envelhecimento com baixa probabilidade de doenças e incapacidades, alta capacidade funcional física e cognitiva e engajamento ativo.

As discussões aqui apresentadas devem fazer parte do debate sobre as políticas públicas e, particularmente sobre a política social voltada para a população idosa. Compreender o processo de envelhecimento é um requisito indispensável para perceber a realidade das demandas sociais deste processo, de modo que os formuladores da política pública possam ter condições de propor e planejar ações efetivas para responder, a contento, o atendimento dos direitos da velhice, especialmente no contexto do processo de transição demográfica em curso, caracterizado pelo incremento do número de pessoas idosas na sociedade brasileira e que será discutido a seguir.

### **1.3 O envelhecimento populacional**

Como já salientado, o envelhecimento populacional corresponde ao aumento do número de pessoas idosas (sessenta anos nos países centrais e sessenta e cinco anos nos países periféricos) em relação aos demais grupos etários da população. Tal aumento é resultado das alterações nas taxas de natalidade/fecundidade e mortalidade, influenciadas por fatores de ordem social, econômica, política e cultural.

A partir desse entendimento, considera-se que o envelhecimento populacional é um fenômeno coletivo de caráter histórico e estrutural, que chama atenção pelo significativo aumento do número de idosos na população e pelo impacto que este incremento pode causar às diferentes esferas das relações humanas. Esse aspecto quantitativo torna o envelhecimento populacional um desafio a ser politicamente enfrentado no século corrente e concorre para colocar a velhice como tema emergente na agenda das políticas públicas. Kalache, Ramos e Veras (1987, p. 206) dizem que o maior problema do envelhecimento populacional é saber “como absorver e lidar com as necessidades dos idosos (...) [pois] quanto maior o número de pessoas que envelhecem, maior a necessidade de recursos para a atenção a suas necessidades”. Pereira (2005a), por sua vez, afirma que tais necessidades não dizem respeito somente à dimensão biológica do envelhecimento, mas estão conectadas, também, aos aspectos psicológico, econômico, social e de cidadania das pessoas idosas.

Portanto, no Brasil, essa nova realidade demográfica, além de demandar respostas adequadas de políticas públicas, põe em discussão a necessidade da sociedade e do Estado revisarem as relações do contrato social vigente. Isso porque a trajetória de vida de grande parte população tem sido marcada por condições socioeconômicas desfavoráveis que afetam as condições de vida de cada pessoa, e particularmente, dos idosos. Assim, frente ao contexto da produção social do envelhecimento populacional e da velhice, é necessário atuar com mais rigor e efetividade no enfrentamento dos problemas sociais que afetam a sociedade brasileira e os idosos, em particular.

Desse modo, tal revisão envolve diversas reflexões. Nesta pesquisa, destacam-se as seguintes: como a sociedade brasileira percebe o envelhecimento de sua população? Como conquista ou problema social (Camarano, 2004)? Como sinônimo de produtividade ou improdutividade social e econômica? Como desafio e/ou oportunidade? Que impactos produzem na sociedade brasileira? Como esse fenômeno é tratado na arena da política pública?

Essas são apenas algumas das perguntas mais comuns nos debates e discussões sobre o fenômeno do envelhecimento populacional. No entanto, o que se coloca em destaque é o fato de elas evidenciarem que o envelhecimento está saindo do lugar comum para tornar-se efetivamente uma questão de natureza política e, como tal, vem ocupando espaço nas agendas de governo e suscitando respostas políticas adequadas.

De acordo com Kalache, Veras e Ramos (1987, p. 209), tais políticas dependem, “em grande parte, do grau de sensibilização ao problema por parte da sociedade como um todo e de seus profissionais e políticos em particular”. Entretanto, sensibilidade talvez não seja o vocábulo mais adequado neste caso. Na realidade, depende da pressão exercida pelo problema nas relações de produção e reprodução social. E, nesse sentido, a difusão e o desenvolvimento de conhecimentos sobre o envelhecimento populacional tem sido um elemento importante para pressionar a emergência desse tema na agenda da política pública e chamar atenção de diferentes atores sociais para esse fenômeno.

De acordo com afirma Pereira (2005 a)<sup>22</sup>, o que torna um fenômeno visível é “a análise dos seus determinantes, conseqüências, oportunidades e riscos, bem como a revisão de conceitos, critérios e objetivos capazes de subsidiar planejamentos e definições de políticas mais condizentes com sua realidade”. Assim sendo, os tópicos seguintes

---

<sup>22</sup> Citado da comunicação apresentada em mesa redonda, no Seminário sobre Educação Superior e Envelhecimento Populacional no Brasil, realizado pelo Ministério da Educação em Brasília, no período de 11 a 12 de maio de 2005.

buscarão refletir sobre os eventos históricos, estruturais e demográficos que delinearão o processo de envelhecimento populacional, a fim de contribuir para torná-lo visível, desvendá-lo como fenômeno histórico e buscar informações que possam contribuir para a análise da política social, destinada a atender as demandas e necessidades do envelhecimento humano e populacional.

### **1.3.1 Envelhecimento populacional no Brasil: determinantes históricos e estruturais**

De acordo com a literatura especializada<sup>23</sup>, o aumento da população idosa é um fenômeno irreversível, pois resulta das alterações, já desencadeadas, no ritmo de crescimento das variáveis que definem o processo de transição demográfica. Estas variáveis são as taxas de fecundidade/natalidade e mortalidade, que por caírem significativamente vem provocando mudanças na configuração da pirâmide etária<sup>24</sup> das populações.

Estes aspectos explicam o envelhecimento populacional sob a perspectiva demográfica, no entanto, é preciso ter claro que estas variáveis abrigam na sua definição comportamentos, vontades e relações da ação humana. Por isso, esse ritmo de queda deve ser entendido no contexto da realidade.

Conforme Albuquerque e Villela (1993), a ação humana é resultado de escolhas e decisões definidas a partir de objetivos a serem alcançados e revelam necessidades, interesses e aspirações quer pessoais, quer sociais. Estas escolhas e decisões dependem das oportunidades que a estrutura social oferece às pessoas. Daí entender-se que, por trás do fenômeno do envelhecimento populacional, há toda uma dinâmica comportamental relacionada histórica e estruturalmente com o contexto social, econômico e cultural. Este entendimento provoca indagações, tais como: que fatores históricos e estruturais vêm influenciando o comportamento das pessoas a ponto de promover uma sustentada queda na

---

<sup>23</sup> Sobre isso ver Carvalho, 2004; Beltrão, Camarano e Kanso, 2004; Wong e Moreira, 2000, CEPAL, 2003.

<sup>24</sup> Pirâmide etária é a representação gráfica de uma população conforme a idade e sexo. Na base da pirâmide estão os grupos etários de menor idade e no topo os de idade mais avançada.

taxa de fecundidade/natalidade e mortalidade? Em que realidade social está se desenvolvendo o fenômeno do envelhecimento populacional? Tal realidade é compatível com as transformações sociais decorrentes do aumento do número de pessoas idosas?

Tais questões chamam atenção para a necessidade de compreender a dinâmica do contexto histórico e estrutural e, portanto, das relações que contribuíram para o envelhecimento populacional. Ademais, os autores destacam a importância do emprego da análise qualitativa nos estudos e pesquisas que se destinem à abordagem da política social voltada para o enfrentamento dos desafios e/ou o aproveitamento das oportunidades que podem surgir do aumento do número de pessoas idosas nas populações.

O vertiginoso aumento da população idosa nos países menos desenvolvidos deu-se a partir da década de 1950 (CARVALHO, 2004; BELTRÃO, CAMARANO e KANSO, 2004; WONG e MOREIRA, 2000; KALACHE, VERAS, RAMOS, 1987) e está associado às ao grau do desenvolvimento econômico e social destas sociedades.

De acordo com a CEPAL (2004), esse grau de desenvolvimento social e econômico favoreceu a elevação das condições de vida, o incremento do nível educativo da população, a urbanização, a incorporação da mão-de-obra feminina ao mercado de trabalho, entre outros aspectos que contribuíram para alterar o comportamento das variáveis do envelhecimento populacional.

Para Tolosa (1993, p. 193), o desenvolvimento “transcende a dimensão puramente econômica e incorpora considerações quanto a **atitudes** e ao ambiente sócio-cultural (...), [bem como] a preocupação com a **equidade de acesso** dos diferentes segmentos da população aos bens e serviços para a sociedade” [grifo nosso]. Albuquerque (1993), por seu turno, vai um pouco mais além e relaciona a noção de desenvolvimento à questão da **liberdade de escolha** afirmando que a mesma é um processo no curso do qual se amplia o campo de possibilidades concretas do exercício da liberdade. Pare ele, o desenvolvimento é

um processo pelo qual os homens, tornando-se mais capazes para exercer suas escolhas em uma dada situação social, podem utilizar essas capacidades pra produzir novas situações sociais em que se amplia, mais e mais, o campo das possibilidades concretas do exercício de sua liberdade e em que se elevam, gradativamente, os níveis de vida. (...) **O desenvolvimento é um processo que opera transformações, num dado espaço de tempo, das situações sociais vigentes (ou seja, historicamente vividas).** (IDEM, p. 13-14) [grifo nosso].

Assim, dadas essas considerações e noções sobre o desenvolvimento, pode-se

inferir que o envelhecimento populacional é um produto da transformação social operada pelo tipo de desenvolvimento experimentado por cada sociedade. Por conseguinte, explica as alterações nas taxas de fecundidade/natalidade e mortalidade que, por sua vez, são expressões da realidade objetiva do modelo de desenvolvimento trilhado pelo Brasil.

Esse entendimento também é corroborado por Veras et al. (2002) que acreditam que o envelhecimento das populações está relacionado às transformações sociais e econômicas experimentadas por cada sociedade. Chaimowicz (1997); Camarano e Pasinato (2004); Kalache et al. (apud Veras 2002) observam que, nos países centrais, o declínio das taxas de fecundidade e mortalidade, iniciadas final do século XIX é resultado da ampliação da cobertura dos sistemas de proteção social que favoreceu as melhorias nas condições gerais de vida da população (saúde e alimentação, educação, habitação, etc.). Veras et al. (2002, p. 6-7), por sua vez, chamam atenção para o fato de que o envelhecimento no Brasil é

um fenômeno predominantemente urbano, conseqüência do movimento migratório resultante do processo de industrialização que, a partir da década de 1960, propiciou um maior acesso da população aos serviços de saúde e saneamento, contribuindo, assim, para a queda da mortalidade e redução da taxa de fecundidade ao possibilitar acesso aos programas de planejamento familiar e métodos de contracepção.

Por outro lado, estes mesmos autores alertam que, no caso da América Latina e Caribe e do Brasil, as quedas nas taxas de fecundidade e mortalidade não resultaram de políticas públicas substantivas capazes de alterar a desfavorável estrutura social e econômica vigente<sup>25</sup> e, embora se observe alguns avanços nas melhorias das condições de vida da população, o declínio está mais relacionado ao acesso às inovações científico-tecnológicas importadas dos países centrais e às ações de intervenção médico-sanitário que favoreceram as mudanças no padrão morbimortalidade da população<sup>26</sup>. Tal conjuntura não só questiona o processo de desenvolvimento social e econômico, como torna visível a existência de um descompasso entre o fenômeno do envelhecimento populacional e as políticas de proteção social. Este descompasso, não se deu por acaso e tem origem nas contradições do processo de expansão industrial e urbano.

---

<sup>25</sup> Para Camarano e Pasinato (2004, p. 253), no caso brasileiro, tal estrutura social e econômica refere-se a uma conjuntura recessiva e de crise fiscal que “dificultam a expansão do sistema de proteção social para todos os grupos etários, em particular para os idosos. Nessa mesma direção, Veras, et al. (2002, p. 6) explica que no mundo menos desenvolvido a infra-estrutura necessária para responder às demandas das pessoas idosas “em termos de instalação, programas específicos e mesmo recursos humanos adequados, quantitativa e qualitativamente, ainda é precário.”

<sup>26</sup> Kalache, Veras e Ramos (1987) lembram, por exemplo, que a introdução no sistema de saúde dos exames radiográficos, da vacina BCG e vários drogas que contribuíram para a diminuição da incidência da tuberculose foi realizada no final dos anos 1940 e início da década de 1950 do século XX.

O auge do ciclo de industrialização no Brasil ocorreu durante os decênios de 1930 a 1980. Segundo Pochmann (2004), nesse período a economia brasileira apresentou taxas inéditas de expansão da produção industrial, que se multiplicou em torno de 18,2 vezes. Merrick e Graham (1981), por sua vez, afirmam que as taxas do crescimento econômico do período variavam entre 8 e 12%. No entanto, todo este crescimento não se reverteu, no mesmo ritmo e intensidade, em ganhos sociais, deixando claro que os índices perversos de concentração de renda e pobreza tiveram pouca redução.

Não há, aqui, qualquer pretensão de apontar as razões de tais contradições; contudo, é preciso fazer algumas reflexões, entre as quais a de que a noção de desenvolvimento que marcou o pensamento político do Estado brasileiro no período de expansão urbano-industrial não se fundamentou na idéia de equidade. Isso é verificado no fato de que o crescimento econômico se converteu muito mais em instrumento de acumulação de capital do que em distribuição de renda.

Assim, ao mesmo tempo em que Estado se empenhava em colocar em prática as estratégias para alavancar a industrialização do País - dentre as quais se destacam: o processo de substituição de importações (ênfase produção local); maciços investimentos em infra-estrutura; e a internacionalização de economia que colocou as empresas multinacionais no centro dinâmico da economia - os problemas sociais avançavam, especialmente a partir do movimento migratório dos trabalhadores rurais para as zonas urbanas, que redundou na formação de um excedente da mão de obra pouca ou nada qualificada.

Merrick e Graham (1981) relatam que tais problemas resultaram de uma combinação de fatos, entre os quais: a rápida produção industrial sem compatível absorção da força de trabalho urbana proveniente dos processos migratórios; a ênfase na instalação de indústrias “modernas” (especialmente bens de consumo duráveis), cujos produtos eram consumidos pelas classes superiores, o negligenciamento de setores tradicionais (como roupas e processamento de alimentos), que atendiam a um segmento mais amplo da população; e, a pouca atenção dada aos desequilíbrios regionais. Segundo os autores, o período apresentou

importantes fluxos de migração inter-regional transferiram a população das áreas rurais atrasadas do Nordeste para o Sudeste industrial, e outros fluxos levaram migrantes rurais para as áreas agrícolas de desbravamento, próximas da região amazônica. O rápido crescimento urbano e a baixa absorção de mão-de-obra pelo setor industrial deixaram uma grande parte da força de trabalho urbana fora do surto de prosperidade industrial. Serviços de construção foram os setores que proporcionaram maiores

aumentos no emprego urbano. Os baixos salários pagos à maioria dos empregados nesses setores tornam possível contratar trabalhadores que, de outro modo, teriam contribuído para aumentar o desemprego (...). Isso também contribuiu para o agravamento da distribuição de renda que acompanhou o crescimento geral (p. 41-42).

Esse quadro resume as condições sócio-econômicas que potencializaram o empobrecimento da classe trabalhadora e de suas famílias que por sua vez, contribuiu decisivamente para promover mudanças no cenário social e econômico nacional.

Dentre as mudanças, ressalta-se a emergência do papel social da mulher na sociedade brasileira e sua ingerência na determinação da transição demográfica e, conseqüentemente, no processo de envelhecimento da população brasileira. Isso porque tal emergência passou a influenciar a decisão feminina sobre a maternidade, em função do deslocamento da atividade produtiva da mulher para fora do lar, dificultando a conciliação entre trabalho fora de casa e a maternidade<sup>27</sup>. Segundo Rosen e Simmons (apud Merrick e Graham, 1981), em seus estudos sobre industrialização, formação de famílias e fecundidade, o processo industrial a partir do momento em que transferiu a atividade produtiva das mulheres do lar para o mercado de trabalho, impactou a fecundidade.

Se a inserção do trabalho feminino no mercado de trabalho proporcionou mudanças no comportamento da taxa de fecundidade, os desdobramentos da sua intensificação foram tão ou até mais eficiente na manutenção da tendência de queda desta taxa. Isto deveu-se à concentração da população feminina nas cidades, facilitando o acesso deste grupo social ao sistema educacional, o que, conseqüentemente, elevou seu nível de escolaridade. Providas de qualificação, conhecimentos e influenciadas pelo bem estar que a cultura e a renda do trabalho proporcionam, as mulheres seguiram conquistando mais espaço no mercado produtivo e, com isso, a decisão de ter ou não ter filhos ou quando tê-los deixou de configurar imperativo e passou a ser uma opção, uma escolha individual da própria mulher, quiçá do casal.

Mas, o cenário acima descrito não se compôs por acaso. Sua formação é resultado do contínuo processo de expansão e modernização do capitalismo mundial. E, nesse contexto, o crescimento populacional emerge como preocupação das elites centrais sob o argumento de que o aumento descontrolado da população poderia tornar inviável o equilíbrio entre produtividade e ganhos sociais. A esse respeito, Carvalho (2004, p. 6) assinala que

---

<sup>27</sup> Sobre esse assunto ver Bruschini (1998).

nos anos sessenta, diante da constatação do significativo aumento do ritmo de crescimento demográfico nos países subdesenvolvidos, houve generalizada preocupação com tal situação, principalmente de parte da opinião pública e governos do Primeiro Mundo e dos organismos internacionais. Afirmava-se que ao contrário do ocorrido nos países desenvolvidos, não haveria porquê esperar nos países pobres um declínio natural da fecundidade que viesse diminuir as taxas de crescimento populacional. **Nesses países, não se completaria a transição demográfica! Haveria a chamada explosão populacional, que impediria o desenvolvimento e causaria, mais cedo ou mais tarde, sérios problemas sociais e econômicos internos e colocaria em risco a própria ordem internacional. Propugnava-se, então, políticas oficiais de controle da natalidade, como única forma de se evitar o rápido crescimento da população e, conseqüentemente, possibilitar aos países desenvolvidos romper o círculo vicioso da pobreza.** Estas eram postulações básicas do neo-malthusianismo, que tiveram ampla acolhida em vários segmentos nos países do Terceiro Mundo, inclusive o Brasil. [grifo nosso]

Portanto, ancorados na tese de que os países mais pobres estariam condenados a um processo de explosão demográfica - o que implicaria óbices ao progresso social e econômico para todas as sociedades - os países centrais e organismos internacionais passaram a defender as políticas de planejamento familiar que, por sua vez, foram introduzidas no Brasil na década de 1980, contribuindo para a consolidação das mudanças no comportamento da fecundidade no cenário brasileiro.

A identificação da tese dos países centrais com a visão malthusiana<sup>28</sup> é clara, e mais evidente ainda é o seu uso para problematizar o conjunto de questões sociais que emergiam das relações de produção advindas da expansão do capitalismo industrial. Assim, o entendimento de que o crescimento populacional, provocado pelos altos índices de fecundidade propulsiona a pobreza, generalizou-se e acabou por consagrar o ingresso do controle da fecundidade nas agendas das políticas públicas, não somente do Brasil como de grande parte das sociedades periféricas. Isso trouxe, como efeito, a redução da taxa de fecundidade que, por sua vez, é decisiva no ritmo e intensidade do fenômeno do envelhecimento populacional destas sociedades.

Esse fenômeno, como já foi explicitado, é resultado também das alterações no ritmo das taxas de mortalidade, evento que, assim como a fecundidade, situa-se historicamente no contexto das transformações sociais e econômicas do período de expansão do capitalismo industrial, dentre as quais se destaca a emergência do sistema de proteção social no Brasil.

---

<sup>28</sup> A teoria malthusiana parte do princípio de que se a população, principalmente dos grupos mais pobres, cresce em progressão geométrica enquanto os meios de subsistência crescem em progressão aritmética, a ordem econômica e social fica comprometida. Com isso, a solução é promover o controle de natalidade.

Cardoso Jr. e Jaccoud (2005, p. 197) afirmam que os

conflitos sociais associados ao processo de industrialização das sociedades modernas impulsionaram o Estado a intervir e a instituir certas garantias na medida em que se ampliou o reconhecimento da incapacidade da esfera econômica para suprir, via mercado, um conjunto de necessidades consideradas socialmente relevantes.

A redução dos níveis de mortalidade no Brasil se dá nesse contexto e coincide com implantação de um conjunto de ações pelo Estado, especialmente nas áreas de infraestrutura e saúde, que possibilitaram melhorias nas condições da população. Esta, por sua vez, sofria os efeitos dos baixos salários da classe trabalhadora, da precarização das condições humanas no campo e nas cidades e das desigualdades regionais.

Dentre o conjunto de medidas implantadas destacam-se as ações destinadas à redução da mortalidade infantil, quais sejam: as ações de à vigilância epidemiológica destinada a garantir a imunização da população, as ações articuladas de combate às doenças contagiosas; a criação de Programa Nacional de Alimentação e Nutrição - (PRONAN), que visava, sobretudo, a suplementação alimentar de gestantes, nutrízes e crianças de zero a seis anos de idade e escolares, a reorganização do sistema de abastecimento de alimentos básicos nas periferias urbanas e o combate às carências nutricionais; e o Programa de Saúde Materno-infantil que tinha por objetivo contribuir para a redução da morbidade e mortalidade do grupo materno infantil, incluindo assistência à gestante e ao parto, planejamento familiar, assistência à criança e ao adolescente, suplementação alimentar e elevação da cobertura vacinal (SIMÕES, 2002).

Os avanços das ações de proteção social, especialmente nas áreas da saúde, saneamento básico, abastecimento de água potável e educação, seguiram se efetivando por vários governos, com vistas a satisfazer as necessidades básicas da população<sup>29</sup>. Evidentemente, isso foi decisivo para a melhoria nas condições de saúde de toda a população, permitindo um aumento gradativo dos anos de vida, cuja conseqüência é sentida no envelhecimento populacional. Este é, sem dúvida, um ganho social. Mas, o que chama atenção neste quadro contexto é a secundarização desse ganho.

A queda da fecundidade, a baixa nos índices de mortalidade e o próprio envelhecimento da população referendam melhorias na qualidade de vida da população. Isso, em tese, consagraria um saldo social positivo se as políticas sociais tivessem se estabelecido como prioridade na agenda do desenvolvimento brasileira, mas isso não

---

<sup>29</sup> Sobre isso ver Simões (2002)

aconteceu. A forma como se deu o declínio de tais taxas, resultando muito mais de programas que buscavam subsidiar o crescimento econômico e menos de ações efetivas de políticas públicas e a não constituição de sistema de proteção social consolidado o bastante para reverter o quadro de iniquidades sociais no Brasil, constituem evidências de que o saldo social não poderia ser tão positivo. Referindo-se ao envelhecimento populacional, Camarano et al. (1999, p. 20) afirma que o

aumento da longevidade deve ser reconhecido como uma conquista social (...). No entanto, este novo cenário é visto com preocupação por acarretar mudanças no perfil das demandas por políticas públicas, colocando desafios para o Estado, a sociedade e a família. Nessa perspectiva, o pensamento comum é de que os gastos sociais com o envelhecimento representam, sobretudo, consumo para o Estado. Já os gastos sociais com jovens são percebidos como investimento e consumo. Essa é uma visão economicista que não considera o caráter intergeracional dos gastos sociais e em que a preocupação das políticas sociais permanece no plano individual e não no bem-estar coletivo.

Portanto, nesse sentido, o envelhecimento populacional é um fenômeno que questiona as políticas públicas, mas, sobretudo, a produção e reprodução social vigente, pondo, na pauta do debate público, a predominância do aspecto econômico sobre o social e o humano e a importância da justiça social e dos direitos de cidadania.

Em síntese, este capítulo apresentou uma reflexão sobre o envelhecimento da humanidade em sua dupla face, qual seja: o envelhecimento humano e populacional. O primeiro, considerado processo natural da vida, diz respeito às mudanças biológicas, psicológicas e sociais sofridas por cada indivíduo. O envelhecimento populacional, por sua vez, é um fenômeno coletivo, determinado a partir das mudanças e transformações de caráter histórico e estrutural experimentadas por uma sociedade. Tanto um como o outro estão associados e sofre influência do conjunto de relações que fazem parte do padrão societário vigente.

Assim, ambos os fenômenos não estão dissociados um do outro, muito pelo contrário; cada um, a seu modo, natureza e singularidade conformam a dialética da existência humana. Nessa dialética, o aspecto quantitativo que referenda o envelhecimento populacional vem obrigando a humanidade a refletir sobre a questão da velhice, tornando premente a construção de agendas de políticas compatíveis com a estrutura etária da população, e, sobretudo com a realidade das condições socioeconômicas das pessoas idosas.

Desse modo, considerando que os aspectos socioeconômicos e demográficos referentes à população idosa constituem um aporte de informações importante para a

formulação, planejamento e avaliação das políticas públicas. E que, a presente pesquisa é um momento cognitivo de reflexão sobre a política social destinada às pessoas idosas, entende-se ser importante apresentar os aspectos sócio-demográficos da população brasileira. É o que será feito no próximo capítulo.

## CAPÍTULO 2

### ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL: ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

O envelhecimento populacional é um fenômeno de proporções mundiais. De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), em 2000, havia seiscentos milhões de pessoas idosas (acima de sessenta anos no mundo). Em 2006 esse número já havia ultrapassado a casa dos setecentos milhões e, em 2050, as projeções demográficas indicam um número em torno de dois bilhões de pessoas nesta faixa etária. Isto significa que a população idosa terá, no período de 50 anos, triplicado de tamanho.

Esse ritmo de crescimento da população idosa não se dá de igual forma em todo o mundo e mostra-se mais acentuado nas regiões periféricas.

De acordo com a literatura especializada, enquanto nos países centrais o aumento sustentado do número de pessoas idosas levou mais de cem anos para consumar-se, nos periféricos vem ocorrendo em pouco mais de duas ou três décadas. Isso significa que, nos países centrais houve mais tempo para a adaptação da sociedade às transformações da nova estrutura etária da população, o que não ocorreu com os países periféricos. A esse respeito a CEPAL (2007a, p. 21) observa que

El proceso de envejecimiento latinoamericano e caribeño tiene una especificidad que desborda el ámbito estrictamente demográfico. (...) la transición demográfica europea estuvo asociada a un cambio socioeconómico estructural que redundó en un aumento a largo plazo del nivel de vida y de la actividad económica, en consecuencia, ambos procesos interactuaron de manera positiva, es decir, se reforzaron. Las estructuras e instituciones de estos países contaron con bastante tiempo para adecuarse a los escenarios demográficos emergentes, produciendo los recursos para enfrentar los nuevos desafíos que surgen en estos escenarios (...). La situación de los países de la región, en cambio, ha sido muy diferente respecto de la rapidez de la transición demográfica y del proceso de envejecimiento. En este contexto, también hay que tener en cuenta la falta de tiempo que aquello implica para realizar los ajustes socioeconómicos e institucionales coherentes con el escenario demográfico emergente. Esta asimetría se manifiesta al comparar el rápido proceso de transformación demográfica y el más lento y volátil desarrollo económico y social.

Como se não bastasse a questão do tempo, as características socioeconômicas desses países, abrigando altas taxas de pobreza e desigualdade social, contribuiriam para

acirrar as preocupações com o fenômeno do envelhecimento populacional (ONU, 2007; OMS, 2005; CEPAL, 2007a), especialmente no que se refere à vivência da velhice com qualidade de vida.

Além destes aspectos, chama atenção também a heterogeneidade do envelhecimento populacional dentro e entre os países desse bloco. De acordo com a CEPAL (2007a), apesar de as sociedades periféricas estarem se encaminhando rapidamente para as etapas mais avançadas da transição demográfica, observam-se fortes diferenças no ritmo do descenso da fecundidade e mortalidade, devido à desigualdade da situação socioeconômica e cultural dentro e entre estes países.

Schkolnik (2003) salienta que os aspectos mais concretos desta heterogeneidade dentro e entre países da Região da América Latina e Caribe estão vinculados ao grau de avanço das medidas de proteção social. Estas medidas dizem respeito à atenção à saúde, expansão da educação, à estratificação social e segregação étnica, à dicotomia sócio-econômica urbano/rural, entre outros, e que agem sobre o comportamento da fecundidade e mortalidade na Região.

Considerando, como já salientado, que os indicadores demográficos refletem estas questões no seu comportamento, o presente capítulo será assim desenvolvido: num primeiro momento situará e qualificará o processo de transição demográfica brasileiro comparativamente à Região da América Latina e Caribe, visando compreender não só a dinâmica do envelhecimento populacional, como expor, por meio da magnitude do comportamento de suas variáveis, a face do envelhecimento na sua qualidade de fenômeno coletivo. Em seguida, apresentará os aspectos socioeconômicos e demográficos da população idosa no Brasil, com o fito tanto de refletir sobre as relações de contexto em que se dá o envelhecimento da população, como de reunir informações que possam auxiliar a análise da política social voltada para a o segmento populacional de idosos.

## 2.1 Considerações sobre a transição demográfica no Brasil comparativamente à América Latina e Caribe

A transição demográfica se define 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 do crescimento de uma dada população. Tais alterações se desenvolvem de acordo com as características históricas de cada sociedade, daí a heterogeneidade e os diferentes ritmos do padrão de crescimento populacional verificados dentro e entre as regiões e países.

Vários autores, entre os quais Schkolnik (2003), Brito (2007) e CEPAL (2007a) afirmam que a transição demográfica se desenvolve em etapas. Isso facilita a percepção da heterogeneidade e diferenciação de sua ocorrência nas populações. As etapas são:

- *primeira (pré-transicional ou incipiente)* - apresenta altas taxas de fecundidade e de mortalidade, caracterizando uma dinâmica de baixo crescimento populacional;
- *segunda (moderada)* – nesta fase a taxa de mortalidade começa a cair, enquanto a taxa de fecundidade mantém-se elevada, provocando crescimento populacional;
- *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;
- *Etapa pós-transicional (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.

Essa processualidade da transição demográfica traduz o processo de crescimento populacional. Contudo, ela tem efeito sobre a composição etária das populações, uma vez que as mudanças no ritmo de crescimento e decréscimo das taxas

de fecundidade e mortalidade modificam a razão entre as faixas etárias. Neste sentido, o que se tem observado é uma diminuição progressiva de pessoas na faixa das menores idades e um avanço da expectativa de vida, resultando no aumento de pessoas com idade mais avançada, que qualifica o envelhecimento populacional.

O envelhecimento das populações apresenta diferentes estágios de evolução. De acordo com a CEPAL (2007a), estes estágios são classificados conforme o grau de decréscimo da taxa de fecundidade e de aumento do índice de envelhecimento e, por conseguinte, pelo percentual de pessoas idosas na população. Estes estágios são definidos da seguinte forma: 1) *envelhecimento incipiente* – países que apresentam as mais altas taxas de fecundidade, os menores índices de envelhecimento e percentuais de idosos na população; 2) *envelhecimento moderado*; 3) *envelhecimento moderadamente avançado*; e 4) *envelhecimento avançado* – países que apresentam taxas de fecundidade muito abaixo do nível de reposição populacional<sup>30</sup>, os mais altos índices de envelhecimento e os maiores percentuais de população idosa.

Os países da América Latina e Caribe apresentam estágios de envelhecimento muito heterogêneos. Conforme dados da Cepal (2007b), em 2000, Bolívia e Paraguai, entre outros países, apresentavam envelhecimento incipiente. Neste bloco a menor taxa de fecundidade identificada foi de 4,8 filhos por mulher e a maior de 3,3; o índice de envelhecimento<sup>31</sup> variava entre 16,9 e 12,6 e o percentual de população idosa estava entre 5,3 e 6,4%. O Brasil se localizava, ao lado de países como Colômbia, México, Peru, Venezuela, entre outros, no bloco de países de envelhecimento moderado, que apresentava taxas de fecundidade entre 3 e 2,3 filhos por mulher, índice de envelhecimento entre 30,1 e 20,2 e percentual de população idosa entre 6,7 e 10%. Chile e Argentina figuravam entre os países de envelhecimento moderadamente avançado, cujas taxas de fecundidade estavam entre 2,5 e 1,7, índice de envelhecimento entre 32,8 e 51,1 e percentuais de população idosa entre 8,8% e 13,4%. Entre o bloco dos países com envelhecimento avançado estão Cuba e Uruguai. As taxas de fecundidade apresentada pelos países deste bloco estavam entre 2,3 e 1,5 filhos por mulher, índice de envelhecimento entre 75 e 65,7, o percentual de população idosa variava entre 13,1 a 17,1% (tabela 1).

---

<sup>30</sup> De acordo com Junior (2007, p. 103), o nível de reposição populacional é “o nível de fecundidade no qual uma coorte de mulheres tem o número de filhos suficientes para repor a si mesmas na população. Normalmente esse nível é em torno de 2,1 filhos por mulher.”

<sup>31</sup> O índice de envelhecimento, segundo a CEPAL (2006) corresponde à razão entre o número de pessoas idosas (60 anos ou 65 anos) e o da população de jovens (com menos de 15 anos).

TABELA 1 – CLASSIFICAÇÃO DOS PAÍSES DA AMÉRICA LATINA E CARIBE SEGUNDO O ESTÁGIO DE ENVELHECIMENTO, EM 2000.

ETAPAS	PAÍSES	INDICE DE ENVELHECIMENTO	TXA DE FECUNIDADE	% DA POPULAÇÃO COM 60 E MAIS
Envelhecimento incipiente	Belize	14,3	3,6	5,8
	Bolívia	16,1	4,1	6,4
	Guatemala	13,1	4,8	5,9
	Guiana Francesa	15,3	3,8	5,5
	Haiti	15,2	4,3	6,3
	Honduras	13,1	4,0	5,3
	Nicarágua	12,6	3,3	5,3
	Paraguai	16,9	3,7	6,3
Envelhecimento moderado	Bahamas	27,0	2,3	8,2
	Brasil	27,1	2,4	8,0
	Colômbia	21,1	2,6	6,7
	Costa Rica	23,8	2,4	7,6
	Equador	21,3	3,0	7,3
	El Salvador	20,2	3,0	7,2
	Guiana	22,7	2,5	6,9
	Jamaica	30,1	2,7	10,0
	México	22,2	2,5	7,3
	Panamá	24,9	2,7	7,9
	Peru	20,9	2,9	7,1
	Rep. Dominicana	21,1	3,0	7,7
	Santa Lúcia	31,9	2,3	9,6
	Suriname	25,7	2,7	8,7
	Venezuela	19,8	2,8	6,7
	Envelhecimento moderadamente avançado	Ant. Holandesas	51,1	2,1
Argentina		48,0	2,5	13,4
Chile		36,6	2,1	10,2
Guadalupe		50,0	2,1	12,8
Trinidad e Tobago		32,8	1,7	8,8
Envelhecimento avançado	Barbados	75,0	1,5	13,1
	Cuba	71,6	1,6	14,7
	Martinica	66,7	1,9	15,8
	Porto Rico	65,7	1,9	15,6
	Uruguai	69,9	2,3	17,1

FONTE: Elaborado a partir dos dados disponíveis em CEPAL (2007b).

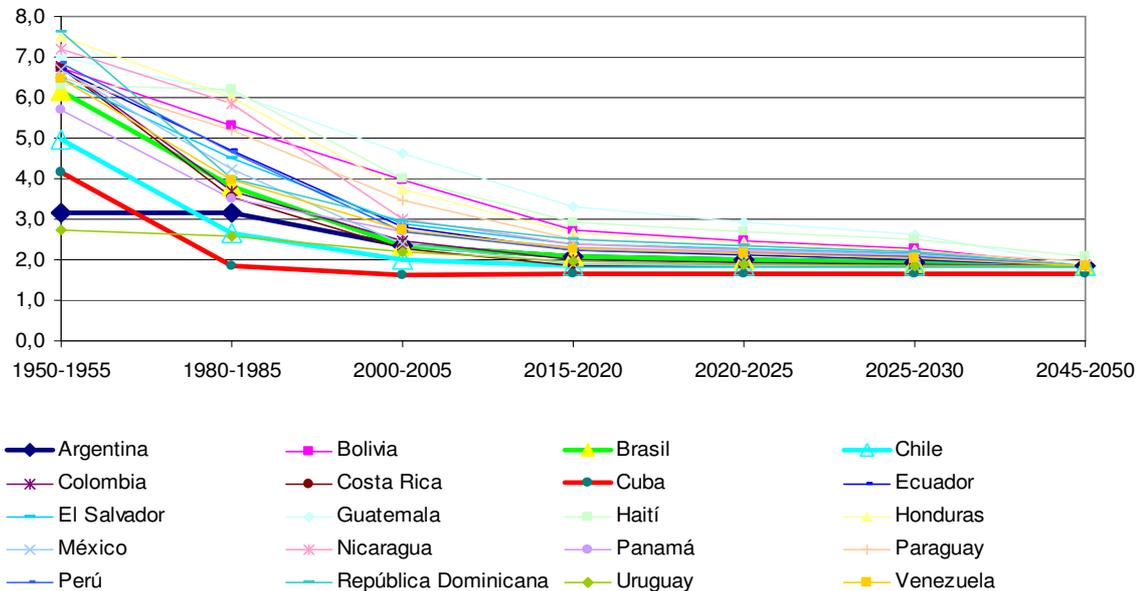
De acordo com a literatura demográfica, a taxa de fecundidade é a variável mais incisiva na determinação das transformações etárias das populações – embora não se possa desmerecer o significado da taxa de mortalidade, especialmente, no diz respeito ao envelhecimento da população. Chesnais (apud CEPAL, 2007a) explica que, em geral, o efeito do descenso da fecundidade é mais importante que o da mortalidade na conformação da pirâmide etária, até porque o declínio da mortalidade interfere mais incisivamente apenas nas etapas avançadas do envelhecimento da população. Rocha e Morell (2006, p. 3),

destacam que a “fecundidade é a variável que mais afeta a dinâmica demográfica, pois seu descenso atinge diretamente a base da pirâmide etária, provocando, com o passar do tempo, o fenômeno do envelhecimento populacional”. Junior (2007), por sua vez, afirma que o envelhecimento populacional é mais intenso quando a taxa de fecundidade fica abaixo do nível de reposição populacional, com isso, a cada geração há menos pessoas nascendo e mais envelhecendo.

Wong e Carvalho (2006) sustentam que as significativas transformações na estrutura etária das populações do Brasil e do resto da América Latina se tornaram evidentes a partir da rápida e sustentada queda da taxa de fecundidade ocorrida na década de 60 do século XX. O gráfico 1 demonstra essa queda, chamando atenção que o ritmo de decréscimo do número de filhos por mulher, nessa Região, está se encaminhando para uma certa homogeneização, que se consolidará no período de 2045-2050, quando as taxas estarão variando entre 1,6 a 2,1. Neste período, as projeções indicam que apenas a Guatemala (2,1) e o Paraguai (2,0) estarão na casa de dois filhos por mulher, ou seja, no patamar do nível de reposição de suas populações. O Brasil (1,9), e os demais países da Região, estarão com taxas abaixo desse nível de reposição populacional.

Nesse quadro de decréscimo da taxa de fecundidade na Região da América Latina e Caribe, cabe observar que, dentre os países, o primeiro a atingir o índice de fecundidade abaixo do nível de reposição foi Cuba que, já no quinquênio de 1980-1985, alcançou a marca de 1,8 filhos por mulher (gráfico 1).

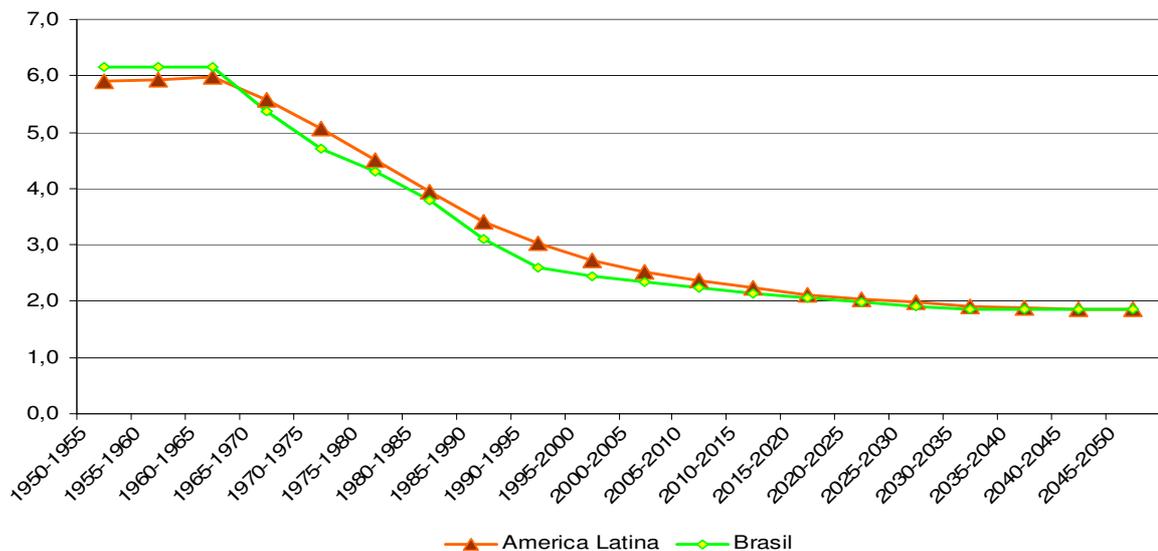
GRÁFICO 1 – COMPORTAMENTO DA TAXA BRUTA DE FECUNDIDADE NOS QÜINQÜÊNIOS DE 1950-1955 A 2045-2050 DE ALGUNS PAÍSES DA AMÉRICA LATINA E CARIBE



FONTE: Elaborado a partir das estimativas e projeções da CELADE/CEPAL. Disponível em: <[http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos\\_BD.htm](http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm)> Consultado em: 20/02/2008.

Pelas projeções, a taxa brasileira somente começará a se aproximar da cubana no qüinqüênio de 2025-2030, quando alcançará o número de 1,9 filhos por mulher. Contudo, comparativamente à media de toda a Região, seu comportamento apresentou tendência de queda um pouco mais acentuada (gráfico 2).

GRÁFICO 2 – COMPORTAMENTO DA TAXA BRUTA DE FECUNDIDADE NOS QÜINQÜÊNIOS DE 1950-1955 A 2045-2050 DA AMÉRICA LATINA E CARIBE E BRASIL

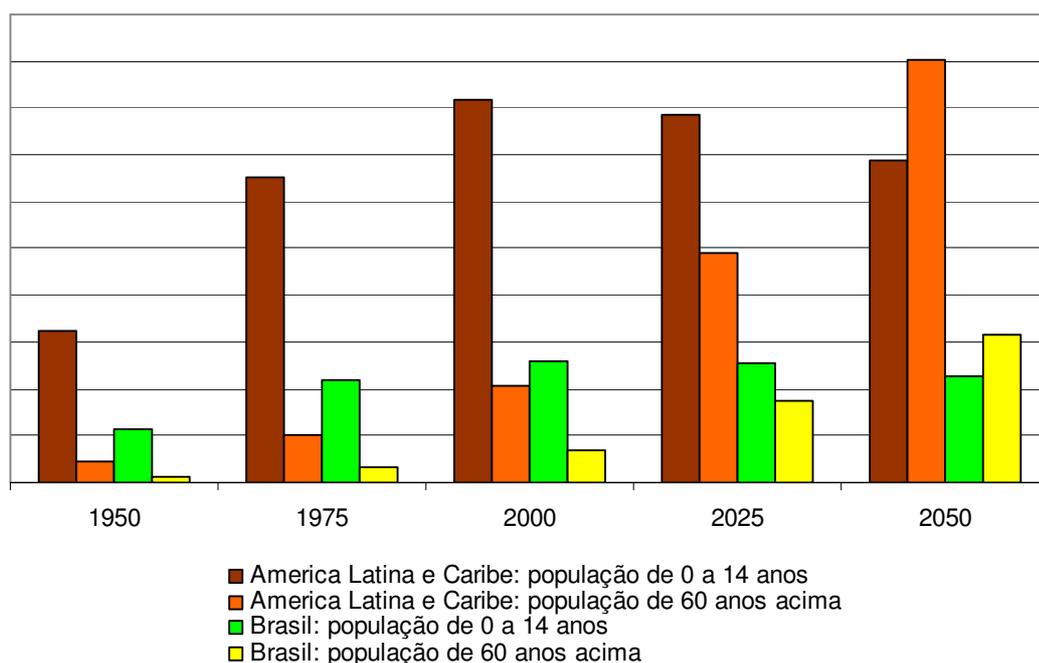


FONTE: Elaborado a partir das estimativas e projeções da CELADE/CEPAL. Disponível em: <[http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos\\_BD.htm](http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm)> Consultado em: 20/02/2008.

O efeito do declínio da taxa de fecundidade pode ser percebido na diminuição dos grupos etários que se localizam na base da pirâmide etária e aumento dos que estão no seu topo. Comparando-se, por exemplo, o crescimento da população de 0 a 14 anos com o das pessoas de 60 anos e mais de idade na América Latina e Caribe, no período de 1950 a 2005, observa-se que a primeira faixa etária aumentou de tamanho em duas vezes e meia (2,5), enquanto que a segunda incrementou em mais de cinco vezes (5,3). Situação similar foi verificada no Brasil, visto que o grupo de 0 a 14 aumentou seu tamanho 2,3 vezes, enquanto o de 60 anos e mais cresceu 6,2 vezes.

Segundo projeções da CEPAL (idem) essa tendência se manterá irreversível até o ano de 2050, quando a população idosa superará, tanto na Região como no Brasil, o grupo etário de 0 a 14 anos (gráfico 3).

GRÁFICO 3 – CRESCIMENTO DOS GRUPOS ETÁRIOS DE 0 A 14 ANOS E DE 60 ANOS E ACIMA EM 1950, 1975, 2000, 2025 E 2050 DA AMÉRICA LATINA E CARIBE E BRASIL



FONTE: Elaborado a partir das estimativas e projeções da CELADE/CEPAL. Disponível em <[http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos\\_BD.htm](http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm)> Consultado em 20/02/2008.

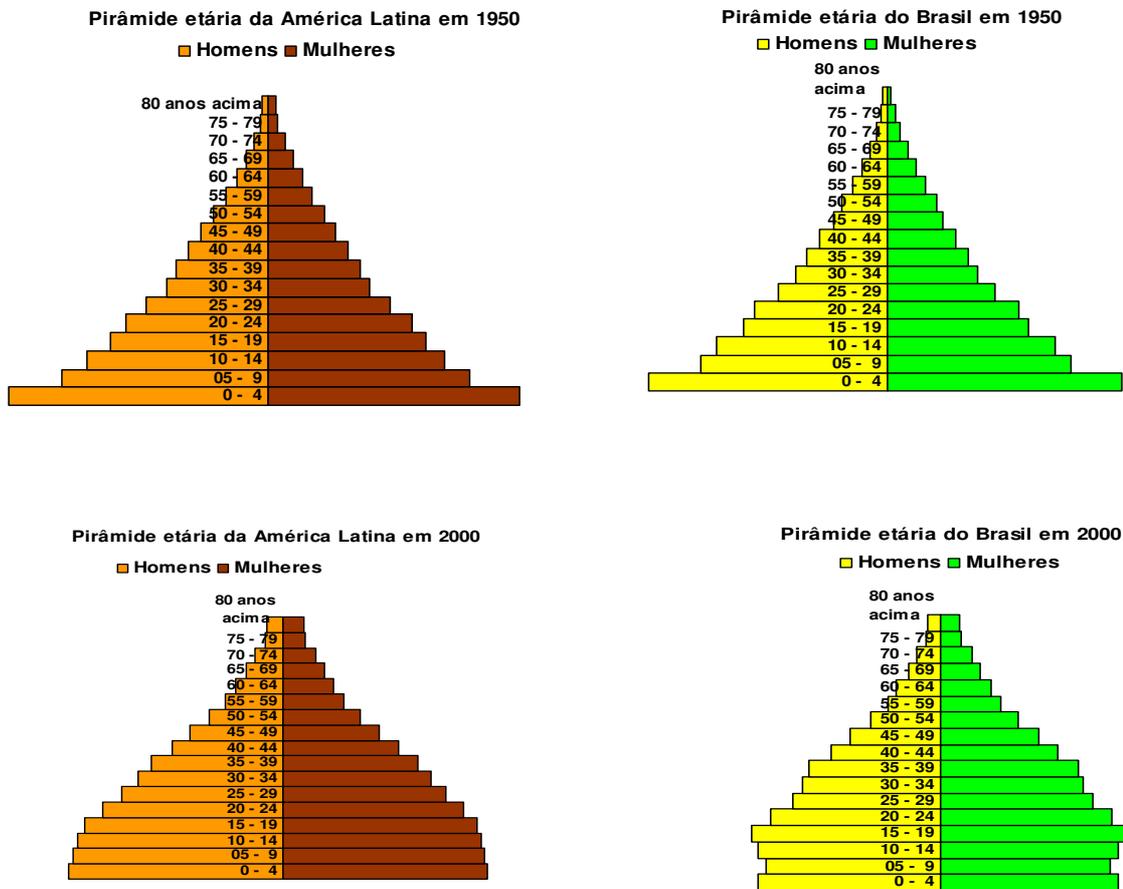
Moreira (2005) explica que o envelhecimento pode se desenvolver tanto pela base como pelo topo da pirâmide etária. No primeiro caso, a configuração etária é determinada pelo forte declínio da taxa de fecundidade, visto que a diminuição do número de nascimentos eleva o peso relativo da população adulta e de idosos.

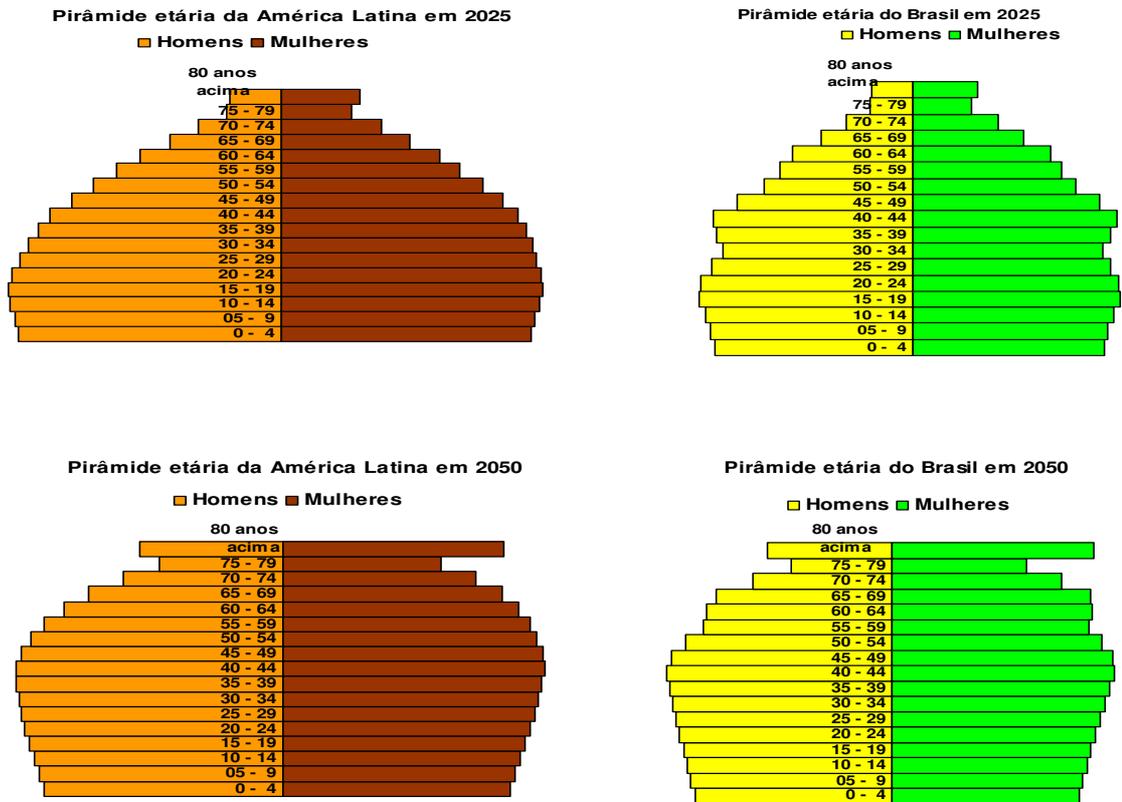
A CEPAL (2007a), por sua vez, complementa a explicação esclarecendo que o

declínio sustentado da fecundidade por tempo prolongado faz com que o envelhecimento se desloque para o meio da pirâmide etária, uma vez que o peso relativo dos grupos etários centrais torna-se maior que o das idades localizadas na base. Tal deslocamento já começou a ser observado a partir do ano 2000 (ver segunda dupla de histogramas do gráfico 4), e continuou avançando (ver terceira dupla de histogramas) até tornar-se totalmente visível em 2050 (ver última dupla de histogramas).

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 (bem visível na quarta dupla de historiogramas do gráfico 4). Tal envelhecimento torna evidente a tendência de haver *envelhecimento do envelhecimento*, ou seja, o crescimento mais rápido do próprio estrato populacional de idosos.

GRÁFICO 4 - TRANSFORMAÇÕES DAS PIRÂMIDES ETÁRIAS DA AMÉRICA LATINA E CARIBE E BRASIL, POR SEXO E IDADE, NOS PERÍODOS DE 1950, 2000, 2025 E 2050





FONTE: Elaborado a partir das estimativas e projeções da CELADE/CEPAL. Disponível em <[http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos\\_BD.htm](http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm)> Consultado em 20/02/2008.

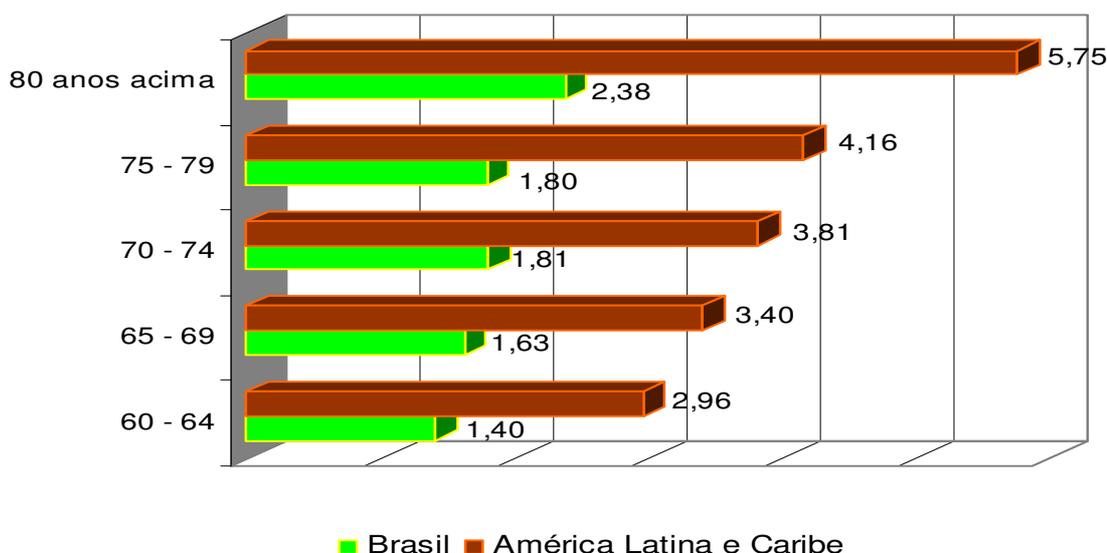
Donde se depreende que o envelhecimento pelo topo associa-se significativamente à questão da longevidade que, por sua vez, apresenta-se como um indicativo da queda da mortalidade, interferindo no padrão da estrutura etária das populações.

Chesnay (apud CEPAL, 2007a) afirma que os efeitos da redução da mortalidade nas transformações etárias da população são identificados a partir da sua dinâmica de desenvolvimento. Tal desenvolvimento apresenta três fases: 1) quando há sustentada baixa da mortalidade nas idades mais jovens, o que contribui para um incremento proporcionalmente maior da população que está na base da pirâmide, cujo efeito é o rejuvenescimento populacional e não seu envelhecimento; 2) quando há queda equilibrada da mortalidade ou descenso mais ou menos igual em todos os grupos etários; isso favorece o maior peso relativo das idades jovem e adulto e a concentração de pessoas nas idades intermediárias; 3) diminuição sustentada da taxa de mortalidade entre a população adulta jovem, em especial no segmento com idade igual ou superior a 50 anos, o que incrementa a sobrevivência das pessoas com idade mais avançada. Esta dinâmica qualifica o

envelhecimento pelo topo e corrobora as tendências do fenômeno do “envelhecimento do envelhecimento”, ou seja, do crescimento sustentado do próprio segmento populacional de idosos.

Observe-se, a partir do gráfico 5, que o grupo que mais cresce no período de 2005 a 2010, no Brasil é a população de 80 anos acima (2,38 vezes), seguida dos grupos etários de 75 a 79 (1,80 vezes), 70 a 74 (1,81 vezes), 65 a 69 (1,63 vezes) e 60 a 69 (1,40 vezes). Por sua vez, na América Latina e Caribe esses números são respectivamente de 5,75; 4,16; 3,81; 3,40 e 2,96.

GRÁFICO 5 – RAZÃO DO CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO IDOSA<sup>32</sup>, POR FAIXA ETÁRIA, NO PERÍODO DE 2005 A 2050



FONTE: Elaborado a partir das estimativas e projeções da CELADE/CEPAL. Disponível em <[http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos\\_BD.htm](http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm)> Consultado em 20/02/2008 e World population Ageing, 2007.

Tal crescimento é sustentado pelo avanço da esperança de vida<sup>33</sup>. De acordo com a ONU (2007), no Brasil, a sobrevivência das pessoas com 60 anos de idade prevista para o quinquênio de 2005-2010 é de 21 anos e, para 2045-2050 será de 24,2. Para o grupo populacional de 65 anos, tal esperança será nos respectivos quinquênios de 17,6 e de 20,3 e para a população de 80 anos acima será de 9,6 em 2005-2010 chegando a 10,2 anos no quinquênio de 2045-2050.

<sup>32</sup> Os valores foram calculados dividindo-se o número absoluto de pessoas projetado para o ano de 2050 pelo de pessoas no ano de 2005, em cada faixa etária.

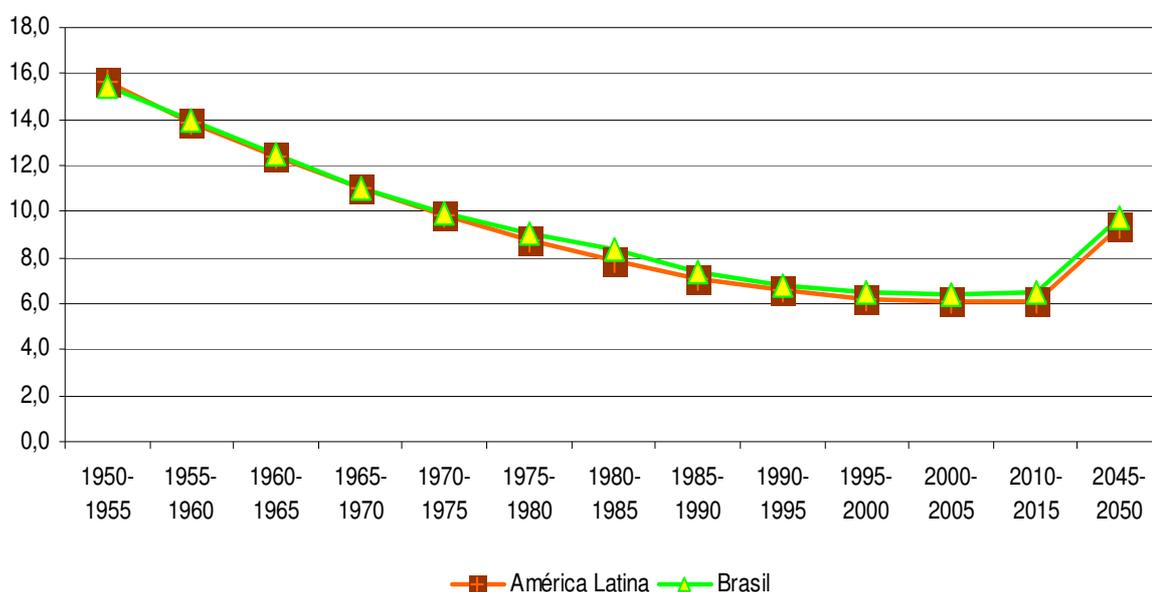
<sup>33</sup> Número de anos que uma pessoa de determinada idade pode viver.

Em relação à Região da América Latina e Caribe a sobrevivência, aos 60 anos é, no quinquênio 2005-2010, de 21,2 anos, chegando a 24,2 em 2045-2050. Aos 65 anos, nos respectivos quinquênios, a projeção de sobrevivência é de 17,5 e 20,2 e aos 80 de 8,6 e 9,9.

O envelhecimento pelo topo faz lembrar a dialética da vida e a natureza do processo de envelhecimento humano. Assim, é possível observar, nos dados sobre a taxa de mortalidade, o seu crescimento até um determinado tempo, em seguida inicia-se uma trajetória de decréscimo.

Isso é pode ser observado no gráfico 6, onde as projeções para a taxa de mortalidade indicam que, após o quinquênio de 2010-2015 essas taxas, que estavam em torno de 6,1 na América Latina e Caribe e de 6,5 no Brasil interrompem sua trajetória de queda e iniciam uma etapa de subida chegando, ao quinquênio 2045-2050, com valores em torno de 9,3 e 9,7, respectivamente, demonstrando que haverá aumento da mortalidade em ambos os casos e, portanto, que uma determinada coorte chegou ao limite de sua vida.

GRÁFICO 6 - EVOLUÇÃO DA TAXA BRUTA DE MORTALIDADE NOS QÜINQUÊNIOS DE 1950-1955 A 2045-2050 DA AMÉRICA LATINA E CARIBE E BRASIL



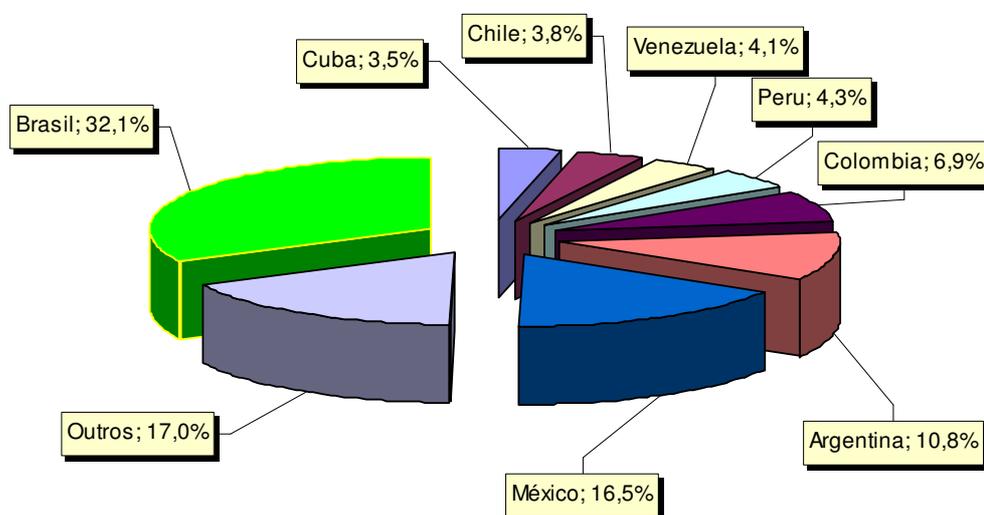
FONTE: Elaborado a partir das estimativas e projeções da CELADE/CEPAL. Disponível em <[http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos\\_BD.htm](http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm)> Consultado em 20/02/2008.

Em síntese, o que todos esses dados indicam é a emergência e a irreversibilidade do fenômeno do envelhecimento populacional no Brasil e na América Latina e Caribe. Segundo a ONU (2007) a população de 60 anos e mais seguirá aumentando na Região e no Brasil nesta primeira metade do século XXI, estimando-se que este segmento populacional atingirá, respectivamente, nestas localidades, os percentuais de 24,1%, e 25%,

em 2050.

O Brasil, comparativamente aos demais países da América Latina e Caribe, responde pelo maior número de pessoas idosas da Região. Em 2007, do total de pessoas idosas desta Região 32,1% eram brasileiras, 16,5% mexicanas, 10,8%, Argentinas, 6,9%, Colombianas, 4,3% peruanas, 4,1% venezuelanas, 3,8% chilenas, 3,5% cubanas e, 17,0% eram de outras nacionalidades, conforme gráfico 7.

GRÁFICO 7 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO IDOSA NA AMÉRICA LATINA E CARIBE EM 2005



FONTE: Anuário estatístico da América Latina e Caribe 2006 (apud, IBGE, 2007).

De acordo com a PNAD 2007 (IBGE, 2008), o Brasil possuía quase 20 milhões de pessoas idosas. Com este tamanho, a população idosa brasileira representava quase a metade da população total da Argentina em 2010, cujas previsões demográficas apontam para o número de 41,4 milhões de habitantes; quase o total da do Chile que terá um pouco mais de 17 milhões de indivíduos, e quase o dobro da de Cuba que apresentará 11,5 milhões de pessoas nesse ano de 2010.

A OMS (2005) afirma que o fenômeno do envelhecimento populacional é uma conquista social. Disso não se tem dúvidas. Mas, cabe observar que a magnitude e o ritmo de crescimento da população idosa tanto no Brasil quanto nos demais países da América Latina, associados às necessidades sociais experimentadas por estas sociedades, podem transformar essa conquista em problema se não forem desenvolvidas políticas públicas capazes de garantir os direitos sociais das pessoas idosas (MILNITZKY, SUNG e PEREIRA,

2004) – direitos, os quais devem ser efetivos na promoção de um processo de envelhecimento humano digno e sustentável e capaz de tornar a velhice numa fase de conquistas, novas experiências e oportunidades e, especialmente de plena felicidade e satisfação com a vida.

Considerando que esta pesquisa debruça-se sobre o tema do envelhecimento no contexto da política social brasileira, é necessário refletir sobre as condições sócio-demográficas deste segmento, a fim de que se possa realizar a análise dessa política levando em conta a realidade de vida experimentada pela população idosa no contexto nacional.

## **2.2 Características sócio-demográficas da população idosa no Brasil**

Segundo o IBGE (2007), o Brasil contava com uma população de 187.228 milhões de pessoas em 2006, dos quais 91.196 eram de homens e 96.031 de mulheres. Da população total, 120,4 milhões viviam nas regiões Sudeste, Sul e Centro-oeste. Dentre os segmentos etários desta população, o grupo social de idosos é o que apresenta, desde os anos 40 do século XX, as mais altas taxas de crescimento. Isso, ilustrado em números absolutos significa que o total de pessoas idosas passou de 166 mil em 1940 para 19 milhões em 2006. Em termos relativos isto representa o percentual de 10,2% da população total (CAMARANO, 2004).

De acordo com o IPEA (2007, p. 7), a sociedade brasileira ainda é marcada por uma sucessão de fenômenos iníquos, entre os quais se destaca as “desigualdades sociais e regionais; a pobreza extrema; grande concentração de renda e estoques de riqueza; a insegurança no trabalho e nas ruas; as discriminações de raça, gênero e idade; a baixa qualidade dos serviços públicos, entre outros problemas” que desafiam as políticas públicas. Este quadro, combinado com o processo de envelhecimento da população, predispõe as pessoas idosas a vulnerabilidades, seja pelas vicissitudes do processo de envelhecimento humano cujas peculiaridades podem se contrapor à lógica do modo de produção das

sociedades pós-industriais<sup>34</sup>; seja pela magnitude do aumento de pessoas idosas e seu impacto sobre o equilíbrio financeiro e das demandas por determinados bens e serviços públicos. Ou ainda, pelo rumo das transformações sociais, econômicas e culturais em andamento, que modificam a constituição das famílias, o mercado de trabalho, o papel social de homens e mulheres, entre outros aspectos que, de alguma forma, afetam as relações da sociedade com o envelhecimento de sua população.

Nesse contexto, as políticas públicas têm um papel fundamental que é o de garantir que as pessoas idosas tenham seus direitos assegurados e respeitados, com o fito de que o envelhecimento (ou a longevidade humana) seja uma conquista da humanidade e não um fardo social. Segundo Camarano e Pasinato (2004, p. 253), para que isso aconteça é necessário que se garanta “equidade entre grupos etários na partilha de recursos, direitos e responsabilidades sociais”. Concordando-se com as autoras, entende-se que a equidade, nesses termos, é categoria imperativa na formação da política social destinada à pessoa idosa. Assim, com o intuito de refletir sobre esta categoria apresentar-se-á, a seguir, um conjunto de informações sobre as condições socioeconômicas da população idosa brasileira.

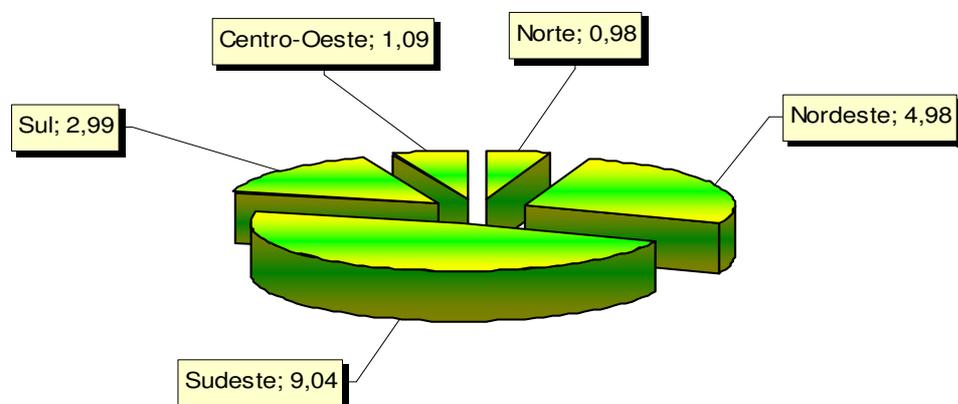
- **Distribuição geográfica da população idosa**

Em 2006, dos 19.077 milhões de pessoas idosas brasileiras, cerca de 9,04 milhões viviam na região Sudeste; 4,98 milhões na Nordeste; 2,99 na Sul; 1,09 na Centro-Oeste; e 0,98 na Norte (gráfico 8). Esta distribuição demonstra que cerca de 74% da população idosa Brasileira se concentrava em apenas duas regiões do país (Sudeste e Nordeste), ficando o restante distribuído nas demais três regiões (Sul, Centro-Oeste e Norte). Dentre todas as regiões, observa-se que quase a metade 47,4% desta população vivia na Região Sudeste. Este percentual adicionado ao da região Sul, que era de cerca de 15,7%, chega-se a um valor de 63,1%, indicando que a população idosa está concentrada nas regiões mais desenvolvidas do país.

---

<sup>34</sup> Reflexões sobre a relação entre vulnerabilidade social e sociedade pós-industrial podem ser encontradas em Karl Polanyi (2000).

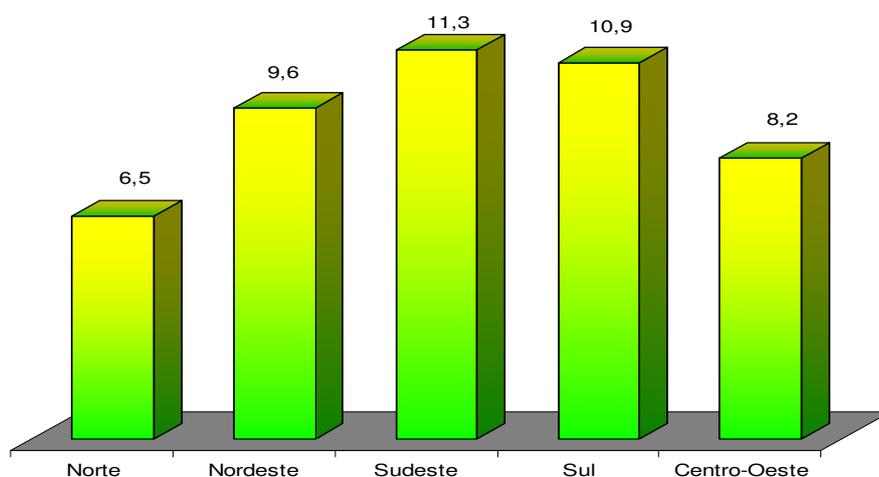
GRÁFICO 8 – NÚMERO DE PESSOAS IDOSAS POR REGIÃO EM 2006



FONTE: PNAD/2006 (IBGE, 2007).

No entanto, ao se comparar o total de pessoas idosas em relação ao total da população em cada região, observa-se que: 11,3% da população da Região Sudeste tem 60 anos e mais, no Sul esse percentual é de 10,9%; no Nordeste de 9,6; no Centro-Oeste de 8,2% e no Norte de 6,5% (gráfico 9). Estes dados indicam que as Regiões Sudeste e Sul possuem as estruturas etárias mais envelhecidas do País e, portanto, encontram-se num estágio mais avançado do envelhecimento populacional.

GRÁFICO 9 – PROPORÇÃO DE PESSOAS IDOSAS POR REGIÃO EM 2006



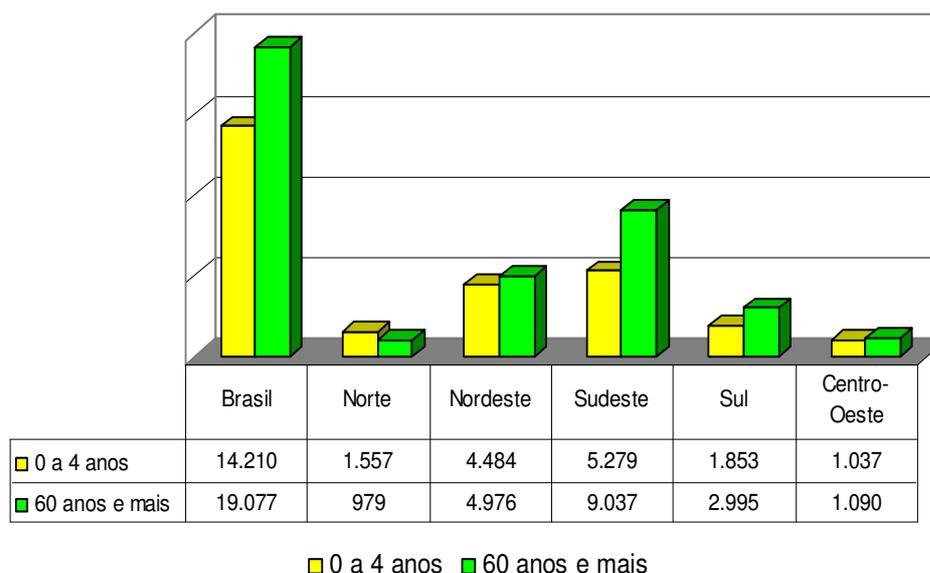
FONTE: PNAD/2006 (IBGE, 2007).

Isso fica mais evidente ao se comparar a razão entre a população de 60 anos

acima e a de 0 a 4 anos, pois nota-se que, para cada 100 pessoas nesta última faixa etária há 171 de 60 anos e acima no Sudeste; 162 no Sul; 111 no Nordeste; 105 no Centro-Oeste e 63 no Norte. Para todo o Brasil essa relação era de 134 pessoas idosas para cada grupo de 100 com idade entre 0 e 14 anos.

O gráfico 10 demonstra, em números absolutos, essa superioridade do número de pessoas idosas em relação ao do grupo etário de 0 a 4 anos, mostrando que Região Norte era a única que possuía número de crianças de 0 a 4 anos (1,6 milhão) maior que o contingente populacional de 60 anos e mais (979 mil) e, por conseguinte, que é a Região do país com estrutura etária menos avançada.

GRÁFICO 10 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DE 0 A 4 E DE 60 ANOS E ACIMA POR REGIÃO, NO BRASIL, EM 2006



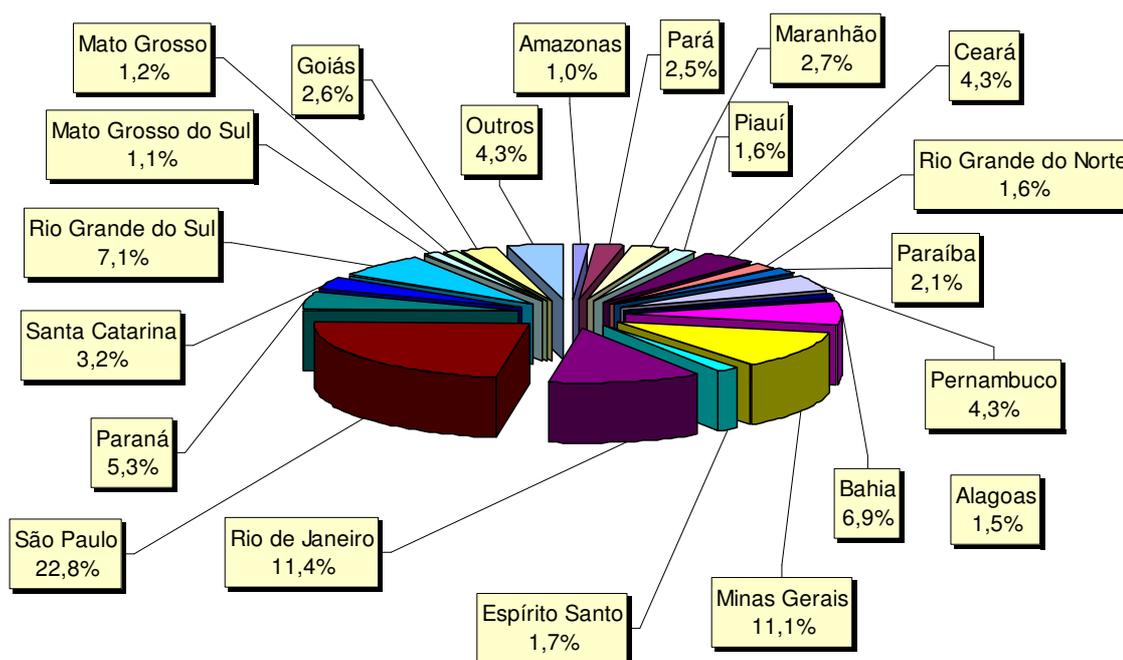
FONTE: PNAD/2006 (IBGE, 2007).

De acordo com o IBGE (2007), cerca de 45% das pessoas de 60 anos e mais residiam em apenas três unidades da federação em 2006, quais sejam: os estados de São Paulo, que abrigava 4,3 milhões (22,8%) de pessoas idosas; Rio de Janeiro (11,4%) e Minas Gerais (11,1%) com pouco mais de 2,1 milhões cada um. Dentre os estados que apresentavam os menores números absolutos de idosos estão: Roraima (18 mil), Amapá (30 mil), o Acre (43 mil) e Rondônia (102 mil) (gráfico 10).

Do total de pessoas idosas, 31,1% residiam nas Regiões Metropolitanas (RMs) de Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e

Porto Alegre. Entre estas Regiões Metropolitanas (RMs) Rio de Janeiro, Porto Alegre e São Paulo, nesta ordem, são as que mais concentram pessoas idosas em termos relativos, quais sejam, respectivamente 14,4%; 10,8% e 10,2%.

GRÁFICO 11 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO IDOSA POR UNIDADE DE FEDERAÇÃO, EM 2006



FONTE: PNAD/2006 (IBGE, 2007)

NOTA: a categoria "outros" é formada pelos estados com percentuais abaixo de 1%.

### • Situação de renda e trabalho

De acordo com Guzman (apud CEPAL, 2007c) a seguridade social, o trabalho e o apoio familiar representam as principais fontes de recursos na velhice. A importância de cada uma destas categorias varia de um país para outro, conforme as características do desenvolvimento socioeconômico, do mercado de trabalho e da etapa de transição demográfica de cada. No Brasil, a seguridade social (aposentadorias, pensões e Benefícios de Prestação Continuada<sup>35</sup>) é a fonte de renda mais importante para a população idosa. Isso pode ser observado na tabela 2, que indica a seguridade social como item mais significativo da composição de renda deste grupo social.

Tal fonte é significativa porque, além ser a única alternativa de renda para a

<sup>35</sup> Trata-se de um benefício não contributivo pago no valor de um salário mínimo concedido às pessoas com idade de 65 anos acima ou com dependência incapacitante para a vida independente e para o trabalho, cuja renda *per capita* familiar seja inferior a um quarto do salário mínimo (IPEA, 2007). Atualmente, este benefício substituiu o benefício da Renda Mensal Vitalícia (RMV), modalidade que ainda é paga, mas não admite novas concessões e, portanto, vai se extinguir com passar do tempo.

grande maioria dos idosos, resulta do esforço e luta da sociedade brasileira para a consolidação de sistema de proteção social. No histórico deste esforço e luta deu-se a ampliação da cobertura previdenciária, especialmente no meio rural, a partir da implantação da Previdência Rural<sup>36</sup> e do Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Nesse sentido, Pinheiro et al. (2006) afirma que, em 2004, 85,2% dos idosos residentes no meio rural contra 75,7% dos que viviam na área urbana recebiam algum tipo de benefício previdenciário. Quanto ao gênero observa-se que, na área urbana, a população idosa masculina respondia pelo maior percentual de cobertura, que era de 77,8% contra 74,1% da população idosa feminina. Porém, na área rural este cenário se invertia e o percentual de cobertura alcançava 86,9% das idosas contra 83,7% dos idosos.

Quanto à composição de renda observa-se que, em 2005, entre a população idosa residente no meio rural a seguridade social representava quase 90% da renda da população idosa feminina contra um percentual de 54,6% para a masculina. No meio urbano esses valores eram de 79,2% para as mulheres idosas contra o valor de 64,4% para os homens idosos (tabela 2).

Todos esses dados além de reforçarem a importância da seguridade social na composição de renda da população idosa, indicam que ampliação da cobertura favoreceu, especialmente, os idosos residentes no meio rural e dentre estes, particularmente as mulheres idosas.

TABELA 2 – COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DA RENDA DO IDOSO, POR SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO E SEXO NO BRASIL EM 2005.

FONTES DE RENDA	URBANO		RURAL	
	HOMENS	MULHERES	HOMENS	MULHERES
Trabalho	29,7	13,4	42,0	6,1
Seguridade Social (aposentadorias, pensões e benefícios assistenciais)	64,4	79,2	54,6	89,6
Doações de Membros da família	0,4	1,7	0,3	0,8
Outras	5,6	5,7	3,1	3,5

FONTE: adaptado de Camarano e Pasinato (2007)

De acordo com o IBGE (2007), dos 19.077 milhões de pessoas idosas, 57,1%

<sup>36</sup> Benefícios (aposentadoria ou pensão) concedidos a trabalhadores rurais (chamados segurados especiais) que produzem em regime de economia familiar, sem utilização de mão-de-obra assalariada. Estão incluídos nesta categoria cônjuges, companheiros e filhos maiores de 16 anos que trabalham com a família em atividade rural. E, ainda os pescadores artesanais e o índio que exerce atividade rural e seus familiares. (<[http://www.mpas.gov.br/pg\\_secundarias/paginas\\_perfis/perfil\\_comPrevidencia\\_02.asp#5](http://www.mpas.gov.br/pg_secundarias/paginas_perfis/perfil_comPrevidencia_02.asp#5)>. Acesso em 22/05/2007).

tinham renda de aposentadoria; 12,1% de pensões; 7,4% acumulavam renda de aposentadoria e pensão; e 6,2% recebiam o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Isso representa um total de quase 83% de pessoas idosas vivendo com algum tipo de benefício proveniente da seguridade social. Segundo a SPS/MPS (apud SEDH, 2007), em 2006, de cada 10 pessoas com idade de 60 anos e mais 8 recebiam algum tipo de benefício previdenciário ou assistencial, demonstrando a importância destes benefícios na vida e cidadania da pessoa idosa.

Embora com pesos percentuais muito baixos, a categoria “Doações de Membros da Família” na composição da renda da pessoa idosa é um dado que chama atenção, seja pela precariedade das condições sociais experimentadas por uma parcela da população idosa, seja por tornar evidente a importância da rede de suporte e cuidados familiares.

Segundo dados da pesquisa “Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade”<sup>37</sup>, realizada pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC), em 2006, as doações são realizadas tanto pelos membros da família como por amigos, sendo feitas em pecúnia ou em forma de custeio de despesas (compras de alimentos e remédios, convênio médico, pagamento de contas, entre outras).

Ainda de acordo com esta pesquisa, foi registrado que recursos provenientes do Programa Bolsa Família (PBF)<sup>38</sup> integravam a renda das pessoas idosas, o que é corroborado pelos dados sobre os beneficiários do Programa. Segundo informes da SENARC/MDS (apud SEDH, 2007), 2.942.038 pessoas com 60 anos e acima foram alcançadas pelo Programa; destas, 474.387 recebiam o benefício como chefes de família e 2.467.651 faziam parte das unidades domiciliares amparadas.

Embora a seguridade social seja a principal fonte de renda da população idosa, o rendimento do trabalho tem peso significativo na composição de renda da população idosa, especialmente para o idoso do sexo masculino que vive no campo. De acordo com a tabela 2, o rendimento do trabalho corresponde a 42% da renda do homem residente na área rural e a 29,7% do que reside na área urbana. Quanto à população feminina, este quadro se inverte, ou seja, o rendimento do trabalho é mais significativo para a mulher que

---

<sup>37</sup> Ver Síntese da pesquisa “Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade” (Néri, 2007).

<sup>38</sup> O PBF é um programa de transferência direta de renda com condicionalidades. É concedido a famílias em situação de pobreza (com renda mensal de R\$60,01 a R\$120,00 por pessoa) e de extrema pobreza (com renda mensal de até R\$ 60,00). Além da renda, estas famílias devem ter em sua composição gestantes, nutrizes, crianças entre 0 (zero) e 12 (doze) anos ou adolescentes até 15 (quinze) anos, sendo pago até o limite de 3 (três) benefícios por família; ou ainda adolescentes com idade entre 16 (dezesesseis) e 17 (dezesete) anos, sendo pago até o limite de 2 (dois) benefícios por família. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o\\_programa\\_bolsa\\_familia/o-que-e/](http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o_programa_bolsa_familia/o-que-e/)>. Acesso em: 29/11/2008.

vive na área urbana, correspondendo a 13,4% de sua renda, enquanto que para as que residem na zona rural este percentual é de apenas 6,1%.

A importância da renda do trabalho ou mesmo do “trabalho em si” na vida dos idosos pode ser observada no significativo número de pessoas que mantém algum tipo de ocupação/trabalho<sup>39</sup> a partir dos 60 anos e acima, mesmo após a aposentadoria. Segundo o IBGE (2007), na semana de referência da pesquisa, cerca de 30,9% da população de 60 anos ou mais estavam ocupadas; entre o grupo de 65 anos ou mais essa proporção era de 23,9; e entre o de 70 anos ou mais de 18,4. Em todos os casos a proporção de homens ocupados era mais que o dobro da proporção do contingente populacional feminino. Portanto, entre o grupo de 60 anos e acima a proporção era 44,5% de homens idosos ocupados contra 20,2 de mulheres na mesma condição; entre o de 65 anos acima era de 36,1% contra 14,7%; e no de 70 anos acima de 29% contra 10,8%. Entre as Regiões, observa-se que a Sul possui, em termos proporcionais, o maior percentual de pessoas idosas ocupadas (37,0), seguida da Norte (35,4), Nordeste (35,3), Centro-Oeste (32,2) e Sudeste (25,9).

Tal importância é corroborada, também, a partir do contingente populacional de idosos aposentados e ocupados<sup>40</sup>. No Brasil, em 2006, havia cerca de 5,9 milhões de pessoas idosas ocupadas (30,9%), dos quais 62,1% (3,6 milhões) também eram aposentados. Entre o grupo populacional de 60 anos e mais se observou um percentual de 19,2% de pessoas aposentadas e ocupadas, entre o grupo de 65 anos e mais de 18,3% e, entre o de 70 anos e mais de 15,2%. Em todos os casos o percentual da população masculina superou o feminino.

Quanto ao *ranking* regional, o Sul (27,3) é a Região com a maior proporção de pessoas com 60 anos e acima aposentadas e ocupadas, seguida da Nordeste (24,5), Norte (16,9), Sudeste (14,4) e Centro-Oeste (13,9). Em todos os casos a proporção de homens idosos aposentados e ocupados é superior, em mais do dobro, à proporção de mulheres

---

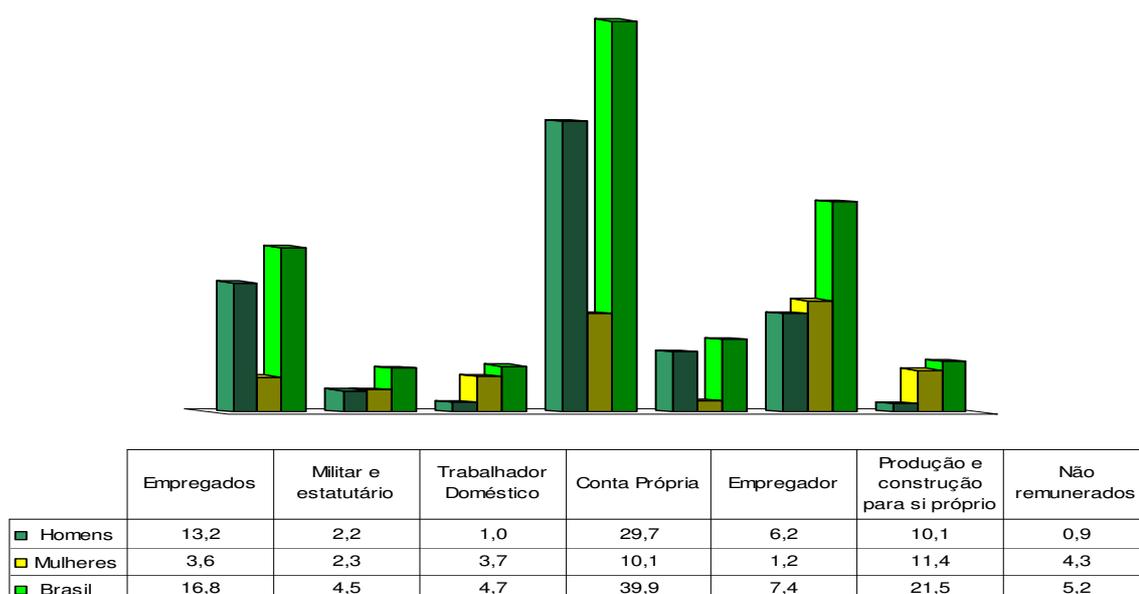
<sup>39</sup> Trabalho que, segundo o IBGE (2007) abrange as seguintes categorias; a) ocupação remunerada em dinheiro, produtos, mercadorias ou benefícios (moradia, alimentação, roupas, etc.) na produção de bens ou serviços; b) ocupação remunerada em dinheiro ou benefícios (moradia, alimentação, roupas, etc.) no serviço doméstico; c) ocupação sem remuneração na produção de bens e serviços, desenvolvida durante ou pelos menos uma hora na semana: em ajuda a membro da unidade domiciliar que tivesse trabalho como empregado na produção de bens primários (por exemplo: agricultura, silvicultura, pecuária, etc.), por conta própria ou empregador; em ajuda a instituição religiosa, beneficente ou de cooperativismo; e como aprendiz ou estagiário; d) ocupação desenvolvida, durante pelo menos uma hora na semana na produção de bens destinados à própria alimentação ou de pelo menos um membro da unidade familiar, e ainda, na construção e edificações, estradas privadas, poções e outras benfeitorias para o próprio uso ou de pelos menos um membro da unidade familiar.

<sup>40</sup> De acordo com o IBGE (2007), foram consideradas pessoas ocupadas as que trabalhavam na semana de referência ou período de 365 da PNAD.

idosas aposentadas e ocupadas nessa faixa etária.

De acordo com o IBGE (2007), comparativamente ao total dos trabalhadores, a participação da população idosa no mundo do trabalho, em 2006, alcançou o percentual de 4,5% na semana de referência da PNAD. Ao se estratificar essa participação por categoria, observou-se que: cerca de 39,9% das pessoas idosas eram trabalhadores por conta própria; 21,5% trabalhavam na produção e construção para si próprio; 16,9% estavam empregados; 7,4% eram empregadores; 5,2% tinham ocupação não remunerada; 4,7% eram trabalhadores domésticos e 4,5% compunham o grupo de trabalhadores militares e funcionários estatutários. Com isso, percebeu-se que a posição na ocupação da população idosa é mais significativa nas categorias por conta própria (39,9%), produção e construção para si próprio (21,5%) e empregados (16,8%). Entre os homens predomina a ocupação por conta própria (29,7%) e, entre as mulheres, a categoria produção e construção para si próprio (11,4%) que foi ligeiramente superior à categoria por conta própria (10,1%). Em 2006, o percentual de mulheres idosas que realizaram trabalho não remunerado (4,3%) foi significativamente maior que o de homens idosos (0,9%) (Gráfico 12). Por fim, cabe observar que, entre os trabalhadores idosos empregados, a proporção de pessoas com carteira assinada do sexo masculino (38%) era maior que a do feminino, que apresentou um percentual de apenas 29%.

GRÁFICO 12 – PESSOAS IDOSAS OCUPADAS NA SEMANA DE REFERÊNCIA, SEGUNDO A POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO<sup>41</sup>, EM 2006

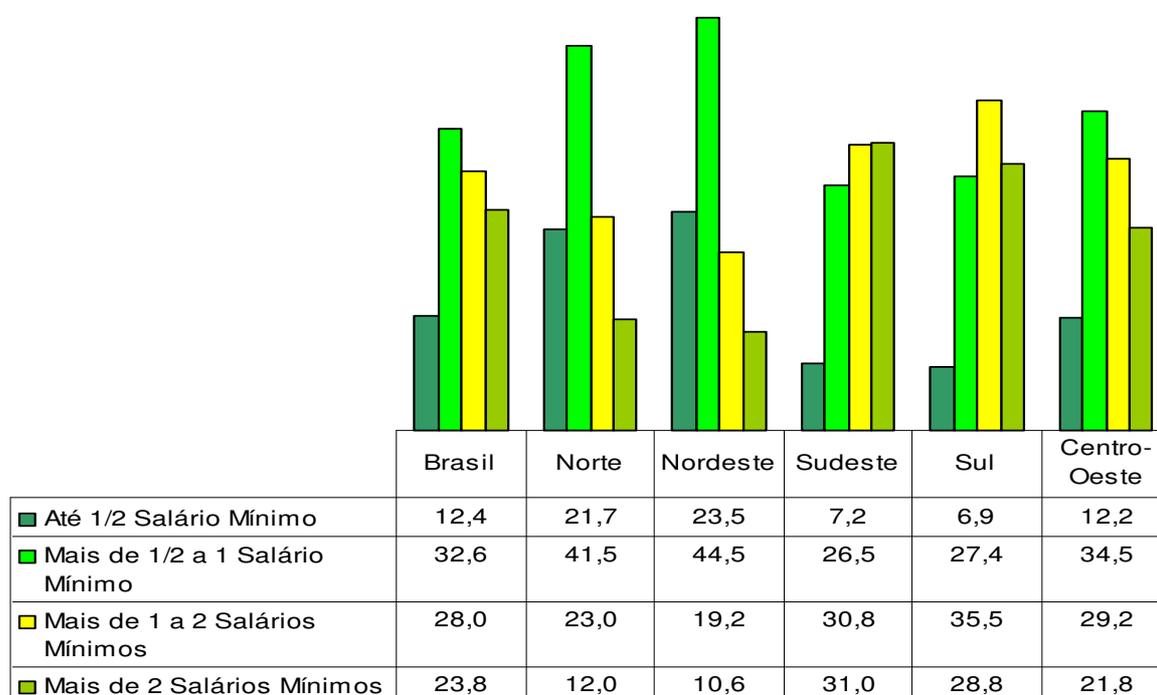


FONTE: PNAD/2006 (IBGE, 2007)

<sup>41</sup> Posição na ocupação é a relação de trabalho existente entre a pessoa e o empreendimento em que trabalha (IBGE, 2007).

Quanto à situação de renda, observa-se no gráfico 13 que os domicílios particulares<sup>42</sup> com pessoas de 60 anos e mais, segundo a classe de rendimento médio domiciliar *per capita*<sup>43</sup>, estavam assim distribuídos em 2006: 32,6 % tinham rendimento médio mensal entre  $\frac{1}{2}$  e um salário mínimo<sup>44</sup>; 28% entre um e dois salários mínimos; 23,8% acima de dois salários; e, 12,4% até  $\frac{1}{2}$  salário mínimo.

GRÁFICO 13 – RENDIMENTO MÉDIO MENSAL *PER CAPTA* DA POPULAÇÃO IDOSA RESIDENTE EM DOMICÍLIOS PARTICULARES, POR CLASSE DE RENDIMENTO NO BRASIL E REGIÕES, EM 2006.



FONTE: PNAD/2006 (IBGE, 2007).

Desagregando-se os dados por região, observa-se que nas Regiões Sudeste (31%) e Sul (28,8%) prevalece o grupo de idosos com renda entre 1 e 2 salários mínimos, enquanto nas demais regiões a prevalência é do grupo com renda de  $\frac{1}{2}$  a 1 salário (Nordeste com 44,5%, Norte com 41,5% e Centro-Oeste com 34,5%) (gráfico 13). As regiões Nordeste (23,5%), Norte (21,7%) e Centro-Oeste (12,6%), nessa ordem, apresentam os maiores percentuais de pessoas idosas com renda de até  $\frac{1}{2}$  salário. As duas

<sup>42</sup> Segundo o IBGE (2007), domicílio particular são aqueles destinados à habitação de uma pessoa ou de um grupo de pessoas com relacionamento de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência.

<sup>43</sup> Rendimento mensal domiciliar *per capita* corresponde à divisão do rendimento mensal domiciliar pelo número de componentes da unidade domiciliar, exclusive os daqueles cuja condição na unidade familiar fosse pensionista, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico (IBGE, 2007).

<sup>44</sup> Em 2006, o valor do salário mínimo brasileiro era de R\$350,00.

primeiras chegam a superar em quase duas vezes o número nacional (12,4%) e, em mais de três vezes, os percentuais das regiões Sudeste (7,2%) e Sul (6,9%), enquanto a Centro-Oeste (12,6%) fica quase empatada (gráfico 13).

No outro extremo, ou seja, no cômputo das pessoas idosas com renda superior a dois salários, as Regiões Sudeste (31%) e Sul (21,8) apresentam os maiores percentuais de pessoas neste estrato de renda, enquanto a Nordeste (10,6%) e a Norte (12%) ficam com os menores percentuais.

Segundo Camarano (2004; 2006), no Brasil, no ano de 2000, a proporção de pessoas idosas sem rendimento era de 12,7%. Em 2003, este valor decresceu para cerca de 10,8%, observando-se que deste contingente populacional, 80% era do sexo feminino, o que demonstra tendência de queda na proporção de idosos sem qualquer tipo de rendimento. Para autora, tal tendência está relacionada com a ampliação da cobertura da previdência e do BPC em razão das modificações introduzidas na legislação. Isso é o que também afirma Brito et al. (2008, p. 131):

Em 1996, dos 8,1 milhões de idosos brasileiros, 49.502 receberam o BPC, o que correspondia a 0,61% dos idosos (...). É importante observar que, até 1997, o benefício só era concedido a idosos pobres acima de 70 anos. Em 1998, após a primeira redução da idade mínima para a concessão do benefício aos idosos, de 70 para 67 anos, 2,51% dos idosos brasileiros, cerca de 218 mil idosos, receberam o benefício. Após a entrada em vigor do Estatuto do Idoso, em 2003, que reduziu a idade mínima para a concessão do benefício de 67 para 65 anos e alterou as regras para o cálculo da renda *per capita* familiar para fins de concessão do benefício ao segundo idoso da família, houve um aumento de cerca de 28% no número de idosos beneficiados pelo programa, cuja proporção chegou a 8,77% dos idosos brasileiros em 2004, cerca de 951.700 beneficiários.

Apesar da ampliação da cobertura, a existência de pessoas idosas sem ou com baixo rendimento é grave e preocupante por vários aspectos. Entre eles destaca-se a negação do direito de todo cidadão à renda para a provisão de suas necessidades e as chances de acirramento dos riscos sociais provenientes do envelhecimento da população em meio a um quadro de dificuldades para o acesso ao trabalho e à renda.

Os dados apresentados, por mais simples que sejam, levam a inferir que a seguridade social é uma área da política social de extrema importância na vida da população idosa. Por outro lado, eles também indicam a forte desigualdade de renda deste segmento populacional dentro e entre as regiões brasileiras. Daí a urgência de os gestores e a sociedade em geral se debruçarem sobre este quadro, refletindo sobre o impacto do envelhecimento nesta área, mas, sobretudo, sobre as reais condições de vida desta

população, suas demandas e necessidades em relação à qualidade e o acesso aos serviços e bens oferecidos e disponíveis no Brasil.

Ainda sobre a renda e o trabalho, observa-se a necessidade de os gestores públicos e movimentos sociais refletirem sobre as implicações destas categorias na vida dos mais velhos. Uma delas é a necessidade de complementação de renda, realidade que se impõe a partir tanto do macro problema da desigualdade social e regional, como da constatação de que ainda há no Brasil um contingente populacional significativo de idosos vivendo com poucos rendimentos (recorde-se o percentual de 12,4% de idosos, ou 2,4 milhões de pessoas com 60 anos e acima vivendo em domicílios cujo rendimento mensal médio *per capita* é de até ½ salário mínimo).

O trabalho, por seu turno, além de ter interface com a questão da renda, se apresenta como condição *sine qua non* da vida humana<sup>45</sup>, isso porque é uma categoria que faz parte da produção social do indivíduo, ou seja, lhe dá condições tanto de produzir como de usufruir das riquezas. Este é um aspecto que deve ser observado por todos que atuam no campo das políticas públicas para o envelhecimento, pois o trabalho, se oportunizado antes e especialmente na velhice, favorece a qualidade de vida e promove a cidadania das pessoas idosas. Em contrapartida, a ausência de oportunidades no mercado de trabalho nas fases que antecedem a velhice, e/ou mesmo neste momento da vida em que há, naturalmente, diminuição da capacidade laborativa e de produtividade tão valorizados pelas economias de mercado, gera infortúnios na velhice.

- **Situação da educação**

A política social da educação tem grande importância na questão do envelhecimento humano e populacional. Tal política abarca diferentes aspectos dessa temática, que vai desde o processo de escolarização deste segmento populacional até a formação de recursos humanos nas diversas áreas profissionais. Estes devem estar aptos a desenvolver e oferecer produtos e serviços que leve em conta a nova estrutura etária da população. Além disso, o incremento de pessoas idosas demanda a realização e o fomento de estudos e pesquisas inter e multidisciplinares para melhor compreender o processo de

---

<sup>45</sup> O pensamento de Hannah Arendt dá o sentido e a importância do trabalho na vida das pessoas. Segundo a autora “o sentido do trabalho na condição humana vem de três elementos, quais sejam: labor, trabalho e ação (...)” O labor é atividade que faz parte “do processo biológico do corpo humano, seu crescimento espontâneo, metabolismo e eventual declínio têm a ver com as necessidades vitais produzidas e introduzidas pelo labor no processo da vida (...). O trabalho produz um mundo “artificial” de coisas (...). A ação (...) corresponde à condição humana da pluralidade [vida política] (...) pelo fato de sermos todos os mesmos, isto é, humanos, sem que ninguém seja exatamente igual a qualquer pessoa que tenha existido, exista ou venha a existir” (ARENDE, 2005, p. 15-16).

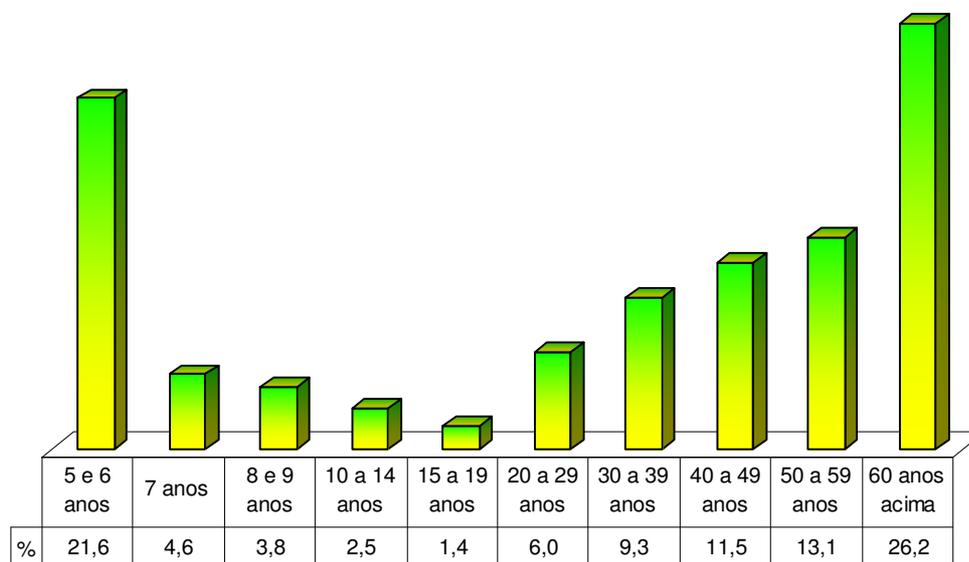
envelhecimento humano e populacional, assim como as condições socioeconômicas, culturais e as demandas e necessidades desse grupo social, com a finalidade de subsidiar o planejamento da política social nas suas diferentes áreas de intervenção. Também é importante destacar que a educação é categoria de produção de saberes humanos, de valorização das culturas e de formação ética e de opinião. Esse entendimento inscreve a educação como instrumento imprescindível à promoção da dignidade, cidadania e a qualidade de vida dos idosos e ao enfrentamento da discriminação e dos mitos associados à velhice.

Todos esses aspectos são importantes para as discussões da agenda específica deste setor, especialmente se se considerar os indicadores sociais da situação educacional da população idosa. E, ainda, para a política social como um todo, tendo em vista o papel da educação e das políticas educacionais na efetividade das demais áreas desta política.

Nesse sentido, inicia-se a reflexão sobre a área da educação, no contexto do envelhecimento, pelo problema das altas taxas de analfabetismo e da baixa escolaridade da população de 60 anos e acima, pois, embora os dados estatísticos indiquem um decréscimo do número de pessoas idosas analfabetas (de 37% em 1996 para 30% em 2006), o Brasil ainda abriga um contingente populacional de cerca de 5,6 milhões de pessoas idosas nesta condição (IBGE, 2007).

Comparando-se o analfabetismo por faixa etária, observa-se que o percentual de pessoas com idade de 60 anos e acima supera o número de todos os demais grupos etários (gráfico 14), deixando evidente que o analfabetismo é um problema que atinge significativamente a população idosa. De acordo com o gráfico 14, os percentuais de analfabetismo das coortes imediatamente anteriores (30 a 39 com 9,3%; 40 a 49 com 11,5%; e 50 a 59 anos com 13,1%) ao das pessoas de 60 anos e acima são bastante elevados. Isto, além de indicar o risco de perpetuação do analfabetismo entre a população de idade mais avançada, expõe o problema como uma grave e urgente questão política e social a ser enfrentada pelo Estado e a sociedade brasileira.

GRÁFICO 14 – PERCENTUAL DE PESSOAS ANALFABETAS SEGUNDO A FAIXA DE IDADE, EM 2006.



FONTE: PNAD/2006 (IBGE, 2007).

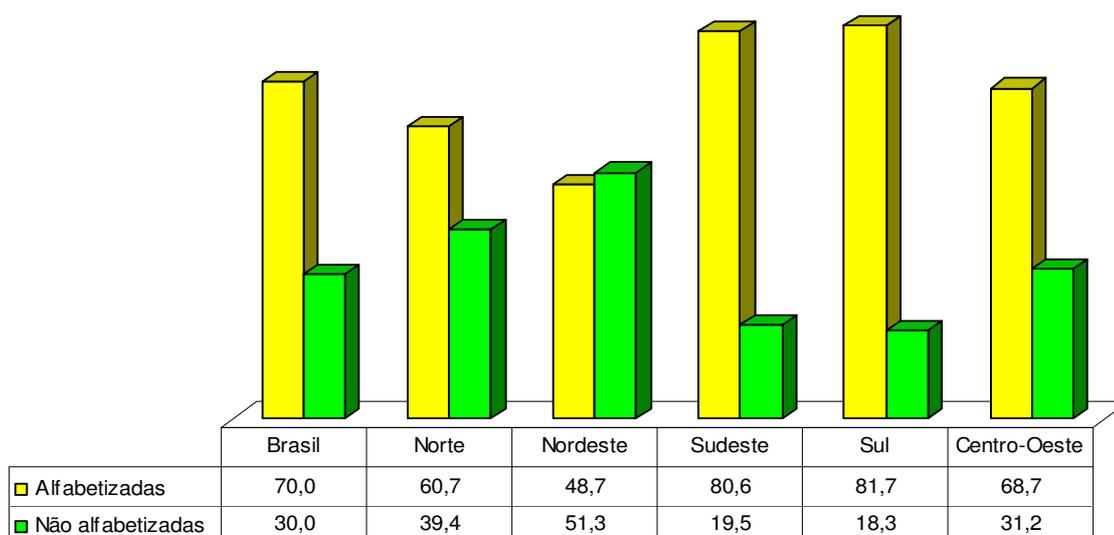
Desagregando-se os dados da situação educacional da população idosa por gênero, observa-se que as mulheres são maioria tanto entre os idosos alfabetizados como entre os não alfabetizados. De acordo com estes dados, 55% da população idosa alfabetizada são do sexo feminino e 45% são do sexo masculino. Entre os não alfabetizados 59% são do sexo feminino e 41% são do sexo masculino.

Quanto à situação de domicílio, em 2006, observa-se o seguinte: 1) a área urbana possuía 62,6% dos idosos alfabetizados, destes, 6,7 milhões eram do sexo feminino e 5,3 milhões do masculino; os idosos não alfabetizados correspondiam ao percentual de 20,3%, dos quais, 2,4 milhões mulheres e 1,4 milhões homens. Estes dados demonstram que, no meio urbano, o percentual de idosos alfabetizados é maior que o de idosos não alfabetizados. Demonstrem, também, que o número de pessoas do sexo feminino é superior ao do sexo masculino tanto entre os idosos alfabetizados como entre os não alfabetizados. 2) a área rural abrigava 8,1% das pessoas idosas alfabetizadas, das quais 837 mil eram do sexo masculino e 705 do feminino; e 9% da população idosa analfabeta, sendo que 868 mil são de homens e 840 mil de mulheres. Assim, estes números indicam que, a situação educacional da população idosa no meio rural se comporta de forma inversa ao do meio urbano. Observa-se que diferentemente da cidade, o percentual de pessoas idosas não alfabetizadas no campo é um pouco mais elevado que o das não alfabetizadas e, ainda, que o número de pessoas do sexo masculino supera o do sexo feminino tanto entre os idosos

alfabetizados como entre os não alfabetizados.

O analfabetismo e a baixa escolaridade (assim como a situação de renda e trabalho) entre a população idosa seguem o mapa do desenvolvimento e subdesenvolvimento brasileiro retratados nas desigualdades regionais<sup>46</sup>. Assim, nessa ordem, as Regiões Nordeste com um percentual de 51,3%, Norte com 39,45%, e Centro-Oeste com 31,2% abrigam, proporcionalmente, os índices mais altos de analfabetismo entre a população idosa. As Regiões Sul (18,3%) e Sudeste (19,5%) estão melhor situação, pois, como se pode observar, os números da população idosa não alfabetizada são significativamente menores que os das demais Regiões (Gráfico 15), mas não menos preocupantes do ponto de vista da cidadania de todas as pessoas idosas.

GRÁFICO 15 - PROPORÇÃO DE PESSOAS IDOSAS ALFABETIZADAS E NÃO ALFABETIZADAS, EM 2006



FONTE: PNAD/2006 (IBGE, 2007).

Entre todas as faixas etárias, a população de 60 anos e acima é a que apresenta

<sup>46</sup> De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1998), há, no Brasil, uma hierarquia da pobreza demonstrada sob a forma de uma pirâmide em cuja base se situam os estados mais pobres - todos pertencentes à região Nordeste – seguidos de perto pela Região Norte e no centro da Pirâmide a Região Centro-Oeste. No ápice estão as Regiões Sudeste e Sul, destacando-se o estado de São Paulo, acompanhado pelos do extremo sul do país (Rio Grande do Sul e Santa Catarina). Os estados do Nordeste, por sua vez, se distribuem em três substratos de renda: o inferior é constituído pelos estados mais pobres do meio-norte (Piauí e Maranhão), seguindo-se os do nordeste central (Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Paraíba e Alagoas) e, em melhor situação, os estados de Sergipe e Bahia. Também é possível identificar dois pólos críticos de pobreza, diametralmente opostos nas suas características: a região Nordeste (particularmente o nordeste rural) e as metrópoles do Sudeste (em especial as periferias urbanas de São Paulo e Rio de Janeiro). A pobreza nordestina é típica de sociedades tradicionais à margem do crescimento urbano-industrial. Em contrapartida, a pobreza nas metrópoles do Sudeste está associada, social e economicamente, à participação dessa região como centro dinâmico da economia nacional.

o menor número médio de anos de estudos - ou seja, 3,8 anos - demonstrando a baixa escolaridade desse contingente populacional. Em termos regionais os dados reproduzem o *ranking* do analfabetismo entre a população idosa, apresentando a Região Nordeste com a menor média de anos de estudos que é de 2,4, seguida da Norte com 2,9, da Centro-Oeste com 3,5, da Sul com 4,2 e Sudeste com 4,6 (Gráfico 14).

Quanto ao gênero o número médio de anos de estudos da população idosa masculina é ligeiramente superior ao da feminina. Apesar disso, como observa Camarano (2005), os ganhos mais expressivos em escolaridade foram das mulheres idosas, pois a média de anos de estudos que era de 2,9 em 1983 passou para 4,0, enquanto a dos homens idosos passou de 3,4 para 4,1 no mesmo período. Essa ligeira vantagem masculina se repete nas regiões Sudeste (5,0 para homens e 4,3 para mulheres), Sul (4,3 e 4,1) e Centro-Oeste (3,6 e 3,5). Nas demais Regiões o quadro se inverte, porém com uma diferença mínima, posto que a Região Norte registra para os homens média de 2,8 anos de estudos contra 3,0 das mulheres. Na Região Nordeste estes números são, respectivamente, de 2,4 e 2,5 anos de estudo.

A diferença de escolarização entre população idosa que mais chama atenção é a da situação de domicílio, pois se observa que, enquanto as pessoas com 60 anos e acima residentes no meio urbano freqüentaram a escola por cerca de 4,1 anos, a população idosa rural freqüentou, em média, apenas 1 ano e meio.

Quanto ao nível de escolaridade, os dados indicam que a maioria das pessoas com idade de 60 anos e mais alfabetizadas situa-se na faixa de pessoas com até oito anos de estudos. Em números relativos, isso significa que, entre a população idosa alfabetizada, cerca de 87% tem escolarização básica (ou até oito anos de estudos), 8% tem escolarização média (entre nove e doze anos) e 5% tem formação superior (com mais de 13 anos de estudos) (CAMARANO, 2005).

Ainda sobre as políticas na área da educação, cabe destacar que o envelhecimento populacional demanda uma formação de recursos humanos aptos a lidar com os desafios e oportunidades do aumento do número de pessoas idosas. Demanda ainda, a geração de pesquisas e estudos sistematizados na área de Gerontologia - ciência que se ocupa dos estudos e pesquisas sobre envelhecimento. Entretanto, os dados sobre a formação superior e pesquisa em Gerontologia, demonstram que tal área é ainda incipiente no Brasil, especialmente frente ao quadro de envelhecimento populacional que se avizinha. Conforme a Sinopse da Educação Superior, no ano de 2006 havia, no Brasil, 02 cursos de

Graduação na área de Gerontologia: um denominado “Tecnologia em Gerontologia e Desenvolvimento Social”, ministrado pela Universidade de Santa Cecília (UNISANTA), e o outro chamado de “Graduação em Gerontologia” oferecido pela Escola de Artes, Ciência e Humanidades (EACF), da Universidade de São Paulo (USP). Já com relação à pós-graduação *lato sensu*, a oferta é mais significativa. Cachioni (2002) identificou no Brasil, até o ano de 2002, 57 cursos de especialização em Gerontologia e áreas conexas, dos quais 8 estavam localizados na Região Nordeste, 35 na Sudeste e 14 no Sul. Quanto à pós-graduação *stricto sensu*<sup>47</sup>, identificou-se apenas 4 programas em Gerontologia, a saber: um na Universidade de Campinas (UNICAMP); outro na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP); outro na Universidade Católica de Brasília (UCB); e mais um na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS). Destes, somente o Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica da PUC/RS possui mestrado e doutorado, os demais oferecem apenas o curso de mestrado.

Essa pequena oferta de programas de graduação e pós-graduação – especialmente em nível *stricto sensu* – tem sido acompanhada de uma intensa expansão das chamadas “Universidades da Terceira Idade<sup>48</sup>”. Estas universidades, embora tenham este nome, se dedicam mais às ações e atividades de extensão mantidas e desenvolvidas por Instituições de Ensino Superior (IES) do que propriamente à pesquisa. Contudo exercem importante papel na formação de acadêmicos e profissionais interessados em atuar na área de Gerontologia e com a população idosa. Além disso, se dedicam à oferta de serviços destinados à promoção da qualidade de vida, saúde, participação e autonomia da população idosa local, por meio do desenvolvimento de ações educacionais e culturais que permitam a inserção social das pessoas idosas, assim como a identificação, por meio da presença deste público na universidade, de novos problemas de pesquisa de interesse multi e interdisciplinar (CACHIONI, 2002). Segundo Martins de Sá (apud Cachione, idem), no período que vai de 1990 a 1999, o número de ações e programas de extensão universitária (*locus* das Universidades da Terceira Idade) voltados para a população idosa cresceu de 6 para 140 espalhados entre 18 estados brasileiros, especialmente nas Regiões Sudeste e Sul.

Assim, não obstante o peso da extensão e da especialização *lato sensu*, observa-se um hiato na formação profissional superior e na consolidação do campo de

---

<sup>47</sup> Esta pós-graduação compreende os cursos de mestrado de doutorado

<sup>48</sup> Mais informações sobre as atividades, denominações e modalidades de ações que caracterizam as Universidades da Terceira Idade ver Cachione (2002), Mazo (1998) e Martins de Sá (2000)

pesquisa em Gerontologia diante do processo de envelhecimento em andamento no Brasil e no mundo.

A situação educacional da população idosa e dos serviços públicos oferecidos para atender as necessidades de educação formal deste segmento, bem como da formação de recursos humanos e geração de pesquisas, demonstram que as políticas na área da educação têm muito a fazer para dar conta das demandas do envelhecimento e para cumprir a legislação em vigor, nos termos do que define o artigo 10, item III da Lei 8.842 de 04/01/1994 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso; o Capítulo V da Lei 10.741 de 01/10/2003 – Estatuto do Idoso; a I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa Eixo da Educação, Cultura, Esporte e Lazer; a Carta do Fórum Nacional de Coordenadores de Projetos da Terceira Idade de Instituições de Ensino Superior e do Encontro Nacional de Estudantes da Terceira Idade de Instituições de Ensino Superior, entre outros.

- **Situação da saúde**

As características da situação da saúde da população idosa brasileira refletem o avanço das tecnologias médico-sanitárias e a disseminação dos conhecimentos em saúde que favoreceram as mudanças (para melhor) no padrão de mortalidade e morbidade<sup>49</sup> das populações.

Segundo diversos estudiosos da área de saúde, entre os quais Chaimowicz (1997); Veras et al. (2002); Veras (2002), tais mudanças expressam a *transição epidemiológica*, caracterizada a partir da combinação dos seguintes aspectos: primeiro, pela diminuição significativa das mortes por doenças transmissíveis (infecciosas) e prevalência das não transmissíveis e causas externas; segundo, pelo deslocamento da carga de morbimortalidade da população mais jovem para a idosa; e terceiro, pela prevalência das mortalidades e morbidades causadas por doenças crônicas e degenerativas. Estes aspectos, segundo Chaimowicz (idem), põem em evidência a intrínseca correlação entre a transição epidemiológica e a demográfica. Isso porque, as mudanças nelas inerentes favorecem a longevidade e, por conseguinte, o envelhecimento da população. Como afirma o autor, as pessoas passam a conviver com fatores de risco que modificam o perfil de saúde da população, os quais são passíveis de intervenção e tratamento e, portanto, implicam prolongamento da vida.

---

<sup>49</sup> Refere-se ao tempo em que uma pessoa convive com as doenças de cunho crônico-degenerativo, e que se caracterizam por uma evolução lenta e gradativa e com possibilidades de provocar algum tipo de incapacidade.

Veras (2002), também reconhece essa correlação afirmando que o Brasil, ao apresentar, na atualidade, taxas de mortalidade por doenças infecto - contagiosas 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 morbi-mortalidade próprio das idades mais avançadas. Isso é confirmado pelos Indicadores e Dados Básicos (IDB) em saúde, posto que as maiores causas de mortalidade e morbidade indicam a prevalência das doenças crônicas e degenerativas entre a população idosa brasileira.

Conforme a tabela 3, as principais causas de óbito entre população idosa, em 2005, foram: primeiro, as doenças do aparelho circulatório (36%). Este percentual é significativamente maior que todos os demais grupos de causas. Em seguida, aparece o grupo das neoplasias, com 15%, predominando os tumores de traquéia, brônquios e pulmões, assim como as neoplasias de próstata entre os homens e de mama entre as mulheres; posteriormente vêm as doenças do aparelho respiratório, com 13,1%, com prevalência de pneumonia e doenças da vias aéreas inferiores.

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS DA POPULAÇÃO IDOSA SEGUNDO AS CAUSAS DE MORTE E SEXO, EM 2005

CAUSAS	HOMENS	MULHERES	TOTAIS	PERCENTUAIS
Doenças infecciosas e parasitárias	9.106	8.602	17.708	3,0
Neoplasias	50.486	39.385	89.871	15,0
Doenças do aparelho circulatório	107.825	107.476	215.301	36,0
Doenças do aparelho respiratório	41.221	36.856	78.077	13,1
Causas externas	10.966	5.823	16.789	2,8
Demais causas definidas	44.897	49.312	94.209	15,8
Causas mal definidas	44.044	41.991	86.035	14,4

FONTE: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-SUS) do Ministério da Saúde.

Segundo o *ranking* dos percentuais, observa-se que o grupo “Demais causas definidas” (15,8%) figuraria em segundo lugar; contudo isso não deve ser considerado porque o mesmo traz o somatório de todos os demais grupos da Lista de Tabulação por Morbidade utilizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>50</sup>.

Por outro lado, o grupo das “Causas mal definidas” que figuraria em quarto lugar merece ser comentado, uma vez que engloba os óbitos classificados como “sem assistência médica” e aqueles cuja causa básica não foi identificada. Segundo Lima-Costa, Peixoto e Giatti (2004) os riscos de morte sem assistência médica entre os idosos são

<sup>50</sup> Sobre isso ver <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/mxqid10lm.htm>>.

acentuadamente mais altos que os da população jovem e aumenta com a idade, atingindo índices mais elevados entre a população de 80 anos e acima em ambos os sexos<sup>51</sup>. Além disso, observa-se, a partir dos dados de 2004, que a proporção de óbitos por causas não definidas (23,7%) e sem assistência médica (16,6) na Região Nordeste e de 20,8% e 13,0%, respectivamente, na Região Norte foram significativamente superiores aos percentuais das demais Regiões do País (observe-se a Região Sul com 6,2 e 2,3; Sudeste com 8,5 e 2,2; e Centro-Oeste 5,8 e 1,4, respectivamente). Estes dados, segundo aqueles autores sugerem a necessidade de se averiguar a qualidade das informações e de se investigar os fatores que mantém alto o percentual de mortes de pessoas idosas sem assistência. Tais dados também reforçam o problema da desigualdade regional patente nas políticas sociais, particularmente, as destinadas à população idosa. A realidade desses números revela que o acesso e a qualidade da assistência médica recebida pela população idosa deixam a desejar, requerendo intervenções no sentido da efetiva universalização do acesso de toda a população ao sistema de saúde. Ademais, passa por questões que vão desde a qualificação e disponibilização<sup>52</sup> de profissionais aptos a lidar com as peculiaridades do processo de envelhecimento humano e populacional (pois sabe-se que as pessoas idosas apresentam com maior frequência sintomas atípicos de doenças e co-morbidades, cujo diagnóstico e tratamento precisos exigem dos profissionais em saúde amplos conhecimentos na área de Geriatria e Gerontologia) até a melhoria na qualidade da informação prestada pelos sistemas de informações em saúde.

Analisando-se ainda, os dados da tabela 3, observa-se nos números absolutos a prevalência da sobremortalidade da população idosa masculina. Sobre esse fato, Maia et al. (2006) afirmam que ele está relacionado com os seguintes fatores: diminuição da mortalidade por causas maternas; maior preocupação das mulheres com a saúde - fazendo com que as mesmas procurem mais os serviços de saúde, o que facilita o diagnóstico e o tratamento precoce das doenças - as diferenças biológicas que, naturalmente, colaboram com a proteção da saúde da mulher (como, por exemplo, o hormônio feminino); maior permanência das mulheres no ambiente mais seguro do lar; maior exposição da população masculina a ambientes de risco, aumentando as chances de acidentes de trabalho, trânsito, homicídios, bem como o estresse associado às mudanças socioeconômicas; e maior opção masculina por estilos de vida que aumentam o risco de doenças – consumo de álcool, fumo, sedentarismo, entre outros. Goldani (1999, p 79), por sua vez, afirma que

---

<sup>51</sup> Sobre esse assunto ver também Mathias et al. (2005).

<sup>52</sup> De acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), havia, em 2005 no Brasil, 600 médicos geriatras e uma população de idosos de 16,4 milhões. Isso correspondia a um geriatra para cada 27 mil idosos naquele ano.

Homens e mulheres vivem e envelhecem de forma diferente. Há fatos básicos que distinguem a mulher idosa do homem idoso e como tal afetam seus processos de envelhecimento e diferenciam suas vidas. (...) [À] medida que envelhecem, homens e mulheres se tornam menos parecidos e todas as conseqüências das diferenças (...) – gênero, raça, classe social, situação marital, cuidados prévios com a saúde etc. – se juntam e aparecem como determinantes para a sua saúde e longevidade. (p. 79)

Assim, a diversidade dos aspectos que moldam as condições de vida de homens e mulheres idosos constitui indicador dos caminhos a serem seguidos pelas políticas sociais, pois informam a necessidade de ações que levem em conta não só as diferenças de gênero, mas, sobretudo, fatores culturais, sociais e econômicos que podem contribuir ou dificultar a qualidade de vida na velhice e que se relacionam com as condições de saúde de cada pessoa.

Em vista do exposto, cabe destacar que, segundo dados da PNAD<sup>53</sup>, em 2003 apenas 22,4% da população de 65 anos e acima declararam não ter doença crônica. Deste universo, 1,4 milhões eram do sexo masculino e 1,2 milhões do feminino. Por outro lado, grande parte desta população (77,6%) informou possuir algum tipo de doença crônica, sendo 36,9% portadores de três ou mais doenças crônicas, 34,1% de uma e 29% de duas. Em todos os casos o número de mulheres idosas foi superior ao dos homens.

A prevalência de doenças crônicas no sexo feminino confirma-se quando se observa que, do percentual de pessoas idosas que declaram ter alguma doença crônica, 3,6 milhões (40%) são homens e 5,4 milhões (60%) mulheres (Gráfico 16). Observa-se ainda que quanto mais avançada for a idade, maior será a prevalência de doenças crônicas, sendo as mulheres as mais afetadas. Isso significa que, à luz da transição epidemiológica e demográfica as mulheres idosas, por viverem mais tempo, experimentam também mais tempo de morbidade ou dependência.

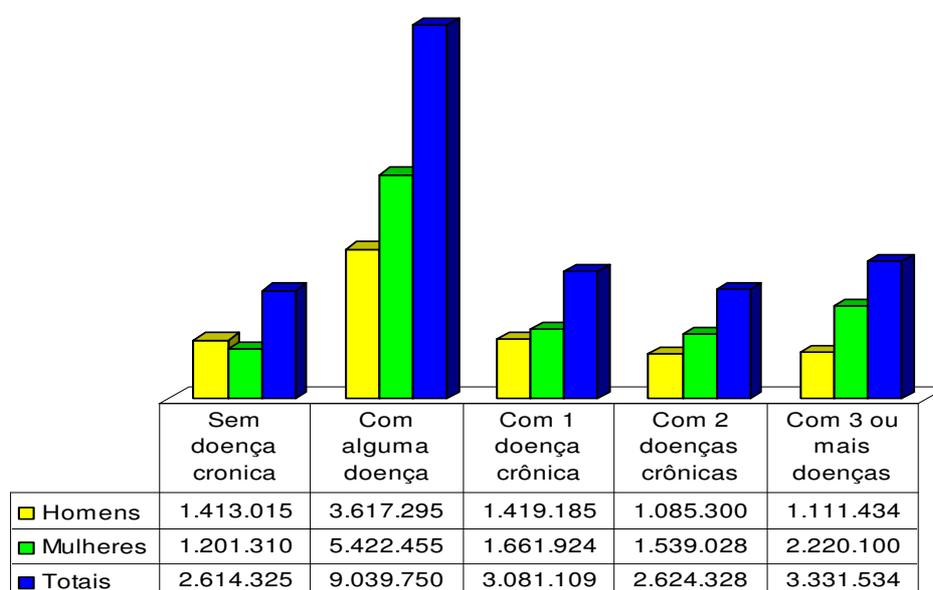
A presença de qualquer tipo de dependência predispõe a pessoa idosa à necessidade de cuidados seja dos familiares ou de instituições apropriadas para tal fim. Segundo Camarano (2006), cerca de 13,3% (2,0 milhões de pessoas, sendo 58% de homens e 42% de mulheres) dos idosos, no Brasil, eram incapazes de realizar alguma

---

<sup>53</sup> A PNAD de 2003 registra dados mais recentes sobre a saúde da população brasileira, porém lamenta-se que o corte etário utilizado para a tabulação dos dados sobre a população idosa foi de 65 anos, o que prejudica as informações sobre este contingente populacional, posto que, no Brasil, desde a promulgação da Lei 8.842 de 04/01/1994 considera-se idoso a pessoa maior de 60 anos de idade.

Atividade da Vida Diária (AVD)<sup>54</sup>. Isso explica porque, em 2003, cerca de 11,8% da população idosa brasileira residiam em casas de parentes e dependiam do apoio familiar. Deste grupo populacional, 76% eram formados por idosos do sexo feminino dos estratos mais pobres, que apresentavam as piores condições de saúde e menor autonomia funcional. Ainda segundo Camarano, naquele ano, havia, no Brasil, cerca de 107 mil pessoas idosas institucionalizadas (cerca de 1% da população idosa), dos quais 57% eram do sexo feminino e 43% do masculino.

GRÁFICO 16 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DE 65 ANOS E ACIMA POR SEXO E SITUAÇÃO DE SAÚDE, EM 2003



FONTE: PNAD/2003 (IBGE, 2004).

Quanto à cobertura de planos de saúde, em 2003, segundo a PNAD, cerca de 29,8% da população idosa estava coberta por plano de saúde privado. Isto revela que pelo menos 70,2% deste segmento populacional depende dos serviços de saúde do SUS. Do total de pessoas idosas cobertas por plano de saúde privado, 60,3% era do sexo feminino, o que se deve ao fato de a maioria destas mulheres (72,7%) serem dependentes de um titular de plano de saúde privado.

<sup>54</sup> Wikins, Law e Lets (apud Lebrão e Duarte, 2007, p. 200) dividem as atividades da vida diária em: "a) *básicas* (ou ABVD – Atividades Básicas da Vida Diária) relacionadas à capacidade de autocuidado (alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, mobilizar-se, utilizar banheiro para eliminações de forma independente e deambular; b) *instrumentais* (ou AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária): fazer compras, tomar os próprios medicamentos, utilizar transporte, cuidar da casa, administrar as próprias finanças, indicando capacidade de levar uma vida comunitária independente." A ausência de capacidade para desenvolver qualquer uma dessas atividades caracteriza a dependência funcional. No entanto, Camarano (2006) lembra que há outro tipo de dependência, qual seja aquela proveniente da baixa renda ou de sua falta, fazendo com que a pessoa idosa dependa economicamente de outras pessoas.

Em relação ao uso e acesso aos serviços de saúde, PNAD 2003 informa, ainda que, 62% das pessoas no Brasil declararam ter procurado consulta médica em 2003. Em termos proporcionais a maior procura foi da população de 65 anos e acima (cerca de 79,5%), dos quais a maioria era do sexo feminino. Dentre os 25,7 milhões (14,6%) de pessoas que, no intervalo de 15 dias antecedentes à PNAD/2003, procuraram algum tipo de atendimento de saúde, 2,9 milhões (25,1%) tinham 65 anos e acima, observando-se ser a maioria do sexo feminino.

Neste mesmo período, ocorreram 12,3 milhões de internações, sendo que, entre os grupos etários, o coeficiente de maior internação se deu no segmento populacional de 65 anos e acima (de cada 100 pessoas idosas 14 foram internados). Cenário semelhante foi observado pela pesquisa realizada por Peixoto et al. (2004), sobre os custos hospitalares entre idosos no SUS. Segundo dados desta pesquisa, a população de 60 anos e acima respondia, em 2001, por 33,5 % das internações, observando-se que o número de internações de mulheres (1.085.880 ou 50,4%) foi ligeiramente superior ao masculino (1.067.214 ou 49,6%). Estas internações consumiram cerca de 37,7% do total de recursos utilizados nesta modalidade de serviço, donde se conclui que a razão custo/habitante deste grupo populacional foi maior que nos demais segmentos (0,7 para a faixa de 20 a 59 e de 2,6 para 60 anos e acima) e que, entre a população idosa, a razão aumenta com idade (2,2 para a faixa de 60 a 69 anos; 3,1 para a de 70 a 79 e de 3,7 para a de 80 anos e acima).

Estes dados sobre as condições de saúde, uso e acesso da população idosa aos serviços na área da saúde indicam que o envelhecimento populacional é um fator de impacto no sistema de saúde. Tal impacto tem duplo desafio para a política pública neste setor. O primeiro é o de formular e implementar ações compatíveis com as demandas advindas das transformações epidemiológicas e demográficas. O segundo é o de minimizar o impacto financeiro decorrente do aumento na demanda por serviços de saúde em função do incremento da população idosa. Sendo assim, se presume que as ações nesta área implicam adoção de medidas destinadas a manter a pessoa idosa o maior tempo possível saudável, independente e ativo. Ou, se isso não for possível, que ela viva com a máxima qualidade de vida. Isso significa ter sua dignidade e direitos de cidadania assegurados.

O conjunto de informações sócio-demográficas<sup>55</sup> aqui apresentado não esgota o leque de dados sobre as características e condições de vida da população idosa – isto inclusive, não é objetivo desta pesquisa. Contudo, expô-los, além de contribuir para divulgar e informar à sociedade sobre as condições de vida deste grupo social, auxilia a reflexão

---

<sup>55</sup> Mais informações sobre isso ver Camarano (1999 e 2004).

sobre a agenda da política social formulada para realizar os direitos deste segmento populacional. Essa reflexão também suscita discutir e destacar os aspectos relevantes e comuns do fenômeno do envelhecimento populacional no Brasil.

### **2.2.1 Aspectos relevantes e comuns do fenômeno do envelhecimento populacional**

O Brasil, assim como os demais países da América Latina e Caribe, apresenta alguns aspectos sócio-demográficos comuns no envelhecimento de suas populações e que merecem um olhar diferenciado no que se refere à atenção das políticas públicas, tendo em vista as diferentes manifestações que estes eventos podem assumir na dinâmica do processo de envelhecimento populacional. São eles: 1) *predomínio da população feminina*, caracterizando o que a literatura convencionou chamar de “feminização da população idosa”; 2) *maior crescimento dos grupos etários mais idosos*; e 3) *concentração de pessoas idosas nas regiões e centros urbanos mais desenvolvidos* – como reflexo do fenômeno de industrialização/urbanização.

O *predomínio da população feminina* é demograficamente observável a partir da razão de gênero ou sexo<sup>56</sup>. Segundo a CEPAL (2007a), a razão de sexo, na Região da América Latina e Caribe, em 2007, era de 116 mulheres de 60 anos e acima para cada 100 homens na mesma situação etária.

No Brasil, segundo a PNAD a razão entre os sexos da população de 60 anos e acima, em 2006, se situava em torno de 78 homens para cada grupo de 100 mulheres. Na faixa etária de 60 a 64 anos esta relação era de 85; na de 65 a 69 de 82; na de 70 a 74 de 75; na de 75 a 79 de 73; e na de 80 anos e acima de 62 homens para cada 100 mulheres. Estes dados demonstram que à medida que avança a idade, se intensifica a sobrerrepresentação feminina entre a população idosa. Observe-se que, enquanto a população masculina de 60 a 64 anos (45,9%), precisa subir 8,2 pontos percentuais para se

---

<sup>56</sup> A razão de gênero ou razão de sexo mede a relação entre o número de pessoas do sexo masculino para cada 100 do sexo feminino. Segundo o IBGE (2007), a razão de sexo da população brasileira, como um todo, em 2007, indicava haver 95 pessoas do sexo masculino para cada 100 do sexo feminino.

igualar à feminina nessa faixa etária (54,1%), a população masculina de 70 anos e acima (42,1%), por seu turno, precisa evoluir em 15,9 pontos percentuais para alcançar a população feminina neste grupo etário (57,9%)(Tabela 4).

Em termos relativos a população idosa feminina apresentava um percentual de 55,9 % (10,6 milhões) contra 44,1% (8,4 milhões) de pessoas do sexo masculino com 60 anos e acima, conforme mostra a tabela 4.

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA POR GRUPO DE IDADE E SEXO EM NÚMEROS ABSOLUTOS E PERCENTUAIS NO BRASIL, EM 2006

BRASIL E GRUPOS DE IDADE	POPULAÇÃO IDOSA	HOMENS IDOSOS	% DE HOMENS IDOSOS	MULHERES IDOSAS	% DE MULHERES IDOSAS	DIFERENÇA EM PONTOS PERCENTUAIS
Brasil	19.077	8.406	44,1	10.671	55,9	11,9
60-64 anos	5.824	2.674	45,9	3.150	54,1	8,2
65-69 anos	4.721	2.143	45,4	2.578	54,6	9,2
70 anos e acima	8.532	3.589	42,1	4.943	57,9	15,9

Fonte: PNAD 2006 (IBGE, 2007).

A predominância de pessoas do sexo feminino entre a população idosa tem implicações sociais, econômicas e culturais relevantes que requerem um olhar mais acurado das políticas públicas, e particularmente da política social. E, nesse sentido, chama atenção a persistente desigualdade e discriminação experimentada por este segmento populacional no contexto de sua realidade. Ou, mais notadamente, em fatos como o dos menores rendimentos<sup>57</sup> auferidos pelas mulheres, concentração da mão-de-obra feminina nas atividades informais de menor ou sem remuneração como as atividades do lar, entre outros. Some-se a isso, o eminente risco de isolamento da população feminina em função das transformações nas relações de gênero, na nova configuração e tamanho das famílias<sup>58</sup> e menor nupcialidade feminina<sup>59</sup>.

Considerando que o cuidado e suporte informal às pessoas idosas é papel quase exclusivo das famílias e nestas das mulheres, as próprias mudanças no curso de vida

<sup>57</sup> O IBGE (2007) afirma que, em 2006, o rendimento médio de todos os trabalhos cuja mão-de-obra é feminina equivalia a 65,6% da remuneração média masculina.

<sup>58</sup> Segundo Camarano (IDEM), o tamanho médio de todas os tipos de arranjos familiares decresceu de 4,68 em 1980 para 3,53 em 2003. No universo destas famílias as do tipo nuclear aumentaram seu percentual de 74,76 para 78,78, enquanto as extensas diminuíram de 25,24 para 21,22 respectivamente em 1980 e 2003. Neste período também aumentou o percentual de famílias do tipo nuclear com idosos que passou de 51,47 para 61,04 e, obviamente, decresceu as do tipo extensa com idosos de 43,02 para 38,96.

<sup>59</sup> Os dados sobre o estado conjugal de homens e mulheres sugerem a vulnerabilidade da mulher ao isolamento. De acordo com Camarano (2005) em 2000, o percentual de mulheres idosas casadas era de 40,8 contra 77,3 dos homens; os números relativos aos homens idosos separados, desquitados e divorciados eram de 6,2 contra 11,8 de mulheres idosas na mesma situação; a população idosa de viúvas era de 40,8 contra 12,4 de viúvos idosos; já o percentual de mulheres idosas solteiras era de 6,6 contra 4,0 de homens idosos.

destas pessoas as levam cada vez mais a agregar novas atividades à sua labuta diária, colocando na pauta da feminização do envelhecimento as seguintes questões: primeiro o fato de que este segmento ao envelhecer também precisa de cuidado e aí surge a pergunta: quem vai cuidar destas idosas? Segundo, destaca-se o fato de o envelhecimento deste contingente promover a diminuição do estoque de cuidadores na sociedade – já que cuidar tem sido historicamente um papel da mulher - e, nesse sentido, várias questões são emergentes, entre elas, as seguintes: que novos atores podem suprir e compor tal estoque? Como a política social pode enfrentar esse problema?

Goldani (1999, p. 109) observa que a “fragilidade das mulheres idosas vem marcada pelas desigualdades de gênero que, somadas às desigualdades estruturais brasileiras, coloca a feminização da velhice como um elemento fundamental das (...) políticas sociais e desafia os contratos de gênero e intergeracionais vigentes. Camarano (2003, p. 35), por sua vez, destaca que a preocupação com o fenômeno da feminização do envelhecimento “decorre do fato de se encarar este contingente como dependente e vulnerável não só do ponto de vista econômico, como também das debilidades físicas, o que pode acarretar perdas de autonomia e incapacidade para lidar com as atividades do cotidiano”. Portanto, qualquer seja o aspecto, a feminização da velhice e os seus desdobramentos devem ser considerados no planejamento e formação da política social para população idosa. Do contrário, o legado do envelhecimento da mulher brasileira poderá ser o constrangimento e abandono da velhice feminina.

Na esteira da feminização da velhice, os anos vividos a mais pela população idosa também é um aspecto relevante do envelhecimento populacional e chama atenção para o fenômeno do *envelhecimento do envelhecimento*. Tal fenômeno é resultado do aumento significativo das faixas de maior idade na pirâmide etária das populações. Segundo a ONU entre as pessoas de 60 anos e acima, a população que cresce mais rapidamente é a de 80 anos e acima. Atualmente, uma de cada 8 pessoas de 60 anos e acima tem 80 anos ou mais. Estima-se que até 2050 para cada grupo de 10 pessoas, duas terão idade de 80 anos e acima. A CEPAL (2007b), por sua vez, referindo-se à população da América Latina e Caribe de 75 anos e acima comparativamente ao grupo etário de 60 a 74 anos, estima que o percentual deste último grupo, estava em torno de 25% no ano de 2000 e poderá atingir o número de 36,3% do total de pessoas idosas em 2050.

No Brasil, segundo Camarano, kanso e Mello (2004), ao se desagregar o segmento populacional de idosos nos subgrupos de 60 a 79 anos e de 80 anos e acima, observa-se que o peso relativo deste último é significativo, uma vez que apresentou um

crescimento de 8,7% em 1960 para 12,6% em 2000, crescimento, esse, que inclusive, preservou as características de gênero, ou seja, o predomínio da população idosa feminina sobre a masculina (Tabela 5).

TABELA 5 - RELAÇÃO ENTRE A POPULAÇÃO IDOSA E A MAIS IDOSA POR SEXO NO PERÍODO DE 1940-2000

ANOS	75 ANOS ACIMA/60 ANOS ACIMA			80 ANOS ACIMA/60 ANOS ACIMA		
	TOTAL	HOMENS	MULHERES	TOTAL	HOMENS	MULHERES
1960	17,4	15,6	19,2	8,7	7,3	10,2
1970	19,2	17,4	20,8	10,3	8,9	11,6
1980	19,7	18,1	21,2	8,2	7,0	9,3
1991	22,6	21,0	23,9	10,5	9,3	11,6
2000	24,8	23,1	26,2	12,6	11,2	13,8

FONTE: IBGE/Censos demográficos de 1940, 1970, 1980, 1981 e 2000 (Camarano, 2005)

Seguindo ainda na discussão das feições gerais do envelhecimento populacional, outro aspecto que sobressai em importância é a concentração da população idosa nas áreas urbanas. De acordo com a CEPAL (idem) a concentração urbana da população idosa na Região da América Latina e Caribe aumentou de 60% em 1970 para 80% em 2005 e seguirá ampliando-se até chegar em 2050 com o percentual de 85%.

No Brasil, de acordo com os dados do Censo de 1960 e PNAD 2006, a população urbana de 60 anos e acima, que era de 51,5% em 1960 evoluiu para 83% em 2006. A rural, por seu turno, decresceu de 48,4 para 17% neste mesmo período. A concentração da população idosa no meio urbano pode ser observada nos dados da tabela 6, demonstrando que, em 2006, dos 19.077 milhões de pessoas idosas brasileiras, 15.828 viviam na área urbana e apenas 3.249 na área rural. Tal concentração também é observada na distribuição regional dos idosos, conforme demonstrado nos números percentuais de idosos residentes no meio urbano e rural em cada região (tabela 6).

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL POR ÁREA URBANA E RURAL, EM 2006

BRASIL E REGIÕES	POPULAÇÃO IDOSA URBANA		POPULAÇÃO IDOSA RURAL	
	NºS	PROPORÇÃO	NºS	PROPORÇÃO
Brasil	15.828	83,0	3.249	17,0
Norte	737	3,9	241	1,3
Nordeste	3.490	18,3	1.485	7,8
Sudeste	8.296	43,5	742	3,9
Sul	2.386	12,5	608	3,2
Centro-Oeste	917	4,8	172	0,9

FONTE: PNAD/2006 (IBGE, 2006).

Quanto ao gênero observa-se concentração da população idosa feminina na área urbana. No meio rural, por sua vez, há predomínio da população masculina. Em

números absolutos vivem, em 2006, nas áreas urbanas brasileiras, 9,1 milhões de mulheres de 60 anos e acima contra 6,7 milhões de homens na mesma faixa etária. Na zona rural o predomínio masculino é de 1,7 milhões de homens idosos contra 1,5 milhões de mulheres idosas.

A concentração urbana resulta da combinação da queda das taxas de fecundidade com a intensificação da migração de pessoas do meio rural para os grandes centros em busca de melhores condições de vida. Estruturalmente, isto está relacionado com o problema dos desequilíbrios no desenvolvimento socioeconômico regional que gera as dualidades campo/cidade e centro/periferia. No contexto dessa dualidade, as pessoas buscam melhores condições de vida e lutam pelo acesso às políticas sociais que são mais acessíveis na “cidade” ou no “centro”.

Para Camarano e Abramovay (1999), esse quadro responde pelo fenômeno do envelhecimento urbano e a feminização deste, assim como pela masculinização da população que vive no campo. Portanto, estes aspectos são importantes no momento da formação da agenda da política social para a população idosa, especialmente porque o alcance e a proteção dessas políticas têm se mostrado limitados frente à realidade das condições socioeconômicas dos idosos brasileiros.

Sabe-se que, onde a distribuição de bens e serviços públicos não é efetiva, cria-se um terreno fértil para a violência, o aprofundamento da pobreza, entre outras conseqüências que agravam as condições socioeconômicas de segmentos socialmente vulneráveis. Este é o caso da população idosa, cuja vulnerabilidade além de propiciada pelos eventos naturais do processo de envelhecimento, também é afetada pelo conjunto de problemas decorrentes dos conflitos de distribuição de bens e serviços públicos.

Ilustrando essa assertiva, Barros, Mendonça e Santos (1999) referindo-se à questão do trabalho, afirmam que os idosos pela dificuldade de inserção no mercado de trabalho, constituem uma parcela vulnerável da população, potencialmente sujeita ao estado de pobreza, posto que a empregabilidade declina com a idade e, leva à dificuldade de obtenção de renda. Em tal situação as pessoas idosas passam a depender significativamente de outras fontes de renda, principalmente da aposentadoria, pensões e benefícios, exatamente num período da vida em que a garantia de boas condições de vida passam a demandar maior investimento em saúde e cuidados, cuja estrutura dos gastos é, muitas vezes, mais dispendiosa.

Em síntese, esta *revisão dos aspectos sócio-demográficos* da população idosa

brasileira permite afirmar que o envelhecimento populacional além de ser, no Brasil e em toda a Região da América Latina e Caribe, um fenômeno social irreversível, tem significativos desdobramentos para as políticas sociais. Estes desdobramentos dizem respeito aos impactos e desafios do aumento do número de pessoas idosas nos sistemas de proteção social e nas relações sociais, bem como nas respostas que vêm sendo dadas a estes eventos, os quais passam pela garantia dos direitos de cidadania deste contingente populacional.

Em vista disso, e com a finalidade de subsidiar a compreensão e análise das respostas políticas ao envelhecimento no Brasil, discutir-se-á, no capítulo seguinte, aspectos teóricos referentes à política pública como instrumento de concretização de direitos.

### **CAPÍTULO 3**

#### **A POLÍTICA PÚBLICA NO CONTEXTO DO ENVELHECIMENTO: DIMENSÕES TEÓRICO-CONCEITUAIS**

O presente capítulo, assim como os que o antecederam, completa o escopo teórico que referenda esta pesquisa. Este escopo busca reunir um conjunto de conhecimentos para auxiliar a compreensão do processo de envelhecimento humano e populacional no contexto da política social brasileira.

De acordo com Chauí (1997), a teoria constitui um sistema ordenado e coerente de proposições e enunciados, destinados a descrever e explicar os fenômenos, permitindo compreendê-los e interpretá-los em toda a sua dinâmica. Daí a importância desta pesquisa dedicar-se aos conhecimentos que tratem do processo de envelhecimento humano e populacional e da política pública. Isso porque esta pesquisa se ocupa da análise da agenda de política social para a população idosa.

Os conhecimentos tratados nesse escopo teórico versam sobre as categorias analíticas definidas pela pesquisa, que são o envelhecimento humano, envelhecimento populacional e a política pública. Assim, enquanto o primeiro e segundo capítulos se dedicaram aos conhecimentos acerca da definição, dinâmica e descrição do envelhecimento humano e populacional e das condições sociais e demográficas da população brasileira, este terceiro capítulo aborda a política pública e suas dimensões conceituais, concepções teóricas de análise, implicações para a realidade do envelhecimento populacional e da velhice, e os fundamentos desta política a partir do enfoque da cidadania ampliada.

### 3.1 A Política pública: dimensões conceituais

Explicitar o *conceito* de política pública poderia ser uma tarefa simples se o que se pretendesse fosse apenas entender seu sentido nominal. Porém, o que se persegue nesta abordagem é uma *explicação* que conduza ao entendimento de como se dá a produção de tal política no contexto da relação entre Estado e sociedade, que nem sempre é de reciprocidade, mas também de antagonismo.

Segundo Monteiro (1982), a literatura sobre o conceito da política pública é vasta. Grande parte das discussões em torno dele costuma privilegiar alguns aspectos em detrimento de outros, o que significa imprimir ao conceito um sentido subjetivo. Souza (2003), por sua vez, diz que não há uma definição única para a política pública e/ou mesmo completo. Para Monteiro (*idem*) esta dificuldade é própria de categorias que podem ser apreendidas sob vários ângulos e, nesse caso, o melhor a fazer é estreitar o conceito, buscando aproximá-lo da situação que demanda intervenção da política pública.

Refletindo sobre as considerações desses autores, tendo em conta o tema e objeto da pesquisa já explicitados na introdução desta tese, buscar-se-á adotar um conceito que seja coerente com a perspectiva histórico-estrutural adotada para orientar metodologicamente o desenvolvimento desta pesquisa. Essa perspectiva tem por princípio o conhecimento da totalidade do objeto, que por sua vez é construída socialmente a partir da atividade humana (BERGER e LUCKMANN, 2004). Assim, considerando que, desde os capítulos iniciais, o envelhecimento vem sendo tratado como uma realidade histórica definida a partir dos aspectos biopsicossociais – que expressam a relação entre o sujeito idoso e o meio em que ele vive - a compreensão das políticas públicas destinadas a atender esse segmento também deve partir desta realidade.

Tal realidade nada mais é do que o dia-a-dia da pessoa idosa, qualificado por suas ações, necessidades materiais e imateriais, experiências e relações consigo mesmo, bem como com a estrutura social e produtiva que as comportam. Segundo Arendt (2005, p. 60-61), a apreensão da realidade somente se dá quando ação e pensamento são levados à público, afirmando que “aquilo que é visto e ouvido pelos outros e por nós mesmo constitui a realidade (...). Nossa percepção da realidade depende totalmente da aparência e, portanto, da existência de uma esfera pública”. A exposição pública da realidade de vida da pessoa

idosa vem sendo realizada por meio do envelhecimento populacional, que é um fenômeno de feições capazes de modificar a ordem das diferentes relações que se estabelecem na sociedade. Daí a sua emergência na esfera pública exigindo a intervenção de política pública para agir na regulamentação da ordem modificada.

A esfera pública abriga toda a pluralidade (diferenças, divergências, conflitos e contradições) da ação humana. Nela surge o *corpus* político formado pelos diferentes grupos que se juntam para discutir e defender interesses, bem como pactuar as decisões sobre os desafios que emergem da realidade do convívio em sociedade, sendo, portanto, nesse espaço que as decisões ganham legitimidade e passam a integrar as agendas do Governo. Com essa configuração, a esfera pública além de se qualificar como o *lócus* da política, também lhe atribui significado, pois com afirma Colliot Thélène (1999), o

termo “política” tem caráter subjetivo e polissêmico e dentre as diversas noções que podem definir seu conceito também se enuncia a *localização* da política no contexto de sua relação com os aspectos econômicos e sociais; e as *implicações* que ela engendra, qual sejam: *o poder, a emancipação, e liberdade*.

Nesses termos, a política é indissociável da esfera pública, já que é nela que se formam as forças sociais que determinam tanto os conflitos como os consensos em torno das decisões políticas. Segundo Nascimento (2005), estas relações da esfera pública podem pressionar a estrutura política (Estado/governo) a agir e negociar com os diferentes segmentos sociais, que geralmente são os principais demandantes de política pública. Isso indica que a esfera pública é o *lócus* privilegiado da relação entre o Estado e a sociedade.

Portanto, no momento em que o Estado é intimado a agir, isto é, a colocar em prática as decisões pactuadas na esfera pública, a política passa a assumir a qualidade “pública”, ou como afirma Rua (1997), surge como produto de uma atividade em que o consenso se revela preferencial à coerção na resolução dos conflitos de poder e de interesses envolvendo bens e serviços públicos. Isso leva a discussão sobre a política pública para campo das relações sociais e econômicas e da cidadania fazendo com que sua definição observe também o contexto da produção e reprodução destas relações, na perspectiva dos direitos.

Assim não é possível dissociar a discussão da política pública da realidade do regime econômico e social do capitalismo atual e das suas garantias cívicas. E, neste sentido, as desigualdades e injustiças sociais experimentadas por amplas parcelas da população em todo o mundo indicam que o regime capitalista não é compatível com a extensão da cidadania, especialmente a social, que requer intervenção ativa do Estado na

economia e na sociedade.

Mas, essa intervenção, para ser compatível com a cidadania, exige um Estado comprometido com o bem estar social dos cidadãos. No entanto, se sabe que este comprometimento requer uma sociedade permanentemente atenta ao modo como o Estado age e atua, sob pena de que, se não o fizer, deixa a esfera estatal a mercê dos interesses privatistas hegemônicos. Assim, a lógica da esfera e da política pública apresenta a participação como o caminho mais apropriado para a defesa e o exercício da cidadania. A busca por igualdade e justiça social somente se faz com uma sociedade atuante e segundo Gonh (2002, p. 316-318),

ressignificada na idéia de participação civil, de exercício de civilidade, de responsabilidade social dos cidadãos como um todo (...) [Tal] participação da sociedade civil se faz neste contexto não apenas para ocupar espaços antes dominados por representantes de interesses econômicos, enclavados no Estado e seus aparelhos (...) [mas, sobretudo] para democratizar a gestão da coisa pública (...).

Portanto, dadas essas considerações, a realidade do envelhecimento humano e populacional, e o direito à vivência da velhice com dignidade e respeito, a *definição de política pública* que norteia as reflexões desta pesquisa é a de Pereira (apud Degennszajh 2000, p. 59) que a compreende como “ação coletiva que concretiza direitos sociais declarados em lei”. Tal compreensão parte do pressuposto de que é

mediante as políticas públicas que são distribuídos ou redistribuídos os bens e serviços sociais, em resposta às demandas da sociedade. (...). Embora as políticas públicas sejam de competência do Estado, não representam decisões autoritárias do governo para a sociedade, mas envolvem relações de reciprocidade e antagonismo entre essas duas esferas (DEGENNSZAJH, 2000: p. 59)

Ou, como afirma Lima Jr (2001, 73),

O elemento “público” aí referido não tem a intenção de estabelecer uma distinção absoluta em relação ao “privado”. O sentido de “público, nos nossos dias, está relacionado a uma compreensão de vida em sociedade, ao bem comum, independentemente de serem o Estado ou outros organismos sociais os agentes envolvidos na consecução do bem social. O desenvolvimento de políticas públicas sociais não está restrito, portanto ao Estado – embora seja este (e assim deva continuar sendo) seu principal executor. Mas também as organizações não governamentais e as empresas são capazes de desenvolvê-las (...).

Assim qualificada, a política pública é reconhecida como elemento histórico e estrutural resultante dos conflitos e contradições próprios da produção de reprodução da vida em sociedade e, por isso, se objetiva na luta social pelo acesso a bens e serviços públicos, indicando assim, sua essência dialética.

Essa essência dialética da política pública rejeita a visão funcionalista. Isso porque tal visão a entende como uma função integrante do sistema político interativo<sup>60</sup>, que segundo Easton (1968, p. 89) tem a seguinte configuração: trata-se de “conjunto de interações abstraídas da totalidade do comportamento social, através dos quais os valores são alocados autoritariamente para a sociedade”. Tais interações, para a visão funcionalista<sup>61</sup>, visam à coesão e à solidariedade social.

Porém, a interatividade, a coesão e a própria solidariedade social não ocorrem sem a interferência dos atores organizados para tal fim. Como já indicado toda organização social se dá na esfera pública onde agem diversos atores com interesses diferentes. Portanto é natural que haja mais contradição do que convergência. Segundo Baldwin (apud Demo, 1995, p. 227), o funcionalismo acredita na “manutenção de padrões e controle da tensão” e tem como pressuposto a idéia de que a “funcionalidade parece excluir o conflito causador de superações históricas”, o que leva à inferência de que a análise funcionalista ou não está interessada ou desconsidera os conflitos e a importância das determinações históricas que agem na definição e determinação dos fenômenos.

Isso explica porque o funcionalismo se opõe à dialética, pois esta tem como principais categorias de análise a contradição e o movimento histórico que, além de responderem pelas transformações sociais, podem explicar como os fenômenos surgem. Konder (2005), com base em Lukács, afirma que a dialética enxerga, por trás dos fenômenos, os processos e inter-relações da realidade e, portanto, o seu terreno de análise é o da história humana, ou seja, da transformação da sociedade.

A política pública nessa perspectiva revela-se como produto de uma realidade histórica que se constitui a partir de conflitos como os indicados por Przeworsky (1995): conflitos entre as instituições estatais, em função de sua natureza fragmentada (dentro do próprio Estado); 2) conflitos relativos à identificação dos interesses a serem servidos; e, 3) conflito entre o Estado e os atores sociais. Isso guarda afinidade com a afirmação de Meny & Toenig (1992) de que as políticas públicas refletem a natureza do Estado e as lutas de poder, que são apreendidas a partir da ação do Estado e do impacto da intervenção pública

---

<sup>60</sup> De acordo com a teoria dos sistemas - que considera a sociedade como uma rede de sistemas parciais autônomos - “o sistema político, especializado na produção de decisões coletivamente obrigatórias, perde os seus privilégios de intervenção (...) já que tal teoria atribui a formação política da opinião e da vontade, dominada pela concorrência entre os partidos a um único público de cidadãos e de clientes incorporados ao sistema político, porém desligados das raízes que os prendem ao mundo da vida, isto é, a sociedade civil” (Harbermas, 2003, p. 63-64).

<sup>61</sup> Referindo-se à política social Coimbra (1994, p. 94) diz que, para os funcionalistas, esta “política é parte do ‘subsistema integrativo’, o conjunto das instituições e papéis que se destinam a manter a harmonia e a solidariedade (...), portanto ela existiria para aumentar o nível de integração da sociedade”.

na sociedade.

Tudo isso, além de situar a política pública no campo da relação Estado e Sociedade<sup>62</sup>, subordina todo o seu processo de materialização – formulação, implementação e avaliação das ações desenvolvidas<sup>63</sup> - à determinação da correlação das forças de poder, que, por sua vez, são configuradas num dado momento histórico.

O contexto histórico é um aspecto importante para definir a assunção de temas e o tipo de intervenção emergente nas agendas da política social. Nesse sentido, o envelhecimento, com toda a sua complexidade e especificidade já tratadas nos capítulos I e II, coincide com um momento em que a realidade das condições sociais da população brasileira ainda se vê marcada pela desigualdade, pobreza e violência. Isso concorre para que o envelhecimento seja um aspecto que necessita da intervenção de política pública, em particular da política social.

Segundo Mishra (apud Castro, 1989, p. 31), o termo política social pode ser empregado em “relação aos propósitos e objetivos da ação social relativa tanto às necessidades como aos padrões estruturais ou arranjos que produzem tais necessidades”. Pereira (2001), por sua vez, afirma que a política social corresponde a uma categoria de política cujo campo de investigação e ação encontra-se identificado com os processos de tomada de decisão e de definição de estratégias de intervenção social. Para a autora, o núcleo duro da política social

é o da política como processo ativo e positivo de decisão com vista à intervenção social; ou, em outros termos, é o da política como linha de orientação para a ação pública, em resposta a legítimas demandas e necessidades sociais. É o que na língua inglesa é grafado como *policy* [...], a qual está indissolivelmente ligada ao conceito de cidadania social (que requer efetiva intervenção do Estado) e de *Welfare State* (como sistema de

---

<sup>62</sup> No contexto desta reflexão em que se considera a política pública como produto da realidade histórica e relacionada ao campo da relação Estado e sociedade, é importante observar que tanto o Estado como a sociedade são, também, abstrações de um momento histórico, podendo, portanto, assumir feições e papéis diferenciados e determinados a partir da conformidade das relações sociais que moldam a esfera pública nesse momento. Para ilustrar esta reflexão, Colliot-Thélène (1999, p. 10) afirma, por exemplo, que o poder de ação do Estado pode se manifestar de diversas formas que vai desde a violência ou das “pesadas coações impostas por sua administração [governo], até a faculdade que dispõe de responder às pressões que se exercem sobre ele, uma resposta que toma a forma de escolhas – novas legislações, escolha orçamentária, etc”. Gohn (2002, p. 319-320), por sua vez, referindo-se à sociedade civil, afirma que esta não é homogênea e nem é composta “por atores com o mesmo entendimento dos problemas sociais, políticos, econômicos e culturais da sociedade (...) [assim pode-se] sistematizar duas correntes de pensamento e de prática social no interior dos atores que compõem a sociedade civil: de um lado, [há] o entendimento relacionado ao campo das lutas político-sociais e o protagonismo de seus atores inscritos no universo da luta por mudanças e transformações sociais. De outro, o entendimento da sociedade civil como aquela que vê os cidadãos subdivididos em duas categorias: os que são parte da questão social, denominados grupos vulneráveis (...), consumidores potenciais do atendimento [e a] outra categoria, os ativistas (...) produtores ou gestores na prestação de serviços sociais (...).”

<sup>63</sup> Rua (2006, p 19) lembra que a política pública consiste nas diretrizes que orientam “decisões a partir das quais se realizam ações, tanto públicas como privadas, em busca de determinados objetivos.

organização social e política que garante e provê bens públicos como direitos). (idem, 2001, p. 80-81)

A política social age e atua no campo social para garantir direitos sociais que dão legitimidade à cidadania. No entanto, garantir direitos em sociedades cujas relações se estabelecem a partir de modelos capitalistas de produção, em que a reprodução material e a formação da consciência social resultam de um processo concorrencial, acaba sendo um processo difícil, complexo e contraditório. *Difícil*, porque envolve diferentes atores e estruturas de poder e, especialmente interesses divergentes. *Complexo*, porque requer o desenvolvimento de políticas sociais públicas que sejam capazes tanto de atender necessidades sociais como de produzir mudanças includentes perenes. *Contraditório*, porque, dependendo da correlação de forças, pode servir tanto aos interesses das classes dominantes quanto aos das dominadas.

Assim, considerando o interesse da pesquisa pela política social para a população idosa e o fato de que esta se destina a efetivar os direitos deste grupo social no Brasil, que é uma sociedade que se inscreve nesse padrão capitalista, entende-se ser necessário discutir teorias e conhecimentos que possam auxiliar a interpretação e análise desta política.

### **3.2 Concepções teóricas sobre o campo de análise das políticas públicas**

De acordo com a literatura<sup>64</sup> especializada, a política pública surgiu como subárea da Ciência Política abrigando uma diversidade de temas, entre os quais aqueles referentes ao papel ativo do Estado. Contudo, a complexidade do seu campo de atuação dada pela necessidade de se analisar não só as ações das autoridades públicas, mas, também, os fatos políticos, sociais, econômicos e ideológicos que estão no cerne e no entorno da relação entre os que têm autoridade para propor e implementar políticas públicas e os que demandam e sofrem a ação de tais políticas (MENY e TOENIG, 1992) aumentou a demanda por conhecimentos sobre essa matéria.

---

<sup>64</sup> Indicações sobre a gênese da política pública como área e disciplina podem ser encontradas em Junior (2000); Souza (2005e 2006) e Meny e Toenig (1992).

Isso, além de inscrever a análise da política pública como um campo *trans* e *interdisciplinar*, despertou o interesse das Ciências Sociais para a necessidade de examinar a engenharia e os traços constitutivos das políticas públicas. Segundo Figueredo e Figueredo (apud Tramontin e Borges, 2007, p. 172) a análise da política pública, envolve

o exame (...) dos traços constitutivos dos programas públicos. Implica reconstituir várias características das políticas, sejam as formas de financiamento, os modelos de prestação de serviços (...) formatando-as em um todo coerente e compreensível. (...). A análise [deve focar tanto] o caráter político do processo decisório (...) [como] o exame da operacionalidade concreta ou da implementação do programa, fixando-se antes nos seus pressupostos políticos (...).

Assim explicitada, a análise de política pública toma forma de disciplina do conhecimento que se ocupa não só da compreensão e desnudamento de todo o processo de produção da política pública, mas, sobretudo, das diversas questões que a constituem, bem como das diferentes possibilidades de apreendê-la.

Há grande variedade de abordagens, modelos e metodologias para se entender a política pública e o modo como ela é produzida. Isso decorre da própria característica desta política de lidar com o processo de intervenção que abriga diferentes e complexas interações da esfera pública. Faria (2003) afirma que existe uma babel de abordagens, teorizações e vertentes analíticas destinadas a dar inteligibilidade à diversidade de processos de formulação e gestão dessas políticas. Beyme (apud Frey, 2000, p. 243), por sua vez, afirma que “a análise de política pública não dispõe de uma teoria uniforme” para apreender toda a dinâmica dessa política, reforçando, assim, a idéia de que as teorias que concorrem para sua análise são difusas, além de deixar evidente que não há uma forma única, acabada ou consensual, para se empreender análises de política pública. Daí concluir-se que, o que de fato envolve esta análise, são as diferentes apreensões dos aspectos presentes na política pública.

Fleury (1994, p. 131), referindo-se à qualidade dialética da política pública afirma que, de maneira geral, esses aspectos estão relacionados à dinâmica pela qual tal política se constitui como “parte intrínseca da construção coletiva e conjunta da nacionalidade, da cidadania e da institucionalidade estatal”. Nesse sentido, a autora sugere que o esquema geral mais apropriado para a análise da política pública deve envolver a dimensão histórica, as condições de sua emergência, a dinâmica do seu desenvolvimento e as contradições e tendências de seu desdobramento político-institucional.

Amparando-se nessa sugestão, a análise da política social destinada à

população idosa, enfatizou os seguintes aspectos<sup>65</sup>:

1) A *processualidade* da política pública, que abrange tanto o *aspecto político e contextual*, como as relações entre Estado e sociedade, os quais devem compreender a explicação de como se formou a política social para a população idosa e *por que e como* se deu a inserção do tema do envelhecimento na agenda da política social brasileira.

Tratar o aspecto *político e contextual* passa, inevitavelmente, pela reflexão sobre a relação Estado e sociedade, especialmente porque, como já explicitado anteriormente, ela é uma característica intrínseca e central do processo de formação da política pública. Esta relação tem como pressuposto o fato de lidar com “diferentes forças e agentes em disputa por recursos e oportunidades” e se baseia na visão de que a “sociedade é uma macroestrutura em tensa relação com o Estado”, e que leva em conta as posições desiguais dos cidadãos na estrutura social (PEREIRA, 2008, p. 172-173). Além disso, toda política pública

compromete sim o Estado, na garantia de direitos; mas compromete também a sociedade na defesa da institucionalidade legal e integridade dessa política ante os seguintes eventos: assédio de interesses particulares e partidários; clientelismo; cálculos contábeis utilitaristas e azares da economia de mercado. Sendo assim, a realização de tal política exige e reforça a constituição de esferas públicas, isto é de espaço de todos (e não de *ninguém*, como também é entendido), nos quais a *liberdade positiva* seja condição básica para: a participação política é cívica; o exercício da autonomia de agência e crítica; e a prática responsável de direitos e deveres. Trata-se, por conseguinte, a esfera pública de um lócus construído social e historicamente, na interlocução da relação entre Estado e sociedade; e como tal, apresenta-se como um campo de conflitos e negociações em que se entrecruzam demandas diferenciadas e se tecem deliberações (...). (IDEM: p. 174)

A interlocução entre Estado e sociedade é, portanto, fenômeno político; e como tal, é permeada por diferentes concepções, ideologias e valores que, ao se manifestarem na esfera pública, acabam por orientar a definição da política pública. Tais concepções, ideologias e valores, estão presentes no jogo de poder, nos interesses, nas escolhas e decisões, assim como na organização e ação dos atores sociais e institucionais. Tudo isso faz com que o Estado e a própria sociedade vivam em permanente processo de movimentação, o que permite o conhecimento ou reconhecimento das novas e diferentes demandas que emergem na esfera pública.

Esse conhecimento ou reconhecimento por si só não é suficiente para

---

<sup>65</sup> Os aspectos levantados neste esquema foram eleitos a partir das discussões apresentadas na seguinte literatura: Frey (2000); Sampaio e Junior (2006); Castro (1989); Flexor e Leite (2008); Dagnino (2002).

transformar uma demanda em política pública, contudo faz parte da processualidade do seu ciclo de vida.

Segundo Souza (2006, p. 10), a política pública compreende “um ciclo deliberativo, formado por vários estágios”. A esse respeito Frey (2000) explica que os estágios desse ciclo correspondem ao seqüenciamento do processo político-administrativo que devem ser investigados a partir das constelações de poder, das redes de políticas sociais e das práticas político-administrativas localizadas em cada fase. Tal seqüenciamento corresponde ao ciclo de vida de uma política pública e sua configuração pode variar conforme a interpretação do pesquisador/analista. Para apresentar exemplos dessa variedade de composições, Frey (idem), considera que as fases da política pública compreendem a *percepção e definição do problema, a agenda-setting, a elaboração de programas e decisões, a implementação de políticas, avaliação e correção da ação*. No entanto, para Kingdon; Van der Graaf & Van Dijk; Schneider; Anderson, (apud Pinto, 2004), o desenho seqüencial traz a *construção da agenda (lista de temas que chama atenção do Governo e da sociedade); a formulação e legitimação da política, a implementação e avaliação*.

Para Souza (2003) e Moreno (2000), a política pública apresenta os estágios da *definição da agenda (agenda setting), identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação*. Viana (1997), por sua vez declara que o ciclo de vida e o desenvolvimento de uma política pública compreende várias fases, entre as quais a *emergência da política na arena pública, sua formulação em forma de projeto específico e sua implementação*. Meny e Toenig (1992) decompõem o mencionado ciclo nestas fases: *identificação de um problema*, que preconiza o reconhecimento de uma questão e sua inclusão na agenda social e política; *formulação de soluções* como a etapa na qual se estudam, elaboram e negociam respostas para o enfrentamento da questão; *tomada de decisão*, na qual os atores com capacidade de decisão elegem as respostas que, efetivamente, se transformarão em decisão; *execução dos programas* que referenda a etapa da implementação; e *finalização da ação* que corresponde à *avaliação dos resultados* da ação empreendida.

Em suma, todos os esquemas apresentados têm em comum as etapas da formulação, implementação e avaliação, o que deixa claro serem estas as fases vitais da política pública. Contudo, sua definição varia conforme a natureza e profundidade da análise que se deseja empreender. Em todo caso, ela persegue os fatores responsáveis por sua decomposição que são: *como e o que* foi formulado, *como e o que* foi implementado e

*quais* foram os resultados.

Além disso, é preciso ter em mente que as fases ou etapas da análise de política pública não obedecem a uma ordenação linear. Elas tanto podem interagir umas com as outras, como se desenvolverem de acordo com o movimento de condições objetivas (recursos logísticos, avaliação permanente, etc.) e subjetivas (comportamento dos atores, decisões, valores, etc.). É como diz Meny e Toenig (1992): a processualização de uma política pública pode seguir caminhos distintos, pois os atores, os problemas, as soluções, as decisões não são necessariamente estáveis; podem mudar a marcha, ajustar-se, redefinir-se, desaparecer e reaparecer à medida que a ação política se desenvolve.

Isso corrobora o “protomodelo verbal” de Oszlack e O`Donnell (1976), no qual as políticas públicas são consideradas como engrenagens de um processo social e se expressa na realidade por meio de uma questão, ou seja, das necessidades e demandas socialmente problematizadas. Para eles, toda questão é parte de um ciclo vital que se inicia antes da questão se constituir e conclui-se com sua resolução que nem sempre significa solução para a questão posta. Daí inferir-se que esse ciclo é definido histórica e estruturalmente, já que é delimitado no tempo e determinado pelos processos objetivos (demandas e necessidades sociais) e subjetivos (a forma pela qual cada ator define e redefine as questões e percebem a posição de outros atores) que contribuiram para seu surgimento. Nesse percurso histórico, atuam atores privados e estatais com diferentes intenções e graus de autonomia, formando uma arena na qual ao mesmo tempo se dá tanto o embate entre as forças sociais, quanto a negociação de políticas. Com base nessa dinâmica, os estudos da formação da política pública perseguem a trajetória de uma questão, posto que as sucessivas políticas e decisões tomadas pelos diferentes atores frente a ela definem e demarcam um processo que se constitui num privilegiado objeto de análise da relação entre o Estado e a sociedade (IDEM).

Mas, o que é cada uma dessas fases?

A *fase da formulação* da política pública está relacionada com a questão de como um tema se torna objeto de ação pública, ou seja, de como esse tema chama atenção do Estado e da sociedade. Apesar de a literatura apresentar diversas teorias e modelos de análise sobre o processo de formulação de políticas públicas, sua abordagem envolve, de maneira geral, a percepção e definição de quais problemas irão constituir a agenda (lista de assuntos ou problemas) de intervenção, bem como a identificação e busca de alternativas (meios de enfrentamento dos problemas) para orientar o processo de tomada de decisão

sobre o que e como enfrentar. Sendo assim, é na dinâmica do “como enfrentar” que se desenvolvem as propostas de intervenção de políticas públicas e que, por sua vez, qualificam a lista de medidas destinadas a lidar com os temas eleitos como prioritários na agenda. Tais medidas compõem os planos, programas e projetos formulados para efetivar a intervenção. Essa efetivação é tratada na fase de implementação.

A fase *da implementação* tem a finalidade de colocar em prática as ações que foram formuladas, ou, como explica Souza (2005): transformam a política em ação. A análise dessa fase permite repensar o processo de tomada de decisão a partir da identificação de problemas e, assim, redefinir estratégias e propor novas alternativas e soluções para que a política seja efetiva na produção dos resultados e impactos previamente definidos na fase de formulação.

O processo de implementação sofre a influência de uma multiplicidade de elementos, entre os quais a estrutura político-administrativa e a atuação dos atores envolvidos (FREY, 2000 e SOUZA, 2005). Por isso, Souza (2005) afirma que a análise do processo de implementação deve levar em conta o grau de conhecimento das organizações e dos implementadores sobre a política que está sendo implementada; os diversos processos que compõem a implementação; o papel dos atores e dos agentes e o grau de discricionariedade da burocracia. Tal análise permite o aperfeiçoamento do processo de formulação, contribui para uma implementação mais efetiva, e, conseqüentemente, facilita o processo de avaliação da política.

A *fase da avaliação* corresponde a uma apreciação contínua “sistemizada e rigorosa, a partir de critérios específicos, dos logros obtidos por uma política ou programa social governamental com relação às metas propostas e aos efeitos esperados nos grupos sociais beneficiados” (SULBRANDT, 1994, p. 365). Essa apreciação se dá por meio das análises de processo e de impacto. A primeira procura identificar se a implementação da ação está de acordo com suas diretrizes e atingindo as metas propostas (SOUZA, 2005). A segunda investiga os impactos produzidos pela ação, ou seja, mede as alterações ou mudanças produzidas na sociedade a partir da intervenção de uma política. Enfim, o processo de avaliação, é uma resposta à relação existente entre as políticas, seus processos e seus resultados (ARRETCHE, 1998).

Cabe observar que a abordagem do ciclo vital da política pública não admite uma visão estanque de suas fases. Essa divisão serve apenas como orientação metodológica. Isso quer dizer que na análise de uma política pública, por esta orientação

metodológica, o processo de formulação não pode estar dissociado de sua implementação e, tão pouco da avaliação de seus impactos e resultados. Isto porque a análise completa da política pública só se consuma quando se sabe que uma ação desenvolvida gerou ou não as mudanças previstas, com que magnitude e qualidade.

Dada essa revisão do ciclo de vida da política pública, compreendeu-se que esta pesquisa aborda a fase da formulação de políticas públicas, contudo debruçando-se, especificamente, sobre os aspectos associados à formação da agenda da política social destinada à população idosa.

2) Sendo assim, o segundo aspecto eleito para a análise da política social para a população idosa é a *institucionalidade* que permitiu a formação desta política. Tal institucionalidade deve ser entendida como o conjunto de regras, relações e normas que determinam e disciplinam o conjunto de políticas sociais formuladas; o aparato institucional que a conforma (organização política); e os valores e princípios que orientam sua proposição.

3) Por fim, o terceiro e último aspecto da análise recai sobre o *conteúdo* da agenda formulada. Para tanto, mapeou-se as ações formuladas, identificando os avanços e limitações desta agenda, com o intuito de avaliar como o Estado e a sociedade brasileira vêm lidando com o envelhecimento de sua população e, especialmente, com a concretização dos direitos das pessoas idosas.

Dadas estas considerações sobre a análise da política pública e assinalados os aspectos sobre os quais se pretende debruçar, não se pode deixar de observar que, embora Faria (2003) diga que há uma babel de abordagens, teorizações e vertentes sobre a análise da política pública, a dinâmica que define seu caráter político e histórico não permite o esgotamento teórico de sua análise. É como se expressam Bruyne; Herman e Schoutheete (1977): a verdadeira função da abordagem teórica é ser instrumento de ruptura epistemológica com as pré-noções próprias do senso comum e, ao mesmo tempo, um confronto permanente do processo da pesquisa com a realidade concreta.

Isto não só justifica a liberdade para criar o esquema apresentado, como indica que também ele não esgota o leque de possibilidades analíticas das políticas públicas destinadas à população idosa. Contudo, acredita-se que o mesmo contribui para fomentar o debate científico e acadêmico acerca do processo de envelhecimento e do arcabouço teórico sobre análise de política pública no Brasil.

Finalmente, corroborando a assertiva dos autores acima citados, referente ao confronto do processo da pesquisa com a realidade concreta, e tomando-se por base as reflexões apresentadas nos capítulos I e II, entende-se como necessário discutir, a seguir, as implicações das políticas públicas no contexto do envelhecimento.

### **3.3 Implicações da política pública para o envelhecimento: direitos humanos e cidadania da pessoa idosa**

Todo fenômeno, seja ele social ou individual, jamais pode ser discutido, pensado e estudado separado do contexto histórico-estrutural que o contém.

Com o envelhecimento isso não é diferente. E, como já se sabe, a partir do advento do capitalismo a lógica que passou a moldar a realidade - estrutura e relações sociais – é o conflito entre acumulação e distribuição, cuja gênese histórica é a contradição entre capital e trabalho. Contradição que se apresenta no fato de que o trabalhador ao deixar de ser o dono da sua força de trabalho, passou a comercializá-la para satisfazer suas necessidades básicas. A partir daí ele percebeu que o valor pago por esta mercadoria - que é a força de trabalho - não é integral, dele é subtraída parcela de mais valia que poderia se reverter em favor de seu bem-estar.

As demandas e necessidades do envelhecimento também se inscrevem nessa contradição, pois a discussão sobre a atenção social a esse fenômeno não prescinde da reflexão quanto às formas pelas quais são determinadas a produção material (economia) e a distribuição e acesso aos bens necessários à existência humana

Sobre a existência humana Marx e Engels (2004: p. 53), afirmam que a essência de

toda a existência da humana e, portanto, de toda a história, é que todos os homens devem estar em condições de viver para poder fazer história. Mas para viver, é preciso antes de tudo comer, beber, ter moradia, vestir-se e algumas coisas mais. O primeiro fato histórico é, portanto, a produção dos meios que permitam que haja satisfação dessas necessidades, a produção da própria vida material, e de fato esse é um ato histórico, uma exigência

fundamental de toda a historia, que tanto hoje como há milênios deve ser cumprido cotidianamente e a toda hora, para manter os homens com vida.

Diversas reflexões podem ser extraídas desse pensamento. A mais universal é que as pessoas, inclusive as idosas, precisam ter suas necessidades básicas satisfeitas. No entanto, dado o modo como a produção e a distribuição de riquezas atualmente se realizam - caracterizado pelo avanço tecnológico, mercados sem fronteiras e mínima intervenção social do Estado - o envelhecimento emerge como fenômeno vulnerável ao quadro de iniquidades produzido por esse modo de produção. Iniquidades que resultam do acirramento da pobreza, da violência, precarização do trabalho, do estímulo às formas de discriminação social, entre outras, cujos efeitos são extremamente danosos para o segmento populacional de idosos, já que os eventos biopsicossociais próprios da velhice podem tornar esta população mais frágil social e economicamente.

Tais fragilidades situam-se no plano das limitações físicas próprias do envelhecimento. Mas sua prevalência se dá, de fato, nas relações do idoso com o modo de produção capitalista, a partir do momento em que aquele este idoso é considerado, tratado ou percebido como inapto no processo de produção e reprodução das relações e do desenvolvimento social e econômico.

Goldman (2004, p. 61-63) resume, assim, esse quadro:

A conjuntura dos primeiros anos do terceiro milênio aponta para o aprofundamento do modelo neoliberal, para a mundialização da economia e para a intensificação do arsenal tecnológico e das transformações do mundo do trabalho, dentre outras. As transformações conjunturais se refletem em todas as gerações, mas é o segmento idoso o que mais sofre as mazelas decorrentes da crise resultante do Estado Mínimo (...). [Nesse contexto] as desigualdades sociais tornam-se mais visíveis quando os trabalhadores alcançam a etapa da aposentadoria. Muitos trabalhadores aposentados (...) não conseguem sobreviver com seus benefícios, tornando comum o reingresso no mercado de trabalho (formal e/ou principalmente informal), quase sempre sob a forma de subemprego. (...).

[Além disso,] a população que chega a alcançar a idade mais elevada encontra dificuldades de se adaptar às condições de vida atuais, pois além das limitações físicas, psíquicas, sociais e culturais decorrentes do envelhecimento, sente-se relegada a um plano secundário no mercado de trabalho, no seio da família e na sociedade em geral.

(...) o idoso [ainda] se depara com problema de rejeição da auto-imagem e tende a assumir como verdadeiros os valores da sociedade que o marginaliza (...).

**A marginalização dos idosos parece mais gravemente evidenciada no modo de produção capitalista, em sociedades que atingiram grau de urbanização e industrialização e requerem um contingente de trabalho produtivo, jovem e dinâmico [grifo nosso].**

Em adição, Huenchuan e Morlachetti (2006), referindo-se à realidade da América Latina, afirmam que a vulnerabilidade da população idosa está associada à assimetria na distribuição dos recursos gerados pelo processo de desenvolvimento econômico. Logo os riscos relacionados à velhice se expressam na sua sujeição à pobreza pelas dificuldades de acesso à renda, à marginalização pelo descaso e negligência das instituições; na discriminação resultantes dos mitos e preconceitos que cercam o envelhecimento; e na fragilização das condições de vida da população idosa frente à ausência de políticas públicas eficientes.

Mesmo à mercê deste quadro situacional, não se pode perder de vista que a realidade é dialética. A situação descrita pelos autores apresenta uma dinâmica que não está isenta de reversão. Assim, por mais forte e evoluída que sejam as forças do capitalismo, elas têm seu momento de estrangulamento levando à necessidade de reformular ou readequar a estrutura das relações sociais e econômicas.

Na configuração atual do capitalismo, especialmente nos países periféricos<sup>66</sup>, onde as forças de produção não conseguem acompanhar o ritmo do avanço tecnológico e, tão pouco, situar-se nos níveis de pobreza e desigualdade social suportáveis pela economia de mercado, percebe-se que a manutenção das condições do crescimento econômico encontra-se ameaçada pelo esgotamento do capital humano e ambiental (DRAIBE, 1997).

Este cenário deixa patente que a estrutura econômica que produz iniquidade também é a mesma que desencadeia a necessidade de promoção do seu contrário – ou seja, da equidade - se desejar preservar a eficiência econômica. Portanto, é no bojo deste tipo de contradição, ou seja, no fato de que o progresso econômico (capital) só pode obter êxito se houver desenvolvimento social - que emergem os *direitos sociais* do cidadão, os quais são efetivados por meio das *políticas sociais*. Estas, em seu conjunto, institucionalizam um sistema de garantias legais destinadas a prover e garantir o acesso àqueles direitos.

Segundo Cardoso Jr. e Jaccoud (2005: p. 184), tal sistema

responde, de um lado, à emergência dos conflitos sociais gerados nas economias capitalistas e, de outro, às demandas por **igualdade** gestadas num contexto de lutas pela democracia. Os conflitos sociais associados ao processo de industrialização das sociedades modernas impulsionaram o

---

<sup>66</sup> Draibe (1997, p. 11) relata que “os países latino americanos, com poucas exceções, arrastaram até os tempos atuais padrões inaceitáveis de desigualdades e pobreza que, sob a onda transformadora da globalização, foram expostos aos novos e fortes mecanismos que reforçam a diferenciação, que aumentam a desigualdade e ampliam a exclusão social.”

estado a intervir e a **instituir certas garantias** na medida em que ampliou-se o reconhecimento da incapacidade da esfera econômica **para suprir**, via mercado, **um conjunto de necessidades consideradas socialmente relevantes** [grifo nosso].

Esta afirmação além de indicar o caráter dialético da política social, torna evidente que seu objetivo é garantir direitos inerentes à satisfação das necessidades humanas. No entanto, observa Oppenheim (2004): embora existam “necessidades fundamentais que são substancialmente idênticas, há outras, peculiares de um segmento ou de uma determinada sociedade ou comunidade. Sendo assim, as políticas sociais como concretizadoras de direitos ficam comprometidas com essa dialogia e, como tal, com a equidade.

Dessa feita, entende-se que, assim como o princípio da igualdade, a equidade tem de ser levada em conta dada a constituição dialógica das necessidades referidas anteriormente, pois igualdade e equidade são elementos fundamentais dos direitos sociais. Nesse sentido destaca-se as palavras de Sposati (2002)<sup>67</sup>, afirmando a equidade como

**o reconhecimento e a efetivação, com igualdade, dos direitos** da população, **sem restringir o acesso a eles nem estigmatizar as diferenças** que conformam os diversos segmentos que a compõem. Assim, **equidade é entendida como possibilidade das diferenças serem manifestadas e respeitadas**, sem discriminação; condição que favoreça o combate das práticas de subordinação ou de preconceito em relação às diferenças de gênero, [idade<sup>68</sup>], políticas, étnicas, religiosas, culturais, de minorias etc. [grifo nosso].

As pessoas idosas têm necessidades que se formam a partir do pertencimento de classe, as quais estão associadas ao contexto do desenvolvimento econômico e social; mas, também tem outras relacionadas às peculiaridades próprias da idade e do processo de envelhecimento humano. Estas necessidades provocam demandas diferenciadas e de caráter social e particular. Isso não só justifica o trato do envelhecimento pela ótica da igualdade e equidade, como demonstra porque os direitos sociais vêm se ampliando e tornando essa ampliação cada vez mais necessária.

De acordo com Bobbio (1992, p. 68), esses direitos foram os que mais se multiplicaram, primeiramente, “porque aumentou a quantidade de bens considerados merecedores de tutela” e, portanto, suscitou a passagem dos direitos de liberdade para os direitos políticos e sociais que exigem a intervenção do Estado; segundo, “porque foi

---

<sup>67</sup> Texto disponível em <<http://www.comciencia.br/reportagens/ppublicas/pp10.htm>>. Acesso em: 10/07/2008.

<sup>68</sup> Cabe observar que a idade como elemento de diferenciação para as políticas e os sistemas de direitos é um fenômeno recente. Daí porque na literatura que discute as formas de diferenciação, na maioria das vezes, não se encontra referências a ela.

estendida a titularidade de alguns direitos típicos a sujeitos diversos do homem”, o que leva à consideração de que além do ser humano, outros entes – a natureza, gerações futuras, entre outros – podem ser titulares de direitos; e, por último, “porque o próprio homem não é mais considerado como ente genérico, ou homem em abstrato, mas é visto na especificidade ou na concreticidade de suas diversas maneiras de ser em sociedade”, portanto, seus direitos devem estar relacionados com sua condição ou diferença específica – de sexo, idade, etnia, condições físicas, entre outras.<sup>69</sup> Os direitos sociais da população idosa - ou o direito à velhice – se inscrevem e emergem desta sucessão de fatos estruturais e históricos.

E, no contexto em que se desenvolve o envelhecimento das pessoas, ou seja, marcado pelos avanços científicos e tecnológicos e pelas lutas sociais por novos direitos, a cidadania dos idosos ultrapassa a simples concepção de sujeito de direitos e deveres<sup>70</sup> e passa a reconhecer estas pessoas como participantes ativos no processo de tomada de decisão sobre coisa pública. Esta é uma tendência prevalente na estrutura das relações das democracias atuais e que está no cerne da concepção de *cidadania ampliada*.

Para Dagnino (2004, p. 104) a idéia que rege o significado dessa nova concepção de cidadania é, primeiro, a noção do “direito a ter direito”, o que significa não estar limitado às provisões legais. Em outras palavras isso quer dizer não se subordina apenas ao acesso a direitos previamente definidos e/ou ainda à efetiva implementação de direitos formais abstratos, mas, sobretudo, buscar a integralização de novos direitos “que surgem de lutas específicas e de suas práticas concretas. Nesse sentido, a própria determinação do significado de *direito* e a afirmação de algum valor ou ideal como um direito são, em si mesmas, objetos de luta política.” Segundo, esta mesma noção do “direito a ter direitos” exige a constituição de sujeitos sociais ativos que possam definir o que consideram serem seus direitos e lutar por seu reconhecimento. Terceiro, o fato de que a nova cidadania transcende a esfera da reivindicação ao acesso, inclusão, participação e pertencimento a um dado sistema político, deixando evidente que o que está em jogo na efetivação desta cidadania é o direito de participar já na definição deste sistema como forma de garantir que seus princípios ordenativos coincidam com a concepção de cidadania que se deseja

---

<sup>69</sup> Ainda sobre a multiplicação dos direitos Piovesan (1998, p. 213-214) afirma que este é um fenômeno resultante do “processo de especificação do sujeito de direito (...) que deixa de ser visto em sua abstração e generalidade e passa a ser concebido em sua concretude, em suas especificidades e peculiaridades. Daí falar-se em tutela jurídica dos direitos das mulheres, crianças, grupos raciais minoritários, refugiados, [idosos], etc”.

<sup>70</sup> Segundo Reis (1994, p. 127), os deveres correspondem à dimensão cívica da cidadania, sintetizam “as responsabilidades do cidadão, a sua propensão ao comportamento solidário e à observância das virtudes cívicas, propensão esta que [resulta] de sua identificação com a coletividade, ou do fato de que sua própria identidade pessoal se vê marcada fundamentalmente pela inserção na coletividade”.

efetivar. Por último, a consideração de que a cidadania ampliada implica a “constituição de uma dimensão pública de sociedade, em que os direitos possam consolidar-se como parâmetros públicos para a interlocução, o debate e a negociação de conflitos, tornando possível a reconfiguração de uma dimensão ética da vida social”.

Tudo isso resulta num adensamento da sociedade civil e da esfera pública, o que inevitavelmente suscita uma reflexão sobre o papel e as feições do Estado. Se a cidadania ampliada implica “direito a ter direitos” ela não pode prescindir da necessidade de realizá-los. É aí que o Estado comparece com todo o seu matiz institucional e ideológico.

Em seu matiz institucional, o Estado é tido como um aparato de organizações/instituições dotadas de capacidade e poder para definir, desenvolver e implementar políticas públicas pelas quais o Estado intervém e regula as relações na esfera pública. Nesse matiz ideológico o Estado expressa o embate entre os diferentes interesses da sociedade e, ao mesmo tempo, revela, por meio de suas ações e organização, as ideologias por trás de suas práticas. Nesse sentido, toma-se de empréstimo a visão de Althusser (apud Albuquerque, 1985, p. 8) de que as ideologias formam “conjunto de práticas materiais necessárias à reprodução das relações de produção” tanto social como material - vigentes em cada sociedade. Dessa forma, a questão da cidadania é contemporizada nas circunstâncias da realidade da luta ideológica entre a vertente da social democracia que defende o Estado social<sup>71</sup> e a mais recente versão do liberalismo econômico, ou seja, o neoliberalismo que defende o caráter mínimo do Estado.

No Brasil, esse embate tornou-se mais visível a partir da década de 1980. Trata-se de um, período marcado pelo processo de redemocratização e a atuação dos movimentos sociais, tendo como marco notável a aprovação da Constituição Federal de 1988, que estabeleceu e ampliou um conjunto de medidas para atender os direitos individuais e sociais de cidadania. Mas, logo em seguida, na década seguinte, este mesmo marco foi colocado em “xeque” pelo predomínio dos fundamentos neoliberais na gestão da política pública que, entre outros aspectos, respaldaram: o corte nos gastos públicos, a idéia de Estado mínimo, o ajuste fiscal, e a difusão do discurso de que o Estado social não é capaz de superar as desigualdades socioeconômicas e somente as forças de um mercado livre podem alcançar esse intento.

A adoção destes fundamentos foi especialmente percebida no movimento de Reforma do Estado, que se justificou pela necessidade de dar respostas a quatro

---

<sup>71</sup> Também chamada de *Welfare State*, Estado de Bem-Estar, Estado Providencia e Estado Assistencial (PEREIRA, 2008a).

problemas:

(a) um problema econômico-político, a delimitação do tamanho do Estado; (b) um outro também econômico-político, mas que merece tratamento especial – a redefinição do papel regulador do Estado; (c) um econômico-administrativo – a recuperação da governança ou capacidade financeira e administrativa de implementar as decisões políticas tomadas pelo governo; e (d) um político - o aumento da governabilidade ou capacidade política do governo intermediar interesses, garantir legitimidade e governar. A questão da desregulação diz respeito ao maior ou menor grau de intervenção do Estado no funcionamento do mercado. No aumento da governança temos um aspecto financeiro: a superação da crise fiscal; um estratégico; a redefinição das formas de intervenção no plano econômico-social; e um administrativo: a superação da forma burocrática de administrar o Estado. No aumento da governabilidade estão incluídos dois aspectos: a legitimidade do governo perante a sociedade, e a adequação das instituições políticas para a intermediação dos interesses (BRESSER PEREIRA, 1997, p. 7-8).

A esse respeito, Faleiros (2004, p. 37) explica que a “reforma do Estado no Brasil está articulada às transformações do capitalismo mundial [...] com a mediação dos interesses da elite econômico-financeira brasileira e do poder do Estado”, deixando evidente que o verdadeiro significado da Reforma no contexto da proposta neoliberal era o de fortalecer as relações capitalistas e de transformar o Estado no seu principal aliado. Behring (2000, p. 9), citando Draibe, afirma que a reforma neoliberal do Estado se destinava a atacar as políticas sociais embasando-se no trinômio focalização, privatização e descentralização, tendo como objetivo

*desuniversalizar e assistencializar as ações, cortando os gastos sociais e contribuindo para o equilíbrio financeiro do setor público, [estabelecendo uma] política social residual que soluciona apenas o que não pode ser enfrentado pela via do mercado, da comunidade e da família.*

Nesse contexto, o surgimento da idéia assente de cidadania ampliada, explicitada por Dagnino, põe o Estado como sujeito e objeto da luta entre as forças sociais e econômicas. Como sujeito, o Estado internaliza os fundamentos da ideologia das forças dominantes e os transforma em práticas destinadas a atender os imperativos de tais grupos. Como objeto, ele é o próprio interesse das forças em conflito, pois, dotado de um aparato organizacional e político com poderes para desenvolver e implementar ações, reúne condições que podem alterar a correlação de forças na esfera pública.

Desse modo, a idéia de cidadania ampliada se inscreve no terreno da relação Estado e sociedade, explicitando-se como corrente ofensiva ao modelo neoliberal, na medida em que postula a organização de diferentes segmentos na luta por direitos antes definidos pelo Estado, sob influência daquele modelo. Em outros termos, a idéia de

organização e participação ativa da sociedade presente na concepção de cidadania ampliada, não só modifica as relações de poder como define o matiz ideológico do Estado.

Considerando que a população idosa e o processo de envelhecimento são, respectivamente, agente e fenômeno constitutivos desta confluência de relações e aspectos estruturais/conjunturais, entende-se que as políticas que se destinarem a atender os direitos deste segmento populacional devem eleger a cidadania ampliada como seu mais lúdico objetivo.

O envelhecimento, tanto como processo natural do ciclo da vida, como fenômeno coletivo é permeado de diferentes e complexos aspectos que demandam a intervenção do Estado sob o controle da sociedade. O mecanismo mais viável para atender essas demandas é a elaboração e implementação de políticas públicas que se destinem a concretizar direitos deste segmento, e, sobretudo que sejam capazes de permitir à pessoa idosa o exercício de uma cidadania ativa.

Visando compreender e identificar os princípios que devem nortear a configuração destas políticas, discutir-se-á, a seguir os fundamentos da política social a partir do enfoque da cidadania ampliada.

### **3.4 Fundamentos da política pública a partir do enfoque da cidadania ampliada**

Os fundamentos constituem princípios orientadores de ações. Em se tratando de políticas públicas que se propõem a atender demandas e necessidades sociais, concretizando direitos, esses princípios devem abrigar concepções e práticas que, em tese, oportunizem à *sociedade organizar-se e participar* de todo o ciclo vital desta política.

Concebidas dessa forma, as políticas públicas não só podem se tornar mais eficientes na sua função de concretizar direitos sociais, como desenvolver ações mais próximas das demandas e necessidades sociais. Porém, para que isso seja possível é preciso haver um coletivo organizado, participativo e sempre atuante na esfera pública, bem como canais institucionais que permitam a esse coletivo participar e atuar. Daí a importância

dos movimentos sociais e, mais recentemente, dos Conselhos de direitos e de políticas públicas, como mecanismos de democracia participativa.

A literatura<sup>72</sup> sobre os movimentos sociais indica dois momentos de sua emergência histórica. O primeiro diz respeito aos chamados *movimentos sociais tradicionais*, cuja gênese é a divisão do trabalho ou, mais especificamente, a emergência e crise, em diversos momentos, do modo de produção capitalista que expressam o clássico conflito ou contradição entre o capital e o trabalho. O segundo momento refere-se aos *novos movimentos sociais*. A referência ao “novo” tem o propósito de salientar que organização da sociedade, no contexto da redefinição das relações democráticas e da sociabilidade humana e política vêm transcendendo os aspectos típicos do campo das relações econômicas. Em vista disso, vinculam-se, também, às novas dimensões do cotidiano, entre as quais a cultura, a liberdade, os direitos humanos, a diferença, os valores, a solidariedade, a identidade de grupo, entre outras características capazes de estabelecer um elo entre as pessoas. São exemplos destes novos movimentos, os grupos organizados em torno de temas como raça, gênero, qualidade de vida, meio ambiente, segurança, homossexualidade, entre outros (GOHN, 2002).

A emergência desses dois movimentos sociais torna evidente o adensamento do da esfera pública. E, nela se observa que não há divergência entre um e outro momento, mas uma redefinição do campo social mediante a qual necessidades e demandas sociais antes ocultadas ou postergadas são colocadas na agenda da política pública. Sintetizando esta tendência Gohn (2006, p. 251) define movimento social como um conjunto de

ações sociopolíticas construídas por atores sociais coletivos pertencentes a diferentes classes e camadas sociais, articuladas em certos cenários da conjuntura socioeconômica e político de um país, criando um campo político de força social na sociedade civil. As ações se estruturam a partir de repertórios criados sobre temas e problemas em conflito, litígios e disputas vivenciadas pelo grupo na sociedade. [Isso permite o desenvolvimento de] um processo social e político-cultural que cria uma identidade coletiva para o movimento, a partir dos interesses em comum. Os movimentos geram uma série de inovações nas esferas pública (estatal e não-estatal) e privada; participam direta ou indiretamente da luta política de um país e contribuem para o desenvolvimento e transformação da sociedade civil.

A organização e luta da sociedade brasileira em torno do processo de envelhecimento e da cidadania da pessoa idosa se inscreve em todo esse processo conceitual e histórico dos movimentos sociais. Ambos decorrem, dentre outros aspectos, do

---

<sup>72</sup> Ver, particularmente, Gohn (2006); Dagnino (1994).

impacto do aumento do número de pessoas idosas nas relações sociais, econômicas e culturais, o que tem despertado a atenção da sociedade e motivado pessoas, instituições e o próprio Estado a se unirem em torno desse processo.

É possível também observar que essa movimentação social se dá no contexto tanto dos tradicionais como dos novos movimentos. Em relação aos primeiros, nota-se que a organização em prol dos direitos da pessoa idosa e da proteção à velhice tem sua gênese no conflito entre capital e trabalho, a partir da luta tanto pela previdência social, como pela manutenção de renda por meio de políticas assistenciais das quais são exemplos o Movimento dos Aposentados e Pensionistas<sup>73</sup> pelos 147% na década de 1990 e as conquistas no campo da Assistência, como o BPC.

Além disso, o fenômeno do envelhecimento cria demandas e necessidades que transcendem a questão da proteção material, requerendo mudanças no comportamento de cada cidadão e da sociedade em geral. Em torno da velhice criam-se mitos e preconceitos que fragilizam a identidade e ferem a condição humana singular de ser “idoso”. Portanto, a cidadania e os direitos decorrentes da velhice não dizem respeito apenas às condições objetivas, mas também subjetivas como, por exemplo, o respeito. Sendo assim, a organização e a luta em torno de um envelhecimento digno vão além dos direitos civis, políticos e sociais, requisitando, acima de tudo, o direito de ser velho e de poder viver a velhice de forma digna. Daí porque a organização e a luta em prol do envelhecimento digno também fazem parte dos novos movimentos sociais.

Os movimentos sociais assim como o funcionamento dos conselhos, constituem verdadeiros canais e mecanismos de institucionalização da *participação social e política*.

A participação em seu sentido *lato* significa tomar parte em alguma coisa. Adjetivada pelos vocábulos social e política, o termo participação passa a fazer parte da noção de democracia, qualificando a cidadania ativa na medida em que passa a ser uma atitude requisitada para tornar legítima a soberania popular ou a vontade do povo. Coutinho (1997, 146) refere-se a esta relação ao afirmar que a “democracia é concebida como a construção coletiva do espaço público, como plena participação consciente de todos na gestação e no controle da esfera pública. É precisamente isso que Rosseau entende por “soberania popular”.

Em se tratando da análise de políticas públicas, a participação encontra-se

---

<sup>73</sup> Segundo Haddad (2001: p. 13), o Movimento dos Aposentados e Pensionistas deve ser “compreendido no âmbito dos conflitos gerados pela luta classes.”

relacionada com o direito de tomar parte no processo de tomada de decisão nos diferentes momentos do ciclo da política pública. Tal participação pode ser exercida de forma direta, ou seja, quando a população alvo de uma política tem canais e mecanismos que lhe permita participar do processo de decisão sem a intermediação de terceiros, como, por exemplo, a experiência do orçamento participativo ou dos Conselhos Gestores. Ou, de forma indireta, quando as decisões são tomadas por representantes eleitos para tomar parte do processo de decisão.

No Brasil, especialmente a partir do processo de redemocratização e promulgação da Constituição Federal de 1988 os *conselhos* de políticas públicas tornaram-se um mecanismo institucional muito utilizado para o exercício da participação social e política na gestão da coisa pública. Segundo Gonh (2006, p. 178) os conselhos são

novos instrumentos de expressão, representação e participação; em tese são dotados de potencial de transformação política. Se efetivamente representativos, poderão imprimir um novo formato às políticas sociais, pois relacionam-se ao processo de formação das políticas e à tomada de decisões. Com os conselhos, gera-se uma nova institucionalidade pública pois, criam uma nova esfera social pública ou pública não-estatal. Trata-se de um novo padrão de relações entre Estado e sociedade porque viabilizam a participação de segmentos sociais na formulação de políticas sociais, e possibilitam à população o acesso aos espaços onde se tomam as decisões políticas.

Com base nessa definição, os conselhos podem ser entendidos como “mecanismo de democracia direta, ou participativa (...). Por seu intermédio, [pode-se] aprofundar e alargar a democracia, conferindo ao cidadão comum, e não só aos seus representantes, o direito de participar da vida política nacional” (PEREIRA, 2005b, p. 12). Assim entendidos, os conselhos implicam democratização da gestão pública por meio da institucionalização de práticas que permitem à sociedade participar da elaboração e implementação das políticas públicas, definindo e redefinindo prioridades, propondo ações, bem como exercendo o *controle democrático*<sup>74</sup>, ou seja, acompanhando e fiscalizando as ações do Estado.

Não obstante a institucionalização dos canais de participação, o desenvolvimento de políticas públicas requer a adoção de outros mecanismos capazes de consolidar os princípios da democracia e cidadania ampliada na gestão da coisa pública.

---

<sup>74</sup> Utiliza-se o termo “controle democrático” por se considerar que, na análise de uma política pública, este nome torna mais evidente que o controle vem do povo. Já o termo “controle social” embora seja utilizado com o mesmo sentido, ele foi primeiramente empregado como controle do Estado sobre o cidadão (PEREIRA, 2005c).

Trata-se, pois da *descentralização* e da *intersectorialidade*.

No campo da política pública, a descentralização é princípio e forma de redistribuição do poder político e econômico. A redistribuição se dá entre instâncias governamentais, entre os poderes estatais e entre o Estado e a sociedade (AFFONSO, 2000). Como princípio, a descentralização especifica o caráter democrático da gestão pública na medida em que se propõe a conceder o poder de decisão para outras esferas da organização político-administrativa<sup>75</sup> de uma dada sociedade e, no seio desta, a outros níveis da hierarquia e estrutura institucional. Isso faz com que o processo decisório esteja o mais próximo possível da população a ser alcançada pela política pública, bem como viabilize a participação sociedade local em tal processo. Neste último caso, a descentralização passa a fazer parte do conjunto de mecanismos que favorecem a participação da sociedade na gestão da coisa pública. Daí a sua eleição como forma pela qual o processo de tomada de decisão se torna democrático, na medida em que desloca do Estado a prerrogativa de “único detentor do poder de decisão”.

No entanto, embora essa qualificação seja a ideal para o desenvolvimento da gestão democrática das políticas públicas e para a consolidação da cidadania, sabe-se que a realidade de sua efetivação percorre caminhos muitas vezes contrários àqueles perseguidos pelos princípios e fundamentos da democracia. Em se tratando das políticas públicas de cunho social e mais especificamente as destinadas à população idosa, os percalços do processo de descentralização passa pela relação nem sempre recíproca entre Estado, mercado e a sociedade (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997). Como já explicitado, trata-se de percalços assentes na luta ideológica entre a perspectiva neoliberal e a social-democrata ou socialista, observando-se ser esta última a principal defensora dos direitos de cidadania<sup>76</sup> social.

Assim, o que está no cerne dessa luta é o uso da descentralização, ou seja, se como mecanismo de diminuição/privatização do Estado e ou como mecanismo de distribuição do poder de decisão política. Por conseguinte, também está em jogo o papel do Estado, enquanto órgão central responsável pela garantia dos direitos da população, ou como agente mediador das causas do mercado. Para esclarecer essa relação descentralização/Estado mediador, recorre-se à observação de Stein (1997, p. 8), a qual

---

<sup>75</sup> Trata-se essa organização do federalismo e como tal segundo (PEREIRA, 2005b; p. 15) tem grande afinidade com a descentralização uma vez que “tanto um como o outro caracterizam-se pela não-centralização, isso é, pela difusão dos poderes de governo do centro para as bases (...) [No] federalismo, os três entes federados [União, Estados e municípios] são autônomos e devem exercitar o poder sem delegações de cima para baixo. Sua autoridade deriva do voto popular.”

<sup>76</sup> Ver Marshall “Cidadania e Classe Social” (1988).

afirma que

dentre as diferentes concepções sobre descentralização, destaca-se, também, a **de corte neoliberal**, identificada como estratégia de redução do gasto público, provocada pela chamada crise fiscal do Estado Moderno (...)

Esta proposição está associada à **privatização dos setores sociais**, que também pode se efetivar através da **transferência de responsabilidades do Estado para a sociedade**. Como estratégia de redução do gasto público, a descentralização identifica-se com a seletividade no atendimento de demandas e necessidades, contrapondo-se às expectativas de universalização dos direitos sociais. A valorização da focalização do gasto público desencadeada pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), tem sido recorrente na América Latina como uma forma de solucionar a crise fiscal do Estado, de concentrar o gasto público social nos grupos mais vulneráveis, de **restringir a ação do Estado na provisão de bens e serviços sociais universais e de privatizar as políticas sociais**.

Nesta ótica **a relação entre descentralização e privatização contraria a conotação positiva com a qual a primeira, na maioria das vezes, é identificada. Nesta relação, a descentralização não é entendida como parte da estratégia de democratização, cujos valores assentam-se na universalização, na equidade e na participação** [grifo nosso].

Em se tratando da velhice, uma fase da vida cujas especificidades despertam diferentes desafios, entre os quais o de permitir que a pessoa idosa participe da decisão política, a descentralização entendida como

estratégia de deslocamento de poder dos níveis centrais para os periféricos (...). [ou ainda como,] estratégia de democratização, apoiada nos valores de universalização, equidade e controle social. [o que] significa redistribuição de poder entre Estado e Sociedade, mediante maior participação e controle social no planejamento e ações governamentais (...) (WHESTPAL E ZIGLIO, 1999, p. 112).

se torna um fundamento importante na análise e compreensão das políticas públicas destinadas à população idosa no Brasil. Analisar como se dá a relação entre os entes federados e entre as diversas instituições que formulam e implementam as ações e projetos desenvolvidos por estas políticas pode indicar como a sociedade brasileira percebe e se envolve com seu próprio envelhecimento e como atua em prol da cidadania da pessoa idosa.

Na esteira da descentralização, a *intersectorialidade* é outro fundamento importante, uma vez que se trata de uma forma de gestão por meio da qual a integralidade das demandas e necessidades da população idosa pode ser atendida, especialmente se considerar-se a complexidade do processo de envelhecimento humano e os desafios que ele provoca nas relações sociais e econômicas.

Em vista do exposto, faz sentido estabelecer correspondência entre intersectorialidade na política pública e a importância de se considerar as concepções de *interdisciplinaridade*, *transdisciplinaridade*, *multidisciplinaridade* e *pluridisciplinaridade* na análise da política pública, conforme indicado por Inojosa (2001). Tais formas sugerem que a articulação entre diferentes saberes é condição *sine qua non* para o entendimento da realidade no conjunto da totalidade das interações sociais, econômicas, políticas e culturais. Como afirma D'Ambrósio (apud Assmann, 1998) essa totalidade está sempre presente e a única possibilidade de conhecê-la é adotar um enfoque holístico, o que pressupõe ir além das disciplinas, transcender objetos e métodos disciplinares de modo que se tenha uma visão global da realidade. Portanto, assim como a fragmentação do conhecimento prejudica a compreensão da totalidade dos fenômenos, a lógica da setorialização afeta a capacidade de as políticas públicas integrarem seus esforços no atendimento das demandas sociais.

Segundo Junqueira, Inojosa, Komatsu (1997); Ckagnazaroff, Melo, Carvalho (2005), a gestão setorializada da política pública tem sido insuficiente no trato das questões presentes nas diferentes realidades e formas de produção e reprodução da vida material e imaterial da população. Isso acontece porque a lógica da organização por setor além de contribuir para a formação de elites burocráticas com diferentes interesses, conhecimentos e perspectivas, favorece a fragmentação do atendimento das demandas sociais. Isso, por sua vez, permite a sobreposição e a concorrência de ações e recursos, favorece a centralização do poder de decisão sobre temas que deveriam ser tratados a partir do debate entre diferentes atores, além de dificultar uma gestão satisfatória da política pública.

Por outro lado, a intersectorialidade se apresenta como prática gerencial alternativa à lógica da setorialização, o que significa definir as prioridades da política pública não a partir dos interesses das estruturas burocráticas, e sim do leque de questões e problemas que se apresentam no contexto da realidade histórica e/ou que são explicitados como prioritários pela população no exercício de sua cidadania ativa. Daí reconhecer-se como adequada a afirmação de Junqueira e Inojosa (apud Whesphal e Ziglio, 1999, p. 2) de que a intersectorialidade é definida

como a articulação de saberes e experiências na identificação participativa de problemas coletivos, nas decisões integradas sobre política e investimentos, com o objetivo de obter retornos sociais, com efeitos sinérgicos, no desenvolvimento econômico-social e na superação da exclusão social. (...). Representa uma mudança de atitude que deve predispor políticos, acadêmicos e técnicos para a integração e interação de saberes entre si e destes com a população. Justifica-se pela própria complexidade da realidade

Cabe observar ainda que a intersetorialidade não rejeita a lógica da organização setorial da política pública. Em realidade, segundo Ckagnazaroff; Melo; Carvalho (2005) e Grau (2005) a organização por setores compreende um tipo de ordenamento institucional em que cada unidade representa um campo de intervenção na realidade. O que a intersetorialidade rejeita é a atuação isolada destes campos e reivindica o desenvolvimento de ações formuladas e implementadas articuladamente pelos diferentes atores institucionais de modo que se produzam políticas públicas capazes de atender a integralidade dos diferentes direitos e, assim, transformar as ações num verdadeiro compromisso com a cidadania.

É com essas reflexões acerca das abordagens teóricas, conceituais e metodológicas da política pública e das suas implicações para a concretização dos direitos de cidadania, que se pretende discutir como se deu a inserção do tema do envelhecimento na agenda da política social brasileira.

## CAPÍTULO 4

### O ENVELHECIMENTO NA AGENDA DA POLÍTICA SOCIAL BRASILEIRA

A formação de uma política pública é um processo de construção histórica e política que se desenvolve na esfera pública, isto é, no bojo das diferentes relações, interesses, conflitos e consensos assim como das preferências, escolhas e decisões na sociedade.

Como construção histórica, diz respeito à processualidade temporal e contextual que se inicia no *momento* em que um tema passa a fazer parte da agenda social e política, que é o lugar dos assuntos a serem tratados pela sociedade e o Estado. Os temas compreendem as demandas, necessidades ou mesmo os anseios de uma sociedade e que, por isso, suscitam o desenvolvimento de um conjunto articulado de ações destinadas a viabilizar o seu atendimento.

O momento de entrada de um tema na agenda pode está associado a diversos fatores, entre os quais, a pressão e o interesse de políticos, movimentos sociais, e acontecimentos de ordem econômica, social e política que surgem no campo social e chamam inevitavelmente a atenção da sociedade (é o caso, por exemplo, da inserção de temas por motivo de crises ou calamidades).

Mas, apenas fazer parte dessa agenda não garante que um tema seja objeto de intervenção da política pública. Para que isso aconteça é preciso que o tema passe a fazer parte das preferências e escolhas que compõem a agenda de decisões em política pública e, a partir de então, ser transformado em programas, projetos, ações ou atividades, que são os mecanismos utilizados para realizar a intervenção de política pública.

Esse processo de tomar parte na agenda de decisões é resultado da conformação do jogo político. Daí afirmar-se que a política pública é, também, uma construção política, já que este processo passa pela movimentação dos atores sociais, estando, sobretudo matizado pela forma como as relações e interações sociais concorrem para fazer com que um tema entre e ascenda na agenda da política pública. Isso porque são essas relações e interações que conformam a estrutura e o jogo de poder; as forças sociais e sua atuação em torno de um assunto ou questão; os aspectos cognitivos como as

preferências, os interesses, a capacidade de persuasão; o conflito e a negociação, o conjunto de decisões políticas, as regras institucionais, entre outros aspectos.

A formação da agenda da política social - como política pública que é - também segue essa processualidade. Isso significa que sua formação se deu quando o tema do envelhecimento, por algum motivo, chamou atenção da sociedade, passando a fazer parte da agenda social e política que, como já se sabe, é a lista do conjunto de problemas, demandas, questões ou assuntos que o Governo e sociedade selecionam como objeto de ação e intervenção social (HUENCHUAN e PAREDES, 2007).

Assim, este capítulo busca descrever o caminho percorrido pelo tema do envelhecimento para fazer parte da agenda da política social para a população idosa no Brasil, a fim de desvelar e compreender como se deu o desenvolvimento histórico e político da formação desta agenda.

#### **4.1 Contribuições do diálogo entre os países na formação da agenda da política social para a população idosa**

Embora a gênese da preocupação oficial pelo envelhecimento possa ser identificada na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, uma vez que esta defende o acesso universal de todas as pessoas - sem qualquer discriminação de credo, cor, raça, idade, sexo, entre outras - observa-se que a emergência da questão do envelhecimento nas agendas internacionais se deu, de fato, a partir da constatação de que o aumento do número de pessoas idosas no mundo surgia como um fenômeno irreversível e desafiador para a sociedade e para o Estado.

Até o ano de 1977, o debate internacional acerca do envelhecimento era tratado de forma marginal pela Organização das Nações Unidas (ONU). Este assunto era debatido pelas suas agências como tópico secundário, nunca ocupando lugar central. Contudo, ainda neste ano, diante da patente visibilidade do envelhecimento da população mundial e da vulnerabilidade deste segmento no contexto político e econômico do período pós-guerra, o

Conselho Econômico e Social (ECOSOC) adotou a resolução 32/132, na qual propunha aos países membros convocar uma Assembléia Mundial sobre Envelhecimento. Tal convocação foi realizada um ano depois, na 33ª Sessão da Assembléia Geral da ONU, por meio da resolução 33/52 (MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES, 2002)

Considerado o marco histórico do debate internacional sobre o tema, a Primeira Assembléia Mundial sobre Envelhecimento foi realizada em Viena, na Áustria, no ano de 1982 e teve por objetivo discutir o tema do envelhecimento e elaborar o plano de ação internacional. As discussões foram estruturadas em torno dos seguintes tópicos: educação, saúde e nutrição, trabalho, bem-estar social, moradia e meio ambiente, seguridade social e proteção ao consumidor de idade avançada (CAMARANO e PASINATO, 2004).

Essas discussões resultaram no primeiro Plano Internacional de Ação sobre Envelhecimento, composto de sessenta e seis recomendações acerca dos tópicos acima relatados. Seus objetivos eram: a) fomentar a compreensão nacional e internacional das conseqüências econômicas, sociais e culturais do envelhecimento populacional no processo de desenvolvimento; b) promover a compreensão nacional e internacional das questões humanitárias e de desenvolvimento relacionadas com o envelhecimento; c) propor e estimular políticas e programas destinados a garantir a segurança social e econômica das pessoas idosas, bem como dar-lhes oportunidades de contribuir com o desenvolvimento e compartilhar seus benefícios; d) apresentar alternativas e opções de política compatíveis com os valores e metas nacionais, bem como com os princípios reconhecidos internacionalmente a respeito do envelhecimento populacional e as necessidades das próprias pessoas idosas; e, por último, e) estimular o desenvolvimento de propostas de ensino, capacitação e investigação adequados para lidar com o envelhecimento da população mundial e fomentar o intercâmbio internacional de atitudes e conhecimentos nesta esfera.

Não há dúvida de que o principal logro da Assembléia de Viena e do Plano de Ação foi a inserção do envelhecimento na agenda internacional. Isso despertou interesses e angariou o compromisso dos Estados nacionais para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a população idosa. Mas, como observam Camarano e Pasinato

(2004), até então, as discussões focalizavam mais o aspecto econômico<sup>77</sup> do que propriamente o social e, nesse sentido, parte das recomendações orientavam para a promoção da independência, autonomia física e, principalmente, financeira da pessoa idosa estimulando o estabelecimento de políticas fortemente fundamentadas no mundo do trabalho. Para as autoras, a concepção de pessoa idosa traçada no plano era a de

indivíduos independentes financeiramente e, portanto, com poder de compra. As recomendações eram dirigidas, em especial, aos idosos dos países desenvolvidos. Suas necessidades deveriam ser ouvidas, pois agregavam valor à economia e permitiam o desenvolvimento de um novo nicho de mercado. Por outro lado, o plano também foi fortemente dotado por uma visão da medicalização do processo de envelhecimento (p. 255).

O tratamento de um tema na esfera pública ou sofre ou reproduz dinâmica da realidade e, nesse sentido, como já explicitado nos capítulos anteriores, a dualidade centro e periferia está presente na conformidade do processo de envelhecimento das populações. Isso chama atenção para a desigualdade socioeconômica e, por conseguinte, da necessidade de enfrentamento da hegemonia do econômico sobre o social nas agendas social e política.

Assim, observou-se uma espécie de luta ético-ideológica recorrente na formação das agendas das políticas sociais para a população idosa e que pode ser percebida na polarização do debate político entre os que acreditam ser o envelhecimento da população uma “ameaça ao futuro das economias e da democracia” e dos que consideram este fato como um aspecto que “contribui para o desenvolvimento social e econômico” (CAMARANO e PASINATO, 2004, p. 256-257).

A dura realidade socioeconômica das populações em franco processo de envelhecimento associada àquela luta ético-ideológica, concorreu para a ONU, em 1991, por meio da resolução 46/91 de 16/12/1991, adotar princípios mais amplos e ancorados na noção de direitos para tratar o tema do envelhecimento e orientar a elaboração de políticas públicas para este segmento populacional. Tais princípios são:

---

<sup>77</sup> Também sobre isso o Ministério das Relações Exteriores (2002, p. 6-7) afirma que a maioria os temas sociais, naquela época, “era tratada na ONU em Comissões de natureza econômica - de maneira subordinada - ou política - ‘no sentido estrito do termo, concernentes às formas de exercício do poder estatal, sem claras implicações sociais’ (...). Àquela altura, [faltava ainda] alçar os temas sociais ao mesmo *status* dos temas políticos e econômicos. Os direitos humanos tampouco recebiam tratamento adequado (...). A subordinação dos direitos humanos e dos temas sociais à perspectiva economicista seria aclamada pelos regimes de exceção, que empregavam a equivocada fórmula de que primeiro seria necessário fazer crescer o bolo, para depois poder dividi-lo num segundo tempo que não chegava nunca. Num quadro de tensões, todos os direitos e as liberdades seriam relegados a um segundo plano de pouca visibilidade. Os direitos dos idosos não seriam exceção.”

1) *independência*, que significa que as pessoas idosas devem: ter acesso aos bens e serviços indispensáveis à satisfação de suas necessidades básicas, por meio do apoio de suas família, da comunidade ou de sua própria auto-suficiência; ter oportunidade de trabalho e outros meios para obter renda; ter liberdade para determinar e decidir quanto à sua participação no mercado de trabalho; ter acesso a programas de educação e formação adequados; ter possibilidade de viver em ambientes seguros e adaptados às suas condições e preferências; poder residir em seu próprio domicílio o maior tempo possível;

2) *participação*, que significa que as pessoas idosas devem: permanecer integrados à sociedade, participando ativamente da formulação e implementação das políticas públicas que afetam seu bem estar e ter oportunidade de compartilhar seus conhecimento e habilidades com os demais grupos etários;

3) *cuidados*, que baseia-se na idéia de que as pessoas idosas devem: poder desfrutar do cuidado e proteção da família e da comunidade em conformidade com o sistema de valores de cada sociedade; ter acesso aos serviços de saúde que as ajude a manter seu bem estar físico e emocional, assim como prevenir ou retardar enfermidades; ter acesso a serviços sociais e jurídicos que assegurem maior nível de autonomia, proteção e cuidado; ter acesso a meios apropriados de atenção institucional que lhes proporcione proteção, reabilitação e estímulo social e mental e, portanto, que ofereçam um entorno humano e seguro; poder desfrutar de seus direitos humanos e liberdades fundamentais mesmo quando institucionalizados. Isso significa que as instituições devem oferecer aos idosos institucionalizados tratamento e cuidado respeitando sua dignidade, crenças, necessidades e intimidades, assim como respeitar seu direito de tomar e participar das decisões sobre atenção, cuidado e qualidade de vida;

4) *realização pessoal*, que significa que as pessoas idosas devem ter condições de aproveitar as oportunidades para desenvolver plenamente suas potencialidade e ter acesso aos recursos educativos, culturais, espirituais e recreativos da sociedade.

5) *dignidade*, significa que as pessoas idosas têm direito de viver livre de qualquer tipo de exploração, violência e maus-tratos, bem como receber tratamento digno independente de idade, cor, raça, sexo, condição de dependência e ser valorizado independentemente de sua contribuição econômica.

Em 1992, a ONU proclamou o ano de 1999 como o Ano Internacional da Pessoa Idosa, sob o lema “uma sociedade para todas as idades”. Tal proclamação teve por objetivo dar visibilidade ao fenômeno do envelhecimento e promover a incorporação do tema nas

diferentes áreas de atuação das políticas públicas, destacando especialmente os seguintes aspectos: o desenvolvimento individual ao longo da vida, as relações entre as diferentes gerações, a relação entre o envelhecimento e o desenvolvimento das sociedades e deste com a situação social da população idosa.

Segundo Camarano e Pasinato (2004), estes eventos contribuíram para incluir o tema do envelhecimento na agenda de discussões dos diferentes fóruns internacionais - como, por exemplo, nas conferências sobre população, gênero, meio ambiente - e das subagências da ONU. Com isso, o debate acerca do modo como a velhice deve ser percebida pela sociedade e pelo Estado foi ampliado, propiciando uma gradual mudança de visão a respeito da população idosa como subgrupo vulnerável e ameaçador, para a de um segmento ativo, participante e com potencial para agir na busca do desenvolvimento de toda a sociedade. Segundo Martinez (2006), essa visão auxiliou a definição das principais orientações e marcos conceituais para a elaboração de políticas destinadas a garantir os direitos das pessoas idosas, muito embora ainda estivesse balizada na realidade dos países centrais.

A II Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em 2002, em Madri, Espanha, deu mais atenção à realidade das sociedades periféricas e expressou o reconhecimento de que o envelhecimento populacional é uma realidade mundial; ou, como afirma Annan (2003, p. 13), “já não é apenas um problema do primeiro mundo”. Contando com a participação de 150 países, esta Assembléia aprovou o Plano de Ação Internacional de Madri com o objetivo geral de responder às oportunidades e desafios do envelhecimento das populações no século XXI e promover o desenvolvimento de uma “sociedade para todas as idades”, cujas recomendações, em número de 130 se encontram distribuídas em três eixos de prioridades.

O primeiro eixo, intitulado *Pessoas idosas e o desenvolvimento*, recomenda a incorporação do envelhecimento no planejamento de todas as políticas setoriais e a promoção de oportunidades para que as pessoas idosas possam participar das estratégias e decisões que concorram para o desenvolvimento socioeconômico, destacando as seguintes questões: a importância da participação social da população idosa nas diferentes esferas das relações em sociedade; o acesso da pessoa idosa ao mercado de trabalho e o envelhecimento da mão-de-obra; o desenvolvimento rural, a migração e a urbanização; acesso da população idosa ao conhecimento, educação e capacitação; a solidariedade entre as gerações; o esforço em relação à erradicação da pobreza entre a população idosa; a tensão e o cuidado com as pessoas idosas em situações de emergência e de calamidades

humanitárias, uma vez que este grupo populacional é naturalmente propenso à vulnerabilidade dessa natureza.

O segundo eixo, denominado *saúde e bem-estar na velhice*, destaca a promoção de ações voltadas para a saúde e o bem-estar físico e mental na fase da velhice. As orientações deste eixo chamam atenção para: o conceito de envelhecimento ativo, manutenção da independência e capacidade funcional por meio da promoção da saúde e o bem-estar durante toda a vida; a importância do acesso universal e equitativo da população idosa aos serviços de assistência à saúde; a necessidade e importância da sociedade e do Governo dar atenção especial ao problema da AIDS, à saúde mental e às incapacidades na velhice; e para o fomento à capacitação dos recursos humanos em saúde para lidar o envelhecimento e a velhice.

O Terceiro eixo, intitulado *criação de ambiente propício e favorável*, suscita a atenção dos governos para criar ambientes que possibilitem e mantenha a inclusão social da pessoa idosa, o que prevê: diálogo intergeracional, acesso a serviços e bens sociais, cidades, meios de transporte e moradia adequados às condições da velhice, apoio e orientações às famílias e às pessoas que administram cuidados com a pessoa (cuidadores de idosos).

Concomitante à II Assembléia Mundial sobre Envelhecimento foi realizado os seguintes eventos: o Fórum Mundial das Organizações Não Governamentais; o Fórum Científico Internacional e o Ciclo de Diálogos 2020 sobre o futuro do envelhecimento; e a apresentação dos seguintes documentos: Envelhecimento ativo: um marco político da Saúde apresentado pela OMS e o da Organização Internacional do Trabalho (OIT) intitulado Uma sociedade para uma população que envelhece: o desafio do emprego e proteção social.

Do Fórum Mundial resultou um documento contendo a declaração final da assembléia geral, acompanhada de um conjunto de propostas e recomendações. A declaração chama atenção dos Governos e da sociedade civil para alguns aspectos da realidade do envelhecimento que devem ser considerados na elaboração e implementação de políticas públicas. Estes aspectos são: as condições de pobreza experimentada por uma parte da população idosa e que é transmitida para as gerações seguintes; a feminização da velhice, observando as condições da mulher na sociedade, seu papel no processo de envelhecimento populacional e as próprias peculiaridades do seu envelhecimento; a importância do sistema de seguridade social como meio de prover os recursos necessários

e adequados ao bem-estar da população idosa e de sua família; o irrestrito acesso aos serviços de saúde; a participação social e política como fator chave da inclusão social da população idosa e do desenvolvimento da humanidade; as condições de segurança, consumo e ambiente adequado como elementos indispensáveis a um envelhecimento ativo e saudável (e isso envolve criar um entorno acessível e que facilite a permanência das pessoas idosas nos lugares de sua preferência, o acesso às novas tecnologias e principalmente ao mercado de trabalho); proteção legal, o que significa propiciar o acesso à informação e assessoria jurídica à pessoa idosa; as condições de envelhecimento dos segmentos populacionais que histórica e estruturalmente são mais vulneráveis e cujo envelhecimento pode tornar agudas sua situação de vulnerabilidade (negros, índios, deficientes físicos, entre outros); e, por fim, o meio ambiente, destacando que um ambiente saudável e o consumo são alguns dos aspectos que afetam diretamente a vida das pessoas idosas, já que uma parte das suas enfermidades tem origem na deterioração ambiental.

Dentre as propostas e recomendações do Fórum Mundial chamam atenção as seguintes: instituição de uma Convenção da Pessoa Idosa pela ONU destinada a eliminar as distintas formas de discriminação da pessoa idosa, bem como estabelecer um acordo internacional de defesa e proteção dos direitos humanos da população idosa; responsabilidade dos governos sobre as políticas destinadas à defesa, proteção e atenção da pessoa idosa em cada Estado nacional; estabelecimento do envelhecimento ativo como princípio norteador das políticas de saúde em todos os âmbitos: locais, nacionais e internacionais; a saúde deve ser compreendida a partir de uma perspectiva integral, levando em conta os problemas sociais que afetam a pessoa idosa; recomendação de criação de planos nacionais que incluam os aspectos econômicos, sociais, culturais e de saúde da pessoa idosa e criação de instâncias de defesa, acompanhamento e controle destes planos em nível local; e a criação de uma Agência internacional especializada com a finalidade de acompanhar e controlar os planos de ação dos Estados nacionais.

O Fórum Científico Internacional foi realizado pela ONU em parceria com a Associação Internacional de Gerontologia (IAG) e teve como objetivo elaborar o “Programa de investigação sobre envelhecimento para o século XX”. Este Programa foi apresentado na II Assembléia Mundial e estava desenhado de acordo com o que foi estabelecido no Plano de Ação Internacional de Madri. Ele orienta quanto às prioridades da investigação, pesquisas e busca de dados sobre as políticas destinadas a população idosa (agenda de pesquisa). Assim, o Programa estabelece como prioridades de investigação os seguintes aspectos:

1) eixo “pessoas idosas e o desenvolvimento” - abarca a necessidade de se investigar o processo de participação, a integração social a segurança econômica da população idosa, bem como as transformações e a evolução macrossocial das estruturas familiares, das trocas intergeracionais e os novos modelos de funcionamento familiar e institucional;

2) eixo “saúde e bem-estar na velhice” - enfatiza os fatores que concorrem para o envelhecimento saudável; a Biomedicina, no que diz respeito aos mecanismos biológicos básicos e de enfermidades associadas à idade; a funcionalidade física e mental; e a qualidade de vida na velhice nas diferentes situações culturais, socioeconômicas e ambientais;

3) eixo “criação de um entorno propício e favorável” - prioriza os sistema de assistência social e as mudanças na estrutura e função da família e da comunidade;

4) e, por fim, chama atenção para o fomento e apoio às pesquisa sobre processo de implantação, implementação, formulação, avaliação, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas destinadas à população idosa, apresentado um conjunto de prioridades e orientações metodológicas para a investigação.

Em síntese, esse programa constitui verdadeira agenda de pesquisa e proposta de acompanhamento e monitoramento do Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento.

O ciclo de Diálogos 2020 sobre o futuro do envelhecimento teve o objetivo de instigar o diálogo entre a comunidade de especialistas e pesquisadores, a sociedade civil e os representantes do governo em torno dos desafios do processo de envelhecimento nos distintos campos do saber e da economia. Para o então Presidente do ECOSOC, Sr. Jaime Montalvo Correa, o diálogo em torno do envelhecimento entre os diferentes atores é um processo fundamental, uma vez que este fenômeno implica desafios em todos os campos da ação política, social e econômica e em todos os países do mundo, exigindo a participação da sociedade. De maneira geral, as conclusões deste ciclo de debates chamaram atenção para a necessidade de os países assumirem compromisso com políticas que garantam a proteção social e os direitos humanos da população idosa.

O marco político do “envelhecimento ativo” é um documento desenvolvido pelo Programa de Envelhecimento e Ciclo Vital da OMS, cuja elaboração foi submetida à apreciação de diferentes países entre os quais o Brasil. Sua conclusão se deu mediante a

participação de especialistas de 21 países, constituindo-se numa espécie de “tratado” sobre o envelhecimento, uma vez que seu conteúdo além de reunir informações sobre essa matéria, busca introjetar o paradigma do “envelhecimento ativo” como o princípio de orientação da formulação e implementação das políticas públicas. Nele, a OMS (2005, p. 8) argumenta que os países somente podem “custear o envelhecimento se os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil implementarem políticas e programas de ‘envelhecimento ativo’ que melhorem a saúde, a participação e a segurança dos cidadãos mais velhos”.

Este documento abriga informações sobre os aspectos demográficos; apresenta o conceito e o fundamento do envelhecimento ativo; define os fatores que concorrem para que as pessoas envelheçam ativamente; indica desafios do envelhecimento populacional; e apresenta quais são as respostas políticas para dar conta não só dos desafios, mas, sobretudo para proporcionar a todos um envelhecimento ativo.

A OMS (2005, p.14) define o envelhecimento ativo como um processo pelo qual se oportuniza ao máximo as condições de saúde, participação e segurança das pessoas, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que elas envelhecem. Adota o termo “ativo” como sinônimo de participação contínua do sujeito nas dimensões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, observando, portanto, que essa concepção extrapola a consideração *senso comum* de tratar o idoso apenas sob o aspecto de “estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho”. Essa é uma observação importante porque, o objetivo deste conceito de envelhecimento é o de servir de orientação para a elaboração de políticas que efetivamente possam “aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados”.

Com esse entendimento, a OMS advoga que o termo “envelhecimento ativo” é mais adequado que o “envelhecimento saudável” para nortear a elaboração das políticas públicas, uma vez que extrapola as dimensões saúde e bem estar físico/mental/social e considera a vida saudável e a qualidade de vida como conquistas relacionadas aos direitos humanos de todas as pessoas em qualquer idade.

No entanto, em se tratando especificamente das pessoas idosas, tais conquistas estão associadas, também, à definição de uma política social capaz de enfrentar os desafios que emergem do envelhecimento humano e populacional. De acordo com a OMS (2002) estes desafios estão associados aos seguintes fatores:

1) a transformação nos padrões de enfermidade que levam as sociedades – especialmente dos países periféricos – a conviverem com *uma dupla carga de doença*, qual seja: doenças infecciosas e enfermidades não transmissíveis ou crônicas. Isso significa que essas políticas devem investir tanto na erradicação do primeiro grupo de doenças, mas também adotar medidas para minimizar e/ou deter o avanço das doenças crônicas;

2) a *suscetibilidade à deficiência e à dependência cognitiva e física*, que pode ser resultado do desgaste natural próprio do processo de envelhecimento humano ou do acometimento por doenças crônicas, exigindo das autoridades ações para prevenir e/ou postergar estes riscos;

3) *prestação de assistência, cuidado e atenção às pessoas idosas*, o que envolve ações para promover o apoio ao auto-cuidado, bem como ao cuidado formal e informal. Nesse aspecto destaca o fato de que, embora os familiares e as pessoas mais próximas sejam aliados importantes no cuidado e atenção à pessoa idosa, o Estado deve prover o cuidado formal e estar atento, especialmente às mudanças demográficas, conjunturais e de comportamento que afetam os arranjos familiares, o que causa impacto na disponibilidade da rede de apoio informal;

4) *saber lidar adequadamente com o fenômeno de feminização da velhice*, pois o fato de as mulheres experimentarem maior longevidade as deixa mais expostas e suscetíveis aos efeitos deletérios do envelhecimento e, com isso, sofrem um maior risco de deficiências e dependência. Também há que se pensar sobre os efeitos das mudanças estruturais e culturais que afetaram a família e o próprio papel da mulher nesta instituição;

5) *promoção da ética e enfrentamento das desigualdades* como ponto central da decisão em política pública. A ética diz respeito às formas como a sociedade deve lidar com o processo de envelhecimento no contexto de sua realidade biopsicosocial. Isso significa respeitar os limites da velhice sem exagerar ou minimizar as questões a ela relacionadas e manter a integridade da pessoa idosa qualquer que seja o seu estado físico e emocional. A desigualdade é uma iniquidade cuja história indica que aspectos como etnia, gênero, idade entre outros são fatores de vulnerabilidade social. Nesse sentido, as políticas sociais se formuladas e implementadas com ética e justiça social implicam possibilidade de alterar ou diminuir essa vulnerabilidade;

6) o *impacto econômico* do processo de envelhecimento populacional associada à possibilidade de haver explosão da demanda nas áreas da saúde, assistência e previdência social. Tal possibilidade exige das políticas públicas ações inovadoras e

substantivas no sentido de: prevenção dos riscos à saúde associados ao envelhecimento, maior eficiência na gestão e planejamento em seguridade social, e estímulo ao acesso ao mercado de trabalho das pessoas idosas que desejam manter-se na atividade produtiva;

7) estabelecimento de um *novo paradigma para a velhice* para superar a visão *sensu comum* de que o envelhecimento é um evento da vida associado à enfermidade, à dependência e à aposentadoria<sup>78</sup>. Isso implica que as políticas públicas, além de adotar mecanismos que rompam com esta relação, devem promover ações que permitam à população idosa participar e desfrutar do desenvolvimento social. É como afirma o Marco Político do Envelhecimento Ativo (OMS, 2002): Governo e sociedade, especialmente os próprios idosos e os meio de comunicação, devem

tomar la iniciativa para forjar una imagen nueva y más positiva del envejecimiento. El reconocimiento político y social de las contribuciones que las personas de edad hacen y la inclusión de hombres y mujeres de edad en los papeles directivos apoyarán esta nueva imagen y ayudará a deshacer los estereotipos negativos. Educar a los jóvenes con respecto al envejecimiento y prestar una cuidadosa atención al mantenimiento de los derechos de las personas de edad ayudará a reducir y eliminar la discriminación y el abuso.

Frente a esses desafios as respostas políticas para um processo de envelhecimento ativo, segundo a OMS, devem considerar o seguinte: 1) as influências dos diferentes aspectos sobre o processo de envelhecimento, que são: os *determinantes considerados transversais*, ou seja, aqueles que perpassam todos os demais, como: a cultura, relacionada com o modo como as pessoas consideram, enxergam e lidam com a velhice e o gênero, dado o processo de feminização do envelhecimento e as transformações no papel desempenhado pela mulher na sociedade; e os *determinantes de cunho estrutural, econômicos e social*. Estes estão associados ao estabelecimento de políticas que proporcionem acesso ao conjunto de bens e serviços adequados ao bem-estar social da população (educação, saúde, trabalho, renda, entorno ambiental propício, entre outros); aos aspectos comportamentais (hábitos, estilos de vida e oportunidades de participação ativa nos atos da sociedade e do Estado); e aos fatores de origem pessoal (biologia e carga genética).

A figura apresentada, a seguir, elaborada pela própria OMS, ilustra toda a inter-relação e transversalidade dos fatores determinantes do envelhecimento ativo.

---

<sup>78</sup> Segundo Salgado (1999) a aposentadoria é um direito social. Mas, é também, o momento em que o indivíduo deixa o mercado de trabalho. Isso, de maneira geral, coincide com a velhice e, com isso, o padrão socioeconômico contemporâneo associa tal momento à improdutividade e ociosidade, criando mitos e preconceitos sobre a capacidade laborativa e de contribuição social da pessoa idosa.

FIGURA 1 – DETERMINANTES DO ENVELHECIMENTO ATIVO



FONTE: OMS (2002, p. 82)

2) as políticas para um envelhecimento ativo devem assegurar ações que sintetizem os princípios das Nações Unidas para as pessoas idosas já apresentados nesta pesquisa. 3) tais ações devem ser desenvolvidas de forma a articular tanto o Estado como a sociedade, bem como as diferentes áreas e setores da política pública (intersectorialidade), buscando sempre a solidariedade entre as gerações, a redução da desigualdade entre homens, mulheres e os diferentes segmentos populacionais (OMS, 2002).

O documento apresentado pela OIT, intitulado “Uma sociedade inclusiva para uma população que envelhece: o desafio do emprego e proteção social”, fala da importância do trabalho e da proteção social da pessoa idosa, apresentando um leque de considerações que precisam da atenção do Estado e da sociedade. Este documento, assim como os demais apresentados na segunda assembleia, chama, portanto, a atenção para os diferentes impactos e consequências do aumento do número de pessoas nas políticas sociais e na economia, destacando particularmente a questão da empregabilidade das pessoas idosas e sua participação no mercado de trabalho. Nesse sentido, defende a necessidade de melhor qualificação do idoso e aposta na educação como meio para atualização e formação permanente desse segmento para combater a exclusão e/ou a informalização do trabalho do mesmo. Ressalta a importância da participação ativa deste

segmento na vida econômica e social, e a importância dessa participação para os sistemas de proteção social sustentados no mundo do trabalho e para as transferências intergeracionais<sup>79</sup>. Para tanto, recomenda que as políticas públicas sejam desenvolvidas observando as necessidades de:

- 1) realizar uma transição gradual e flexível da vida ativa para a aposentadoria<sup>80</sup>;
- 2) promover ações que impeçam a discriminação na oferta de emprego e ocupação dos trabalhadores idosos que desejarem permanecer no mercado de trabalho;
- 3) oferecer políticas públicas destinadas à formação e educação permanente para o segmento de pessoas idosas, a fim de que este grupo esteja sempre em condições de inserir-se nas novas demandas e oportunidades do mercado de trabalho;
- 4) oportunizar o acesso da pessoa idosa às novas Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC);
- 5) adotar medidas adequadas para permitir que os trabalhadores idosos permaneçam, se desejarem, por mais tempo em seus postos de trabalho;
- 6) buscar respostas mais eficientes aos desafios da seguridade social;
- 7) fomentar a integração social, as relações intergeracionais e buscar garantir os direitos sociais, a fim de garantir uma velhice digna; e
- 8) criar entorno propício e ambientes de trabalho que auxiliem a redução dos problemas que possam causar deficiência e dependência (OIT, 2002).

Embora vários países da América Latina e Caribe fossem signatários destas agendas desde a Assembléia de Viena, em 1982, e já tivessem conhecimento do processo de transição demográfica em andamento, o tema envelhecimento só passou, incisivamente, a chamar atenção e fazer parte da agenda social e política da Região nos últimos anos do século XX e tornou-se ainda mais substantiva a partir da Assembléia de Madri, em 2002. É isto que está evidenciado na história da formação da agenda da Região da América Latina e Caribe descrita a seguir.

---

<sup>79</sup> As transferências intergeracionais referem-se à repartição de recursos e apoio entre gerações. Para Turra e Queiroz (2005, p. 191) a repartição é estabelecida “mediante normas sociais, leis e decisões individuais. Este é o caso, por exemplo, das “crianças que consomem recursos gerados por adultos, transferidos pela família ou pelo setor público”. E, dos idosos, que dispõem de recursos acumulados durante a fase ativa e/ou de recursos produzidos e transferidos por outros adultos. Também é o caso de adultos que dependem, de alguma forma, da renda e do apoio de pessoas idosas.

<sup>80</sup> Significa pensar programas de preparação para aposentadoria.

## 4.2 A agenda do envelhecimento na Região da América Latina e Caribe

De acordo com a CEPAL (2005), a inclusão formal do envelhecimento como tema da agenda de acordos políticos na Região da América Latina e Caribe se deu a partir do protocolo adicional à Convenção Americana de Direitos Humanos - intitulado “Protocolo de San Salvador” - sobre os direitos econômicos, sociais e culturais, assinado em 1988. Este documento faz referência específica à questão do envelhecimento ao estabelecer em seus artigos 9º e 17º, respectivamente, o direito à previdência como uma forma de proteção à velhice e à proteção especial ao idoso. Para tanto recomenda aos Estados membros que se comprometam com a adoção progressiva de medidas necessárias para colocar em prática esses direitos e, em especial: a) providenciar instalações adequadas, bem como alimentação e assistência médica especializada às pessoas de idade avançada e não estejam em condições de provê-las por seus próprios meios; b) executar programas trabalhistas específicos destinados a dar às pessoas idosas a possibilidade de realizar atividade produtiva adequada às suas capacidades, respeitando sua vocação ou desejos; c) promover a formação de organizações sociais destinadas a melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas.

A partir da década de 1990, vários países começaram a estabelecer diplomas legais específicos destinados a garantir os direitos das pessoas idosas. Dentre os países latinoamericanos o Brasil foi pioneiro na instituição de uma legislação específica para o segmento populacional de idosos, ao aprovar, em 1994, a lei 8.842 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) e, em 2003, o Estatuto do Idoso. Os países que seguiram o exemplo do Brasil foram os seguintes: Guatemala com a Lei de Proteção às Pessoas da Terceira Idade e Chile com a Política Nacional da Pessoa Idosa, em 1996; República Dominicana, em 1998, com a Lei 352/98; Costa Rica, em 1999, com a Lei Integral da Pessoa Idosa; Equador, com a Lei de reforma à Lei do Ancião em 2001; México, com a Lei dos Direitos da Pessoa Idosa/2002, Paraguai com a Lei 1.885/2002 das Pessoas Idosas; El Salvador com a Lei de Atenção Integral às Pessoas Idosas/2002; Honduras com a Lei Integral de Proteção à Pessoa Idosa e ao Aposentado/2005; Uruguai com a Lei 17.796/2005 sobre a Promoção Integral das Pessoa Idosas; e, Peru com a Lei das Pessoa Idosas de 2006 (HUENCHUAN, 2004; CEPAL, 2003).

O fato de os demais países não apresentarem diplomas específicos não significa que eles não tenham seus mecanismos institucionais de proteção à pessoa idosa. O que se observa é que, na maioria dos países, tal proteção encontra-se disciplinada de forma difusa nos dispositivos constitucionais e na legislação sobre os direitos e a política social<sup>81</sup> correspondente.

Porém, dado o avanço generalizado do processo de transição demográfica na Região, sua comunidade em conjunto com os organismos internacionais observou a necessidade de pautar uma agenda comum que pudesse orientar o processo de institucionalização do sistema de proteção dos direitos da pessoa idosa, de modo a enfrentar as diferentes manifestações do fenômeno do envelhecimento populacional de acordo com a realidade de cada país. Diante desta questão e das orientações da Segunda Assembléia sobre Envelhecimento, a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com o apoio do Fundo de Populações das Nações Unidas (UNFPA), a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), OIT, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), o Banco Mundial, realizou, em Santiago do Chile, no período de 19 a 21 de novembro de 2003 a primeira Conferência Intergovernamental Regional sobre Envelhecimento<sup>82</sup> que resultou na elaboração do documento intitulado “Estratégia Regional de implementação para a América Latina e Caribe do Plano de Ação Internacional de Madrid sobre Envelhecimento”. Este documento estabeleceu as metas, objetivos e recomendações para o desenvolvimento de ações em prol das pessoas idosas, que, para Machinea (2004, p. 6), além de ser um acordo entre os Estados membros, representa

un marco de referencia regional que los países deben adaptar a sus realidades nacionales con el fin de responder eficazmente a las necesidades e intereses de las personas mayores, propiciando la creación de condiciones que favorezcan un envejecimiento individual e colectivo con seguridad e dignidad (...).

En la Estrategia se reconocen los desafíos derivados del proceso de envejecimiento poblacional, pero también se exploran las oportunidades que se ella surgen, entre las cuales figuran la construcción de sociedades más

---

<sup>81</sup> Conforme a CEPAL (2005) o caso da Argentina é um exemplo típico desta situação, já que neste país não existe uma legislação particular orientada para garantir os direitos da população idosa. Esta é considerada transversalmente nas políticas sociais, e particularmente na de saúde. Já na Colômbia sua Constituição Política de 1991 consagrou os direitos da pessoa idosa ao estabelecer uma série de garantias sociais, econômicas e culturais para este segmento, fazendo com que as instituições públicas e privadas colombianas começassem a desenvolver ações em favor das pessoas idosas, priorizando os mais marginalizados, por meio de programas de alimentação e subsídios econômicos complementares com atividades de educação, cultura e esporte. Na Venezuela, por sua vez, a pessoa idosa é tratada no âmbito da Lei dos Serviços Sociais.

<sup>82</sup> Esta Conferência contou com a participação de representantes governamentais e não governamentais da Região da América Latina e Caribe, membros das Nações Unidas, com três membros não associados, qual sejam: Anguila, Aruba e Porto Rico, um observador da Santa Sede. Participaram ainda como membros de caráter consultivo representantes da Rússia, Marrocos, Polônia, Romênia e Suíça.

democráticas y solidarias desde el punto de vista de la edad, el ejercicio de los derechos y responsabilidades en la vejez y la constitucional de sujetos sociales reconocidos como una “nueva fuerza para el desarrollo”.

Com essa qualificação, a Estratégia Regional - considerando, particularmente, o generalizado aumento do número de pessoas idosas na Região que, por sua vez, é marcada por grande incidência de pobreza, alta e crescente informalização de mão-de-obra, persistente desigualdade social, escasso desenvolvimento institucional dos sistemas de proteção social e diferenças de gênero no processo de envelhecimento – estabeleceu como orientações gerais a adoção dos seguintes fundamentos:

1) o paradigma do envelhecimento ativo;

2) a importância do protagonismo da pessoa idosa;

3) a heterogeneidade do processo de envelhecimento determinada a partir do gênero, nível socioeconômico, etnia, condição de migração e deslocamento, e localização urbana ou rural, entre outras;

4) o entendimento de que o envelhecimento é um processo que se desenvolve ao longo de toda a vida (ciclo de vida) e, portanto, as etapas que a precedem também merecem atenção;

5) a compreensão de que a solidariedade entre as gerações é um valor de fundamental importância na orientação das ações destinadas à população idosa; e, por fim,

6) a importância de se considerar a questão do envelhecimento no desenvolvimento em todos os aspectos e, especialmente, na elaboração das políticas públicas.

O documento da Estratégia Regional, além de ter apresentado as metas e objetivos de acordo com os três eixos adotados no Plano de Ação Internacional de Madri, indicou como deve ser sua aplicação, acompanhamento, avaliação e revisão. Para melhor visualização dos elementos que o compõem, apresenta-se, a seguir, uma tabela resumo do documento:

QUADRO 1 – EIXOS, METAS E OBJETIVOS DA ESTRATÉGIA REGIONAL DE IMPLEMENTAÇÃO, NA AMÉRICA LATINA E CARIBE, DO PLANO DE AÇÃO INTERNACIONAL DE MADRI SOBRE ENVELHECIMENTO

EIXOS	METAS	OBJETIVOS
I - As pessoas de idade e o desenvolvimento	Proteger os direitos dos idosos e criar condições de segurança econômica, de participação social e educação; promover a satisfação das necessidades básicas das pessoas idosas; e garantir sua plena inclusão na sociedade e no desenvolvimento.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) promover os direitos humanos da população idosa;</li> <li>2) promover o acesso, em condições de igualdade, ao emprego decente, à formação continuada e ao crédito para realização de empreendimentos;</li> <li>3) promover e facilitar a inclusão da pessoa idosa no mercado de trabalho formal;</li> <li>4) ampliar a cobertura e os valores dos benefícios e aposentadorias;</li> <li>5) criar condições adequadas para articular a plena participação das pessoas idosas na sociedade, com o objetivo de favorecer seu empoderamento como grupo social e fortalecer o exercício de uma cidadania ativa;</li> <li>6) promover a igualdade de oportunidades e de acesso à educação durante toda a vida.</li> </ol>
II- Promoção da saúde e bem estar na velhice	Promover o acesso da população idosa a serviços de saúde integral e adequados às suas necessidades; garantir uma melhor qualidade de vida na velhice; manter ou estender o máximo possível a autonomia funcional da pessoa idosa.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) promover o acesso aos serviços de saúde integral e adequados a suas necessidades, que garantam melhor qualidade de vida na velhice e a preservação da funcionalidade de autonomia da pessoa idosa;</li> <li>2) estabelecer serviços integrais de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas, fortalecendo e reorientando para elas serviços já existentes e criando aqueles que forem necessários;</li> <li>3) promover condutas pessoais e ambientes saudáveis através de leis, políticas, programas e ações nacionais e comunitárias;</li> <li>4) criar marcos legais e mecanismos adequados para a proteção dos direitos das pessoas idosas que precisarem de cuidados de longa permanência;</li> <li>5) promover a formação de recursos humanos através da implementação de um plano nacional de capacitação em gerontologia e geriatria para os prestadores de serviço em todos os níveis de atenção, especialmente a primária;</li> <li>6) elaborar e utilizar instrumentos que possam melhorar o conhecimento do estado de saúde das pessoas idosas, bem como monitorar suas mudanças.</li> </ol>
III – criação de um entorno propício e favorável	Criar condições para que as pessoas idosas desfrutem de um ambiente físico, social e cultural capaz de promover seu desenvolvimento e o favorecimento do exercício dos direitos e deveres do cidadão idoso.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) adaptar o ambiente físico às características e necessidades das pessoas idosas para que as mesmas tenham uma vida independente na velhice;</li> <li>2) aumentar a disponibilidade, sustentabilidade e adequação dos sistemas de apoio social das pessoas idosas;</li> <li>3) eliminar todas as formas de discriminação e maltrato contra a pessoa idosa;</li> <li>4) promover uma imagem positiva da velhice.</li> </ol>

EIXOS	METAS	OBJETIVOS
IV - Aplicação e acompanhamento da Estratégia Regional	Cada país da Região deve promover ações para o alcance da plena execução desta Estratégia, estabelecendo mecanismos para sua aplicação, acompanhamento, avaliação e revisão.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) incorporar o envelhecimento em todos os âmbitos da política pública, com o propósito de adequar as intervenções do Estado nas transformações demográficas e a construção de uma sociedade para todas as idades;</li> <li>2) conseguir assistência técnica através da cooperação entre países e do apoio de todos os organismos internacionais para a criação de propostas de políticas e programas sobre o envelhecimento;</li> <li>3) elaborar a implementação de um sistema de indicadores específicos que sirva de referência no acompanhamento e avaliação;</li> <li>4) desenvolver e promover investigações sobre os principais aspectos do envelhecimento a nível nacional e regional;</li> <li>5) solicitar à CEPAL e demais organizações pertinentes que proporcionem o contato entre os diferentes países da Região, de modo que se possa desenvolver os mecanismos necessários para a aplicação adequada dos compromissos emanados desta Estratégia</li> </ol>

FONTE: CEPAL (2004).

Dadas as orientações da Estratégia Regional, tanto os organismos temáticos como a OPAS, OIT, como as diferentes organizações não governamentais, a comunidade acadêmica e os governos dos Estados latinoamericanos, buscaram conciliar suas agendas de políticas sociais com este documento, que foi elaborado a partir das recomendações da Assembléia de Madri, mas, contextualizado na realidade latinoamericana. Nesse sentido, uma pesquisa realizada, pela CEPAL (2003), sobre as agendas de diferentes países da Região, identificou que há um núcleo de temas comuns nestas agendas, que são:

1) segurança econômica - envolve questões relacionadas à aposentadoria e às formas de eliminar a discriminação por idade no mercado de trabalho;

2) saúde é entendida como direito básico - envolve a promoção, prevenção e tratamento das enfermidades na velhice e o cuidado e atenção às pessoas idosas dependentes;

3) habitação e urbanização – trata do problema de moradia, bem como das condições efetivas das pessoas idosas viverem no lugar onde desejarem com segurança e qualidade ambiental;

4) participação – envolve a criação de mecanismos que possibilitem às pessoas idosas participarem da vida em sociedade em seus diferentes aspectos, especialmente na formulação e implementação das políticas públicas; e

5) violência e maus tratos contra o idoso – envolve a criação de medidas para eliminar todas as suas formas de ocorrência contra a pessoa idosa.

Dando prosseguimento as ações da Estratégia Regional, em 2004, em San Salvador, foi realizada uma reunião que contou com a participação de diferentes instituições especializadas no estudo do Envelhecimento, bem como organizações internacionais, pesquisadores e estudiosos, representantes da sociedade civil e dos governos. Nessa reunião foram levantados os principais desafios a criação de uma política social efetiva para população idosa na Região, os quais estão associados aos seguintes aspectos:

1) a institucionalidade que se refere à necessidade de fortalecer a vontade dos governos de formar agendas e empreender ações para garantir os direitos da população idosa, bem como fortalecer as áreas e instituições do governo dedicadas a melhorar as condições de vida deste segmento;

2) o reconhecimento de que as políticas sociais, para serem efetivas, necessitam

de coordenação, articulação entre diferentes setores e áreas do governo, bem como destes com as organizações não governamentais, sociedades científicas e o setor produtivo, de modo a promover a sustentabilidade das políticas dos Estados;

3) a legislação deve ser aplicada e colocada em prática, ou seja, é preciso diminuir o hiato entre o que a lei dispõe e seu processo de implementação no sentido de torná-la efetiva sob o ponto de vista de, de fato, garantir os direitos da pessoa idosa, e assegurar a participação desta no processo de tomada de decisão; e

4) disponibilidade de recursos humanos e orçamentários, o que está associado à necessidade de garantir meios e condições para gestão e implementação da agenda de política social.

Não obstante os desafios elencados, uma consulta realizada por Morlachetti, Guzmán e Cuevas (2007) a alguns países da Região, indica que a efetividade das políticas sociais, tanto no seu processo decisório quanto na implementação se deparam com os seguintes obstáculos:

1) persistência do *não reconhecimento do da pessoa idosa como sujeito de direitos*, o que pode favorecer o surgimento de diferentes formas de discriminação e desrespeito aos direitos da população idosa;

2) *desconhecimento e/ou desinteresse* dos atores sociais e políticos a respeito das questões relacionadas ao envelhecimento humano e populacional, o que pode concorrer para um planejamento mal sucedido na formulação e implementação das políticas sociais;

3) predominância da *visão estereotipada* de que a velhice é uma fase da vida associada a diversos aspectos deletérios da biologia humana como a doença, dependência, deficiência e improdutividade, o que, além de negligenciar a dignidade deste segmento nega a realidade do atual cenário de avanço tecnológico e das Ciências Médicas que, cada vez mais, oferece produtos capazes de incrementar as potencialidades da velhice. Como afirmam Guzmán e Cuevas (2007) *la realidad de las personas mayores, responde hoy a un nuevo patrón de vejez, significativamente más longevo, pero a la vez más activo, mayormente sano, creativo, crecientemente educado, y con mayor capital individual y social que en las décadas pasadas*” (p. 12);

4) *fragilidade da sociedade civil* observada no fato de que, em grande parte dos

países, não existe movimentos sociais de pessoas idosas e, os poucos existentes, são marcados por baixa articulação, carecendo de experiência e estratégia política, caracterizando-se mais como espaço de convivência do que como movimento social organizado;

5) *escassez de recursos* explicada pela precária realidade socioeconômica dos países da Região, o que significa que a questão do envelhecimento também se inscreve no quadro de tensões das políticas econômicas e sociais que perpassa o jogo ideológico que conforma a distribuição dos recursos. Isso coloca na ordem deste jogo a questão da focalização *versus* universalização no seu sentido mais amplo, pois como afirmam os pesquisadores, tal questão pode obstaculizar a entrada do tema da velhice na agenda pública, reduzindo as pessoas idosas a um grupo que mais “demanda atención y recursos, en vez de considerarlas como um grupo que crece, y por lo tanto tiene demandas en aumento, y de potenciar sus atributos en cuanto agentes necesarios para el desarrollo” (p. 13);

6) *baixa produção científica* sobre o tema e *pouco aproveitamento das informações* existentes no processo de tomada de decisão política;

7) *pouca cooperação entre governo e sociedade civil*, dificultando a oferta de serviços otimizados e efetivos, bem como de cuidados e atenção à pessoa idosa.

Dado esses desafios e obstáculos, os citados pesquisadores advogam a necessidade de o Estado e a sociedade atuarem de forma mais incisiva na questão do envelhecimento, adotando formas de comunicação e trabalho em rede<sup>83</sup> que, de fato, levem os gestores a tomarem consciência das transformações demográficas em andamento e a promoverem um ambiente favorável à incorporação das pessoas idosas no processo de desenvolvimento social, econômico e cultural.

Assim, enquanto a Primeira Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento na América Latina e Caribe pautou os assuntos da agenda e a metodologia para o agir político e social na formulação e implementação das políticas públicas destinadas à população idosa na Região. A Segunda foi mais além. Esta Conferência que aconteceu, em dezembro de 2007, em Brasília, Brasil teve como tema a “criação de uma sociedade para todas as idades e de proteção social baseada em direitos”. Nela foi

---

<sup>83</sup> É interessante observar que esta é a primeira e única referência encontrada nos textos e relatórios até aqui tratados fazendo menção à questão da rede como forma de atuação nas políticas públicas destinadas à população idosa na Região.

realizado um balanço da atuação dos diferentes países na concretização da agenda e foram estabelecidas as prioridades futuras da aplicação da Estratégia Regional e do Plano de Ação Internacional de Madrid (CEPAL, 2007c). Em outras palavras, esta Assembléia buscou realinhar os objetivos do Plano de Ação aos problemas e desafios identificados ao longo do desenvolvimento das agendas dos Estados nacionais.

Na prática, esse realinhamento é resultado das manifestações patentes nos documentos apresentados pelos governos e pela sociedade civil. Neles se observa que há convergência de opiniões em torno da necessidade de estabelecimento de uma agenda em comum para a questão do envelhecimento.

No entanto, o “tom” das manifestações de um e outro ator deixa evidente que a ansiedade da sociedade civil por respostas mais efetivas é maior, posto que a mesma percebe que os Estados não conseguem avançar no mesmo ritmo em que se desenvolvem as demandas do envelhecimento. Isso pode ser notado no conteúdo da Declaração de Brasília, na qual os governos dos países participantes relatam os seguintes considerandos:

*Destacando* la responsabilidad de los gobiernos, de acuerdo con sus marcos jurídicos, de promover y prestar los servicios sociales y de salud básicos y facilitar el acceso a ellos, teniendo en cuenta las necesidades específicas de edad, así con los compromisos asumidos en el presente documento,

(...)

*Destacando* que, para afrontar los desafíos del envejecimiento, algunos países han avanzado en la creación e implementación de legislaciones, políticas, programas, planes y servicios para mejorar las condiciones de vida de las personas de edad y que, en relación con el año 2003, hay nuevos nichos de política pública y más intervenciones en el tema, aunque aún persiste la diversidad de situaciones y de logros entre países y subregiones,

*Subrayando* que, desde hace algunos años, la preocupación de los Estados por los derechos de las personas de edad ha ido en aumento y se ha traducido en la creación de marcos legales de protección, aunque se mantienen brechas de implementación de estos derechos y muchas personas de edad aún no acceden a prestaciones de seguridad social, de salud o a los servicios sociales,

*Enfatizando* que es indispensable que el envejecimiento de la población no esté circunscrito a las actuales generaciones de personas de edad y que es fundamental avanzar hacia la construcción de sociedades más inclusivas, cohesionadas y democráticas, que rechacen todas las formas de discriminación, incluidas las relacionadas con la edad, y afianzar los mecanismos de solidaridad entre generaciones,

(...)

*Reconociendo* que las Naciones Unidas y sus organismos especializados han puesto especial acento en este tema y han insistido en la ampliación de la cobertura y calidad de los sistemas de protección social para resguardar a las personas frente a los riesgos vinculados con la vejez y que la titularidad de derechos humanos entraña la efectiva pertenencia a la sociedad, pues implica que todos los ciudadanos y ciudadanas están incluidos en la dinámica del desarrollo y pueden disfrutar del bienestar que este promueve. (CEPAL, 2008b, p. 3-4).

Pode ser notado, também, nos compromissos declarados pelos governos com o estabelecimento de uma agenda de políticas públicas comprometida com os direitos das pessoas idosas e, sobretudo, atenta às transformações provocadas pelo processo de envelhecimento das populações da América Latina e Caribe, conforme observado nos seguintes trechos:

*Reafirmamos* el compromiso de no escatimar esfuerzos para promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las personas de edad, trabajar en la erradicación de todas las formas de discriminación y violencia y crear redes de protección de las personas de edad para hacer efectivos sus derechos;

(...)

*Promovemos* el diálogo y las alianzas estratégicas entre los gobiernos, el sistema de las Naciones Unidas, la cooperación internacional y Sur-Sur, la sociedad civil —con especial énfasis en las organizaciones de personas de edad— y el sector privado, para crear conciencia de la evolución de la estructura de la población, sobre todo en cuanto al ritmo de envejecimiento demográfico y sus consecuencias económicas, sanitarias, sociales y culturales;

(...)

*Reafirmamos el compromiso* de incorporar el tema del envejecimiento y darle prioridad en todos los ámbitos de las políticas públicas y programas, así como destinar y gestionar los recursos humanos, materiales y financieros para lograr un adecuado seguimiento y evaluación de las medidas puestas en práctica, diferenciando el área urbana y rural y reconociendo la perspectiva intergeneracional, de género, raza y etnia en las políticas y programas destinados a los sectores más vulnerables de la población en función de su condición económica y social y de situaciones de emergencia humanitaria, como los desastres naturales y el desplazamiento forzado;

*Reconocemos* la necesidad de fortalecer las capacidades nacionales e internacionales, así como la cooperación internacional y Sur-Sur, para abordar los problemas del envejecimiento de la población en los distintos ámbitos del quehacer humano y de las políticas públicas

(...)

*Proponemos* la realización de estudios e investigaciones que faciliten la adopción de decisiones informadas en el tema y la elaboración de perfiles demográficos y socioeconómicos de la población de personas de edad que nos permitan identificar las brechas de implementación de los derechos

humanos y los medios para su cabal disfrute y la plena y eficaz participación de las personas de edad en el desarrollo;

(...)

*Proponemos* crear marcos legales y mecanismos de supervisión para proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas de edad, tanto si utilizan los servicios de larga estadía como si residen en sus hogares, y facilitar la formulación y el cumplimiento de leyes y programas de prevención de abuso, abandono, negligencia, maltrato y violencia contra las personas de edad;

*Proponemos* la práctica de la humanización para acoger y comprender a las personas de edad en forma integral, con absoluto respeto de sus derechos humanos y libertades fundamentales, movilizando recursos internos para que la atención se preste en el marco de una relación humana solidaria y de gran significación;

(...)

*Instamos* a los centros académicos, a las sociedades científicas y a las redes de cooperación en población, envejecimiento y desarrollo, a realizar estudios detallados, diversificados y especializados sobre el tema, así como a organizar reuniones de trabajo e intercambio para fortalecer la agenda de investigación y capacitación en materia de envejecimiento, y crear y apoyar centros de estudios, investigación y formación de recursos humanos en este ámbito;

*Recomendamos* la incorporación de las personas de edad en los procesos de elaboración, implementación y seguimiento de políticas;

*Pedimos* que se incorpore a las personas de edad en las actividades y conferencias programadas por las Naciones Unidas para el próximo quinquenio;

*Solicitamos* a las instituciones de cooperación internacional que tengan en cuenta a las personas de edad en sus políticas y proyectos, como parte de las medidas para ayudar a los países a aplicar los compromisos de la Estrategia regional;

*Recomendamos* que se tenga en cuenta a las personas de edad en los esfuerzos en curso para alcanzarlos objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los de la Declaración del Milenio (...) (CEPAL, 2008b, p. 5-8)

A sociedade civil, por sua vez, declara, entre outros aspectos, que:

transcurridos cinco años de la aprobación del Plan Internacional y cuatro de la Estrategia Regional para América Latina y el Caribe, se observan diferentes niveles de profundización y aplicación de dicho Plan. Al respecto Naciones Unidas reconoce que: las cuestiones relacionadas con el envejecimiento y las personas de edad siguen ocupando un lugar poco destacado en la lista de temas de los programas de desarrollo tanto nacionales como internacionales, dato a que demuestra la insuficiente atención prestada en el ámbito político y el inadecuado apoyo financiero dedicado al fomento de la capacidad nacional para aplicar el Plan de Acción Internacional de Madrid. En consecuencia, muchos Estados Miembros

tienen escasos conocimientos sobre el Plan de Madrid y sus recomendaciones y, no incluyen a que las cuestiones relacionadas con el envejecimiento sigan teniendo escaso relieve (RED LATINOAMERICANA DE GERONTOLOGÍA)<sup>84</sup>.

Diante desse quadro de tensões e perspectivas de governo e sociedade, manifestado no diálogo sobre a formação da agenda internacional de políticas sociais destinadas à velhice, das orientações, recomendações e princípios da agenda internacional, da qual o Brasil é signatário; e, ainda, do reconhecimento de que os países latinoamericanos vêm experimentando processo de envelhecimento demográfico diferenciado em função dos seus distintos contextos sociais, econômicos e culturais, esta pesquisa se vê instigado a perguntar: e no Brasil? Como, por que e de que forma vem se desenvolvendo o processo de formação e institucionalização da agenda das políticas sociais destinadas à população idosa brasileira? É com estas questões em mente que se passa a tratar do tópico seguinte.

### **4.3 Remissão histórica da formação e institucionalização da agenda da política social para população idosa no Brasil**

A proposição e o desenvolvimento de ações destinadas ao atendimento da população idosa surgiram inicialmente relacionados com o processo natural do envelhecimento humano. Este processo identifica a fase da velhice como um período de vida marcado por episódios biopsicossociais suscetíveis de vulnerabilidade que demanda cuidados e atenção por parte dos diferentes atores sociais, especialmente da família e do Estado. Sob este aspecto pode-se dizer que a preocupação da sociedade brasileira com as pessoas idosas não é recente, posto que a velhice é um tema da proteção social desde o surgimento desta no Brasil.

No entanto, cabe observar que essa preocupação se inscrevia no âmbito estrito da assistência social. Note-se que, segundo Camarano e Pasinato (2004), já no período

colonial se pode identificar os antecedentes do sistema de proteção social brasileiro registrados na criação de instituições de caráter assistencial como a Santa Casa de Misericórdia, de Santos, os Montepios civis e militares e outras sociedades beneficentes. De fato, isso era condizente com o contexto histórico e estrutural brasileiro da época, ou melhor, com as transformações estruturais responsáveis pelo desenvolvimento socioeconômico produtor de desigualdades sociais, que tendia a vulnerabilizar a situação da população idosa. Mas, com o avanço do sistema de proteção social, em parte impulsionado pelas forças sociais em presença, observa-se que a velhice vai se inscrevendo nesse sistema, porém já não tão relacionado com a assistência social como sinônimo de beneficência e sim, vinculado às discussões sobre o trabalho e a previdência social como mecanismos de garantia de renda para a pessoa idosa no momento em que esta deixa o mercado de trabalho<sup>85</sup>. Estes aspectos se evidenciam no fato de que, até o ano 1994, quando foi sancionada a PNI, as políticas destinadas às pessoas idosas eram tratadas de forma difusa na legislação e concentrada na área da seguridade social.

Historicamente, a proposição e o desenvolvimento de ações para a população idosa, de forma sistematizada e inserida numa discussão mais ampla, surgem a partir da década de 1970, coincidindo com o reconhecimento pela sociedade brasileira de que a sua população estava envelhecendo e que isso produziria grandes transformações e impactos na sociedade.

Inicialmente, tal reconhecimento se deu no âmbito das comunidades epistêmicas que, por meio de sua atuação política e produção científica, foram difundindo informações que levaram à inserção do tema nas agendas de determinados setores da política pública, especialmente na seguridade social. Segundo Carvalheiro (1999, p. 10), as comunidades epistêmicas são compostas por

profissionais, inclusive cientistas, mas também por políticos, empresários, banqueiros, administradores, entre outros, que trabalham com um bem fundamental: *o conhecimento como instrumento de implementação de políticas*. Os membros de uma comunidade epistêmica compartilham valores e têm um projeto político fundado nesses valores. Compartilham, ainda, maneiras de conhecer, padrões de raciocínio e compromissos com a produção e aplicação do conhecimento.

Para Haas (apud Faria, 2003), as comunidades epistêmicas representam o conjunto de especialistas com conhecimento num determinado assunto que compartilham

---

<sup>85</sup> De acordo com Haddad (2001, p. 18), com “o processo de constituição do sistema de previdência social, velhice e aposentadoria passaram a estar associadas. O direito à aposentadoria – que inclui a velhice subsidiada e o direito de descanso no fim da vida – tornou-se uma extensão do direito universal do trabalho.”

interesses, visões, crenças e noções de validação. Assim, foi a associação de conhecimentos e o interesse dos especialistas pela questão do envelhecimento que os levou a defenderem uma política pública voltada para concretizar direitos sociais deste segmento. Isso pode ser observado nos diferentes documentos que registram a história do processo de desenvolvimento das políticas destinadas à população idosa, no qual se nota que a atuação política era empreendida por especialistas, pesquisadores e gestores de determinadas áreas do setor público e de organizações não governamentais.

A ação da comunidade epistêmica fica patente a partir da movimentação de especialistas (em sua maioria assistentes sociais) que atuavam na Secretaria de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) que, em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC) e de movimentos sociais como o “Movimento Pró-idoso (MOPI)<sup>86</sup>”, promoveram um ciclo de seminários regionais e um nacional, com a finalidade de reunir técnicos e pessoas interessadas em discutir a realidade da pessoa idosa no Brasil. Esses seminários intitulados “Seminário regional sobre o idoso na sociedade brasileira” foram organizados regionalmente no ano de 1976. O primeiro foi realizado em São Paulo; o segundo, em Minas Gerais e o terceiro no Ceará.

Em linhas gerais, os seminários visavam sensibilizar diferentes atores do Estado e da sociedade civil quanto à questão do envelhecimento da população brasileira, e socializar informações acerca da realidade de vida desse contingente, por meio da difusão de dados sobre as condições socioeconômicas e demográficas da população idosa de cada Estado da Federação e de debates sobre assuntos considerados mais urgentes no âmbito das políticas públicas.

Em síntese, esses seminários destacaram as seguintes questões que deveriam compor a agenda da política social sobre o tema naquele momento: as condições e características das instituições de abrigamento de pessoas idosas, e daquelas que ofertam serviços e atividades de qualquer espécie a esse público-alvo, com o fito de identificar a rede de apoio e assistência à população idosa; a formação de recursos humanos para atuar no campo da Gerontologia e Geriatria; a importância, o significado e o papel do trabalho na vida da pessoa idosa; e o processo de integração familiar e social dessas pessoas. No contexto das discussões, as plenárias destes eventos, advogaram, ainda que de forma incipiente, a necessidade de estabelecimento de políticas de proteção e promoção da pessoa idosa em âmbito federal, estadual e municipal (INSS, 1976).

---

<sup>86</sup> O MOPI foi criado em 1972, com sede na cidade de São Paulo, a partir da união de um grupo de pessoas e entidades preocupadas com a situação da população idosa, para empreender iniciativas voltadas para a promoção do bem-estar das pessoas idosas.

O Seminário Nacional foi realizado em outubro de 1976, durante o Governo do então Presidente Ernesto Geisel e sob a vigência II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) - uma agenda cujas diretrizes pautavam-se na transformação do Brasil em potência econômica, indicando que a vontade política daquele momento se concentrava no setor econômico. Essa agenda já demonstrava a “não centralidade” da dimensão social naquele momento e, portanto, dava indícios de que a inserção do tema do envelhecimento na agenda social e política seria um trabalho árduo e difícil.

Porém, a militância da comunidade epistêmica na área do envelhecimento conseguiu trazer para a abertura do Seminário Nacional o então Ministro do MPAS, Luiz Gonzaga do Nascimento e Silva que, ao proferir palestra, reconheceu a importância de se pensar um conjunto de políticas para a população idosa. De acordo com o Ministro é preciso “levantar a situação atual do idoso do ponto de vista social e estudar os seus problemas principais, com o objetivo de fixar estratégias capazes de dar-lhes solução no quadro de possibilidades nacionais – **tentar**, enfim, o estabelecimento de uma Política Nacional para o Idoso” (NASCIMENTO E SILVA, 1976, s.p) [grifo nosso].

Se, por um lado, as palavras do Ministro não se mostraram tão empolgantes - pois “tentar” o estabelecimento de uma Política Nacional do Idoso não fazia parte da gramática dos movimentos sociais em presença, a proposta era construir – por outro, o resultado do seminário foi positivo. Isso porque de acordo com a Associação Nacional de Gerontologia (ANG, 1990), este seminário produziu um documento-síntese para subsidiar a atuação dos atores na elaboração da política em questão, destacando quatro aspectos, considerados relevantes: 1) atendimento da população idosa como parte do elenco de programas sociais prioritários do II PND; 2) necessidade de maior interação entre governo e sociedade civil; 3) a defesa da valorização da pessoa idosa, visando tanto a sua participação no processo de decisão quanto a satisfação das suas necessidades básicas; e, 4) necessidade de a sociedade brasileira empreender esforços em termos de estudos e pesquisas destinados ao conhecimento da situação social da população idosa, para subsidiar a prestação de assistência e a capacitação de recursos humanos na área do idoso.

Assim, a ação da comunidade epistêmica associada à realização dos seminários surtiu efeito, fazendo com que a discussão sobre o envelhecimento se expandisse para diferentes espaços públicos, inclusive estimulando o surgimento de novas entidades da sociedade civil dispostas a atuar nessa área. É o que se constata no cronograma a seguir:

1978 – Em Campinas, São Paulo, um grupo de técnicos e entidades regionais instituíram as Jornadas Médico-sociais da Terceira Idade, visando o debate, a atualização e socialização de informações sobre o envelhecimento;

1982 – O SESC/SP realizou o I Encontro Nacional de Idosos, reunindo pela primeira vez as organizações e movimentos sociais de pessoas idosas do país. Também nesse ano as universidades brasileiras começaram a desenvolver atividades de extensão destinadas à população idosa, cuja ação pioneira foi a criação do Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A década de 1980 marcou o período de início da expansão das chamadas universidades da terceira idade no Brasil<sup>87</sup>;

1984 - O SESC/SP promoveu o II Encontro Nacional de Idosos, no qual foi elaborada a “Carta de Declaração dos Direitos dos Idosos Brasileiros”;

1985 – A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, no seu VII Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia elaborou um documento contendo uma série de recomendações ao Governo e à sociedade quanto ao trato da questão do envelhecimento da população brasileira;

1986 – A associação Cearense Pró-idosos realizou o I Fórum Nacional de Gerontologia, produzindo a Carta dos Direitos dos Idosos;

1986 – A Legião Brasileira de Assistência (LBA) promoveu, no Rio de Janeiro, o Seminário “O idoso e a Política Social”, visando discutir e reformular sua ação de atendimento da população idosa;

1987 – Aconteceu o III Encontro Nacional de Idosos visando discutir os direitos da população idosa a serem incluídos na nova Constituição Brasileira de 1988. Ainda nesse ano foi oficializada a criação da ANG, uma entidade técnico-científica dedicada às questões do envelhecimento e que, mais adiante, irá, de fato, definir a luta pela instituição de uma Política mais ampla - ou seja, que transcenda o assistencialismo – para atender os direitos da população idosa no Brasil. Na visão dessa entidade, a “velhice na realidade brasileira teve durante muitos anos encaminhamento semelhante ao das demais questões sociais, ou seja, as ações propostas tinham uma natureza assistencialista, objetivando suprir algumas carências básicas dessa população (...) [confundindo-se] com caridade (...)” (ANG, 1990, p. 5).

---

<sup>87</sup> Sobre isso ver a Tese de Doutorado da Meire Cachione (2002).

Esse entendimento de que as ações voltadas para a população idosa estavam muito mais baseadas nas carências imediatas da velhice do que no asseguramento de direitos sociais, era resultado de uma conjunção de aspectos de cunho: *cultural, estrutural e político*. Cultural, porque tendia a considerar a velhice apenas a partir de sua vulnerabilidade biológica. Estrutural, porque demarcava-se pela precariedade social<sup>88</sup>, contabilizando forte concentração de renda e pobreza (SOARES, 2002). Político, porque as ações desenvolvidas pelo Estado apresentavam: baixa capacidade de incorporação social, deixando à margem do progresso social enorme contingente de excluídos, em especial os trabalhadores rurais e grupos urbanos pobres; os programas, mesmo os mais universais, pouco contribuía para a redução das acentuadas desigualdades sociais, do mesmo modo que foram praticamente nulos os seus efeitos sobre os resistentes bolsões de pobreza (DRAIBE, 2002).

Em linhas gerais, estas questões não só revelam a vocação do atendimento da população idosa a partir de visão assistencialista, como exalta a importância da seguridade social para a velhice. Isso acontece porque a tríade saúde, assistência e previdência social no que tange ao processo de envelhecimento humano corresponde *à priori* ao suporte de medidas mais imediatas para garantir a vivência da velhice com um mínimo de dignidade em países marcados por grandes diferenças sociais. Mas, a situação de precariedade experimentada por uma sociedade também instiga mudanças. É isso que se reflete na luta dos movimentos sociais que levaram à expansão dos direitos sociais na Carta Constitucional de 1988.

No que tange à velhice, esta Constituição consolidou-se como um marco institucional da proteção social e especialmente do reconhecimento da velhice como direito. Isso, porque ela foi a primeira a fazer referência à questão, nos seus artigos 229, determinando que “os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais, na velhice, carência ou enfermidade” e 230, afirmando 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, garantindo-lhe o direito à vida”.

Além disso, trouxe novas e importantes idéias que contribuíram para o processo

---

<sup>88</sup> De acordo com a ANG (1990, p. 14), o Brasil apresentava, na década de 80 “um quadro social crítico (...). [Apesar de se apresentar] como a 8ª economia mundial, seus indicadores sociais [se equiparavam] aos críticos padrões afro-asiáticos. Ao mesmo tempo que se apresentava como país industrializado era classificado como subdesenvolvido em razão dos baixos níveis sociais (...). Com uma população de 144 milhões (...), cerca de 34 milhões de brasileiros faziam parte de família que ganhavam no máximo 2 salários mínimos mensais. Deste grupo aproximadamente 15 milhões de pessoas recebiam 1 salário mínimo mensal. Eles integravam um grupo de 72 milhões de pessoas que dividiam 13% da renda nacional. Em contraposição, um grupo de 14 milhões de brasileiros detinham 47,2% da renda nacional.”

de elaboração de políticas públicas. No que diz respeito à luta social em favor dos direitos da velhice, destaca-se a *participação social* que ao permitir que diferentes atores participassem da decisão pública, contribuiu para fortalecer a luta da comunidade epistêmica pela criação de uma política específica para a população idosa.

Assim, no início da década de 1990, a ANG, encampou a realização de um novo ciclo de seminários regionais intitulados “O idoso na sociedade atual”, do qual resultou o documento “Políticas para a terceira idade nos anos 90”, contendo recomendações para a elaboração de políticas públicas destinadas a atender as demandas e necessidades da população idosa, baseadas no desenvolvimento de ações em diferentes áreas de atuação. Esse documento, ao ser encaminhado ao Governo Federal, norteou e lançou as bases do debate e do diálogo intersetorial dentro do Governo e deste com a sociedade civil quanto à criação de uma política de âmbito nacional voltada para a população idosa.

A versão preliminar desta política, intitulada “Política Nacional do Idoso”, foi elaborada, no final do ano de 1990, por uma Comissão Interministerial<sup>89</sup> formada por representantes dos Ministérios da Ação Social, da Justiça, Educação, Saúde, Trabalho e Previdência Social, Marinha, Aeronáutica, Exército e pelas Secretarias de Desportos. Esta Comissão contou com a colaboração da Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (COBAP), ANG, CEI/RS, Conselho Estadual do Idoso do Estado de São Paulo (CEI/RS), SBGG, NETI/UFSC e com a Secretaria Municipal do Desenvolvimento e Ação Comunitária de Aracaju.

Tal versão baseou-se nas recomendações e diretrizes da Constituição Federal de 1988, do documento elaborado pela ANG, intitulado “Política Social para a Terceira Idade: recomendações para os anos 90” e do Plano de Ação Internacional de Viena<sup>90</sup>, contemplando os seguintes objetivos: a garantia de autonomia, integração e participação da pessoa idosa na comunidade por meio da implantação de programas a partir de ações intersetoriais para formar uma imagem positiva da pessoa idosa; a descentralização político-administrativa das ações planejadas; e a garantia da participação do idoso no processo de tomada de decisão, por meio de suas entidades e organizações representativas (MAS, 1990).

Todavia, essa versão se caracterizou muito mais como um simples plano de ação do governo do que como uma política institucionalizada para orientar o processo de

---

<sup>89</sup> Conforme Portaria Interministerial nº 252, de 16 de outubro de 1990.

<sup>90</sup> É neste documento que, pela primeira vez, se encontra referência oficial às recomendações da agenda internacional.

tomada de decisão pública. Embora ela afirmasse a necessidade da sociedade compreender o envelhecimento nas suas dimensões individual e populacional, não contemplava determinados aspectos como o corte etário para a definição do público alvo da política. Sendo assim, em setembro de 1991, técnicos do então Ministério da Assistência Social (MAS) e da LBA, em conjunto com representantes do CEI/RS, prepararam uma minuta de anteprojeto de Lei dispendo sobre a sistematização de uma política para a população idosa, intitulado “Política Social do Idoso”.

Em suma, toda essa movimentação de técnicos do governo e da sociedade civil em torno da elaboração de uma Política para a população idosa culminou na elaboração de um projeto de Lei, que foi consolidado por representantes de diferentes pastas setoriais do governo, com o apoio técnico da comunidade epistêmica e dos movimentos sociais, e encaminhado ao Poder Legislativo. Segundo Mendonça (2005), este projeto ao chegar ao Congresso Nacional Brasileiro, encontrou outro que já estava tramitando na Comissão Social. Então, para facilitar sua tramitação, o projeto do Executivo foi apensado ao que já tramitava, sendo sancionado em 04 de Janeiro de 1994, por meio da Lei nº 8.842, pelo então, Presidente Itamar Franco.

No entanto, o tratamento institucional difuso dos direitos da pessoa idosa e a insistência de se considerar que suas necessidades mais imediatas estavam relacionadas à prestação da assistência social, ainda orientavam o pensamento dos formuladores da política pública destinada a este segmento populacional. Isso pode ser observada no fato que, concomitante ao franco processo de discussão da PNI, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, promulgada a pouco mais de um mês antes da Lei da PNI, definiu em seu artigo 20, a concessão de BPC à pessoa idosa com setenta anos ou mais que comprovasse não possuir meios para prover sua manutenção e nem de tê-la provida por sua família.

Sabe-se que a LOAS significa um avanço importante no campo das políticas sociais, uma vez que marca a mudança no conceito e percepção da assistência social no Brasil, na medida em que o assistencialismo como sinônimo de “caridade pública e política” passa a dar lugar à assistência social como uma política pública orientada pela noção de direito social. Sendo assim, a assistência social passa a ser considerada direito do cidadão e dever do Estado assumindo o *status* de política pública integrante do sistema de proteção social. Contudo, a concessão do BPC aos idosos determinada nessa Lei, corrobora o tratamento subsidiário e difuso dado ao segmento idoso no Brasil, inclusive ao definir o corte etário de 70 anos para conceder o benefício, uma vez que tal definição se mostra autoritária

e absolutamente fora do contexto da realidade da população idosa da época, bem como do diálogo da cidadania que a sociedade vinha travando naquele momento. Mais tarde essa idade seria fixada em 65 anos, mas, ainda assim, dissonante da definição etária de pessoa idosa que fixada na Lei da PNI e, também, pela comunidade internacional<sup>91</sup>.

Porém, a promulgação da Lei 8.842 que dispõe sobre a “Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso” veio para consolidar a percepção social e política de que o idoso é sujeito de direitos e deve ser atendido na integralidade de suas necessidades. Nesse sentido, reconheceu que as políticas destinadas a este segmento vão além da tríade setorial que compõe a seguridade social, entendendo que as demais políticas também são importantes para promover a autonomia, integração e participação efetiva da pessoa idosa na sociedade.

Essa Lei reúne 22 artigos, distribuídos em seis capítulos, os quais versam sobre a) *finalidade*, que define o idoso como a pessoa de sessenta anos ou mais de idade<sup>92</sup>; b) os *princípios*: que associam a responsabilidade da família, da sociedade e do Estado com o asseguramento dos direitos de cidadania da pessoa idosa, estabelecendo o envelhecimento como objeto de conhecimento e informação de toda a sociedade e afirmando a não discriminação do idoso, que é o público-alvo da PNI, e observam a necessidade de se considerar as diferenças econômicas sociais, regionais e do domicílio urbano/rural na aplicação desta Lei; c) *diretrizes* que enfatizam a participação da pessoa idosa no processo de decisão política, priorização do atendimento dessa pessoa idosa pela família, a descentralização político-administrativa, o fomento à formação e capacitação de recursos humanos em geriatria e gerontologia, a implementação de um sistema de informação para divulgar as ações desenvolvidas, a adoção de medidas para divulgar informações de caráter educativo sobre o processo de envelhecimento humano e o fomento aos estudos e pesquisa sobre envelhecimento. Ademais, a Lei disciplina as ações governamentais dos diversos setores do governo e salienta que a coordenação da política deve ficar a cargo do órgão responsável pela assistência e promoção social em cooperação com os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais e do Distrito Federal.

Cabe destacar ainda que, concomitante com essas iniciativas, as orientações das agendas internacionais já circulavam no movimento de articulação em prol das políticas destinadas à população idosa. A regulamentação da PNI aconteceu após dois anos de sua

---

<sup>91</sup> Cabe lembrar que de acordo com a ONU, pessoa idosa é aquela que possui idade de 60 anos e mais nos países periféricos e 65 e mais nos países desenvolvidos.

<sup>92</sup> De acordo com as orientações da Organização das Nações Unidas, nos países centrais define-se idoso as pessoas com 65 anos ou mais. Já nos periféricos, são aquelas com 60 anos ou mais.

promulgação, mais especificamente, em 03 de julho de 1996, por meio do Decreto 1.948, coincidindo com o Seminário Internacional “Envelhecimento populacional: uma agenda para o final do século”, realizado em Brasília com o apoio do MPAS, OMS e outros órgãos elencados para desenvolver ações na PNI.

Nesse período, havia na sociedade um sentimento de que as autoridades, apesar de todo o empenho das discussões, ainda não estavam sensibilizadas com a questão do envelhecimento. Daí considerar-se que esta regulamentação resultou mais da pressão dos movimentos sociais e da comunidade epistêmica, da influência do debate internacional, assim como da publicização das dramáticas condições de vida de parte da população idosa brasileira, do que do protagonismo ativo das autoridades governamentais no Brasil (PAZ apud MARTINEZ, 2006). Para dar um exemplo desta assertiva, cabe lembrar a tragédia da Clínica privada Santa Genoveva, mantida com recursos públicos, no Rio de Janeiro, na qual, em junho de 1996, morreram 94 idosos. Isso não só chamou atenção da sociedade, mas, sobretudo, incitou a reivindicação de medidas urgentes contra a negligência das autoridades públicas em relação à implementação dos direitos da pessoa idosa.

Nesse contexto, apesar de a promulgação da PNI ter se constituído num grande avanço para a população idosa, não se pode deixar de observar que as tensões em torno de sua aprovação e regulamentação expressaram a baixa densidade do apoio estatal. Isso pode ser percebido no veto do Executivo ao capítulo V sobre a criação do Conselho Nacional do Idoso (CNDI) e, por conta disso, o Decreto 1.948, que trata da regulamentação da PNI, deu ao Conselho Nacional da Seguridade Social a competência para formular, coordenar, supervisionar e avaliar a PNI. Tal situação contribuiu tanto para reforçar a visão comum entre os gestores públicos de que as demandas e necessidades velhice estão localizadas muito mais na seguridade social do que nas demais políticas. Além disso, confrontou-se com as demandas dos movimentos sociais e das agendas internacionais (Plano de Madri), que defendiam a intersetorialidade na perspectiva do atendimento da integralidade dos direitos da população idosa e o princípio da participação - do qual o conselho formado especificamente para atuar em prol desse segmento seria expressão máxima.

O veto à criação do Conselho se justificou, segundo mensagem nº 03 do Executivo de 04/01/1994, por *vício de inconstitucionalidade* dado pela afronta ao artigo 61, parágrafos 1º, inciso II, alínea “e” da Carta Constitucional, o qual define que somente ao Presidente cabe a iniciativa de lei dispendo sobre a criação, estruturação e atribuições dos

Ministérios e de órgãos da administração pública.

Como já foi dito, o projeto do governo foi apensado àquele de iniciativa do Legislativo, tornando inconstitucionais os artigos que se referiam à criação do CNDI. Esta, por sua vez, somente viria a se concretizar em 13 de maio de 2002, com a promulgação do Decreto 4.227, no final do governo do então Presidente da República Fernando Henrique Cardoso e, ainda assim, com caráter meramente *consultivo*, afrontando claramente as determinações da Lei da PNI em seu artigo 6º que define: os “conselhos nacional, estadual, do Distrito Federal e municipais serão órgãos permanentes, paritários, e deliberativos, compostos por igual número de representantes dos órgãos e entidades públicas e de organizações representativas da sociedade civil ligadas à área” (Lei 8.742, de 04/12/1993). Passados quase dois anos, tal afrontamento foi corrigido por meio do Decreto 5.109, de 17 de junho de 2004, que definiu em seu artigo 1º o caráter *deliberativo* do CNDI e integrou-o à estrutura básica da SEDH. Esse histórico demonstra, mais uma vez, que a consolidação efetiva do arcabouço institucional das políticas destinadas à população idosa no Brasil encontrou resistência de parte do Estado.

Mas, a sociedade civil organizada se manteve vigilante e após a aprovação da PNI, antevedendo a fragilidade do desenvolvimento do processo de político e institucional para sua efetivação, desencadeou um movimento em torno de uma proposta que pudesse complementar e regular as determinações da PNI. De acordo com Martinez (2006, p. 36):

El distanciamiento entre la ley y la realidad de los adultos mayores en Brasil es enorme, y lo era más aún cuando la PNAM y la PS [Política Social] no estaban aún operacionalizadas. Con la necesidad de ver realizadas tales políticas, emergió en la sociedad civil organizada la presión por la aprobación de un estatuto que, derivado de esas leyes, atendiese a los intereses del adulto mayor. La inspiración para la existencia de un estatuto vino, también, en razón de la existencia de otros estatutos, como e dedicado a la infancia, y que, aunque se discutía mucho sobre su aplicación y/o eficacia, llamaba la atención de la población para este segmento de la sociedad.

(...) para que la situación se modificase era necesario que la PNAM y la PS se implementasen, lo que debería hacerse bajo la forma de un estatuto. (...) sería necesario dar continuidad a los debates y reivindicaciones en todos los espacios posibles, pues solamente la movilización permanente de la sociedad es capaz de configurar un nuevo enfoque sobre el proceso de envejecimiento de la población brasileña. Así, el paso siguiente debería colocar en funcionamiento aquellas políticas.

Foi no contexto das críticas em relação à implementação e efetividade da PNI e das Políticas Sociais, que se retomou a proposta de criação do Estatuto do Idoso, cuja promulgação se deu em 1º de outubro de 2003, por meio da Lei 10.741. Todavia, cabe

observar que a referência à criação do Estatuto do Idoso já se fazia presente na versão preliminar da PNI anteriormente citada, isto é, aquela formulada ainda no Governo Fernando Collor. Registra-se no prefácio deste documento que

dentre as ações, foram elencadas algumas que poderiam ser realizadas a curto prazo e que aparecem no texto sob o título de MEDIDAS IMEDIATAS, como a que sugere o encaminhamento da política e da proposta de projeto de lei que cria o Conselho Nacional do Idoso à Assessoria Jurídica do Ministério da Ação Social para que sejam promovidas as adaptações **jurídicas necessárias para a elaboração do Estatuto do Idoso**. [grifo nosso] (MAS, 1990, p. 02).

O trecho em epígrafe confirma que a proposição de criação do Estatuto já havia sido pensada por ocasião da elaboração da PNI, no decorrer do ano de 1990. Segundo Filho (apud Martinez, 2006) uma das iniciativas de discussão sobre a criação do Estatuto do Idoso se deu no âmbito das lutas da Federação dos Aposentados e Pensionistas do Pará (FAAPA), que elaborou um anteprojeto intitulado “Estatuto do Idoso”. Este, por meio da COBAP, foi entregue, em 1993, ao então Ministro do MPAS, Antonio de Brito, que o encaminhou ao então Presidente Itamar Franco. Porém, o Executivo Nacional não envidou esforços expressivos para sua promulgação.

Em compensação, a movimentação da sociedade civil iniciada com a luta pela promulgação da PNI só engrossava. Outros atores se juntaram à comunidade epistêmica, que naquele momento já era formada, especialmente pela ANG, SBGG, SESC, CNBB, Associação Cearense Pró-Idosos do Ceará (ACEPI/CEARÁ), pelos movimentos de aposentados e pensionistas como a COBAP, o Movimento Nacional dos Servidores Aposentados e Pensionistas (MOSAP), o Movimento Organizado dos Aposentados e da Frente Parlamentar e de Entidades de Defesa da Previdência Social Pública, acadêmicos e discentes das Universidades da Terceira Idade, bem como especialistas, técnicos e políticos de diferentes setores e poderes do governo e da comunidade acadêmica, formando um grupo heterogêneo de atores, cuja movimentação acabou por instituir os Fóruns Permanentes da Política Nacional do Idoso.

Estes Fóruns foram assim organizados: um Fórum Nacional e cinco regionais representativos das Regiões Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste, os quais se constituíram em verdadeiro espaço público das discussões sobre a implementação e a esperada efetividade da PNI. Suas plenárias reuniam diferentes áreas e diversas entidades do setor governamental e não-governamental. Afirma-se que a instituição dos Fóruns foi fruto da luta política em torno da PNI. Isso porque a idéia de sua permanência surgiu

quando da realização dos quatro fóruns regionais e dois nacionais<sup>93</sup> organizados para discutir as dificuldades de implementação da PNI<sup>94</sup>, tendo como objetivo a defesa de que tanto a promulgação de um Estatuto, quanto a criação do CNDI se apresentavam como estratégias urgentes para consolidar os instrumentos necessários para a efetivação da PNI.

Foi essa pressão da sociedade organizada que levou à aprovação do Projeto de Lei 3.561/97 do então deputado Paulo Paim, criando o Estatuto do Idoso. Este evento, ao lado da promulgação do Decreto 5.109, de 17 de junho de 2004, que definiu o caráter deliberativo do CNDI, completam o processo de consolidação do arcabouço institucional voltado especificamente para orientar a formulação e implementação das políticas destinadas a atender os direitos da pessoa idosa, cujo quadro a seguir resume sua trajetória histórica.

QUADRO 2 – TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA FORMAÇÃO DO ARCABOUÇO INSTITUCIONAL ESPECÍFICO PARA TRATAR DOS DIREITOS DA POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL

DATA	INSTRUMENTO	DESCRIÇÃO
04/01/1994	Lei 8.842	Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências
03/07/1996	Decreto 1.948	Regulamenta a Lei n° 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências.
13/01/2002	Decreto 4.277	Cria o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI, e dá outras providências
01/10/2003	Lei 10.741	Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências
07/06/2004	Decreto 5.109	Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI, e dá outras providências

FONTE: elaboração própria.

Por esse quadro, percebe-se que o processo de institucionalização da agenda da política social destinada à população idosa vem se desenvolvendo há pouco mais de uma década, marcado por um efetivo protagonismo da sociedade civil. Protagonismo, esse que qualifica um modelo de formação de agenda denominado *bottom-up*. De acordo com Dagnino et al. (2002), tal modelo

<sup>93</sup> O primeiro fórum foi realizado em Fortaleza/CE no ano de 1996; o segundo, em Porto Alegre/RS em 1998; o terceiro em Olinda/PE no ano de 2000 e o quarto em Niterói/RJ em 2003.

<sup>94</sup> PAZ (2004), afirma que os debates ocorridos nos Fóruns demonstravam grande insatisfação com a tímida implementação das políticas públicas destinadas à população idosa, posto que as ações integradas previstas e os programas estabelecidos nunca eram plenamente implementados e pouco alterava o quadro brasileiro, em relação à população idosa, especialmente aquelas mais pobres e que utilizavam os serviços públicos.

parte das redes de decisões que se dão no nível concreto em que os atores se enfrentam (...). [Nele] a implementação é uma simples continuação da formulação. Existiria um *continuum* política/ação no qual um processo interativo de negociação tem lugar entre os que buscam colocar a política em prática – aqueles dos quais depende a ação – e aqueles cujos interesses serão afetados pela mudança provocada pela política.

O *bottom-up* é o modelo defendido pelos organismos internacionais para o desenvolvimento das políticas públicas voltadas para a população idosa. Baseia-se na idéia de que as políticas devem ser formuladas e implementadas “de baixo para cima”, por meio de processo participativo em todo o ciclo da política pública.

Assim, considerando as vicissitudes deste modelo - o qual considera que a formação da agenda é resultado do jogo político entre as forças sociais - e a trajetória do processo de institucionalização das políticas públicas para o envelhecimento no Brasil, é preciso perguntar: primeiro, que valores e princípios podem ser identificados na PNI e no Estatuto do Idoso? Esta indagação é necessária por se entender que a formação da agenda da política social para a população idosa tem início na promulgação destes instrumentos legais e na criação do CNDI. Portanto, também se entende que a formação desta agenda deve nortear-se pelos valores e princípios expressos nestes instrumentos, para ser efetiva como resposta política ao jogo das forças sociais. Segundo, que agenda foi efetivamente formulada e que avanços e limitações ela contém?

Foram estas indagações que estimularam as discussões do quinto e último capítulo desta tese.

## **CAPÍTULO 5**

### **A AGENDA DA POLÍTICA SOCIAL PARA A POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL: CONFIGURAÇÃO, AVANÇOS E LIMITAÇÕES**

A promulgação da PNI, do Estatuto do Idoso, bem como a criação do CNDI, sob o ponto de vista teórico-conceitual discutido no capítulo 3, afirma a existência de uma política pública legalmente constituída para o segmento populacional de idosos no Brasil. Isso representa um expressivo avanço na formação e consolidação da agenda da política social para esta população, não só porque tais instrumentos conformam as normas sociais que prescrevem os direitos da população idosa, mas também, porque ampara a luta social pela efetivação desta agenda.

A Lei da PNI, embora seja denominada “política” tem caráter normativo, o que significa que ela orienta, em linhas gerais, o processo de formulação das ações a serem implementadas para atender os direitos da pessoa idosa. O Estatuto do Idoso tem o papel de regular os direitos especiais deste segmento, além de complementar os disciplinamentos da PNI. O CNDI, por sua vez, além de ser o guardião principal destas leis, tem a responsabilidade de agir para que elas sejam implementadas. Em conjunto, eles constituem base legal da formulação e implementação das políticas públicas para o segmento populacional de idosos. Mas, também, apresentam os valores e princípios que devem referendar o comportamento institucional na formação da agenda da política social para que esta seja compatível com a efetivação dos direitos de cidadania deste grupo social. Por isso, eles são elementos centrais em qualquer análise sobre as políticas públicas destinadas à população idosa.

Neste capítulo buscou-se identificar, a partir do conteúdo teórico-normativo da PNI e do Estatuto, os valores e princípios que estes instrumentos postulam para orientar a formação da política social destinada à população idosa. Em seguida, mapeou-se as propostas de ações formuladas que constam nas agendas dos diferentes órgãos governamentais, a fim de identificar sua configuração, assim como proceder à análise que levou à indicação dos avanços e limitações da política social brasileira frente ao envelhecimento da população.

## 5.1 A Política Nacional do Idoso e Estatuto do Idoso: valores e princípios

Valores e princípios são categorias essenciais na análise de uma política pública, seja porque ajuda a compreender o que está por trás das escolhas que estão no cerne dos momentos da decisão política, seja porque são eles que orientam a formação desta política. Assim, os mesmos podem ser qualificados como paradigmas de uma política pública e, portanto, identificá-los constitui tarefa importante desta pesquisa.

Os paradigmas podem ser identificados nos conteúdos das leis que disciplinam uma política pública, nos documentos que a registram e, até mesmo, nas arenas que a engendra. Deste modo, considerando a centralidade da PNI e do Estatuto do Idoso na definição, regulamentação e disciplinamento da agenda da política social para a população idosa, buscou-se, nesses instrumentos identificar e discutir os paradigmas postulados para orientar a construção da política social destinada a atender os direitos dos idosos.

Os paradigmas identificados são os seguintes:

1) *participação*, identificada a partir das orientações da Seção III, artigo 4º, incisos II que define ser diretriz da PNI a “participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos” (LEI 8.842, de 04/01/1994).

A participação como orientação para a elaboração de políticas públicas para o segmento populacional de idosos, expressa a ação e vontade da comunidade epistêmica e dos movimentos organizados que lideraram o processo de criação da PNI. Estes defendiam a participação como atitude social importante na questão do envelhecimento, mas, também como um dos principais pressupostos do processo de tomada de decisão em política social. Isso coincidia com as orientações das agendas internacionais que entendiam a participação<sup>95</sup> como um dos pilares do processo de elaboração das políticas públicas para a população idosa.

Associados à participação, está a necessidade de constituição de um movimento social baseado numa representatividade capaz de fortalecer a efetividade do processo de

---

<sup>95</sup> Disciplinado no Tema 1 do Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento que trata da participação ativa dos idosos na sociedade e no desenvolvimento.

tomada de decisão das políticas sociais. Para tanto, é preciso oportunizar ampla participação dos atores interessados na defesa deste segmento, e, principalmente das próprias pessoas idosas, que legitimamente têm interesse na efetividade das políticas sociais. E, nesse sentido, a participação e organização social remetem a outro paradigma que é o 2) *controle social e gestão participativa*, identificados no capítulo III, artigos 5º a 7º da PNI, que estabelecem a participação e competência dos Conselhos Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais do idoso na formulação, coordenação, supervisão e avaliação da PNI em suas respectivas instâncias político-administrativas. Do mesmo modo, o Estatuto do Idoso, em seu artigo 7º confere a estas instâncias a competência de zelar pelo seu cumprimento e controle público.

Para assumir essas competências, os conselhos devem adotar formas de organização política e jurídica caracterizada pela representatividade paritária entre governo e sociedade civil. Na, prática, isso deveria estimular o movimento de organização da população idosa, no entanto, o problema que chamou atenção nas arenas constituídas em torno da PNI e do Estatuto do Idoso, foi o fato de que os atores que protagonizaram a luta pela criação e promulgação destes instrumentos eram formados muito mais por instituições ligadas à comunidade acadêmica e por movimentos em prol da previdência, do que por lideranças integradas por pessoas idosas. Não se defende que a representatividade deva constituir-se majoritariamente por estas últimas lideranças; contudo, uma participação mais consistente da população idosa é importante porque aproxima a demanda da decisão de política pública. Assim, o que se ressalta na discussão destes paradigmas, além da importância do controle social e da participação, é a necessidade do desenvolvimento de ações para fomentar o processo de organização das pessoas idosas, já que estas são as legítimas representantes e interessadas na efetividade das políticas sociais previstas nestes instrumentos legais.

3) outro paradigma identificado é a *intersectorialidade*. Esta encontra-se prevista no artigo 8º , inciso III, da Lei da PNI, o qual define que a União deve “promover as articulações intraministeriais e interministeriais necessárias à implementação da política nacional do Idoso”. Tal orientação pressupõe o reconhecimento de que a promoção dos direitos da pessoa idosa não está circunscrita a uma determinada área. Portanto, todas as políticas setoriais devem atuar para garantir as condições de autonomia, integração e participação efetiva da pessoa idosa na sociedade, conforme definido no artigo 1º desta mesma Lei. As definições desse comprometimento intersectorial também podem ser notadas no parágrafo único do capítulo III, no qual a Lei afirma que os “ministérios das áreas de saúde, educação, trabalho, previdência social, cultura, esporte e lazer devem elaborar

proposta orçamentária, no âmbito de suas competências, visando o financiamento de programas nacionais compatíveis com a política nacional do idoso”.

4) a *descentralização político-administrativa* é outro princípio destacado na PNI, conforme seção II, artigo 4º inciso II. A descentralização, assim como a participação, faz parte das inovações introduzidas na gestão da política pública a partir do processo da redemocratização do Estado brasileiro<sup>96</sup>. Este processo tinha como finalidade, além da repartição das decisões, funções, competências e recursos, tornar mais efetiva a ação das políticas públicas. Com isso, buscava fazer com o que o processo de tomada de decisão estivesse de acordo com as demandas e necessidades da realidade da população local. Mussi e Piardi (2004) afirmam que a descentralização político-administrativa é um meio de fortalecer o poder local para agir em prol dos direitos fundamentais e da cidadania também local. Com isso, se entende que o objetivo implícito neste princípio é o de formular e implementar ações mais próximas da realidade em que vive a população idosa para que esta goze plenamente os direitos previstos na Lei.

Contudo, a questão em torno deste princípio está relacionada com a capacidade institucional e o comprometimento político local para empreender estas ações, ou como afirma Arretche (2000): a descentralização das políticas sociais no Brasil é um processo que se desenvolve sob os aspectos das expressivas desigualdades estruturais de natureza econômica, social, política e da capacidade administrativa dos governos locais.

5) Chama também atenção na Lei da PNI (artigo 3º, inciso I) e do Estatuto (artigo 3º, Título I das Disposições Preliminares), a definição de que *a família e sociedade são co-responsáveis no dever de assegurar os direitos de cidadania da pessoa idosa*. No cerne desta orientação está a idéia de repartição da responsabilidade do Estado pelo cuidado, atenção e garantia dos direitos do segmento populacional de idosos com a família e a sociedade. Entretanto, embora estes atores tenham papel importante para o bem-estar deste grupo social, suas atribuições e atuação sofrem as influências e determinações do padrão das relações sociais. Na realidade do atual padrão o papel da sociedade, da família e do Estado é permeado de contradições e paradoxos. Isso porque, esta realidade é constituída a partir do conflito entre as idéias neoliberais - como a diminuição do Estado e maior responsabilização da sociedade por meio da idéia de solidariedade e responsabilidade social no atendimento das diferentes necessidades dos grupos mais vulneráveis – e a universalização efetiva dos direitos de cidadania. Portanto, nesse contexto, a co-responsabilidade pode se contrapor

---

<sup>96</sup> Ver artigos 29 e 30 da Constituição da República Federativa Brasileira.

às tendências “universalistas da política; promove[r] pulverizações das ações, superposição de programas, projeto setorializados, fragmentados e limitados à resolução de problemas específicos, locais, movidos por sentimentos humanitários de solidariedade e voluntariado, que dificultam a identificação do problema de um ponto de vista global e estrutural, e de responsabilidade pública (TEIXEIRA, 2008, p. 289).

Dadas essas discussões acerca dos paradigmas destacados, entende-se que os mesmos devem contribuir para a *garantia dos direitos fundamentais* da população idosa, os quais são definidos no Estatuto como: *direito à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, ao alimento, à saúde, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, à profissionalização e ao trabalho, à previdência social, assistência social, habitação e ao transporte*. Essa garantia dos direitos fundamentais está subscrita na *promoção e defesa* dos mesmos. De acordo com Mussi e Piardi (2004), a *promoção* prima pela realização dos direitos, o que se faz por meio de políticas públicas efetivas, articuladas e integradas, a fim de que se possa responder satisfatoriamente às necessidades humanas. A *defesa* está voltada para uma atuação política destinada a responsabilizar e punir os causadores dos “casos de omissão, falta de oferta ou oferta irregular dos direitos reconhecidos pelo Estatuto do Idoso” (p. 46) ou nas normas jurídicas. E, ainda segundo estes autores, a exeqüibilidade da promoção e da defesa dos direitos somente poderá ser efetiva a partir da participação e do controle social.

Por outro lado, as discussões também apontam preocupações que concorrem para indagar até que ponto eles se afirmam como referência nas agendas das políticas sociais destinadas a garantir os direitos da população idosa. Com a intenção de realizar uma reflexão sobre isso, apresentar-se-á, a seguir, os principais planos e programas gestados para colocar em prática as determinações da PNI e do Estatuto do Idoso no âmbito do Governo Federal.

## **5.2 Planos e programas gestados no Brasil para atender a população idosa**

A década de 90 do século XX foi um período de avanços para a formação de agendas das políticas sociais voltadas para a população idosa brasileira.

Nessa época, além da promulgação da PNI e da LOAS, diversos dispositivos constitucionais relacionados aos direitos deste segmento foram regulamentados. Segundo, Camarano e Pasinato (2004), em 1991, foram aprovados os Planos de Custeio e de Benefícios da Previdência Social estabelecendo o seguinte: as regras para manutenção do valor real dos benefícios; a uniformidade dos riscos cobertos pela previdência; a definição dos valores mínimos e máximos dos benefícios concedidos aos segurados urbanos e rurais; a concessão de pensão (que já existia para a mulher) para o homem em caso de falecimento da esposa segurada; a redução da idade de 65 para 60 anos do trabalhador rural na concessão de aposentadoria por idade; e a concessão de aposentadoria para a trabalhadora rural aos 55 anos de idade.

Não obstante, a aprovação desses Planos, o período foi, de fato, contabilizado como marco de formação da agenda, em razão do lançamento de duas medidas no governo do então Presidente Fernando Henrique Cardoso, a saber: o primeiro, o *Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso* (PAG/PNI) em 1997; e, o segundo, a *Política Nacional de Saúde do Idoso* (PNPSI), em 1999.

O PAG/PNI foi concebido como resposta à PNI e às reivindicações dos atores militantes dos direitos da população idosa. Foi formulado pela Secretaria de Assistência Social do MPAS em conjunto com os seguintes órgãos governamentais e não governamentais: Ministério da Educação e do Desporto, Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho, Instituto Nacional de Desenvolvimento do Desporto, Secretaria de Política Urbana, Universidade de Brasília (UnB), Universidade Federal de Goiás (UFG), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Assessoria Especial da Terceira Idade do Governo do Distrito Federal, ANG, SBGG, SESC/SP, ACEPI e o CEI/RS. Esta formulação partilhada se configurava como estratégia tanto para envolver diferentes atores sociais do governo e da sociedade civil na formulação e implementação de ações; como para promover a *descentralização* e a *intersectorialidade*.

O Plano apresentava como justificativa para o seu desenvolvimento, além do fenômeno do envelhecimento da população brasileira, as seguintes questões (MPAS/SAS, 1997):

- 1) o reconhecimento tanto da existência do tratamento focalizado dos problemas sociais brasileiros, quanto de que este tratamento estava adiando o enfrentamento da questão social da velhice; e ainda, a visão de que o Brasil era “um país de jovens”, o que dificultava a priorização e a inserção do tema da velhice na lista de assuntos (agendas

sociais);

2) Esse adiamento resultou em carência de programas, ações e redes de serviços que pudessem atender adequadamente as questões relacionadas com a prevenção dos efeitos do envelhecimento biopsicossocial e apoio aos idosos em suas diferentes necessidades;

3) a vulnerabilidade da população idosa e a sua possível marginalização social diante da fragilidade das condições socioeconômicas das famílias, bem como da inexistência de programas e serviços efetivos no apoio a este segmento;

4) a predominância de modelos ineficientes do abrigo de pessoas idosas que necessitavam de atenção e cuidado institucionais. Isso era especialmente visível porque as instituições subsidiadas pelo Estado, além de serem muito criticadas pela sociedade por oferecerem condições precárias de atendimento, eram responsabilizadas pela falta de investimento e busca de alternativas para o problema da institucionalização;

5) a urgente necessidade de estabelecer políticas para favorecer a autonomia e a independência da pessoa idosa;

6) e, por fim, a importância do desenvolvimento de ações para assegurar boas condições socioeconômicas tanto dos aposentados como de toda a população idosa. O entendimento era de que isso deveria acontecer por meio do aumento das remunerações e, sobretudo, a partir da implementação de programas de atenção à saúde, alimentação, habitação, entre outras necessidades humanas.

Com essas justificativas, PAG/PNI 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 todas *diretrizes* elencadas na PNI, quais sejam:

I – viabilizar formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, proporcionando-lhes integração às demais gerações;

II – promover a participação e a integração do idoso, por intermédio de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;

III – priorizar o atendimento ao idoso por intermédio de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que

não possuam condições de garantir sua sobrevivência;

IV – Descentralizar as ações político-administrativas;

V – Capacitar e reciclar os recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia;

VI – implementar o sistema de informações que permitam a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos e programas em cada nível de governo;

VII – Priorizar o atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores dos serviços; e,

IX – apoiar estudos e pesquisas sobre as questões do envelhecimento (MPAS/SAS, 1997).

O esquema operativo deste Plano baseava-se no desenvolvimento e gestão de ações por meio dos órgãos do Governo elencados na PNI. Estes deveriam promover programas, projetos e atividades de forma articulada, ou seja, envolvendo a capacidade técnica e de recursos de todos os parceiros - daí a idéia de integração - e utilizando os serviços prestados pelas entidades não governamentais, visando implementar as determinações da PNI.

Para a concretização do plano, foi solicitado aos diferentes órgãos setoriais do governo que indicassem as ações a serem implementadas e seus respectivos objetivos gerais e específicos, metas, estratégias e o montante de recursos a ser utilizado no desenvolvimento das políticas indicadas por cada órgão. No entanto, esse esquema não foi seguido por todos os órgãos, ficando assim caracterizado:

1) No âmbito da *Previdência e Assistência Social*, o plano estabelecia seu desenvolvimento no âmbito da Secretaria de Assistência Social (SAS) e do INSS. As ações previstas eram: coordenar as ações setoriais e o BPC; formular políticas específicas voltadas para a população idosa, formular diretrizes e normas para orientar as ações setoriais; repassar recursos aos Fundos de Assistência Social dos Estados, Municípios e Distrito Federal para apoiar o desenvolvimento de ações, especialmente, os serviços de atendimento asilar e não asilar; promover o controle, acompanhamento e avaliação do desempenho das políticas setoriais participantes do plano, da aplicação dos recursos e das ações desenvolvidas.

Tais ações tinham como objetivos específicos: financiar programas e projetos para melhorar a qualidade de vida e fomentar a integração da pessoa idosa na comunidade; estimular a parceria entre as organizações governamentais e não governamentais para o

desenvolvimento de ações, programas e projetos, tais como: centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimento domiciliar<sup>97</sup>, entre outros; divulgar planos, programas e projetos voltados para a pessoa idosa no âmbito do Governo Federal; apoiar campanhas educativas junto aos meios de comunicação de massa, com a finalidade de divulgar informações sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento; capacitar recursos humanos nas áreas de atendimento da pessoa idosa, visando a melhoria do seu desempenho e da qualidade dos serviços prestados; promover, financiar e apoiar simpósios, seminários, encontros específicos, estudos, pesquisas, e publicações que ampliem os conhecimentos sobre o idoso na área social; criar banco de dados e informações com vistas a subsidiar os programas do Governo Federal para este segmento; e contribuir para o desenvolvimento de uma cultura de valorização da pessoa idosa por intermédio de campanhas específicas.

A estratégia para o desenvolvimento das ações envolvia o apoio técnico da SAS aos programas e projetos que seriam desenvolvidos de forma descentralizada e por meio de entidades governamentais e não governamentais.

Ao INSS cabia especificamente: operacionalizar a concessão do BPC e capacitar os recursos humanos para sua efetivação; realizar, no âmbito de sua atuação, atendimento preferencial da pessoa idosa, bem como adequar sua estrutura física às condições de mobilidade do idoso nos Postos de Seguro Social; apoiar a criação e manutenção de programas de preparação para aposentadoria, com a finalidade de contribuir para o ingresso prazeroso da população idosa na situação de aposentadoria; elevar a qualidade do atendimento e do acesso do usuário idoso da Previdência; e incentivar este usuário a participar dos programas de assistência social oferecidos pelas organizações governamentais e não governamentais, entre outras.

2) Na área do *Planejamento e Orçamento*, o desenvolvimento das ações deveria ser feito pela Secretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) e pela Secretaria de Política Urbana. À SPO cabia as seguintes ações: desenvolver indicadores para a avaliação de desempenho das ações setoriais, dos recursos financeiros aplicados, das ações

---

<sup>97</sup> Os centros de convivência destinam-se ao atendimento das pessoas idosas visando o fortalecimento das práticas associativas, produtivas e promocionais para favorecer a melhoria de sua convivência familiar e na comunidade. Os centros de cuidado diurno (hospital-dia e centro-dia) visam o atendimento do idoso dependente com deficiência temporária ou que necessite de assistência multiprofissional. A casa-lar é um equipamento social destinado a atender pessoas idosas sem família e com renda insuficiente para sua manutenção. A oficina abrigada de trabalho tem por objetivo desenvolver atividades produtivas, de capacitação e de reciclagem profissional, proporcionando à população idosa oportunidade de elevar sua renda. O atendimento domiciliar é serviço prestado, no próprio lar da pessoa idosa que vive só e é dependente, visando o suprimento das necessidades de sua vida diária (Art. 4º, incisos I a V, do Decreto 1.948, de 03/07/1996).

desenvolvidas nos Centros de Convivência, Casas-Lares, Oficinas Abrigadas de Trabalho, entre outras, e dos programas de capacitação e treinamento de recursos humanos; levantar dados genéricos sobre a população idosa brasileira; criar banco de dados sobre os projetos, programas e ações desenvolvidos no âmbito do Governo; e implantar um sistema destinado à contabilização e à apropriação do custo efetivo da prestação de serviços aos usuários do setor público na área do idoso, visando o conhecimento da efetividade da relação custo/benefício desta área.

O desenvolvimento dessas ações tinha como objetivo reunir informações para subsidiar o processo de tomada de decisão na alocação de recursos dos Fundos<sup>98</sup> e auxiliar a implantação de um Sistema de Avaliação de Desempenho das ações setoriais definidas na PNI. Tal Sistema seria implantado em módulos que corresponderiam às políticas setoriais e desenvolvido em conjunto com os ministérios setoriais e organizações não governamentais. Os Estados, Municípios e Distrito Federal estariam encarregados de implantar, com o apoio das unidades da SAS, o sistema nas suas respectivas instâncias

No âmbito da Secretaria de Política Urbana, o Plano previa as seguintes ações: promover o estabelecimento de critérios a serem observados nos programas habitacionais, de implantação de infra-estrutura e equipamentos urbanos de uso público, com vistas a que estes programas incluíssem no seu planejamento o acesso da população idosa tanto à aquisição de habitação quanto às condições de habitabilidade; incentivar, promover e divulgar, em articulação com outros órgãos setoriais, estudos e pesquisas a esse respeito, visando o aprimoramento das condições de habilidade dos equipamentos de uso público e de infra-estrutura urbana existentes e a implantar; e prestar apoio às demais esferas de governo no desenvolvimento da infra-estrutura necessária à promoção das condições de acessibilidade.

O objetivo apresentado para o desenvolvimento destas ações foi o de atender as determinações da PNI no que se refere à área de habitação e urbanismo. Para o alcance deste objetivo, o Plano apresentou as seguintes estratégias: identificação, por um lado, dos programas na área de habitação e urbanismo, que utilizassem recursos da União ou por ela geridos e, por outro, da população idosa cujas características preenchessem as condições para fazer parte do público alvo destes programas, visando conhecer a demanda deste grupo; fomentar a apresentação de projetos habitacionais e de infra-estrutura adequados para a população idosa, com previsão de equipamentos urbanos de uso público compatíveis

---

<sup>98</sup>Cabe observar que o Fundo Nacional do Idoso até hoje não foi criado no âmbito do Governo Federal.

com suas necessidades e dando prioridade a projetos que não contivessem barreiras arquitetônicas e urbanas; articular diferentes órgãos setoriais como os Ministérios da Educação, Desporto, Ciência e Tecnologia, Saúde e as instituições de ensino e pesquisa para promover estudos e pesquisas sobre as condições de habitabilidade e acessibilidade dos equipamentos públicos.

3) A área da *Cultura* apresentou as seguintes ações: incentivar as instituições culturais a promover programas e atividades que pudessem contar com a participação dos idosos, tanto na condição de público quanto de produtores; facilitar o acesso deste segmento aos locais e eventos culturais mediante redução de preços; valorizar o registro da memória e transmissão de informações e habilidades das pessoas idosas aos mais jovens, com vistas a garantir a continuidade e a identidade cultural das gerações; contribuir para divulgar uma imagem positiva da pessoa idosa, sobretudo, por intermédio dos meios de comunicação e material didático; e elaborar políticas de recursos humanos na área cultural visando não só qualificar pessoas para lidar com o segmento populacional de idosos, como tornar a própria pessoa idosa partícipe das atividades culturais produzidas e ofertadas.

Os objetivos a serem atingidos com tais ações eram: incorporar às políticas nessa área o atendimento das necessidades e o aproveitamento das potencialidades da pessoa idosa; oportunizar o acesso da população idosa à produção, reeleaboração e usufruto dos bens culturais, visando seu crescimento como pessoa e participação na vida social; e buscar alternativas para tornar disponível a experiência da pessoa idosa.

Como estratégia, o Plano apresentou a realização de ações de forma descentralizada e em parceria com entidades atuantes na área da cultura, escolas, universidades, bibliotecas, entre outros.

4) Na área da *Educação*, o Plano definia que as ações seriam desenvolvidas no âmbito da atuação da Secretaria de Educação Superior (SESu) do Ministério da Educação, envolvendo: o apoio à criação de Centros de Referência nas universidades integrados ao sistema de saúde; viabilizar a criação de Universidades Abertas à Terceira Idade, assim como prestação de apoio às Instituições de Ensino Superior que mantivessem tal programa; desenvolvimento de programas educativos destinados a profissionais de diversas áreas, ao idoso, família e comunidade, por meio de ensino à distância, cursos, palestras, seminários, etc.; coordenação de estratégias para a introdução de programas de pós-graduação *stricto e latu sensu* em geriatria e gerontologia e residência médica; e apoio a estudos e pesquisas voltados para os aspectos prioritários do envelhecimento. Esse setor estabeleceu como

objetivo geral a coordenação das ações na área da Educação de modo a propiciar o desenvolvimento de programas e projetos destinados à população idosa, mas, não informou as estratégias para alcançar tal objetivo.

5) Na área da *Justiça*, as ações seriam desenvolvidas no âmbito da atuação da Secretaria dos Direitos da Cidadania e estavam assim elencadas: incentivar a participação da população idosa nos eventos de direitos humanos; apoiar o SAS na formação e desenvolvimento de políticas de valorização e respeito à pessoa idosa; desenvolver indicadores destinados à avaliação da prestação de serviços à pessoa idosa no âmbito da segurança pública; criar banco de dados sobre a legislação que trata da pessoa idosa; apoiar estudos na área jurídica que priorizassem a população idosa; e viabilizar uma política destinada à defesa da cidadania da pessoa idosa, para ser realizada em conjunto com os Conselhos Estaduais do Idoso.

Tais ações tinham como objetivos: propiciar à pessoa idosa atendimento de qualidade por parte dos órgãos de segurança pública e justiça; apoiar programas e projetos nas diferentes instâncias de governo, visando o favorecimento do exercício da cidadania; dar ampla divulgação a programas e legislações sobre os direitos da pessoa idosa; e, sensibilizar os órgãos de segurança pública quanto às particularidades do atendimento da pessoa idosa.

O alcance desses objetivos seria efetuado por meio do apoio técnico do Departamento de Direitos Humanos da Secretaria dos Direitos de Cidadania à realização de atividades desenvolvidas nesse sentido, assim como capacitação dos recursos humanos, na área da justiça, nos Estados e Municípios sobre temas relacionados à pessoa idosa, em parceria com os demais ministérios setoriais elencados na PNI.

6) Na área da *Saúde*, as ações seriam desenvolvidas no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde, envolvendo: o desenvolvimento de formas de cooperação entre os demais ministérios, secretarias de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, bem como entre os Centros de Referências em Geriatria e Gerontologia, visando o treinamento de equipes multiprofissionais e a capacitação continuada dos profissionais de saúde nas áreas de gerência, planejamento, pesquisa e assistência à pessoa idosa; apoio e realização de estudos epidemiológicos para identificar os agravos à saúde da pessoa idosa, com a finalidade de desenvolver um sistema de informações sobre este grupo social, com vistas a subsidiar o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção, tratamento e reabilitação; estruturação dos Centros de Referência de acordo com as normas do Ministério

da Saúde; adoção e aplicação das normas de serviços geriátricos hospitalares e ambulatoriais; criação de serviços alternativos de saúde da pessoa idosa na rede de serviços do SUS (Unidades de Cuidados Diurnos, ou seja, Hospital-Dia e Centro-Dia) e atendimento domiciliar, a fim de garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa, seu bem-estar físico, psíquico e social; estimular a participação da pessoa idosa nas diversas instâncias de controle do SUS; apoiar e desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde das pessoas idosas, visando estender o período de vida ativa, a autonomia e a independência funcional destas pessoas; reorganizar a rede de serviços para adequá-la às necessidades específicas da população idosa; incluir a geriatria como especialidade clínica para efeito de concurso público nas três esferas de governo; e capacitar e reciclar os profissionais nas diferentes áreas de atuação da saúde.

Para o alcance de tais objetivos, o plano previa as seguintes estratégias: difusão de informações sobre preservação da saúde, auto-cuidado e cuidado informal referentes ao idoso; organização da rede de serviços com adoção e aplicação de normas para melhorar a qualidade dos serviços; desenvolvimento de treinamento e capacitação gerenciais de recursos humanos em parceria com os demais órgãos setoriais e as secretarias de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal.

7) Na área do *Trabalho*, as ações definidas foram: garantir formas de impedir a discriminação da pessoa idosa quanto à sua participação no mercado de trabalho; e apoiar programas de reinserção da pessoa idosa na vida socioeconômica das comunidades. Os objetivos eram: criar mecanismos para favorecer a geração de emprego e renda para a população idosa, bem como sua qualificação e requalificação profissional.

8) Na área do *Esporte* as ações seriam desenvolvidas pelo Instituto Nacional de Desenvolvimento do Desporto (INDESP) envolvendo: coordenação de cursos de capacitação técnica destinados a agentes multiplicadores envolvidos nas ações de resgate das atividades lúdico-desportivas para a terceira idade; organização de eventos desportivos que priorizassem a participação da pessoa idosa; elaboração de material para divulgação da PNI na área esportiva, visando sensibilizar as pessoas que atuam nessa área a desenvolverem atividades lúdico-desportivas destinadas à população idosa; e a coordenação das ações para a pessoa idosa no âmbito do INDESP.

Estas ações tinham como objetivos: estimular a população idosa a praticar atividades físicas; promover a saúde e a integração deste grupo na comunidade e entre as gerações; e capacitar recursos humanos na área do esporte para atuar com este segmento

populacional.

Isso seria efetivado por meio do desenvolvimento de atividades descentralizadas e em parcerias com organizações governamentais e não governamentais

9) Na área do *Turismo*, as ações ficaram sob a responsabilidade da Empresa Brasileira de Turismo (EMBRATUR), que apresentou a seguinte proposta de atuação: promover ações a fim de permitir o acesso das populações marginalizadas por motivo econômico ou contingencial ao turismo doméstico; apoiar o trabalho da Associação Brasileira dos Clubes da Maior Idade (ABCMI), fomentando a participação de idosos no Programa Clube da Maior Idade (PCMI)<sup>99</sup> de instituições federais, estaduais, municipais e entidades afins; sensibilizar o *Trade* turístico<sup>100</sup> no sentido de oferecer programas específicos, a preços reduzidos e na baixa estação para a população idosa; acompanhar a operacionalização dos programas de viagens para este segmento; e divulgar e promover, em parceria com os Órgãos do Sistema Oficial de Turismo, o programa Clube da Maior Idade.

O objetivo geral das propostas na área do turismo era melhorar o aproveitamento da oferta de equipamentos e serviços turísticos nas baixas temporadas, oportunizando o acesso da população idosa a estes equipamentos e serviços. Em termos específicos buscava: melhorar a qualidade de vida das pessoas acima de 50 anos; filiar, congrega e congregar os Clubes da Maior Idade; incentivar os associados a participarem das atividades destes Clubes; buscar a obtenção de descontos para idosos na área do turismo. As estratégias para alcançar esses objetivos eram: a implantação do Programa Nacional de Municipalização do Turismo (PNMT); o fomento à criação de Associações e Clubes da Maior Idade; e a gestão, junto ao setor de turismo, para oferecer condições especiais para a aquisição dos serviços nesta área.

Com esse esquema observa-se que o PAG/PNI era uma agenda que envolvia diferentes políticas setoriais e previa a descentralização administrativa e a participação de organizações não governamentais na oferta e implementação de serviços. Isso indica que o Plano adotou algumas orientações da PNI no seu processo de formulação, quais sejam: a intersectorialidade, a descentralização e a co-participação da sociedade civil.

---

<sup>99</sup> O PCMI é um programa baseado no conceito do aproveitamento do tempo livre. Foi desenvolvido pela hoje denominada “Associação Brasileira da Melhor Idade” com o apoio dos Órgãos e Secretarias de Turismo.

<sup>100</sup> São os serviços indispensáveis ao desenvolvimento do turismo como, por exemplo, os setores de hotelaria, gastronomia, locação de veículos, parques temáticos, empresas de entretenimento, eventos, operadoras de turismo, agências de viagens e empresas aéreas, entre outros.

Observa-se, ainda, a ausência de determinados elementos importantes na configuração do Plano indispensáveis à efetivação de uma política pública. Não se identificou, por exemplo, metas e, especialmente, o montante e as fontes de captação de recursos para a execução das ações. O quadro resumo, a seguir, demonstra que apenas um entre os nove setores envolvidos apresentou o montante de recursos a ser investido e dois limitaram-se a informar o programa que poderiam absorver as ações do Plano.

ÁREA	META	RECURSOS
Previdência e Assistência social	Atender 408 mil pessoas idosas nos programas e projetos sociais; e 315 mil com a concessão do BPC	20,9 milhões 170,4 milhões
Planejamento e Orçamento	Sem definição	Sem previsão
Cultura	Atender 280 mil pessoas idosas nos Centros de Convivência	Sem previsão
Educação	Promover o levantamento sistemático das ações em curso; adequar currículos, metodologia e material didático; encaminhar propostas de inclusão da Geriatria como disciplina obrigatória dos cursos da área de saúde e da Gerontologia nos cursos da área social; e viabilizar a inclusão nos currículos mínimos, dos diversos níveis de ensino, de conteúdos voltados para o processo de envelhecimento.	Sem previsão
Justiça	Realização de 05 seminários regionais de formação sobre direitos humanos; realização de 01 seminário com os Conselhos; criar um banco de dados; atender o usuário da SAS que necessite de assistência no âmbito da justiça	Sem previsão
Saúde	Sem definição	Sem previsão
Trabalho	Implementar micro unidades produtivas em todo o território nacional; propor a formação de grupos de apoio às Comissões Estaduais e Municipais de Emprego para discutir propostas de ações destinadas a reinserção produtiva da pessoa idosa	Não há previsão de valores. O atendimento se dará no âmbito do PROGER <sup>101</sup>
Esporte	Realizar 01 festival de jogo tradicional anual; realizar 01 jogo da terceira idade anual; atendimento de 30 mil pessoas no Programa Nacional de Vida Ativa.	Não há previsão de valores. O atendimento se dará no âmbito dos recursos para os programas Esporte Solidário e do Programa Nacional de Vida Ativa.
Turismo	Atender 170 mil associados dos Clubes da Maior Idade; implantar o Programa em todas as Unidades da Federação; interiorizar os Clubes da Maior idade, incentivando sua criação nos municípios turísticos brasileiros; realizar encontros, reuniões técnicas, congressos e exposições para debater programas voltados ao turismo deste segmento da população.	Sem previsão

FONTE: elaboração própria a partir do PAG/PNI.

Como se pode notar no quadro acima, o planejamento orçamentário e financeiro

<sup>101</sup> O Programa de Geração de Emprego e Renda (PROGER) é um conjunto de linhas especiais de crédito provenientes do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), que tem como principais fontes de captação as contribuições do Programa de Integração Social (PIS) e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP), destinadas ao financiamento de empreendedores que queiram abrir ou investir em seu próprio negócio, tendo por objetivo a geração e a manutenção do emprego. Disponível em <http://www.mte.gov.br/proger/oquee.asp>. Acessado em: 10/10/2008.

dos órgãos setoriais envolvidos no PAG/PNI, à exceção dos da seguridade social, não previa recursos para desenvolver as ações propostas. Considerando que toda ação governamental depende da alocação e previsão de recursos no orçamento público para ser realizado, a ausência da indicação de recursos ou de sua fonte fragilizou o Plano. Observou-se baixo comprometimento dos órgãos setoriais, especialmente dos que historicamente não atuam com o segmento populacional de idosos e, ainda, o baixo poder de articulação do órgão coordenador da PNI para fazer com que os diferentes setores do governo fossem efetivos no cumprimento das determinações da PNI.

Também notou-se que o estabelecimento do PAG/PNI se deu a partir da provocação da sociedade, que já vinha acontecendo desde o período que antecedeu a promulgação da PNI. Isto, associado aos aspectos sobre a formação do PAG/PNI, demonstra que esta agenda constituiu-se mais como resposta imediatista do Governo à forte movimentação e pressão da sociedade, naquele momento, do que como ação deliberada e articulada firmemente no âmbito do Estado.

Ademais, tais aspectos também chamam atenção para o processo de negociação das políticas destinadas à população idosa, para a hierarquia de poder e para os interesses dos atores. Nesse sentido, notou-se que os atores (sociedade e técnicos do governo) que elaboraram o PAG/PNI se localizam num nível hierárquico de autonomia limitada, ou seja, sem suficiente poder de decisão para eleger as prioridades da agenda da política pública. De acordo com Arretche (1999, p. 107), os

programas de ação pública podem ser criados por um conjunto circunscrito de agentes, isto é, não são todas as instâncias da máquina estatal que têm autoridade para criar programas; ao contrário, a possibilidade de formulá-los supõe uma dada inserção institucional em cargos que confiram algum nível de centralização de autoridade aos formuladores.

A assertiva da autora corrobora a visão de que a tomada de decisão em políticas públicas no Brasil é um processo hierarquizado, no qual quem toma a decisão final são os escalões superiores da hierarquia institucional, que não são os mesmos atores que discutem as políticas com a sociedade. Além disso, esses escalões são comumente formados por políticos e não por técnicos com conhecimentos sobre a situação que suscita a intervenção de política. Isso pode incorrer em personalização da decisão, dependendo dos interesses, ideologias e visões do tomador de decisão. Daí a importância da pressão atenta e permanente da mobilização social para que a decisão seja tomada com base nos interesses coletivos.

Carvalho, Rochet e Paulino (2008, p. 263), afirmam que as

políticas públicas têm uma racionalidade intrínseca, composta por duas dimensões políticas: o pensar e o fazer, resultado do confronto de ideologias e valores dentro do próprio Estado e deste com os grupos e atores sociais, que buscam, na construção de um discurso legítimo, validar suas ações. Esse espaço de confronto (...) se define como *lócus* onde se trava uma luta concorrencial entre os atores em torno dos interesses específicos.

Estes aspectos podem ser observados na forma como o PAG/PNI foi elaborado e no seu desenho final. O desenho político nele reconhecido indica que o “pensar” era definido pelos técnicos (sem poder de decisão) e pela sociedade civil, enquanto o “fazer” era definido por tomadores de decisão que não participavam do processo de discussão. Destes tomadores de decisão, muitos decidiam pela *não-ação* – que segundo Dye (apud Pereira, 2008b) é o que o governo escolhe não fazer – a qual era percebida na ausência de proposição, programas, ações, projetos e atividades específicos nos orçamentos dos órgãos setoriais, para atender as linhas de ações definidas pela PNI. Tal ausência não foi observada apenas na área da seguridade social.

Mas, como todo fato tem sua contradição, a própria decisão de não atuar, associada à emergência de fenômenos e processos sociais desafiadores tornava recorrente a exposição do tema “envelhecimento” nas arenas da política pública. Isso era proporcionado tanto pela repercussão social e econômica do aumento do número de pessoas idosas na população, como pela insistência dos atores sociais mobilizados para fazer valer os direitos do segmento populacional de idosos, o que corrobora a validade do paradigma da participação social na formação das agendas das políticas públicas.

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<sup>102</sup>. Assim, a ausência de efetividade deste Plano contribui para elaboração da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

---

<sup>102</sup> Situação que se pode ilustrar a partir dos dados levantados por Camarano (1999), quais sejam: desde a década de 1940 a população idosa já se apresenta como o segmento populacional que mais cresce (3% ao ano), o que se acentua nos estratos etários que estão no topo da pirâmide etária; em média 42% destas pessoas declararam, em 1997 (ano do PAG/PNI) não ter nenhuma escolaridade formal; neste mesmo ano o segmento apresentava as mais baixas taxas de atividade entre a população adulta; sua renda provinha predominantemente da provisão do Estado (aposentadorias, pensões e benefícios); a renda da pessoa idosa constituía parcela importante da renda familiar na maioria dos casos; e, os idosos residiam maciçamente na área urbana (79,2%). Assim, por este quadro já se antevê a importância da atuação de áreas como o trabalho, a educação, as políticas urbanas e a previdência, chamando atenção para a necessidade do envolvimento de todos os órgãos setoriais na questão do envelhecimento.

A PNSPI resultou da pressão e mobilização da sociedade, contudo a vontade política do Estado foi decisiva na sua instituição, na medida em que esta Política foi uma decisão deliberada do Ministério da Saúde e, portanto, contava com o aval dos tomadores de decisão deste Órgão.

Essa decisão foi motivada pela emergência do impacto financeiro do fenômeno do envelhecimento populacional e do processo de transição epidemiológico. Isso porque a longevidade patente no envelhecimento da população tende a aumentar o número de pessoas que são acometidas por doenças crônico-degenerativas. Com isso, o incremento de pessoas longevas potencializa o consumo e os custos dos serviços de saúde, exigindo maior investimento de recursos nesta área. Isso pode ser depreendido da Portaria 1395/GM de 10/12/1999 que criou a PNSPI. Conforme 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 freqüentes 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 PNSPI 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 a saúde.

Esta agenda 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 melhoraria da qualidade de vida da população idosa. Com essa idéia a PNSPI contemplava tanto os interesses do Governo como os dos grupos sociais que lutavam pelos direitos da população idosa e da comunidade internacional que defendia o paradigma do envelhecimento saudável.

Para contemplar as ações da PNSPI, o governo criou o Programa estratégico<sup>103</sup> no Plano Plurianual 2000-2003, intitulado “Valorização e Saúde do Idoso”, vinculado à

---

<sup>103</sup> Programas que, segundo o PPA 2000-2003 intitulado “Avança Brasil”, foram considerados fundamentais para o desenvolvimento equitativo e sustentável. Abrangem temas sociais e econômicos como saúde, educação, saneamento, habitação, agricultura, indústria, turismo, inovação infra-estrutura.

Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, no qual consolidava o conjunto das ações que vinham sendo desenvolvidas até então, bem como as que deveriam ser implementadas durante a vigência do PPA.

Durante a vigência do PPA 2000-2003, esse Programa destinou e alocou recursos para as seguintes ações:

1) *pagamento de Renda Mensal Vitalícia (RMV) por idade, remanescente da Lei (nº 6.179/74);*

2) *pagamento do BPC nos termos da LOAS, destinado a garantir uma renda mensal mínima à pessoa idosa com 67 anos ou mais que comprove não possuir meios de prover sua manutenção nem tê-la provida por sua família;*

3) *implantação de serviços extra-hospitalares de assistência à saúde do idoso que corresponde à prestação de assistência fora do ambiente hospitalar. Esta ação destinava-se à reforma, adaptação do espaço físico e ao treinamento dos profissionais atuantes nessa modalidade de serviço, a qual compreende: Hospital-dia Geriátrico - destinado a pacientes idosos que necessitem de realização ou complementação dos procedimentos: diagnóstico, terapêutico, reabilitação, manutenção de sua autonomia e capacidade funcional, incluindo a identificação e o treinamento do cuidador familiar ou informal; Residência Terapêutica, voltada ao atendimento do idoso incapaz funcionalmente, em geral portador de doenças crônicas que necessitem de cuidados permanentes de saúde, sem vínculo familiar ou que a família não tenha condições mínimas para prover os cuidados necessários; e Centros de Convivência, destinados a idosos que necessitam de apoio em razão de sua incapacidade física ou mental, mas cujo tratamento seja de caráter menos intensivo;*

4) *atendimento à pessoa idosa em situação de pobreza, que tem por finalidade melhorar a qualidade de vida dos idosos que estão em situação de vulnerabilidade social, promovendo sua integração social; fortalecimento dos seus laços familiares, mediante o atendimento de suas necessidades básicas; a defesa e a garantia de seus direitos. A ação deve ser efetivada por meio da transferência de recursos para atendimento nas modalidades asilar e não-asilar, entre as quais os centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares residências, atendimento domiciliar e outras formas alternativas de atendimento;*

5) *atendimento à pessoa idosa do Abrigo Cristo Redentor* – destina-se melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas que vivem em situação de risco, provendo suas necessidades básicas de moradia, alimentação, saúde e convivência social;

6) *remuneração dos agentes pagadores de benefícios de prestação continuada à pessoa idosa* – destina-se à remuneração dos Bancos pelos serviços de pagamento do BPC;

7) *serviços de processamento de dados do BPC*, destinado a assegurar os recursos de informática necessários ao processo de concessão e pagamento dos benefícios às pessoa idosas.

8) *serviços de concessão, revisão e cessação de benefícios de prestação continuada à pessoa idosa* - tem por finalidade assegurar recursos para o pagamento dos serviços de informática utilizados nestes serviços;

9) *estudos e pesquisas sobre Saúde do Idoso* – busca avaliar o impacto das políticas e dos programas de saúde direcionados ao idoso; identificar o processo de transição demográfica e as conseqüências sociais desse processo no envelhecimento populacional, por meio de pesquisa multicêntrica, nas cinco regiões macrorregionais brasileiras; e apoiar financeiramente a realização de estudos e pesquisas nas áreas prioritárias do envelhecimento;

10) *promoção de eventos técnicos sobre saúde do idoso* - tem por finalidade promover o intercâmbio de experiências entre técnicos, gestores e usuários na área da assistência ao idoso, contemplando, principalmente, aspectos de promoção de saúde e prevenção de agravos. Deve se efetivar por meio de implantação de biblioteca virtual, patrocínio de eventos científicos, fórum de municípios, apoio técnico e financeiro à promoção de eventos (como oficinas de trabalho, fóruns e seminários), relacionados à assistência ao idoso e à capacitação técnico-gerencial de profissionais de saúde;

11) *vacinação de idoso com 60 anos de idade ou mais* – destina-se a contribuir para manutenção da melhoria da capacidade funcional dos idosos, por meio da vacinação com vistas à prevenção de doenças e complicações mais freqüentes nessa faixa etária.

Segundo relatório do próprio Governo, o Programa Estratégico “Valorização e Saúde do Idoso” teve como resultados mais expressivos, a diminuição das taxas de hospitalização da população idosa em função, principalmente, do esforço de vacinação

maciça contra o *influenza* (gripe), difteria e tétano, a partir da imunização de cerca de 82% da população idosa; e a expansão do número de beneficiários idosos atendidas pelo BPC. O número de pessoas idosas que recebiam o benefício passou de 403.207 em 2000 para 633.564 em 2003 (CARDOSO, 2002).

Todavia, uma auditoria realizada, no ano de 2001, pelo Tribunal de Contas da União, para avaliar a ação de “Atendimento à Pessoa Idosa” desse Programa, evidenciou a baixa efetividade das atividades de coordenação das ações intersetoriais e da participação dos diferentes atores governamentais na execução das ações da PNI. Dentre vários aspectos destacados, o relatório indica:

que as instâncias federais e estaduais não criaram condições operacionais para a coordenação das ações direcionadas à pessoa idosa. O trâmite de informações e o monitoramento funcionam de forma assistemática, impedindo o conhecimento das ações realizadas nos estados por parte da União, e nos municípios, pelos estados. Nota-se o problema, de forma acentuada, em nível federal, em razão da insuficiência de recursos para coordenação do Programa.

a necessidade de maior empenho dos órgãos governamentais no cumprimento das diretrizes da Política Nacional do Idoso e a necessidade de incentivo técnico e financeiro por parte dos órgãos federais e estaduais para a implementação das novas modalidades de atendimento. Tais iniciativas reforçariam a responsabilidade do setor público na condução da Política e na coordenação do sistema. (TCU, 2002)<sup>104</sup>.

Além destas constatações, tal auditoria apresenta um conjunto de determinações e recomendações importantes para melhorar a qualidade e a efetivação da operacionalização da atuação institucional do órgão coordenador da PNI. Entre as determinações está a criação do CNDI, ressaltando a importância do controle social na formação da agenda das políticas sociais para a população idosa. Quanto às recomendações, propõe, primeiro que o Ministro da Previdência e Assistência Social (MPAS) promova estudos, visando dimensionar a estrutura físico-material e de recursos humanos da Secretaria de Estado de Assistência Social, a fim de dotá-la das condições operacionais necessárias ao cumprimento de sua missão. Segundo, que o Ministério da Saúde juntamente com o Planejamento, Orçamento e Gestão e o MPAS verifiquem a possibilidade de transferir a gerência do Programa Valorização e Saúde do Idoso para este último, o qual detém a responsabilidade pela implementação de 97% dos recursos alocados no Programa.

Assim, esta auditoria chama atenção para a necessidade de uma reorganização da agenda de política social para a população idosa, destacando a retomada das

---

<sup>104</sup> Disponível em:

<[https://contas.tcu.gov.br/portaltextual/MostraDocumento?doc=1&p=0&lnk=\(Decisao%20COM%20590/2002%20COM%20Plenario\)\[dtd\]&templ=formatado\\_99](https://contas.tcu.gov.br/portaltextual/MostraDocumento?doc=1&p=0&lnk=(Decisao%20COM%20590/2002%20COM%20Plenario)[dtd]&templ=formatado_99) . Acesso em: 27/10/2008.

orientações da PNI como seu instrumento legal de ordenação e chamando à responsabilidade o órgão coordenador.

Cabe observação a determinação de criação do CNDI. Isso porque esta determinação estava alinhada às propostas no II Plano Nacional de Direitos Humanos (II PNDH). Este Plano foi lançado no final do ano de 2001 para ser executado a partir do ano de 2002, pelo então Governo Fernando Henrique Cardoso, que se comprometia a atribuir ao direito humano o status de política pública governamental. Assim, no que tange ao envelhecimento, o Plano propunha, entre outras ações, a instalação do CNDI, a constituição de conselhos estaduais e municipais de defesa dos direitos dos idosos e a implementação de programas de proteção às pessoas idosas contra a violência.

A criação do CNDI, em maio de 2002, acenou para a possibilidade de uma nova fase no processo de elaboração das políticas destinadas à população idosa. 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. Estes direitos, segundo o próprio II PNDH, incorporam medidas

específicas no campo da garantia do direito à educação, à saúde, à previdência e assistência social, ao trabalho, à moradia, a um meio ambiente saudável, à alimentação, à cultura e ao lazer, assim como propostas voltadas para a educação e sensibilização de toda a sociedade brasileira com vistas à construção e consolidação de uma cultura de respeito aos direitos humanos (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA/SECRETARIA DE ESTADO DOS DIREITOS HUMANOS, 2002)<sup>105</sup>.

Entretanto, apesar de a instalação do CNDI ter sido realizada dentro do cronograma estabelecido pela II PNDH, ela não aconteceu como esperado e nem sob as orientações da PNI. Note-se que, como já explicitado no capítulo 3, a criação deste órgão se deu em caráter consultivo, significando que as suas decisões, para se tornarem efetivas, dependiam da aprovação e concordância do poder executivo. O resultado prático deste fato indicava que o CNDI se instalava muito mais para ratificar as decisões do governo e legitimar o discurso de compromisso governamental com a democracia, justiça social e direitos humanos, do que para partilhar, efetivamente, o processo de tomada de decisão da

---

<sup>105</sup> Disponível em: <[http://www.direitoshumanos.usp.br/counter/Brasil/texto/texto\\_13.html](http://www.direitoshumanos.usp.br/counter/Brasil/texto/texto_13.html)>. Acesso em 28/10/2008, 2002.

política pública.

Assim, no período imediatamente posterior à sua criação, o CNDI dedicou-se à luta para transformar-se em verdadeira instância deliberativa. Ou seja, para obter a condição jurídica necessária para participar efetivamente do processo decisório das políticas públicas destinadas à população idosa. Mas, isso somente aconteceu em 2004, quando o Brasil já experimentava novas expectativas políticas com a eleição do Presidente Lula. A mudança de liderança política trazia a esperança de as políticas públicas seguirem por novos rumos, valores, interesses, objetivos, entre outros aspectos determinantes na formação das agendas destas políticas.

O primeiro PPA (período 2004-2007) do Governo Lula, intitulado “Um Brasil para todos: crescimento sustentável, emprego e inclusão social” defendia a constituição do planejamento social e econômico a partir de um efetivo processo participativo e disposto a enfrentar

a concentração da renda e riqueza, a exclusão social, a baixa criação de emprego e as barreiras para a transformação dos ganhos de produtividade em aumento de rendimentos da grande maioria das famílias trabalhadoras. Programas de emergência são necessários, mas insuficientes para gerar as condições de erradicação da pobreza, do analfabetismo, do trabalho precoce, da mortalidade infantil. Isso requer crescimento sustentado, com a geração de riqueza em escala suficiente para elevar o volume de investimentos e a massa salarial do País (MPOG, PPA 2004-2007) <sup>106</sup>.

Isso dava indicações da importância da dimensão do social e da participação nos processos decisórios, bem como o compromisso com a inclusão social e a cidadania, o que significava o fortalecimento dos conselhos como espaços legítimos de participação e de controle social.

Assim, no contexto da nova realidade política nacional e com a instituição do caráter deliberativo do CNDI, esperava-se o estabelecimento de uma correlação de forças mais forte e mais equilibrada, especialmente no que se referia à efetivação das determinações da PNI e do Estatuto do Idoso.

No entanto, a atuação do CNDI não conseguiu escapar (e ainda não está escapando) do esquema de dificuldades experimentado pela sociedade brasileira em lidar com os valores efetivos da democracia. Esquema, esse, remanescente da cultura patrimonialista e clientelista que marcou, durante muito tempo, a relação Estado/sociedade.

---

<sup>106</sup> Disponível em <[http://www.defesanet.com.br/docs/ppa\\_2004\\_2007.pdf](http://www.defesanet.com.br/docs/ppa_2004_2007.pdf)>. Acesso em: 20/10/2007.

O ciclo vicioso desta herança pode ser verificado no fato de que os conselhos, de um modo geral, integram a estrutura de algum órgão executivo do Governo e por ele são mantidos, qualificando assim uma proximidade e um vínculo que contribui para que estes órgãos reproduzam o modelo de organização do Estado e experimente certo grau de subordinação. Isso desqualifica sua autonomia e papel como instância de controle social. Além do mais, a existência de conselhos com baixo poder de autonomia e deliberação auxilia o encobrimento de práticas autoritárias, clientelistas e patrimonialistas no processo de formação das agendas das políticas sociais.

As pesquisas de Pedrini, Adams e Silva (2007) sobre a análise da participação e atuação dos conselhos de assistência social e de desenvolvimento rural são bem ilustrativas desse quadro, uma vez que apresenta como principais indicações o fato de que o Estado, além de ter participação decisiva na definição das políticas públicas, desconsidera, muitas vezes, as decisões tomadas pelo plenário dos conselhos. Indica, ainda, que atuação da sociedade civil tem se mostrado passiva, o que é agravado pela falta de capacitação dos conselheiros para tomar decisões sobre as matérias que lhes são apresentadas.

Assim, o que tem se evidenciado é que a participação e o controle social no Brasil ainda constituem processos em construção, cujos desafios passam pelos seguintes questionamentos e reflexões que eles propiciam: como dar condições aos conselhos para que, na prática, sejam partícipes efetivos do processo de tomada de decisão? Ou seja, com possibilidade igualitária de opinião, argumentação, interlocução, negociação e decisão, portanto referenciados pela legítima defesa dos direitos e livres de qualquer tutela do Estado? Como estabelecer relações de poder equilibradas no sentido de a sociedade organizada possa ter condições de participar efetivamente do poder de decisão do Estado? Ou, para que este não seja simplesmente manobrado por interesses clientelistas e patrimonialistas? Como enfrentar a tendência de burocratização e engessamento destas instituições? Que fazer para impedir que elas sejam reféns da hegemonia de poder dos gestores do Estado? (PEDRINI, ADAMS E SILVA, 2007). Certamente não se pretende aqui dar respostas a estas questões, porém não se pode perder a oportunidade ou deixar passar despercebida a necessidade de fazê-las para fomentar a reflexão.

As indagações levantadas dão uma idéia das dificuldades enfrentadas pelo controle social no Brasil, no qual o CNDI também se inscreve. De fato, este órgão ainda não alcançou um nível de atuação forte e amadurecida o suficiente para enfrentar o poder do Estado no processo de tomada de decisão das políticas públicas destinadas à população idosa.

Por outro lado, isso não significa que a instituição do CNDI não tenha sido importante e que sua atuação não esteja contribuindo para fazer avançar aquelas políticas. O que se tem claro é que tais avanços não expressam as expectativas da sociedade no sentido de ampliar o leque tanto de sua atuação como das diferentes áreas setoriais do Governo para promover, garantir e efetivar os direitos do segmento populacional de idosos. É como afirma Arretche (2003, p. 339-340), quando analisa a situação dos conselhos de saúde:

embora estudos demonstrem que a capacidade de influência dos conselhos de saúde na formulação e avaliação de políticas seja muito baixa, que a participação efetiva dos conselheiros é limitada pela linguagem técnica adotada pelos funcionários e que há manipulação e autoritarismo em seu funcionamento (Labra, 2002), nada indica que este instrumento não ofereça oportunidades institucionais de controle e participação dos usuários sobre os governos; em outras palavras, comunidades com prévia experiência de mobilização cívica podem fazer uso dos conselhos para controlar os executivos locais, assim como comunidades sem prévia experiência podem adquiri-la através dos conselhos. Mais que isto, dada sua institucionalização, governos locais contrários à participação têm a opção de manipulá-los, mas não podem eliminar sua existência.

Assim, o CNDI<sup>107</sup> é importante não só porque é o órgão legalmente constituído para elaborar as diretrizes para a formulação e implementação da PNI, mas principalmente porque é meio legítimo para o exercício da participação e do controle democrático, indispensáveis à definição da agenda das políticas sociais destinadas à população idosa.

A importância do CNDI pode ser notada de diferentes formas. Uma delas é observada na sua forma de organização paritária, que facilitou e está facilitando a ampliação das discussões sobre o envelhecimento, suas demandas e necessidades, uma vez que pessoas – na qualidade de conselheiros – ao transitarem em diferentes esferas governamentais, na comunidade acadêmica e nos fóruns internacionais tem conseguido aumentar o espaço desse tema na esfera pública. Foi este aspecto que, inclusive, propiciou a participação do Estado Brasileiro nos fóruns e acordos referentes à implementação do Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento<sup>108</sup>, que é uma agenda de comprometimento governamental.

Também é importante a atuação do CNDI em torno da regulamentação dos dispositivos do Estatuto do Idoso que necessitam do estabelecimento de regras para sua

---

<sup>107</sup> Para ver mais sobre as atribuições do CNDI ver Resolução nº 15, de 21 /06/2008, deste Órgão.

<sup>108</sup> Conforme ata da Segunda Assembléia Ordinária do CNDI, de 05/11/2002 e Resumo Executivo da Reunião do CNDI realizada no período de 2 a 3/12/2002. Segundo esta ata um conselheiro, que já participava das discussões sobre o Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento como membro da comunidade acadêmica, trouxe a discussão para a plenária do Conselho. Este, por sua vez, reivindicou assento nas discussões e fomentou a participação do governo brasileiro nos fóruns de discussões sobre esse Plano.

efetivação, entre os quais: o artigo 35, que dispõe sobre a obrigatoriedade do contrato de prestação de serviços entre a entidade e pessoa abrigada; o artigo 38, que trata da prioridade do idoso na aquisição de imóvel para moradia própria nos programas habitacionais públicos ou subsidiados com recursos públicos; e o artigo 40<sup>109</sup> que trata da reserva de vagas no sistema de transporte coletivo interestadual. Também merece destaque, sua atuação no fortalecimento dos conselhos de idosos nas instâncias estaduais, municipais e do Distrito Federal, inclusive estimulando a criação destes órgãos nas localidades onde eles não existem.

Ainda no histórico da atuação do CNDI, chama atenção as mudanças institucionais ocorridas no Governo Lula. Neste, o CNDI passou a compor a estrutura da SEDH, um órgão subordinado à Presidência da República. Parte das pessoas que vieram formar o quadro de servidores da Secretaria do Conselho eram assistentes sociais que atuavam na área do idoso, do extinto Ministério da Previdência e Assistência Social. Isso contribuiu para facilitar o avanço da atuação do CNDI no diálogo institucional em prol da elaboração e promoção das políticas públicas no âmbito do Governo e deste com os estados e municípios. Na prática, isso resultou na realização de atividades importantes e visíveis por parte do CNDI e da SEDH.

No cômputo de sua atuação, além da realização, aqui no Brasil, da *II Conferência Regional Intergovernamental sobre o Envelhecimento na América Latina e Caribe*, em parceria com o Ministério das Relações Exteriores e CEPAL, destaca-se a *realização da primeira Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa idosa*. Esta foi realizada em maio de 2006, visando definir as estratégias para a implementação da Rede de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (RENADI), referenciada no Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, a PNI, no Estatuto do Idoso, e nas deliberações da IX Conferência dos Direitos Humanos.

Nessa I Conferência Nacional de Direitos da Pessoa Idosa as discussões foram desdobradas em oito eixos temáticos, que eram: ações para efetivação dos direitos das pessoas idosas; enfrentamento à violência contra a pessoa idosa; previdência social; assistência social à pessoa idosa; financiamento e orçamento público das ações

---

<sup>109</sup> Ver Resolução nº <sup>109</sup> Para ver mais sobre as atribuições do CNDI ver Resolução nº 15, de 21/06/2008, deste Órgão.

<sup>109</sup> Conforme ata da Segunda Assembléia Ordinária do CNDI, de 05/11/2002 e Resumo Executivo da Reunião do CNDI realizada no período de 2 a 3/12/2002.

12, de 11/04/2008 do CNDI.

necessárias para efetivação dos direitos das pessoas idosas; educação, cultura, esporte e lazer para as pessoas idosas; e controle democrático: o papel dos conselhos.

Este fórum contou com a participação de quatrocentos e seis delegados, os quais garantiram a representatividade dos vinte e sete estados brasileiros. Estes por sua vez, apresentaram trezentas e vinte duas deliberações oriundas das Conferências realizadas nos Estados e Distrito Federal para serem discutidas. Como resultado, duzentas e noventa deliberações foram aprovadas nesta Conferência<sup>110</sup>. Assim, começava aí uma nova fase da formação da agenda das políticas sociais para a população idosa.

Na seqüência, o CNDI, por meio da SEDH, realizou, em agosto de 2006, um Encontro Nacional de Gestores e Conselheiros para eleger as prioridades das demandas deliberadas na I Conferência e orientar gestores e conselheiros quanto ao processo de elaboração e pactuação de planos de implementação destas deliberações nas três esferas de governo.

Metodologicamente, a formação destes planos se iniciava com a priorização das demandas pelo fórum do encontro, as quais seriam encaminhadas aos órgãos setoriais para que os mesmos definissem que demandas poderiam ser atendidas naquele momento, assim como as ações para implementá-las, acompanhadas das metas, orçamentos e a rede de parceria governamental e não governamental necessária à sua efetivação.

A idéia fundada nessa metodologia era a de que, na medida em que os próprios órgãos setoriais elegessem e definissem as prioridades das demandas deliberadas na I Conferência e estabelecessem as parcerias para a implementação das ações, criariam a RENADI. Esta, por sua vez, de acordo com Regimento Interno da I Conferência, era compreendida como um conjunto articulado de instrumentos, mecanismos, órgãos e ações através dos quais a sociedade pode realizar todos os direitos fundamentais da pessoa idosa, entendendo-se que a

articulação de **instrumentos, mecanismos, órgãos e ações**, constitui o núcleo definidor do conceito da RENADI. Ou seja, o que está em questão é congregar estas dimensões da atuação dos direitos da pessoa idosa porque: **instrumentos** significam recursos (meios) legais, administrativos, políticos, sociais e de outras ordens que constituem bases materiais capazes de gerar resultados; **mecanismos** são os processos e os fluxos capazes de gerar possibilidades de acesso e de resolução; **órgãos** são espaços convergentes que desempenham papéis e funções específicas, especiais e complementares e materializam os lugares de participação dos

---

<sup>110</sup> Para consultar as deliberações ver Anais da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (SEDH/CNDI, 2006b).

diversos agentes e oportunizam a utilização dos instrumentos e a implementação dos mecanismos; e **ações** constituem-se na materialização de propostas, políticas e programas a serem operados pelos órgãos, utilizando os instrumentos e os mecanismos, de tal forma a efetivar o objetivo maior da RENADI que é assegurar todos os direitos da pessoa idosa [Grifos originais] (SEDH/CNDI, 2006a)<sup>111</sup>

No âmbito do Governo Federal, as ações apresentadas foram consolidadas no Plano Nacional de Implementação das Deliberações da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa<sup>112</sup>, publicado em abril de 2007. Nesse Plano foram relacionadas as ações propostas pelas políticas setoriais especificadas por eixo temático e de acordo com os eixos prioritários do Plano Ação Internacional para o Envelhecimento, quais sejam: as pessoas idosas e o desenvolvimento; o fomento da saúde e o bem-estar na velhice; e criação de um entorno propício e favorável.

Comprometeram-se com o plano, além das políticas que compõem a seguridade social, a área dos Direitos Humanos (SEDH), o Esporte e a Educação. Dentre estas, apenas no âmbito do Ministério da Educação não foram identificados recursos específicos para atender as ações apresentadas no Plano. Contudo, este órgão manifestou compromisso de destinar recursos do Programa 1060, intitulado “Brasil Alfabetizado e Educação de Jovens e Adultos” para a alfabetização de duzentas mil pessoas idosas.

Assim, mais uma vez, observa-se, no Plano, tanto a participação mais incisiva das áreas da saúde, previdência e assistência social (seguridade social) como a ausência do comprometimento de políticas setoriais importantes para a promoção dos direitos da população idosa, entre as quais a do Trabalho, da Cidade, da Cultura, entre outras. Porém, apesar do número de órgãos que apresentaram propostas ser menor do que o do PAG/PNI, nota-se maior consistência no seu planejamento, uma vez que as políticas setoriais comprometidas apresentaram as fontes de recursos orçamentárias para a realização das ações, tornando mais exeqüível a implementação do Plano.

Por outro lado, também se observa no histórico do processo de formação desta agenda a continuidade do comportamento conservador do tratamento do tema do envelhecimento nos orçamentos do atual Governo. Diz-se conservador, porque preserva o mapa histórico da atuação das políticas setoriais e pouco avança na ampliação da previsão de recursos. Para a ilustração desse quadro, destacam-se, a seguir, os programas e ações constantes dos orçamentos deste Governo.

---

<sup>111</sup> Disponível em: < [http://www.mj.gov.br/sedh/ct/cndi/texto\\_base.doc](http://www.mj.gov.br/sedh/ct/cndi/texto_base.doc)>. Acesso em: 01/11/2008.

<sup>112</sup> Para ver o elenco de ações contidas no Plano, consultar Plano de Implementação das deliberações da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (SEDH/CNDI, 2007)

Em 2004 e 2005, existia o Programa 1282 intitulado “Proteção social à Pessoa Idosa” que abarcava, além do pagamento da RMV e do BPC, a proteção sócio-assistencial da pessoa idosa elencada no Programa Valorização e Saúde do Idoso do Governo anterior, outras duas novas ações quais sejam: a “Construção, ampliação e modernização de Centros Públicos de Atendimento à Pessoa Idosa”, cuja execução é de responsabilidade do Ministério de Desenvolvimento e Combate à Fome e o “Apoio a serviços integrados de prevenção à violência e maus-tratos contra o idoso, de responsabilidade da SEDH. Também identificou-se o Programa 1312 denominado “Atenção à saúde das populações estratégicas e em situações de agravos” e que abrigava a ação “Atenção à Saúde do Idoso”, de responsabilidade do Ministério da Saúde.

A partir de 2006, os programas e ações destinados à área da saúde não sofreram alteração. Porém, no âmbito da assistência social as ações foram alocadas em dois programas, que eram: 1384 nomeado “Proteção Social Básica” e 1385 intitulado “Proteção Social Especial”. O primeiro tem por objetivo prevenir as situações de risco e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. O núcleo central da atenção é o asseguramento da renda, motivo pelo qual este Programa herdou as ações relacionadas com o pagamento do BPC e da RMV. O segundo destina-se a atender as populações que se encontram em situação de vulnerabilidade, cujo atendimento, seria realizado, conforme a situação, por meio dos serviços de proteção de média complexidade que se referem ao atendimento das famílias e indivíduos com direitos violados, mas que ainda mantém os vínculos familiares e comunitários; e dos serviços de proteção de alta complexidade que diz respeito à proteção integral às famílias e indivíduos que se encontram sem referência e/ou situação de ameaça; por isso precisam ser retirados de seu núcleo familiar e/ou comunitário.

Este último Programa contemplava ainda a ação intitulada “Apoio à prevenção e ao enfrentamento à violência contra a pessoa idosa”, cuja execução, pela SEDH, resultou na elaboração do Plano de ação para Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa, um empreendimento que ressalta a atuação da parceria SEDH-CNDI. Este Plano destinava-se a promover ações indicadas no Estatuto do Idoso, no Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento e na I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, no âmbito do enfrentamento das diferentes formas de violência e exclusão das pessoas idosas no período de 2007-2010. Seu desenho segue a mesma proposta de atuação intersetorial e pactuada do Plano Nacional de Implementação das deliberações da I Conferência dos Direitos da Pessoa Idosa. Sua estratégia de atuação baseava-se na difusão do conceito, do diagnóstico situacional da violência e maus-tratos contra a população idosa, bem como das formas como estas são praticadas, a fim de sensibilizar e conscientizar os diferentes órgãos

governamentais e não governamentais a desenvolverem ações de prevenção à violência e maus tratos contra este grupo social. Para tanto, de acordo com a SEDH/CNDI (2007, p. 18), durante

a fase de implementação do plano, foram realizadas oficinas e reuniões técnicas de caráter intra e intergovernamental e intersetorial; campanhas educativas; audiências públicas envolvendo os poderes judiciário e legislativo, capacitação de 6.429 pessoas da área de saúde, defesa dos direitos, assistência social, conselheiros, gestores, familiares de idosos, capacitação de líderes de organização (...) para exercício da cidadania; realização de seminários e oficinas de trabalho; investigação sobre as condições de vida das pessoas idosas em instituição de longa permanência; mobilização dos meios de comunicação sobre violência e maus tratos, etc.

(...) Foram implantados, por intermédio de convênios com os Estados e Municípios, Centros Integrados para Prevenção da Violência contra a Pessoa Idosa, destinados a organizar os serviços de atendimento ao idoso nos municípios.

Prosseguindo com a identificação do elenco de programas e ações nas propostas orçamentárias, se observa que, em 2007, além das propostas já descritas nas áreas da saúde, da assistência social e dos Direitos Humanos, verifica-se que, na área do Esporte, foi apresentada a ação intitulada “Desenvolvimento de atividades esportivas, recreativas e de lazer para pessoas adultas e da terceira idade – Vida Ativa, estabelecida no âmbito do Programa 1250 denominado “Esporte e Lazer na Cidade”.

Esses planos e programas, com suas formas, metodologias de elaboração e conteúdos, os quais trazem implícitos valores e paradigmas e principalmente o grau de interferência das forças sociais na sua definição, determinaram não só a configuração como os avanços e limitações da agenda atual da política social para atender os direitos da população idosa no Brasil, os quais serão apresentados a seguir.

### **5.2.1 Configuração, avanços e limitações da agenda da política social formulada para atender os direitos da população idosa**

Sumarizando a trajetória de desenvolvimento das políticas sociais para a população idosa, entende-se que a agenda destas políticas, apresenta a seguinte configuração:

1) na área *da Previdência Social*, as ações realizadas envolvem a concessão da aposentadoria por idade ao trabalhador que tenha contribuído para a Previdência Social por, no mínimo, 180 meses e tenha 65 anos, se for homem, e 60 se mulher. Para os trabalhadores rurais as idades são respectivamente, 60 e 55 anos. É interessante destacar que também cabe a esta área, por meio do INSS a operacionalização do BPC. Em vista dessas atribuições e por pressão da sociedade e da mídia, as instituições da previdência tem se empenhado em formular ações para a melhoria na qualidade do atendimento às pessoas idosas. Isto tem sido evidenciado no desenvolvimento de ações destinadas à capacitação de recursos humanos, modernização tecnológica, bem como a revisão do modelo de atendimento e normas de concessão de benefícios previdenciários.

Também constitui iniciativa desta pasta a concessão de modalidade de empréstimo consignado, o qual tem como objetivo a oferta do acesso dos beneficiários a crédito com juros mais baixos que o praticado no mercado financeiro.

2) na área *da Assistência social*, a ação ostensiva desta política é verificada na ampliação da cobertura do BPC e da rede de serviços composta pelos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS)<sup>113</sup> e Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)<sup>114</sup> e nas estratégias estabelecidas para sua atuação. Estratégias essas, identificadas no esforço de: implementação dos serviços socioeducativos e de convivência para idosos, seus familiares, profissionais e cuidadores de idosos; desenvolvimento e apoio a projetos destinados a promover a inclusão produtiva das famílias com idosos dependentes; desenvolvimento, em parceria com o Ministério da Saúde, do Plano Nacional de Atenção Integrado de Ações de Proteção à Pessoa Idosa no âmbito do SUAS e SUS; estruturação da Rede de Serviços Socioassistenciais de Alta Complexidade

---

<sup>113</sup> São espaços físicos destinados para o desenvolvimento de ações e serviços básicos continuados para famílias em situação de vulnerabilidade social. Mais informações ver Orientações Técnicas para o Centro de Referência de Assistência Social (MDS/SNAS, 2006).

<sup>114</sup> Instituições destinadas à proteção social especial de média complexidade e que têm por finalidade desenvolver ações de orientação e acompanhamento psicossocial a indivíduos e famílias com direitos violados. Para mais informações, ver Orientações Técnicas para o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (MDS/SNAS, 2008).

da Proteção Especial; expansão dos CRAS para fortalecer os vínculos familiares e comunitários, bem como ampliar a cobertura dos CREAS, incluindo o serviço de atendimento às famílias em situação de violência contra a pessoa idosa; desenvolvimento de ações integradas no âmbito dos serviços de proteção social básica de caráter preventivo e educativo junto às famílias e instituições (abrigos, casa lar, repúblicas, entre outras)<sup>115</sup> que abrigam idosos; desenvolvimento de pesquisa sobre a situação e funcionamento dos Centros Dia<sup>116</sup>, visando o aprimoramento da regulação dos serviços oferecidos por estes equipamentos sociais; e capacitação de cuidadores de idosos e administradores de Instituições de Longa Permanência localizadas em diferentes regiões do País.

3) na área *da Saúde* - esta área concentrou o maior número de demandas manifestadas na I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. Os debates e discussões nessa área destacam dois aspectos: primeiro a importância desta política para a qualidade de vida da população idosa e, segundo, os problemas relacionados ao acesso e à qualidade da oferta de serviços em saúde. Isso, associado à preocupação do Estado com o impacto do envelhecimento nesta política, faz com que se compreendesse a ênfase dada pelo Governo ao tema do envelhecimento nesta agenda. A evidência mais recente nesse sentido foi a reformulação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa<sup>117</sup> (PNSPI), baseada no documento intitulado “Pacto pela vida”<sup>118</sup>. Este orienta as intervenções das políticas públicas em saúde de atenção à pessoa idosa, a partir de dois eixos: 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 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 auto-cuidado de cada indivíduo. Nesse sentido, amparando-se no objetivo de criar e promover condições para a autonomia e independência da população idosa, a PNSPI reformulada estabeleceu como suas diretrizes: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção; estímulo à participação e fortalecimento do controle

---

<sup>115</sup> Espécie de moradias coletivas para pessoas idosas que não convivem com suas famílias.

<sup>116</sup> O Centro dia, assim como os grupos e centros de convivência são modalidades de serviços oferecidos com a finalidade de promover a sociabilidade das pessoas idosas e prevenir seu isolamento, bem como estimular o envelhecimento ativo e saudável, por meio do desenvolvimento de atividades socioeducativas, culturais e de lazer.

<sup>117</sup> Conforme Portaria nº 2.529 de 19/10/2006 do Ministério da Saúde.

<sup>118</sup> Sobre isso, ver Portaria 399, do Ministério da Saúde, de 22 de fevereiro de 2006.

social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de pesquisas.

Desse modo, as contribuições das ações no âmbito desta área 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 com Condições Crônicas; regulamentação do funcionamento das instituições que cuidam de pessoas idosas<sup>119</sup>; e constante acompanhamento e orientação da saúde da pessoa idosa por meio da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa<sup>120</sup> e do Caderno de Atenção Básica em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.

4) na área *da Educação*, as ações que alcançam a população idosa, no âmbito do Ministério da Educação, abarcam o “Programa Brasil Alfabetizado”, cujo objetivo é contribuir para a universalização do ensino fundamental, promovendo apoio a ações de alfabetização de jovens com 15 anos ou mais, adultos e idosos nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios. Há, ainda, o “Projeto de Fomento à Leitura” destinado aos jovens, adultos e idosos neoleitores, objetivando promover as habilidades e competências da leitura e escrita destes segmentos.

Também nesta área se observa a oferta de serviços pelas Instituições de Ensino Superior como: atividades de extensão oferecidas pelas chamadas Universidades da Terceira Idade<sup>121</sup>; atividades de pesquisa no campo do envelhecimento humano e populacional; e a formação de recursos humanos na área da Gerontologia e Geriatria. No entanto, estas ações por não se constituírem deliberadamente política pública de Governo ficam sujeitas às incertezas do interesse político.

---

<sup>119</sup> Sobre isso, ver Resolução 283, de 26 de setembro de 2005, da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA).

<sup>120</sup> Trata-se de um documento onde são registradas as informações importantes sobre as condições de saúde de um idoso, com a finalidade de auxiliar os profissionais de saúde sobre quais ações são necessárias para que este idoso tenha um envelhecimento ativo e saudável. Mais sobre isso ver <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta\\_saude\\_pessoa\\_idosa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa.pdf)>.

<sup>121</sup> As Universidades da Terceira Idade atuam diretamente com a população idosa por meio da oferta de serviços, dentre os quais a educação permanente, lazer, cultura, esporte destinados tanto a promover a sociabilidade deste grupo social, como dar-lhe oportunidade de melhorar sua qualidade de vida.

Até o momento, não se observou vontade deliberada do Ministério da Educação - que é o órgão federal cuja missão é estabelecer diretrizes para política pública nesta área - de incorporar o tema do envelhecimento de maneira transversal na sua agenda. Esta “ausência” contribui para dificultar a promoção de ações em âmbito nacional nesta área e impede o avanço das políticas sociais, dado o papel e a importância da Educação nos diferentes aspectos relacionados ao envelhecimento humano e populacional, entre estes se destaca a alfabetização, a educação permanente, a formação ética e humana da sociedade para lidar com o seu processo de envelhecimento, os quais são indispensáveis à efetivação e acesso deste segmento aos direitos de cidadania.

5) na área *Cultura, do Esporte e Lazer*, as ações tem se evidenciado na promoção do acesso e oferta das pessoas idosas às práticas e equipamentos sociais nestas áreas, o que tem contribuído não só para a melhoria das condições de saúde deste grupo social, como para sua integração na sociedade.

No âmbito da *Cultura*, as ações efetivas abarcam além da garantia legal do desconto de pelo menos de 50% nos ingressos para eventos artísticos culturais (Art. 23, Capítulo V do Estatuto do Idoso), o lançamento, em 2007, do prêmio “Inclusão cultural da pessoa idosa” destinado a premiar iniciativas para: valorizar e ampliar o reconhecimento e a visibilidade das expressões culturais e de identidade desse grupo etário; contribuir para a garantia dos direitos de acesso às fontes de cultura, fortalecimento de sua auto-estima, favorecendo sua socialização nos meios em que vivem; contribuir para a redução da vulnerabilidade das pessoas idosas em relação a todas as formas de violência e aprimorando os mecanismos de efetivação de seus direitos sociais e culturais; apoiar o desenvolvimento de projetos culturais de natureza integrada direcionados à pessoa idosa; conhecer e divulgar ações que vêm sendo desenvolvidas com o objetivo de inclusão de idosos, a partir de projetos culturais; facilitar o acesso às fontes de cultura, qualificação para atuação nas diversas áreas de abrangência cultural; valorizar e favorecer a transmissão de conhecimentos e vivência às demais gerações; contribuir para o reconhecimento da importância da pessoa idosa como sujeito detentor de conhecimento e vivências a serem transmitidas às demais gerações; subsidiar a elaboração de políticas públicas específicas para a pessoa idosa na área cultural; promover o respeito à condição etária, no contexto social em que estiver inserido, garantindo-lhe a liberdade de expressão e criação; promover o reconhecimento e respeito das gerações mais jovens à pessoa idosa como transmissor de conhecimento e agente de transformação social (Edital de Concurso Público Nº 003, DE

17/07/2007)<sup>122</sup>. Contudo, cabe observar que, embora importante, o prêmio tem caráter fortuito. Este prêmio, apesar de importante, tem caráter fortuito. Isso porque foi lançada apenas uma edição e não há, até o momento, indicações políticas de continuidade.

Na área do *Esporte e Lazer*, há iniciativas envolvendo a oferta de serviços nas Universidades da Terceira Idade, em parceria com governos locais. No âmbito do governo federal, o esporte e o lazer para a população idosa é tratado no Programa Esporte e Lazer na Cidade (PELC)<sup>123</sup>. Este Programa visa o desenvolvimento de Núcleos Recreativos de Esporte e Lazer e de Núcleos de Vida Saudável. Os primeiros alcançam diferentes faixas etárias e são espaços destinados à oferta de atividades sistemáticas em esporte e lazer, as quais envolvem modalidades de serviços, entre as quais: oficinas de esporte, danças, ginásticas, teatro, música, orientação à caminhada, capoeira e outras dimensões da cultura local; e eventos de esporte recreativo e de lazer organizados coletivamente, entre os quais: ruas de lazer, festivais, encontros temáticos, seções de cinema e outros. Já, os Núcleos de Vida Saudável oportunizam a prática do esporte recreativo e de lazer, semelhantes aos oferecidos nos Núcleos Recreativos de Esporte e Lazer, às pessoas adultas (com idade de 45 anos e acima), incluindo as com deficiência.

O *Turismo* se coloca ao lado da Cultura e do Esporte como uma atividade importante para o lazer da população idosa. E, nesta área as ações identificadas abrangem o Programa “Viaja mais Melhor Idade”, que é uma ação do Ministério do Turismo destinada a oferecer às pessoas com idade de 60 anos e mais pacotes turísticos em períodos de baixa temporada a preços reduzidos.

7) na área do *Trabalho*, não se identificou ação destinada a atender especificamente a população idosa. Contudo, este segmento se acha elencado como público-alvo nas seguintes ações do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE): a) “Qualificação Profissional”, no âmbito do Programa de Qualificação Nacional (PNQ), o qual se destina a atender prioritariamente os grupos sociais mais afetados pela exclusão e discriminação social. Este Programa determina que, entre os segmentos contemplados, as pessoas com idade de 40 anos e mais tenham acesso preferencial nas ações de qualificação; b) a pessoa idosa é relacionada como “cliente alvo” na atividade de “Intermediação de Mão-de-obra”, a qual tem por objetivo (re) colocar o trabalhador no

---

<sup>122</sup>Disponível em: <[http://www.cultura.gov.br/apoio\\_a\\_projetos/editais/index.php?p=28676&more=1&c=1&pb=1](http://www.cultura.gov.br/apoio_a_projetos/editais/index.php?p=28676&more=1&c=1&pb=1)>. Acesso em: 20/10/2008.

<sup>123</sup> Mais informações sobre isso, consultar o site [http://portal.esporte.gov.br/sndel/esporte\\_lazer/](http://portal.esporte.gov.br/sndel/esporte_lazer/). Acesso em: 20/10/2008.

mercado de trabalho; e c) as pessoas idosas também se encontram elencadas como segmento alvo da discriminação e exclusão no mundo do trabalho e, como tal, estão incluídas nas ações do Programa Brasil, “Gênero e Raça”<sup>124</sup>, destinado a promover a igualdade de oportunidade de acesso ao trabalho, bem como propor diretrizes para orientar a execução de políticas de combate às práticas discriminatórias no mercado de trabalho.

8) na área da *Habitação e Urbanismo*, as ações orientação da PNI e do Estatuto estão relacionadas com o direito à moradia digna, aí incluído a habitação nas diferentes modalidades de atendimento da pessoa idosa, bem como as condições de habitabilidade; acessibilidade e prioridade no acesso às formas de aquisição de casa própria.

No atual governo, o Ministério das Cidades é o órgão responsável pela gestão desta área. Assim, no âmbito desta área a ação “Provisão Habitacional de Interesse Social”, cujo objetivo é apoiar o acesso da população com renda familiar mensal de até R\$ 1.050,00 (um mil e cinqüenta reais) à habitação digna, regular e dotada de serviços públicos, em localidades urbanas ou rurais, estabelece, entre seus critérios de seleção, o atendimento de pessoa idosa nos termos do Estatuto do Idoso.

Recentemente, em meados do ano de 2008, o CNDI propôs ao Ministério das Cidades a elaboração de uma resolução destinada a estabelecer os parâmetros e diretrizes para o cumprimento do artigo 38 do Estatuto, que dispõe sobre a prioridade dos idosos na aquisição de imóveis. Mas, até o momento tal proposta não foi concluída.

9) a área do *Transporte*, a qual é tratada Capítulo X do Estatuto, tem se mostrado efetiva. A obrigatoriedade de gratuidade no transporte público, nos termos do artigo 39; a reserva de vagas definida no artigo 40, e regulamentada pelo Decreto 5.155 de 23/07/2004, bem como o asseguramento da reserva de vagas nos estacionamentos, conforme disposto no artigo 41, são realidades presentes na vida da população idosa. Contudo, as questões em torno desta área, manifestadas, especialmente nas demandas da I Conferência, têm sido relacionadas aos maus-tratos e desrespeito aos idosos por parte de profissionais e prestadores de serviços, fato que vem se constituindo indicador da necessidade de formulação e implementação de ações destinadas à qualificação de recursos humanos nesta área, aptos a lidar com o processo de envelhecimento humano e populacional.

---

<sup>124</sup> Mais informações sobre isso, consultar o sítio <<http://www.mte.gov.br/discriminacao/ProgramaBrasiGeneroracatarde.pdf>>. Acesso em: 22/10/2008.

10) por fim, destaca-se as atividades no campo dos *direitos humanos*, as quais abarcam o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa e a ampliação dos mecanismo de participação e controle social das políticas públicas para a população idosa. Atualmente, a gestão das políticas relacionadas aos direitos humanos da população idosa vem sendo desenvolvida pela SEDH, que também é responsável por fornecer recursos logísticos e de infra-estrutura para o funcionamento do CNDI, uma vez que o mesmo está localizado na estrutura desta Secretaria.

No que se refere à violência contra a pessoa idosa, as ações desenvolvidas envolvem: a promoção de campanhas educativas destinadas a prevenir a discriminação, preconceitos e mitos associados à idade; divulgação do Dia Mundial de Conscientização contra a Violência à Pessoa Idosa, definido como o dia 15 de julho, com a finalidade de chamar atenção da sociedade e da mídia para a necessidade de enfrentamento deste problema; desenvolvimento e promoção de eventos e publicações visando qualificar cuidadores informais de idosos; criação do Observatório Nacional do Idoso<sup>125</sup> e apoio dos Centros de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa<sup>126</sup>; apoio a publicações sobre o tema da violência contra a pessoa idosa, bem como sobre as condições de infra-estrutura dos serviços oferecidos nas instituições de longa permanência<sup>127</sup>; e, a elaboração e implementação do Plano de Ação para Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa.

O controle social faz parte das atribuições do CNDI. O esforço e atuação deste órgão resultaram na realização da I Conferência Nacional de Direitos da Pessoa Idosa e das Conferências estaduais, municipais e do Distrito Federal realizadas preliminarmente. As ações do CNDI tem se dirigido: à promoção da articulação entre os governos, da intersetorialidade e da participação da sociedade civil na formulação do Plano Nacional de implementação das Deliberações da I Conferência e apoio à elaboração dos planos nas instâncias estaduais, municipais e do Distrito Federal; à promoção da interação e comunicação entre os conselhos de direitos da pessoa idosa nas diferentes instâncias administrativas; ao apoio à implantação, reativação, fortalecimento ou criação destes conselhos nas localidades onde eles não existem.

---

<sup>125</sup> Este Observatório é uma iniciativa da SEDH/PR em parceria com o Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, da Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz. Destina-se à observação, acompanhamento e análises das políticas e estratégias de ação de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. Funciona como um espaço permanente de interação e intercâmbio de informações entre as equipes dos Centros de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa e outros usuários. Para mais informações sobre isso, ver [www.direitoshumanos.gov.br/observatorioidoso](http://www.direitoshumanos.gov.br/observatorioidoso).

<sup>126</sup> Estes Centros são equipamentos destinados à prevenção e apoio a idosos vítimas de violência e maus-tratos. Até dezembro de 2008 foram criados 2008 foram criados Centros em todo o País.

<sup>127</sup> Sobre isso ver Camarano (2007 e 2008).

A identificação deste conjunto de ações nas subagendas setoriais das políticas públicas demonstra que houve avanços no processo de consolidação da agenda da política social para o envelhecimento. Isso porque, observa-se que, mesmo timidamente, respostas políticas estão sendo formuladas e implementadas para realizar direitos da população idosa. Também se observa que tais respostas resultam da luta e movimentação de atores sociais, deixando evidente a presença e a importância da participação e do controle social na definição e formação da agenda da política social para este segmento da população. Mas, por outro lado, a configuração da agenda também torna patente algumas limitações, entre as quais se destaca:

A *primeira* limitação é a evidente priorização da área da seguridade social, tornando impeditiva a efetivação do atendimento das diferentes necessidades e demandas dos idosos.

A *segunda* é a baixa efetividade das ações, o que é reflexo das indefinições acerca da coordenação da PNI. O MDS, órgão legalmente definido para coordenar a PNI, pouco vem atuando no sentido de promover a inserção e estabelecer a questão do envelhecimento como um tema a ser tratado como política pública de governo. Além disso, observa-se dificuldades nas suas estratégias de intervenção para promover a coordenação da PNI.

De acordo com o documento intitulado contribuições do MDS à I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa: construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa, Marco (2006), apresenta assim algumas ações pautadas na agenda de coordenação da PNI: 1) no âmbito do governo federal – levantamento das ações de atenção à pessoa idosa nos diversos órgãos do governo federal; estudo sobre o perfil das ações *de proteção à pessoa idosa* do governo federal, identificadas no levantamento já citado, localizando limites e possibilidades de ação integrada; realização de reunião com os responsáveis pelas políticas *de proteção à pessoa idosa* nos Ministérios, com vistas à elaboração de agenda comum do governo federal, tendo como referência o Estatuto do Idoso e as ações do governo federal identificadas no levantamento; e 2) no âmbito estadual - realização de reunião com as coordenações estaduais da política do idoso com o objetivo de avaliar a implementação dos Planos Estaduais do Idoso e traçar agenda/plano de ação integrado entre as coordenações de âmbito nacional e estadual. Ao se analisar o conjunto de ações pautado pelo MDS, observa-se que a categoria central na gramática deste órgão quanto à coordenação da PNI é a *proteção social*.

A atividade de coordenação da política pública para o envelhecimento está intrinsecamente associada à necessidade de promoção da articulação intra e intergovernamental e da intersectorialidade. Isso requer linguagens e argumentos universais e congruentes com a complexidade do processo de envelhecimento humano e populacional. Além do mais, qualquer ator ou instituição que se proponha a coordenar políticas públicas destinadas ao enfrentamento de temas sociais complexos (como o do envelhecimento) precisa elaborar formas de argumentação capazes de sensibilizar e fazer compreender a importância e o papel de cada ator e política setorial no processo de intervenção. A linguagem é importante para persuadir diferentes atores a agir e, em se tratando da pessoa idosa, não se pode falar apenas em proteção, mas, sobretudo em garantir direitos.

O problema da coordenação da PNI vem sendo percebida pela sociedade e encontra-se manifestado nas moções da primeira Conferência Nacional. São elas: a de repúdio nº 04, reclamando a falta de efetivação da PNI e sugerindo a transferência da Coordenação para a SEDH; e a moção de apelo nº 22<sup>128</sup>, solicitando a criação de uma “Secretaria Nacional do Idoso” vinculada à SEDH para coordenar a PNI.

Nesse desdobramento tanto da coordenação como do próprio processo de elaboração e formulação das políticas públicas destinadas à população idosa, encontra-se a *terceira* limitação, que é a insistente dificuldade de articulação e diálogo intersectorial no âmbito da gestão pública e do planejamento das políticas públicas para o envelhecimento. Isso além de fragilizar o enfrentamento dos desafios do envelhecimento humano dificulta o aproveitamento das oportunidades que se apresentam a partir do inevitável aumento da população idosa. E, nesse sentido, a atuação isolada e pouco efetiva da política pública fomenta o risco de negligenciamento dos direitos de cidadania deste grupo e, por conseguinte, pode promover o acirramento do processo de exclusão social, bem como sua vulnerabilidade social, econômica e cultural.

A *quarta* limitação se inscreve nas discussões sobre as contradições no campo do conflito e da construção do consenso na formação da agenda das políticas sociais e que no caso da população idosa, vem se materializando nas questões relacionadas com a coordenação da PNI e com o fato de, na prática, o Estado não estar disposto a ampliar o espaço da participação e controle social.

No que se refere à coordenação, os problemas surgem na desarticulação da atuação da rede de serviços, promovendo a superposição de atribuições e ações, cujos

---

<sup>128</sup> Sobre isso, ver Anais da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (0006).

resultados vão desde o negligenciamento do atendimento das diferentes necessidades da população idosa até o acirramento da luta de poder entre as instituições que compõem a rede de serviços.

Note-se que o CNDI é o ator responsável pela formulação de diretrizes para a atuação das entidades governamentais e não governamentais e pelo fortalecimento da participação e do controle social. Teoricamente o CNDI deveria atuar em parceria com o MDS, que é o órgão legítimo, no moldes da Lei, para coordenar a PNI, o que na prática significa gestar os encaminhamentos, negociações e articulações para o estabelecimento de uma política pública intersetorial e em âmbito nacional destinada à população idosa. A SEDH, por sua vez, além de ser o órgão responsável na estrutura do executivo para abrigar e manter o CNDI, é um ator cujas atribuições são importantes na composição da rede de serviços destinada a implementar as ações para integralizar os direitos da população idosa. Porém, observa-se que seu protagonismo, ao lado do Conselho, tem se evidenciado mais no sentido de articular, negociar, propor, desenvolver ações e impulsionar a política pública para efetivar os diferentes direitos do segmento populacional de idosos. Essa atuação do MDS e da SEDH define um esquema operativo que, além de confundir e misturar os papéis institucionais, tem efeito desarticulador, promotor de conflitos, baixo consenso, e enfraquecimento das instituições.

E nesse contexto, surge outro problema, que é o do quanto o Governo está aberto à intervenção dos diferentes atores sociais no processo de decisão em política pública. Este é um aspecto importante em todo o ciclo de vida da política pública e concorre tanto para o estabelecimento de ações mais ou menos próximas do consenso, como para definir o grau de equilíbrio da correlação de forças no processo de tomada de decisão. Contextualizando esta questão em relação à formação da agenda das políticas sociais destinadas à população idosa, observe-se o teor da seguinte Nota Pública da SEDH:

A Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH/PR) vem a público reiterar seu compromisso com a Política Nacional de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, reconhecendo a importância que esse segmento da população adquire no cenário e na agenda política nacional. Diagnóstico situacional demonstra a tendência de envelhecimento da população, assim como explícita percepção da sociedade brasileira de demanda por investimento do poder público na garantia dos direitos dos idosos e na a promoção do envelhecimento saudável.

É solidamente embasado nesse compromisso responsável e inarredável que o Governo Federal decidiu pelo adiamento da 2ª Conferência Nacional de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, inicialmente convocada, mediante Decreto da Presidência da República, para o período de 28 a 30 de outubro de 2008. Nesse sentido, e entendendo a Conferência como o momento no

qual se articulam as agendas estaduais e municipais, por meio de delegados democraticamente eleitos, com as entidades e representantes governamentais no nível federal, que sua convocação será prorrogada para os dias 18 a 20 de março de 2009.

Informações repassadas recentemente pela Comissão Organizadora da Conferência, integrada por representantes de entidades da sociedade civil e de órgãos públicos, todos membros do Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDI), levaram à conclusão de que questões de ordem técnico-operacional (tais como a articulação com os signatários do Pacto pelo Envelhecimento Saudável, bem como a consolidação das resoluções das conferências estaduais) não haviam sido providenciadas em tempo hábil, demonstrando a inviabilidade de manutenção da data previamente noticiada.

Os novos integrantes do CNDI (cujos membros anteriores tiveram mandato legalmente encerrado no último dia 4 de outubro) deverão tomar posse, ainda no corrente mês, para o início de um novo mandato de dois anos. O trabalho do Conselho – desenvolvido de modo democrático, com participação da sociedade, via órgãos representativos, nas deliberações das diretrizes das políticas, do planejamento, da execução, do controle e da supervisão dos planos, programas e projetos – é de fundamental importância para fazer da Conferência, com abrangência nacional e caráter deliberativo, um espaço real de discussão e de definição de ações para o aperfeiçoamento das políticas públicas de proteção e defesa da pessoa idosa com base na Política Nacional do Idoso e no Estatuto do Idoso. Esse período de adiamento é também importante para que o novo CNDI possa então, efetivamente, se apropriar técnica e operacionalmente da organização da Conferência para que sua participação seja qualificada.

A SEDH/PR e todo o Governo Federal reafirmam, portanto, seu empenho em continuar garantindo esforços e recursos necessários para que a 2ª Conferência Nacional tenha o êxito e a repercussão que o tema requer, ao tempo em que também conclama os parceiros estaduais, municipais e entidades da sociedade civil para que continuem a mobilizar suas redes, buscando garantir a articulação e compromissos necessários para a efetiva viabilização da defesa e da promoção dos direitos da pessoa idosa no Brasil (SEDH, 2008)<sup>129</sup>.

e também da Nota Pública da AMPID

**A Associação Nacional de Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência – AMPID, que tem como um de seus objetivos o respeito absoluto e incondicional aos valores políticos e jurídicos de um Estado Democrático de Direito, vem a público manifestar-se contra o ADIAMENTO DA II CONFÉNCIA NACIONAL DE DIREITOS DA PESSOA IDOSA, que seria realizada entre os dias 28 a 30 de outubro próximo, na cidade de Brasília.**

1. A AMPID tomou conhecimento, na data de ontem, que a II Conferência Nacional de Direitos da Pessoa Idosa havia sido adiada para **março de 2009**, pela Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH), motivada pela impossibilidade da presença do Presidente da República e do Ministro Vanucchi na abertura, o que empanaria o brilho do evento; não ter sido

---

<sup>129</sup>Disponível em: <disponível em: [http://www.presidencia.gov.br/estrutura\\_presidencia/sedh/ld\\_idoso/iiconf/](http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sedh/ld_idoso/iiconf/). Acesso em: 20/11/2008.

finalizado o Pacto Nacional do Envelhecimento; a renúncia do presidente do CNDI e a desarticulação da secretaria executiva do idoso com a saída de vários funcionários que impossibilitaram o fechamento e consolidação dos documentos dos Estados.

2. Esclarecemos que tanto a AMPID como todos os integrantes da sociedade civil, conselheiros do CNDI, presentes à reunião no dia de ontem, colocaram-se a disposição para auxiliar na realização dos trabalhos visando garantir a realização da Conferência, sem sucesso: a SEDH já havia tomado sua decisão e buscou no CNDI apoio para o adiamento. Os Conselheiros, com muito amadurecimento, no entanto, **perceberam-se manipulados** e não votaram a questão, deixando para a SEDH o desgaste da decisão.

3. Realmente o adiamento desta conferência, de suma importância, é fato extremamente preocupante, ainda mais frente às argumentações expostas acima. Demonstra, mais uma vez, o desrespeito, o descaso e a falta absoluta de prioridade com o segmento idoso.

4. Como pode um órgão de governo, que diz defender os direitos humanos, possa ter adiado uma conferência tão importante por falta de agenda, por falta de estrutura, etc. que vem sendo preparada com tanto tempo de antecedência? Como explicar aos milhares de conselheiros deste País, estaduais e municipais, aos militantes da causa, às associações e aos idosos, que com certeza já tinham feito todos os seus planos e esforços, suas conferências locais e regionais, para se fazerem presentes à conferência nacional, faltando apenas 28 dias para a sua realização?

5. Tal ato só demonstra aquilo que sabíamos mas não tínhamos coragem para admitir: que a Secretaria Especial de Direitos Humanos é descompromissada com causa, não dá as mesmas condições que oferece aos outros segmentos, é totalmente vulnerável e não tem interesse em efetivar políticas públicas para o idoso e que as pessoas idosas continuam sendo discriminadas! Que notícia triste para ser transmitida em pleno dia nacional e internacional da pessoa idosa!

6. É inegável que o adiamento desta conferência não só contabiliza prejuízos financeiros, mas acima de tudo, políticos, institucionais e sociais: foi desconsiderado todo o processo de mobilização nacional, foi tomada uma decisão unilateral por parte do governo em um momento em que se prega a necessidade de fortalecer o processo democrático, a participação popular e as decisões colegiadas.

7. Assim, independente de posições pessoais ou de conveniência político-administrativa dos órgãos envolvidos, não se pode respaldar e aceitar a argumentação acima alegada, uma vez que contrariam todas as conquistas jurídicas, políticas, institucionais e sociais já alcançadas, pondo em jogo, inclusive a necessidade da realização de futuras conferências, o que representará um grande retrocesso na luta pela implementação dos direitos das pessoas idosas!

8. Por fim, não se pode olvidar que a Conferência tem caráter deliberativo e está voltada principalmente para a avaliação da rede nacional de proteção e defesa das pessoas idosas, para criar e fortalecer espaços de discussões e troca de experiências, para definir políticas públicas, envolvendo entidades governamentais e a sociedade civil.

Por todo o exposto, a AMPID vem **manifestar o seu total repúdio** ao ADIAMENTO DA II CONFERÊNCIA NACIONAL DE DIREITOS DA PESSOA IDOSA, determinada pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos-SEDH (AMPID, 2008)<sup>130</sup>.

O conteúdo destes documentos explicita a arena de conflitos em torno da tentativa do Estado de unilateralizar o processo de tomada de decisão e a necessidade de emancipação do CNDI como instituição legítima de participação e controle social. Essa arena ficou ainda mais evidenciada a partir da renúncia do Presidente do CNDI (gestão 2006-2008) e da saída intempestiva de todos os servidores<sup>131</sup> que atuavam na secretaria deste órgão, em função da predominância da vontade do Estado em torno das seguintes questões: do adiamento da II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, uma vez que tal decisão contrariava uma deliberação dos movimentos sociais; das indefinições acerca da elaboração da Agenda Social da Pessoa Idosa, cujo objetivo era indicar as orientações e diretrizes para o estabelecimento das ações intersetoriais da política pública destinada a este segmento, mas que, no entanto, não contava com empenho político necessário para sua definição; da efetivação do Pacto pelo Envelhecimento Digno e Saudável, destinado a articular a cooperação técnica dos diferentes poderes e órgãos de governo na formulação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas destinadas às pessoas idosas e que, também, não contava com o empenho político necessário à sua efetivação; da negativa do governo à solicitação da sociedade civil para que o Brasil assumisse o encaminhamento da proposta de criação da Convenção Internacional de Direitos da Pessoa Idosa<sup>132</sup>.

Esse quadro indica que a agenda da política social destinada à população idosa, além de apontar contradições no seu esquema operativo, subscreve uma tendência de negação dos valores democráticos no processo de tomada de decisão; demonstra dificuldades técnicas para promover e efetivar os direitos do segmento populacional de idosos na medida em que não vem consolidando a articulação e interesetorialidade preconizados na PNI e no Estatuto do Idoso; e demonstra a falta de conscientização ou

---

<sup>130</sup> Disponível em: <[http://www.ampid.org.br/Nota\\_Publica\\_Out\\_2008.php](http://www.ampid.org.br/Nota_Publica_Out_2008.php)> Acesso em: 20/11/2008.

<sup>131</sup> Cabe observar que alguns destes servidores eram assistentes sociais remanescentes da extinta LBA. Tratava-se de figuras ativas na luta social pelos direitos da população idosa que atuaram, especialmente, na elaboração e promulgação da PNI, do Estatuto do Idoso e LOAS.

<sup>132</sup> Trata-se de uma proposta apresentada pela AMPID na reunião de continuação da Declaração de Brasília realizada no Rio de Janeiro, no período de 16 a 17/09/2008, pelo Governo brasileiro com o apoio da CELADE. De acordo com essa proposta a Convenção Internacional da Pessoa Idosa é um instrumento “de força jurídica coercitiva que tende a fortalecer a luta pela conquista de direitos e o movimento de reivindicações junto aos Estados, na cobrança de suas responsabilidades na promoção de políticas públicas inclusivas. Vem, pois clarificar as obrigações dos Estados-Parte e os direitos das pessoas idosas, com regras de monitoramento visando à eficácia da sua aplicação. (Maio, 2008). Disponível em <[http://www.ampid.org.br/Artigos/Conven%C3%A7%C3%A3o\\_Rio\\_2008.pdf](http://www.ampid.org.br/Artigos/Conven%C3%A7%C3%A3o_Rio_2008.pdf)>. Acesso em: 20/11/2008.

desconhecimento<sup>133</sup> dos gestores públicos sobre a importância de inserir a questão do envelhecimento humano e populacional no planejamento de suas ações.

Finalmente, é preciso destacar que o envelhecimento da população cria um grupo social, cujas condições socioeconômicas e culturais leva a que este grupo tenha interesses semelhantes. Isso, em tese, deveria favorecer a organização social dos idosos. No entanto, não foi isso que se observou na arena da política em torno da formação da agenda da política social para a população idosa. Segundo Paz, (2004), na realidade brasileira, a luta pelos direitos da população idosa tem sido tradicionalmente protagonizada muito mais por porta-vozes ou representantes de entidades técnico-científicas do que propriamente por pessoas idosas. Além disso, para este autor, a existência de um conjunto de diplomas legais destinados a garantir direitos da pessoa idosa no Brasil não é suficiente para concretizar e fazer cumprir as suas determinações. Daí a importância da consolidação de um movimento social de idosos. Mas, não de um movimento qualquer, é preciso que este movimento tenha participação ativa da população idosa. Isso não significa que outros segmentos não sejam importantes para o fortalecimento do movimento, contudo é preciso que os idosos sejam os verdadeiros atores e protagonistas coletivos da luta pelos direitos da velhice, por conquistas sociais e pela cidadania da pessoa idosa. Assim, a ausência de participação efetiva dos interessados mais diretos – que são os idosos – na definição da agenda pode ser apontada como a *quinta* limitação.

Assim, a superação dessas limitações da agenda da política social deve fazer parte das medidas necessárias para o enfrentamento dos desafios e o aproveitamento das oportunidades oferecidas pela fase da velhice. Especialmente neste momento de transição demográfica em que diferentes povos experimentam seu irreversível processo de envelhecimento populacional num contexto marcado pelos efeitos nocivos do domínio dos interesses econômicos e capitalista sobre o social e a sustentabilidade da vida humana. Para enfrentar essa questão é preciso oportunizar o envelhecimento com qualidade de vida, respeito e dignidade para que os idosos possam contribuir - seja com sua experiência de vida, cultura, conhecimentos e sabedoria que são passados para outras gerações, seja com

---

<sup>133</sup> Isso não é uma constatação apenas desta pesquisa e pode observada também no relato de Dias (2001) sobre o comportamento do Governo na elaboração do Plano de Ação Integrado para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso. Afirma este autor que ao se sentar com representantes das entidades públicas, observa-se que há "um desconhecimento agregado a um desinteresse da grande maioria dos ministérios" sobre a questão do idoso brasileiro. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/antartica/Palestra%206.htm>>. Acesso em: 20/10/2008.

seu trabalho formal, voluntário ou desfrutando seu tempo livre - para o desenvolvimento da sociedade.

## CONCLUSÕES

O envelhecimento faz parte da vida humana. E, embora ele se desenvolva desde o nascimento até a morte, sua percepção se dá a partir do momento em que a pessoa passa a sentir os efeitos deletérios da ação genético-biológica e psicológica no seu corpo, aparência e mente, assim como a experimentar as mudanças no seu papel social, na família e na sociedade. Essa fase aparente do envelhecimento qualifica a velhice.

A velhice sempre teve lugar na discussão da política pública. Contudo, sua emergência na agenda social e política internacional e de cada país, em particular, é decorrente do envelhecimento da população. Isso porque, este consiste no aumento do número de pessoas idosas em relação aos demais segmentos etários e, como tal, impacta significativamente a produção e reprodução das relações humanas.

No Brasil, pode-se observar esse aumento ao se verificar que, em 2005, o número de pessoas com idade de 60 anos ou mais era de 18.214 milhões e o número de crianças de 0 a 4 anos era de 14.665. Entretanto, em 2007, o segmento populacional de idosos cresceu para 19.955 milhões, ao passo que o de crianças decresceu para 13.855 milhões. Estes dados ilustram o que a comunidade científica na área de demografia já vinha constatando e divulgando, ou seja, que o número de pessoas idosas em relação aos demais segmentos etários está aumentando vertiginosamente e, portanto, que a população brasileira está envelhecendo rapidamente.

Esse ritmo acelerado do envelhecimento da população brasileira, assim como o de vários outros países, cuja estrutura socioeconômica não favorece um desenvolvimento social justo e equânime, torna ainda mais urgente a emergência desse tema nas agendas, em especial na da política social. Isso porque, o envelhecimento humano em condições sociais precárias potencializa a vulnerabilidade da velhice, necessitando da intervenção desta política.

A velhice, ao ser vivida por um grande número de pessoas ao mesmo tempo, tanto afeta como é afetada pelos diferentes padrões de relações sociais. Se a organização de uma sociedade for caracterizada por um padrão de desenvolvimento socioeconômico, político e cultural que propicie o processo de envelhecimento com qualidade de vida e

cidadania, as pessoas desta sociedade terão mais chances de envelhecer bem, com mais saúde e em condições de contribuir para otimizar esse padrão de desenvolvimento.

Por outro lado, se o processo de envelhecimento das pessoas se desenvolver em condições de precariedade, os efeitos da ação biológica, psicológica e social próprios deste processo poderão ser mais intensos. Isso, aplicado a um grande número de pessoas ao mesmo tempo tem potencial para acirrar os problemas sociais. E, nestas condições, o impacto do envelhecimento populacional na família, nas relações sociais e nas políticas públicas se torna maior e mais visível.

O Brasil se insere nessa realidade, pois, além de estar vivenciando rápido envelhecimento de sua população, é marcado por severa desigualdade social, pobreza e baixa efetividade das políticas sociais. Sendo assim, não consegue reduzir, com a urgência necessária, o quadro de precariedade vivido por grande parte da população. Viver num cenário com estas características favorece a vulnerabilidade do próprio processo de envelhecimento humano e o aprofundamento de situações sociais precárias tanto de idosos quanto de suas famílias, o que pode fomentar um círculo vicioso de pobreza entre este segmento da população.

Essa conjunção de aspectos faz com que o envelhecimento populacional seja um tema prioritário de intervenção social. E, como tal, desafia e, ao mesmo tempo, provoca o Estado e a sociedade a desenvolverem políticas sociais específicas para atender os direitos de cidadania dessa população. É como afirma Berquó (1999, p. 38): a

questão do idoso no país deve merecer cada vez mais o interesse dos órgãos públicos, dos formuladores de políticas sociais e da sociedade em geral dado o volume crescente desse segmento populacional, seu ritmo de crescimento e de suas características demográficas, econômicas e sociais. Se, por um lado, a longevidade dos indivíduos decorre do sucesso de conquistas no campo social e da saúde, o envelhecimento, como um processo, representa novas demandas por serviços, benefícios e atenções que se constituem em desafios para governantes e sociedades do presente e do futuro.

Assim, dado o interesse de saber como o Estado e a sociedade agem e atuam frente ao envelhecimento da população, as reflexões e análises desta tese permitiram observar que a ação e atuação destes atores se encaminharam no sentido de estabelecer uma agenda de política social específica para atender as necessidades e demandas da população idosa. Para tanto, o protagonismo governamental e social se dedicou à instituição de um arcabouço institucional-legal para amparar a organização, promoção e defesa das políticas sociais destinadas a concretizar direitos desse segmento.

A instituição deste arcabouço constituiu um avanço significativo na formação da agenda da política social para a população idosa brasileira e consagrou-se como uma vitória importante da luta social em favor desse segmento. Essa luta, por sua vez, também deve ser destacada como um avanço, seja porque deixa patente o protagonismo da sociedade civil em favor dos direitos dos idosos no Brasil, demonstrando a importância da participação para a criação da agenda da política social para este segmento populacional, seja pela conquista alcançada.

Tal arcabouço institucional-legal é compreendido pelas leis específicas que regem os direitos da população idosa e determinam as responsabilidades das instituições na efetivação das políticas sociais, assim como pelo CNDI e seus congêneres nas instâncias estadual, municipal e Distrito Federal, os quais devem zelar pela aplicação destas leis, participar e acompanhar de todo o processo de formulação e implementação dessas políticas.

A primeira lei, intitulada Política Nacional do Idoso, foi sancionada em 4 de janeiro de 1994, sob nº 8.842, tendo por objetivo “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (Art. 1º, da Lei 8.842 de 04/01/1994). A segunda, sancionada em 1º de outubro de 2003, sob o nº 10.741, é intitulada Estatuto do Idoso e destina-se a regular os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

De acordo com essas leis, a formulação e a implementação das políticas sociais devem orientar-se pelos seguintes valores e princípios: participação, controle social, intersetorialidade, descentralização política administrativa e co-responsabilidade da família e do Estado no atendimento do idoso. Também juntou-se a estes princípios e valores a idéia de envelhecimento ativo, um conceito que defende a “otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, como objetivo de melhorar a qualidade de vida, a medida que as pessoas“ envelhecem (OMS, 2005, p. 13).

A idéia de envelhecimento ativo é defendida pela comunidade internacional e foi incorporada à agenda brasileira, especialmente a partir da ampliação dos espaços de participação e controle social. Tal ampliação corresponde a um alargamento da esfera social, o que permitiu o agrupamento de mais e diferentes atores interessados no tema do envelhecimento, facilitando a troca de conhecimentos, informações e o fomento do debate sobre ele. Isso demonstra a importância da participação e do protagonismo das forças sociais na definição da agenda da política social para a população idosa. Tais forças eram

compostas pela comunidade epistêmica integrante de instituições acadêmicas e científicas e por militantes dos movimentos pró-idosos.

O protagonismo das forças sociais foi intenso até a criação do CNDI. Contudo, sofreu um arrefecimento logo após sua implantação e, com isso, desequilibrou a correlação de forças na arena política para a consolidação de uma agenda da política social compatível com o atendimento dos direitos de cidadania da população idosa.

Como já salientado, a criação do CNDI constituiu um avanço da política social dos direitos da população idosa e, sobretudo, uma vitória da luta social brasileira. Porém é preciso observar que não houve (como ainda não há), no Brasil, um movimento social consolidado<sup>134</sup> e forte o bastante para garantir o empoderamento dos idosos na arena da política pública. O próprio CNDI, que é a instância de controle democrático legalmente constituída para defender os direitos da população idosa, encontra-se em plena luta para assegurar seu papel e espaço na arena de políticas públicas e tomar parte na decisão pública.

Nesse sentido, cabe observar que, tomar parte da decisão pública não é uma necessidade somente do segmento populacional de idosos, trata-se, na verdade, de uma luta de toda a sociedade brasileira que, até hoje, tenta consolidar nas suas relações os valores democráticos e enfrentar o clientelismo, o patrimonialismo e domínio das convicções neoliberais nas arenas de políticas públicas, especialmente da política social. Isso porque tal política se vê impelida a atuar por meio de ações focalizadas, seletivas e meritocráticas em detrimento da universalização na distribuição de bens e serviços sociais, o que contribui para dificultar a promoção de políticas sociais baseadas na participação e controle democrático.

A luta do CNDI para assegurar seu papel e espaço na arena da política social se insere nessa realidade histórica e chama atenção para o aspecto da baixa participação efetiva da sociedade – particularmente da própria população idosa - na decisão pública. Isso afeta a configuração da política social para a população idosa, especialmente porque deixa a definição da agenda desta política a mercê da ingerência de fatores como:

---

<sup>134</sup> Os representantes da sociedade civil no CNDI compreendem os seguintes segmentos: 1) Organizações de Trabalhadores; 2) Organizações de Empregadores; 3) Órgãos Fiscalizadores do Exercício Profissional; 4) Organizações de Aposentados; 5) Organizações da Comunidade Científica; 6) Organizações de Educação, ou Lazer, ou Cultura, ou Esporte ou Turismo; 7) Organizações de Defesa de Direitos; e 8) Organizações de Assistência Social. Assim, para se ter idéia de como o movimento social em prol do envelhecimento ainda não está consolidado, mas vem, aos poucos, se fortalecendo, cabe observar que no processo eleitoral de 2008 para eleger as instituições da sociedade civil para compor o CNDI, registrou-se, pela primeira vez, concorrência em quatro dos oito segmentos anteriormente elencados.

1) disputa entre diferentes segmentos sociais pela distribuição de bens e serviços públicos, ocasionada pelas graves distorções sociais e econômicas experimentadas pela população brasileira, as quais servem de justificativa para a adoção de ações focalizadas em detrimento de políticas universais. Com isso, a população idosa corre o risco de ser preterida em determinadas áreas da política social, especialmente quando os tomadores de decisão levam em consideração os mitos e preconceitos associados ao envelhecimento;

2) os mitos e preconceitos associados ao envelhecimento, que fomentam uma imagem negativa da velhice por caracterizá-la como uma fase da vida associada ao acúmulo de doenças, improdutividade física e intelectual, dependência, entre outros aspectos. Trata-se de uma visão estereotipada da velhice que homogeneiza o grupo social de idosos e contribui para restringir e associar suas demandas e necessidades a determinados aspectos do envelhecimento, influenciando, assim, a orientação da política social voltada para a população idosa.

3) o desconhecimento ou falta de interesses dos gestores públicos sobre a questão do envelhecimento, seus desafios e oportunidades. Isso, além de dificultar a proposição de ações e alocação de recursos nas diferentes áreas da política pública, retarda ou deixa escapar a oportunidade de criar as condições que favoreçam o envelhecimento ativo e de tirar proveito do irreversível envelhecimento da população.

A conjunção desses fatores impacta negativamente o desenho da política social para a população idosa e podem ser observados já no momento do planejamento das ações para compor a agenda.

Como se pôde notar, a análise dos planos e programas até então formulados para implementar as políticas sociais para população idosa indicou que há desconhecimento ou a falta de interesse de determinadas instituições sobre a questão do envelhecimento (inclusive no que diz respeito às orientações do arcabouço institucional das políticas sociais para a população idosa). As ações apresentadas caracterizaram-se mais como respostas imediatistas do que como resultado de um planejamento estratégico e baseado num diagnóstico preciso das demandas e necessidades da população idosa.

O imediatismo ficou evidente no próprio desenho destes planos e programas, na medida em que deixou de lado a previsão de fontes de recursos e não indicou os mecanismos para o acompanhamento e avaliação das ações. Estas lacunas também indicaram a inviabilidade da implementação e comprometeu a credibilidade das propostas

formuladas.

Além disso, todos os planos e programas formulados apresentaram baixa ou nenhuma estratégia de articulação, demonstrando que as instituições estavam pouco preocupadas com o princípio da intersetorialidade. Isso corrobora o fato de que os planejadores ou desconheciam ou não se interessavam em atuar de acordo com as orientações da PNI e/ou do Estatuto do Idoso.

Mas, foi na configuração da agenda da política social que o impacto negativo destes fatores se tornou evidente.

Na análise dessa configuração observou-se que as políticas que compõem a área da seguridade social vêm respondendo com mais propostas e ações para o cumprimento das determinações da Legislação que rege e regulamenta as políticas sociais para a população idosa. No cômputo das respostas, estão, por exemplo, o avanço da cobertura e diminuição da idade para o acesso ao BPC, na área da assistência; o esforço de melhorar o atendimento nos postos do INSS, na área da previdência; e a formulação da PNSPI, uma política específica para a população idosa na área da saúde. No entanto, embora o protagonismo destas áreas se ampare no fato de estas políticas serem garantias constitucionais de cidadania, a motivação institucional para agir foi fortemente influenciada pela necessidade de dar respostas às condições de precariedade de um número significativo de pessoas idosas e de minimizar o impacto do envelhecimento humano e populacional na área de saúde.

No universo das demais políticas setoriais, entretanto, a atuação foi incipiente. Isso pode ser observado, por exemplo, na área de Educação que, até hoje, não apresentou propostas para atender o disposto no item III, do Capítulo IV da PNI<sup>135</sup>; e na área do Trabalho, que não esboçou ações para o fomento e criação de programas de preparação para a aposentadoria nos setores público e privado, ou mesmo compatíveis com a realidade das demandas das pessoas idosas no campo do trabalho. Além disso, as poucas áreas que

---

<sup>135</sup> O item III, do Capítulo IV da PNI prevê: a) adequar currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais destinados ao idoso; b) inserir nos currículos mínimos, nos diversos níveis do ensino formal, conteúdos voltados para o processo de envelhecimento, de forma a eliminar preconceitos e a produzir conhecimentos sobre o assunto; c) incluir a Gerontologia e a Geriatria como disciplinas curriculares nos cursos superiores; d) desenvolver programas educativos, especialmente nos meios de comunicação, a fim de informar a população sobre o processo de envelhecimento; e) desenvolver programas que adotem modalidades de ensino à distância, adequados às condições do idoso; f) apoiar a criação de universidade aberta para a terceira idade, como meio de universalizar o acesso às diferentes formas do saber;

inseriram o envelhecimento nas suas agendas de planejamento, não o fizeram sustentado nos direitos da velhice e na força da emergência do fenômeno do envelhecimento populacional.

Os indícios da existência de lacunas no atendimento dos direitos da população idosa não é uma constatação apenas desta pesquisa e pode ser observada na Carta dos Idosos à Nação Brasileira avaliando a aplicação do Estatuto<sup>136</sup> (RLG, 2006) afirmando que:

[na área da educação, faltam] programas educacionais específicos para os idosos e não há propostas objetivas em relação à inserção do idoso nos diversos níveis do ensino formal. (...) Faltam verbas e, muitas vezes, os recursos existentes são cortados. Também não há equipamentos adequados para os processos de educação de idosos. (...)

[na área do trabalho é] necessária a criação de programas de atualização, formação e qualificação profissional que considerem o potencial e as aptidões acumuladas da pessoa idosa, para a geração de renda, assim como o desenvolvimento de alternativas de atividade profissional, como cooperativas e outras formas de trabalho solidário, incluindo o suporte para escoamento da produção daí resultante.(...)

[na área da habitação, em] grandes cidades, e onde já começa a haver políticas públicas para os idosos, já há algumas modalidades de atendimento que, entretanto, não são definitivas, não contemplam a aquisição prevista na lei, nem têm uma escala de atendimento condizente com a demanda (...), [portanto é] preciso que sejam criados mais programas habitacionais, com real disponibilidade de vagas para os idosos - e desenvolvidos com todas as garantias de acessibilidade através da eliminação das barreiras urbanas e arquitetônicas como previsto na lei. (...).

Isso demonstra que atual agenda da política social para população idosa é limitada e, portanto, incompatível com as demandas e necessidades deste segmento. Concorrem para esta limitação, além dos fatores anteriormente elencados, os seguintes aspectos: efetiva ausência de coordenação e planejamento; baixo poder de articulação entre as políticas setoriais; baixa efetividade da participação e controle social na arena decisória, especialmente da própria população idosa; e a resistência do poder decisório de acatar as decisões das instâncias legalmente instituídas para o exercício da participação e controle social. Portanto, estes elementos indicam que agenda da política social para a população idosa é incompatível tanto com o compromisso da sociedade com a cidadania deste segmento populacional, quanto com as orientações do próprio arcabouço legal que a institucionaliza.

---

<sup>136</sup> Esta carta foi elaborada por ocasião do Encontro Nacional de idosos, ocorrido em 2006, em São Paulo, seu conteúdo está baseado na realidade do dia-a-dia dos idosos participantes deste Encontro. Disponível em: <<http://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=548>>. Acesso em: 20/11/2008.

Portanto, mediante o conjunto de inferências apresentadas, entende-se que as *hipóteses desta pesquisa são confirmadas*. Sabe-se que o envelhecimento humano e populacional são fenômenos complexos, reais e irreversíveis e, como tal, possuem demandas e necessidades variadas que requerem respostas de diferentes áreas da política social. Entretanto, nem todas as políticas setoriais apresentaram respostas ou atuação efetiva e de acordo com a complexidade e diversidade dessas demandas e necessidades. Em contrapartida, observou-se participação incisiva da seguridade social, em especial, na área da saúde e da assistência social.

Na prática, essa configuração da agenda indica que parte dos direitos sociais da população idosa deixou de ser atendida e, com isso, a cidadania dos idosos foi e continua sendo negligenciada. Daí concluir-se que as respostas do Estado e da sociedade aos desafios e oportunidades do envelhecimento humano e populacional ainda são restritas no Brasil. A postergação do tratamento deste tema como uma política pública urgente, necessária e, sobretudo, efetiva implica sérias conseqüências para o equilíbrio das relações sociais, econômicas e culturais na sociedade brasileira, pois como afirma Brito et al. (2008, p. 68-69-130), o

processo de envelhecimento, que se tornará mais acelerado nas próximas décadas, impõe desafios dramáticos para a sociedade brasileira, que devem ser levados em conta, urgentemente, pelas políticas públicas. A situação social de parte da população idosa do Brasil será insustentável no futuro, se continuar a depender, como agora, de transferências maciças de renda originárias do orçamento. A não ser que se faça uma reforma fiscal com o objetivo explícito de assegurar os programas de transferência. (...).

O rápido processo de envelhecimento populacional vai trazer grandes impactos para o sistema previdenciário no Brasil. O aumento da razão de dependência dos idosos e a queda da razão de suporte previdenciária (relação do número de contribuintes pelo número de beneficiários) significam que um número cada vez maior de beneficiários vai depender de um número menor de trabalhadores. A aposentadoria precoce e a informalidade no mercado de trabalho diminuem a razão de suporte previdenciária mais que as projeções populacionais e a razão de dependência demográfica poderiam prever.

Diante dessas afirmações, entende-se que o tratamento do tema passa pela necessidade de o Estado e a sociedade brasileira revisarem suas atitudes frente à velhice e o envelhecimento, buscando formas mais justas e democráticas de tratar e se relacionar com os quase 20 milhões de pessoas idosas que vivem no país. Isso não significa minimizar a realidade dos efeitos deletérios da velhice e das perdas naturais desta fase ou, ao contrário, criar ou supervalorizar expectativas que não condizem com realidade do processo de envelhecimento. Mas, significa dar condições para que cada idoso exerça plenamente sua cidadania.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFFONSO, R. de B. A. Descentralização e reforma do Estado: a federação brasileira na encruzilhada. In: *Economia e Sociedade*. Campinas, (14): jun. de 2000, p. 127-152.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANTIÁRIA (ANVISA). *Resolução da Diretoria Colegiada nº 283, de 26 de setembro de 2005, que dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos*. Disponível em: <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=18850&word>. Acesso em: 28/10/2008.

ALBUQUERQUE, J. A. G. Althusser: a ideologia e as instituições. In: *Aparelhos ideológicos do Estado: nota sobre os aparelhos ideológicos do Estado*. Tradução de Walter José Evangelista e Maria Laura Viveiro de Castro. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2ª ed.; p. 7-52, 1985.

ALBUQUERQUE, R.C de; VILLELA, R. O Brasil Social: um balanço de duas décadas. In: *O Brasil social: realidades, desafios, opções*. Rio de Janeiro: IPEA, p. 9-92, 1993.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE GERONTOLOGIA (ANG). *Políticas para a 3ª idade nos anos 90*. Março, de 1990.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEMBROS DO MINISTÉRIO PÚBLICO DE DEFESA DOS DIREITOS DOS IDOSOS E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (AMPID). *Nota pública: Adiamento da II Conferência Nacional de Direitos da Pessoa Idosa, de 1º de outubro de 2008*. Disponível em: [http://www.ampid.org.br/Nota\\_Publica\\_Out\\_2008.php](http://www.ampid.org.br/Nota_Publica_Out_2008.php). Acesso em: 01/11/2008.

ANNAN, k. Discursos do Sr. Kofi Annan, Secretário Geral das Nações Unidas. In: *Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

AMANCIO, A.; CAVALCANTI, P.C.U. *Clínica Geriátrica*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975

ARENDT, H. *A condição humana*. Tradução de Roberto Raposo, posfácio de Celso Lafer. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. In: *Ciência & Saúde. Coletiva*, 8(2) 331-345, 2003. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v8n2/a02v08n2.pdf>. Acesso em: 05/11/2008.

\_\_\_\_\_. *Estado Federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. Rio de Janeiro: Ed. Revan, 2000.

\_\_\_\_\_. *Modelo de avaliação de programas sociais prioritários: relatório final*. Campinas: Programa de Apoio à Gestão Social no Brasil/Subcomponente: Desenho e Implantação de Estratégia de Avaliação, 1999.

\_\_\_\_\_. Tendências no estudo sobre avaliação. In: *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. Melo Rico (Org.). São Paul: Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 1998.

ASSMANN, H. *Reencantar a educação: rumo à sociedade aprendente*. 2ª Ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

ASSIS, M. Aspectos sociais do envelhecimento. In: *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. Assuero Luiz Saldanha; Célia Pereira Caldas (organizadores). Rio de Janeiro: Interciência, 2ª ed., 2004.

BARROS, R. P.; MENDONÇA, R.; SANTOS, D. Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil. In: Texto para discussão 686. Rio de Janeiro: IPEA, dezembro de 1999.

BEAUVOIR, S. *A velhice*. Tradução de Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro, 1990.

BEHRING, E. R. Principais abordagens teóricas da política social e da cidadania. In: *Capacitação em serviço social e política social*, módulo 3. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, p. 21-40, 2000.

\_\_\_\_\_; BOSCHETTI, I. *Política Social: Fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, 2006 (Biblioteca básica de Serviço Social; v. 2).

BELTRÃO, k. I; CAMARANO, A. A; KANSO, S. *Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX*. Texto para Discussão nº 1034. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. Tradução de Floriano de Souza Fernandes. Rio de Janeiro: Petrópolis, Vozes, 1985.

BERQUO, E. Considerações sobre o Envelhecimento da População no Brasil. In *Velhice e Sociedade*. Campinas, São Paulo: Papirus, 1999, pg. 11-40.

BETTINELLI, L. A; ERDMANN, A. L; ROSA, J. da. Envelhecimento humano: aspectos bioéticos na relação profissional as saúde com os idosos. In: *Envelhecimento Humano: desafios e perspectivas*. (Org.) Adriano Pasqualotti, Marilene Rodrigues Portella, Luiz Bettinelli. Passo Fundo: UPF, Grupo de pesquisa Vivencer/CNPq, 2004, p. 239-255.

BIANCHI, A. Temas e problemas nos projetos de pesquisa. In: *Revista Estudos de Sociologia*. São Paulo: UNESP/FCLAR, Araraquara, nº 13/14, 2002/2003, p. 75-91.

BOAS, E. P. *Tratamento dos pacientes de mais de 50 anos*. Tradução de Mario Range. Rio de Janeiro: Livro Médico, 2ª ed., 1944.

BOBBIO, N. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 9ª ed., 1992.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 35/2001 e pelas de Revisão nº 1 a 6/94*. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2002.

BRASIL. Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário da República Federativa do Brasil*, de 03 de outubro de 2003.

BRASIL. Lei 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário da República Federativa do Brasil*, de 05 de janeiro de 1994.

BRASIL. Decreto 5.109, de junho de 2004. Dispõe sobre a composição, estruturação, competência e funcionamento do Conselho Nacional do Idoso – CNDI, e dá outras providências. *Diário da República Federativa do Brasil*, de 18 de junho de 2004.

BRASIL. Decreto 1.948, de 03 de julho de 1996. Regulamenta a Lei 8.842 de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. *Diário da República Federativa do Brasil*, de 04 de julho de 1996.

BRASIL. *Relatório Anual de Avaliação do exercício de 2002*, disponível em <<http://www.abrasil.gov.br/avalppa/RelAvalPPA2002/default.htm>>. Acesso em: 8/10/2008

BRESSER PEREIRA, L. C. A reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismo de controle. In: *Cadernos Mare da Reforma do Estado*, v. 1, 1997.

BRITO, F.A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e desafios para a economia e a sociedade. In: Texto para discussão nº 318. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2007.

\_\_\_\_\_; et al. *População e política sociais no Brasil: os desafios da transição demográfica e migrações internacionais*. Brasília: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2008.

BRUSCHINI, C. *Trabalho feminino no Brasil: Novas conquistas ou persistência da discriminação*. Meeting of the Latin America Studies Association. Eco 19. Chicago, Illinois, 24-26 de setembro, 1998.

BRUYNE, P. de; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. de. *Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológicas*. Tradução de Ruth Joffily. 3ª Ed., Rio de Janeiro: F. Alves, 1977.

CACHIONI, M. *Formação Profissional, motivos e crenças relativas à velhice e ao desenvolvimento entre professores de universidades Terceira idade* (Tese de Doutorado). Campinas: UNICAMP, Faculdade de Educação, 2002.

CAMARANO, A. *A Características das instituições de longa permanência para idosos: Região Centro-Oeste*. Brasília: IPEA; Presidência da República, 2008.

\_\_\_\_\_. *Características das instituições de longa permanência para idosos: Região Norte*. Brasília: IPEA; Presidência da República, 2007.

\_\_\_\_\_. *Mecanismo de proteção social para a população idosa brasileira*. Texto para discussão nº 1179. Rio de Janeiro: IPEA, 2006.

\_\_\_\_\_. *Idosos Brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de política*. Brasília: Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

\_\_\_\_\_. (org.). E a vida se alonga além dos 60: Como? In: *Os novos idosos brasileiros: Muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004, p. 587-594.

\_\_\_\_\_. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? In: *Estudos Avançados*. São Paulo: vol.17, set/dez, 2003, p. 35-63.

CAMARANO, A. A; et al. Como vive o idoso brasileiro? In: *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros: Muito além dos 60?* (Org.) Ana Amélia Camarano. Rio de Janeiro: IPEA, 1999, p. 19-71.

\_\_\_\_\_.; PASINATO, M. T *Envelhecimento, pobreza e proteção social na América Latina*. Texto para discussão 1292. Rio de Janeiro: IPEA, 2007.

\_\_\_\_\_. O envelhecimento populacional na Agendas das políticas públicas. In: *Os novos idosos brasileiros: Muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004, p. 253-292.

CAMARANO, A. A; ABRAMOVAY, R. *Êxodo rural, envelhecimento e masculinização no Brasil: panorama dos últimos 50 anos*. Texto para Discussão nº 621. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

CAMARANO, A. A.; et. al. *Como vai o idoso brasileiro?* In: Texto para discussão nº 681. Rio de Janeiro: PEA, 1999.

CARDOSO, F. H. *Mensagem ao Congresso Nacional: abertura da 4ª Sessão Legislativa Ordinária da 51ª Legislatura*. Brasília: Presidência da República, Secretaria de Comunicação de Governo, 2002.

CARDOSO Jr., J. C.; JACCOUD, L. Políticas sociais no Brasil: organização, abrangência e tensões da ação estatal. In: *Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo*. (Org.) JACCOUD, L.; et al. Brasília: IPEA, p. 181-260, 2005.

CARVALHO, D. B. B. de; ROCHET, J.; PAULINO, F. O. Política pública de redução de danos e uso de drogas no Brasil: contradições do processo de construção de uma política nacional. In: *Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas*. (Org.) Boschetti; et. al. São Paulo: Cortez, p. 260-280, 2008.

CARVALHO, J. A. M de. *Crescimento Populacional e estrutura demográfica no Brasil*. In Texto para discussão n. 227. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2004.

CARVALHEIRO, J. R. Os desafios para a Saúde. In: *Estudos Avançados* nº 13 (35). IEA/USP: p. 7-20, 1999.

CASTRO, M. H. G. de. *Interesses, organizações e políticas sociais*. In: Cadernos de pesquisa nº 14. Unicamp, 1989.

CKAGNAZAROFF. I. B.; MELO, J. de S.; CARVALHO, D. N. de. Da gestão da intersectorialidade: o caso do Programa BH Cidadania, Brasil. In: *X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*. Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. 2005

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E CARIBE (CEPAL). América Latina: tasas globales de fecundidad estimadas según quinquenios por países. In: Estimaciones y proyecciones de población. Disponível em: [www.eclac/celade/proyecciones/basedatos\\_BD.htm](http://www.eclac/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm) >. Acesso em: 14/05/2008a.

\_\_\_\_\_. *Declaración Brasíla: Segunda Conferencia Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos*. CEPAL, LC/G 2359, 2008b.

\_\_\_\_\_. *Informe sobre la aplicacion de la estrategia regional de implementación para América*

*Latina y e Caribe del Plano de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.* Santiago del Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), 2007a

\_\_\_\_\_. *Envelhecimento e desenvolvimento em uma sociedade para todas as idades.* Santiago del Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), 2007b.

\_\_\_\_\_. *Estratégias para abogar en favor de las personas mayores.* Santiago de Chile: Naciones Unidas, abril de 2007c.

\_\_\_\_\_. *Temário provisional anotado da Segunda Conferência Regional Intergubernamental sobre envejecimiento.* CEPAL: LC/L.2748 (CRE.2/2) Rev.1, de 13 de setembro de 2007c.

\_\_\_\_\_. *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez.* Santiago de Chile: Nações Unidas, dezembro de 2006.

\_\_\_\_\_. *Panorama social da América Latina.* Santiago de Chile: Nações Unidas, 2004.

\_\_\_\_\_. Implementación de la Estrategia Regional: América del Sur apura el paso. In: *Boletín: Envejecimiento y Desarrollo.* CELADE/CEPAL: nº 02, junho de 2005, p. 4-7.

\_\_\_\_\_. *Estrategia regional de implementación para América Latina y Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.* CEPAL: Lc/G. 2228, março de 2004.

\_\_\_\_\_. *Las persona mayores em América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas.* Santiago del Chile: LC/L.1973, outubro de 2003

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. In: *Revista de Saúde Pública*, 31(2): 184-200, 1997.

CHAUÍ, M. *Convite à filosofia.* São Paulo: Ática, 1997.

COIMBRA, M. A. Abordagens teóricas ao estudo das políticas sociais. In: *Política Social e combate à pobreza.* (Org.) Sergio Henrique Abranhes; Wanderley Guilherme dos Santos; Marcos Antonio Coimbra. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DO IDOSO (CNDI). Resolução nº 12, de 11 de abril de 2008. Estabelece os parâmetros e diretrizes para a regulamentação do Art. 35 da Lei 10.741/2003, que dispõe sobre o contrato de prestação de serviços das entidades com a pessoa idosa abrigada. *Diário Oficial da União*, nº 83, de 2/05/2008, Seção 1, Pág. 1/3.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 15, de 21 de junho de 2008. Dispõe sobre a aprovação do Regimento Interno do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI, consoante disposto no art. 2º, inciso VIII, do Decreto 5.109, de 17 de junho de 2004. *Diário Oficial da União*, nº 133, de 14/7/2008, Seção 1, Pág. 1/3.

\_\_\_\_\_. *Resumo Executivo da Reunião do CNDI*, realizada em Brasília aos dois e três de dezembro de 2002.

\_\_\_\_\_. *Ata da Assembléia da Segunda Assembléia Ordinária do CNDI.* Brasília, 05 de novembro de 2002.

COLLIOT-THÉLÈNE, C. O conceito de política posto à prova pela mundialização. In: *Revista de Sociologia de Política.* Curitiba:UFPR, nº 12, junho de 1999, p. 7-20.

COUTINHO, C. N. Notas sobre cidadania e modernidade. In: *Revista Praia Vermelha n° 01*. Rio de Janeiro: UFRJ, p. 145-165, 1997.

CRUZ, I. B. M. da. Genética do envelhecimento, da longevidade e doenças crônico-degenerativa associadas à idade. In: *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (Org.) Elizabeth Viana de Freitas, et al. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A, 2002, p. 20-31.

DAGNINO, E. Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In: *Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización*. (Org. ) Daniel Mato. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, p. 95-110, 2004.

\_\_\_\_\_. DAGNINO, E. (Org.). Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. In: *Anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

DAGNINO, R.; et al. Metodologia de análise de políticas públicas. In: *Gestão estratégica da Inovação: metodologia para análise e implementação*. Taubaté, Ed. Cabral Universitária, 2002. Disponível em <<http://www.campus-oel.orgsalactisi/rdagnino1.html>> Acesso em 07/06/2005.

DIAS, J. F. S. *O envelhecimento no contexto nacional*. Projeto SBPC na comunidade. Palestra 6 de 18 de abril de 2001. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/antartica/Palestra%206.htm>>. Acesso em: 10/05/2008.

DEGENNSZAJH, R. R. Organização e gestão das políticas sociais no Brasil. In: *Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, modulo 3, 2000, p. 57-70.

DEMO, P. *Metodologia científica em Ciências Sociais*. São Paulo: Ed. Atlas, 3ª Edição, 1995.

DRAIBE, S. M. Brasil 1980-2000: proteção e inseguranças sociais em tempos difíceis. In: *Taller Inter-Regional "Protección social en era insegura: un intercambio Sur-Sur sobre políticas sociales alternativas en respuesta a la Globalización"*. Santiago del Chile: PNUD, 14 a 16 de maio de 2002.

\_\_\_\_\_. Uma nova institucionalidade da políticas sociais? Reflexões a propósito da experiência latino-americana recente de reformas dos programas sociais. In: *São Paulo em Perspectiva*, 11(4), p. 3-15, 1997.

EASTON D. *Uma teoria de análise política*. Tradução de Gilberto Velho. Rio de Janeiro: Zahar, 1968.

FALEIROS, V. de P. A reforma do Estado no período FHC e as propostas do Governo Lula. In: *A era FHC e o Governo Lula; Transição?* 1ª Ed. Brasília: Ed. INESC, vol. 1, p. 33-66, 2004.

\_\_\_\_\_.; M. R. Gestão social por sujeito/idade na velhice. In: *Desafios do Envelhecimento: vez, sentido e voz*. (Org.) Vicente de Paula Faleiros e Altair Macedo Lahud Loureiro. Brasília: Editora Universa, 2006, p. 111-128.

FARIA, C. A. P. Idéias, conhecimento e política públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 18, nº 51, p. 21-30, fev. de 2003

FERRARI, M. A. do A. Envelhecimento e Bioética: o respeito à autonomia do idoso. In: *A terceira idade*. São Paulo: SECC/GETI, vol. 15, n. 32, setembro de 2004, p. 8-15.

FLEXOR, G.; LEITE, S. P. *Análises de políticas públicas: breves considerações teórico-metodológicas*. Disponível em <[http://www.sep.org.br/artigo/\\_686\\_0fe6d13a5276dca8a2a290576df0c15d.pdf?PHPSESSID=93c69bf512f15aacfd4cac3a9c](http://www.sep.org.br/artigo/_686_0fe6d13a5276dca8a2a290576df0c15d.pdf?PHPSESSID=93c69bf512f15aacfd4cac3a9c)>. Acesso em: 15/06/2008.

FLEURY, S. M. *Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. In: *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, IPEA, n. 21, jun. de 2000, p. 212-258.

GOLDANI, A. M. Mulheres e envelhecimento: desafios para novos contratos intergeracionais e de gênero. In: *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. (Org.) Ana Amélia Camarano. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

GOLDMAN, S. N. As dimensões sócio-políticas do envelhecimento. In: *Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. (Org.) Ligia Py et al. Rio de Janeiro:NAU Editora, p. 61-108, 2004.

GONH, M. da G. *Teoria dos Movimentos Sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. São Paulo: Edições Loyola, 5ª ed., 2006.

\_\_\_\_\_. Políticas públicas e sociedade civil no Brasil nas últimas décadas. In: *Novos Paradigmas da Política Social*. (Org.) Denise Bomtempo Birche de Carvalho, Nair Heloísa Bicalho de Sousa, Pedro Demo. Brasília:UnB, Programa de Pós-graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, p. 311-330,2002.

GRAU, N. C. La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social. In: *X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*. Santiago, Chile, 18 -21 Oct. 2005

GUIMARÃES. R. M. *Decida você como e quanto viver*. Brasília: Saúde e Letras, 2007.

HABERMAS, J. *Direito e democracia: entre a faticidade e validade*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, vol. II, 2ª ed., 2003.

HADDAD, E. G. de M. *O direito à velhice: os aposentados e a previdência social*. São Paulo: Cortez, 2ª Ed., 2001 (Coleção questões de nossa época, v.10).

HUENCHUAN, S. *Marco legal y políticos a favor de las personas mayores en América Latina*. Santiago del Chile; CEPAL/UNPFA, abril de 2004.

\_\_\_\_\_; MORLACHETTI, A. Análises de los instrumentos internacionales y nacionales de derechos humanos de las personas mayores. In: *Notas de Población nº 81*. Chile: CEPAL/CELADE, 2006.

HUENCHUAN, S.; PAREDES, M. *Guía metodológico para la evaluación participativa de políticas y programas, en el marco de la Estrategia Regional sobre el envejecimiento*. Santiago del Chile: CEPAL/CELADE, julio de 2007.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade: In: *Cadernos FUNDAP*. São Paulo, nº 22, p. 102-100, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS (IBGE). IBGE: *população brasileira envelhece em ritmo acelerado*. In: comunicação social de 27 de novembro de 2008. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_impresao.php?id\\_noticia=1272](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=1272)>. Acesso em: 30/12/2008.

\_\_\_\_\_. *Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. 2007. Rio de Janeiro, 2008.

\_\_\_\_\_. *Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. 2007. Rio de Janeiro, 2007.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL (INSS). *I seminário Regional sobre o Idoso na Sociedade Brasileira*. São Paulo: Superintendência Regional de São Paulo, 1976.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA (IPEA). *Políticas sociais: acompanhamento e análise*. Boletim 13, Edição Especial, 2007.

JECKEL-NETTO, A. A.; CUNHA, G. L. da. Teorias biológicas do envelhecimento. In: *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (Org.) Elizabeth Viana de Freitas, et al. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A, 2002, p. 13-19.

JUNIOR; J.F. Aprendendo com os erros dos outros: o que a história da ciência política americana tem para nos contar. In: *Revista de Sociologia e Política n.15*, Curitiba, nov. de 2000.

JUNIOR, C. S. D. Os possíveis impactos do declínio da taxa de fecundidade na estrutura etária, no mercado de trabalho e na migração: algumas reflexões sobre o caso brasileiro. In: *Perspectiva Contemporânea*. Paraná: Campo Mourão, v. 2, n. 1, jan./jun. 2007, p. 82-104.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de fortaleza. In: *XI Concurso de Ensayos del CLAD "El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones*. Caracas: 1997

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. In: *Revista Saúde Pública*. São Paulo: 21(3) 200-210, 1987.

KONDER, L. *O que é dialética*. São Paulo: Brasiliense, 28ª ed., 2005 (Coleção primeiros passos).

LEBRAO, M. L.; DUARTE, Y. A. de O. Saúde e independência: aspirações centrais para os idosos. Como estão sendo satisfeitas? In: *Idosos no Brasil: vivências, desafios, e expectativas na terceira idade*. (Org.) Anita Liberalesso Néri. São Paulo: Editora Perseu Abramo, Edições SES, p. 191-205, 2007.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciência humanas*. Tradução Heloísa Monteiro e Francisco Settinieri. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda.; Belo Horizonte: UFMG, 1999.

LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO, S. V.; GIATTI, L. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980-2000). In: *Epidemiologia do Serviço de Saúde*, nº 4, vol. 13, p. 217-228, out/dez de 2004.

LIMA Jr., J. B. Os caminhos de realização prática dos direitos econômicos, sociais e culturais. In *Ser Social*. Brasília: Departamento de Serviço Social, nº 8, 2001, p. 59-84.

LOPES, C. H. de F.; JORGE, M.S.B. *Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo de enfermagem*. In: *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39 (1), 2005, p. 103-108.

LUCAKS, G. *História e consciência de classe: estudos sobre a dialética marxista*. Tradução de Rodnei Nascimento. São Paulo: Martins Fonte, 2003 (Tópicos).

MACHINEA, J. L. Prólogo. In: *Estrategia regional de implementación para America Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Santiago del Chile: CEPAL, março de 2004.

MAIA, F. de O et al. Fatores de risco para a mortalidade em idosos. In: *Revista de Saúde Pública*, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/nahead/ao-5345.pdf>. Acesso: 05/05/2008.

MAIO, I. G. *Por que uma convenção específica?* Exposição realizada pela AMPID na Reunião de continuação da Declaração de Brasília, organizada pelo Governo Brasileiro com o apoio da CELADE, no Rio de Janeiro, no período de 16 a 17/09/2008.

MARTINS DE SÁ, J. L. Extensão universitária na área da Gerontologia: produção das instituições brasileiras de ensino superior. In: *Gerontologia*, 8(2), p.48-55, 2000.

MARSHALL, T. H. *Cidadania e classe social*. Brasília: Fundação Projeto Rondon, 1988.

MARX, K. *O capital*. Tradução de Gesner de Wilton Morgado. Brasília: Ediouro, 1998, (Coleção universidade de bolso).

\_\_\_\_\_; F. ENGELS. *A ideologia Alemã*. Tradução de Frank Muller. São Paulo: Martin Claret, 2004.

MARCO, Patrícia Souza, de. Construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa. In: *Contribuições do MDS à I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa: construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa*. Brasília: MDS/Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, suplemento, 2006.

MARTÍNEZ, M. V. *La legislación em favor de las personas mayores en América Latina y Caribe*. Santiago del Chile: CEPAL, 2006.

MAZO, G. Z. (1998). *Universidade e Terceira Idade: Percorrendo novos caminhos*. Nova Porto Alegre: Nova Prova, 1998.

MENY, Y; THOENIG, J.C. *Las políticas públicas*. Barcelona: Editorial Ariel S.A, 1992.

MENDONÇA, J. M. B de. *Direitos Humanos e Pessoa Idosa: a efetividade do Estatuto do Idoso sob a ótica dos Conselhos Estaduais do Idoso (Tese de Mestrado)*. Brasília: UCB, Programas de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia, 2005.

MERCADANTE, E. F. Velhice: uma questão complexa. In: *Velhice envelhecimento complex (idade): Psicologia, subjetividade, fenomenologia, desenvolvimento humano*. (Org.) Beltrina Côrte, Elizabeth Frohlich Mercadante, Irene Gaeta Arcuri. São Paulo: Vetor, 2005, p.23-55.

MERRICK, T. W.; GRAHAM, D. H. *População e desenvolvimento econômico no Brasil*. Rio de Janeiro: Zahar Editores S. A, 1981.

MYNAIO, M. C. de S. (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

\_\_\_\_\_. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 8ª ed. 2004.

\_\_\_\_\_; HARTZ, Z. M. de A.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1), 2000, p. 7-18.

MINISTÉRIO DA AÇÃO SOCIAL (MAS). *Política Nacional do Idoso* (documento preliminar). Brasília; Secretaria Nacional de Promoção Social/SENPROS, 1990.

MINISTÉRIO DA CULTURA. *Edital de Concurso Público nº 03 de 17/07/2007*. Disponível em: <[http://www.cultura.gov.br/apoio\\_a\\_projetos/editais/index.php?p=28676&more=1&c=1&p=b=1](http://www.cultura.gov.br/apoio_a_projetos/editais/index.php?p=28676&more=1&c=1&p=b=1)>. Acesso em: 20/10/2008.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME/SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (MDS/SNAS). *Proteção Social Básica: orientações técnicas para o Centro de Referência de Assistência Social*. Brasília, 2006. Disponível em <[http://www.mds.gov.br/programas/rede-suas/protacao-social-basica/paif/arquivo-2-guia\\_1\\_snas\\_11\\_06\\_06-diagramada-versao-final.pdf/view](http://www.mds.gov.br/programas/rede-suas/protacao-social-basica/paif/arquivo-2-guia_1_snas_11_06_06-diagramada-versao-final.pdf/view)>. Acesso em: 15/10/2008.

\_\_\_\_\_. Centro de Referência Especializada de Assistência Social – CREAS: *guia de orientação nº 1*. Brasília, 2008. Disponível em <[www.mds.gov.br/suas/publicacoes/GUIA\\_CREAS.pdf](http://www.mds.gov.br/suas/publicacoes/GUIA_CREAS.pdf)>. Acesso em 20/10/2008.

MINISTERIO DA JUSTICA/SECRETARIA DE ESTADO DOS DIREITOS HUMANOS. *Programa Nacional de Direitos Humanos: PNH II*. Brasília, 2002. Disponível em: <[http://www.direitoshumanos.usp.br/counter/Brasil/texto/texto\\_13.html](http://www.direitoshumanos.usp.br/counter/Brasil/texto/texto_13.html)>. Acesso em 28/10/2008, 2002.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO (MPOG). *Plano Plurianual 2004-2007 - orientação estratégica de Governo um Brasil para todos: crescimento sustentável, emprego e inclusão social*. Disponível em <[http://www.defesanet.com.br/docs/ppa\\_2004\\_2007.pdf](http://www.defesanet.com.br/docs/ppa_2004_2007.pdf)>. Acesso em: 20/10/2007.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL/SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (MPAS/SAS). *Plano Integrada de ação governamental para o desenvolvimento da política nacional do Idoso*. Brasília: MPAS/SAS, 1997.

MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES (MRE). *Relatório Nacional Brasileiro sobre o Envelhecimento da População Brasileira*. Disponível em <[www2.mre.gov.br/relatorio\\_envelhecimento.doc](http://www2.mre.gov.br/relatorio_envelhecimento.doc)>. Acesso em: 20/10/2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). *Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006*. Disponível em <<http://www.ciape.org.br/AtenDom2529.pdf>>. Acesso em: 20/11/2007.

\_\_\_\_\_. *Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006*. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 26/10/2007.

MILNITZKY, C.; SUNG, F.; PEREIRA, R. M. Políticas públicas e envelhecimento: conquistas e desafios. In: *A Terceira Idade*. São Paulo: SESC, vol. 15, nº 31, setembro de 2004.

MORLACHETTI, A.; GUZMÁN, J. M; CUEVAS, M. *Estrategias para abogar a favor de las personas mayores*. Santiago del Chile: CEPAL/CELADE/UNFPA, abril de 2007.

MONTEIRO, J. V. *Fundamentos da política pública*. Rio de Janeiro: IPEA/UBOES, 1982.

MOREIRA, M. M. Envelhecimento Populacional Brasileiro. In: *Seminário sobre Educação Superior e Envelhecimento Populacional no Brasil*. Brasília 11 a 12 de maio de 2005.

MORENO, L. *Ciudadanos precários: la última red de protección social*. Barcelona: Ariel S. A, 2000.

MUSSI, P. R.; PIARDI, S. M. D. G. Considerações iniciais sobre o Estatuto do Idoso. In: *Comentários sobre o Estatuto do Idoso*. (Org.) Helio Abreu Filho. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

NASCIMENTO, M. M. *Reflexões do espaço público em Hannah Arendt*. In: *Revista Ética & Filosofia Política*. Vol. 8, Nº 1, junho de 2005. Disponível em <[http://www.eticaefilosofia.ufjf.br/8\\_1\\_mariangela.html](http://www.eticaefilosofia.ufjf.br/8_1_mariangela.html)>. Acesso em 12/07/2008.

NASCIMENTO E SILVA, L. G. do. Política social para o idoso no Brasil. In: *Seminário Nacional sobre Estratégias de Política Social para o Idoso no Brasil*. Brasília: 04/10/1976.

NERI, A. L. (Org.) Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas: Papirus, 1993, p. 9-55.

\_\_\_\_\_. (Org.). *Idoso no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Editora Perseu Abramo, Edições SESC/SP, 2007.

\_\_\_\_\_. Teorias do Envelhecimento. In: *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (Org.) Elizabeth Viana de Freitas, et al. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A, 2002, p. 32-46.

\_\_\_\_\_. Contribuições da psicologia ao estudo e à intervenção no campo da velhice. In: *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. Passo Fundo, 69-80, jun./jun. 2004, p. 69-79

NETTO, M. P. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (Org.) Elizabeth Viana de Freitas, et al. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A, 2002, p. 3-12.

OSZLACK, O.; O'DONNELL, G. *Estado y políticas Estatales en América Latina: Hacia una estrategia de investigación*. Documento CEDES / G. E. CLACSO / Nº 4, 1976.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Resolução nº 46/91*. Departamento de Coordinación de Políticas y Desarrollo Sostenible División de Política Social y Desarrollo, 16 de dezembro de 1991.

\_\_\_\_\_. *World population Ageing*. United Nations Puclicacion, 2007.

\_\_\_\_\_. *Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento de Viena*. Disponível em <<http://www.cinu.org.mx/eventos/especiales/envejecimiento/planaccionmadrid2002ii.htm>>. Acesso em: 10/08/2008.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). Uma sociedad inclusiva para uma población que envejece: el desafío del empleo y la protección social. In: *Revista Española de Geriátria y Gerontología*. Madrid: Ediciones Doyma, S. L.; vol. 37, agosto de 2002, p. 107-122.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde*. Tradução Susana Gontijo. Brasília: organização Pan-americana de Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Envejecimiento Activo: um marco político. In: *Revista Española de Geriátria y Gerontología*. Madrid: Ediciones Doyma, S. L.; vol. 37, agosto de 2002, p. 74-105.

OPPENHEIM, F. E. Igualdade [verbete]. In: Dicionário de Política. Tradução de Carmen C. Varrialle; et. al. Brasília: Editora UnB; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, Vol. I e II. 5ª ed., Vol. 1, p. 597-605, 2004.

OUTHWAITE, W.; BOTTOMORE, T. *Dicionário do pensamento social do século XX*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na Velhice. In: *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (Org.) Elizabeth Viana de Freitas, et al. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A, 2002, p. 79-84.

PAZ, S. F. Movimentos sociais: participação dos idosos. In: *Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. (Org.) Ligia Py et al. Rio de Janeiro: Nau Editora, p. 229-251, 2004.

PEDRINI, D. M.; ADAMS, T.; SILVA, V. R. DA. (Org.) Controle social e fortalecimento da democracia participativa. In: *Controle social de políticas públicas: Caminhos, descobertas e desafios*. São Paulo: Paulus, p. 223-237-, 2007.

PEREIRA, P. A. P. *Política social: temas e questões*. São Paulo: Cortez, 2008a.

\_\_\_\_\_. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: *Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas*. (Org.) Boschetti; et. al. São Paulo: Cortez, p. 87-107, 2008b.

\_\_\_\_\_. Formação em serviço social, política social e envelhecimento populacional. In: *Seminário sobre Educação Superior e Envelhecimento Populacional no Brasil*. Brasília 11 a 12 de maio de 2005a (Comunicação apresentada em mesa redonda).

\_\_\_\_\_. *Controle democrático como garantia de direitos*. Brasília: Subsecretaria dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2005b.

\_\_\_\_\_. A importância do controle social na implementação da política do idoso. In: *Anais do III Encontro de Conselhos de Direitos do Idosos: cidadania e controle democrático*. São Luis: FSADU/ Presidência da República/Subsecretaria dos Direitos Humanos, 29 a31 de agosto de 2005c.

\_\_\_\_\_. As vicissitudes da pesquisa e da teoria no campo da política social. In: *Ser social*. Revista do Programa de Pós-graduação em Política Social/Universidade de Brasília.

Departamento de Serviço Social, n.9, jul-dez de 2001.

PEIXOTO, S. V. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. In: *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, vol. 3, nº 04, out/dez/2004.

PINHEIRO, L.; et al. *Retrato das desigualdades*. IPEA: Diretoria de Estudos Sociais, 2ª ed. 2006. Disponível em: <www.ipea.gov.br>. Acesso em: 24/05.2008.

PINTO, I. C.M. *Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: o caso das organizações sociais da saúde na Bahia*. Salvador: (Tese de Doutorado). UFBA, 2004.

PIOVESAN, F. *Temas de direitos humanos*. São Paulo: Editora Max Limonad, 1998.

POCHMANN, M. Segurança social no capitalismo periférico: algumas considerações sobre caso brasileiro. In: *São Paulo em Perspectiva*, 18 (2):3-16, 2004.

POLANNYI, K. *A grande transformação: as origens de nossa época*. Tradução de Fanny Wrobel. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

PRZEWORSY, A. *Estado e Economia no capitalismo*. Tradução Argelina Cheibub Figueiredo, Pedro Zahluth Bastos. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

PY, L. Envelhecimento e subjetividade. In: *Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões biopsicosociais*. (Org.) Ligia Py, et al. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004, p. 109-131.

RED LATINOAMERICANA DE GERONTOLOGÍA (RLG). Carta de Brasília 2007: Declaración de la Sociedad Civil. In: *Foro Regional sobre Envejecimiento de Organizaciones de la Sociedad Civil de America Latina Y El Caribe: evaluacion del Plan De Accion Internacional sobre Envejecimiento*, Brasil, Brasília; 1, 2 y 3 de Diciembre de 2007.

\_\_\_\_\_. Carta dos idosos à Nação Brasileira avaliando a aplicação do Estatuto do Idoso. Editado por RLG, em 04/02/2006. Disponível em: <<http://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=548>> Acesso em: 20/11/2008.

REIS, F. W. Cidadania, mercado e sociedade civil. In: *Ensaio de teoria e filosofia política em homenagem ao prof. Carlos Eduardo Baesse de Souza*. (Org.) Antonio F. Mitre. Belo Horizonte: Departamento de Ciência Política, UFMG, p. 117-139, 1994.

RICHARDSON, R. J. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 3ª Ed., 1999.

ROCHA, M. I. B. da; MORELL, M. G. G de. A discussão política sobre a questão do aborto: um estudo comparado Brasil e Uruguai. In: *II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población*. Mexico: Guadalajara, 3-5 de setembro de 2006.

RUA, M. das G. Turismo e políticas públicas de inclusão. In: *Turismo Social: diálogos do turismo: uma viagem de inclusão*. Rio de Janeiro: Ministério do Turismo/Instituto Brasileiro de Administração Municipal, 2006, p. 17-37.

RUA, M. das G *Análise de políticas públicas: conceitos básicos*. Programa de Apoio a Gerência Social, BID/INDES, 1997.

SALGADO, M. A. Estou aposentado e agora? In: *Revista E*. São Paulo: SESC/SP, nº 21, ano 5, fevereiro de 1999. Disponível em:

<[http://www.sescsp.org.br/sesc/revistas/revistas\\_link.cfm?Edicao\\_Id=63&Artigo\\_ID=364&IDCategoria=622&reftype=2](http://www.sescsp.org.br/sesc/revistas/revistas_link.cfm?Edicao_Id=63&Artigo_ID=364&IDCategoria=622&reftype=2). Acesso em 20/08/2008.

SAMPAIO, J.; JUNIOR, J. L. A. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em AIDS. In: *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. Recife, 6 (3), jul-set, p. 335-346, 2006.

SCHOLNIK La fecundidad en la América Latina. In: *Seminário la fecundidad en la América y el Caribe: transición ou revolución?* Santiago del Chile, 9 a 11 de junho de 2003.

SECRETARIA DE ENSINO SUPERIOR (SESu). Portaria nº 07, de 17 de março de 2006. *Diário Oficial da União* nº 56, de 22 de março de 2006, p. 14.

SECRETARIA ESPECIAL DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA (SEDH). *Informes Brasil para a II Conferência Intergovernamental sobre Envelhecimento na América Latina e Caribe*. Brasília: SEDH, 4, 5 e 6 de dezembro de 2008.

\_\_\_\_\_. *II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa: Nota Pública*. Disponível em: [http://www.presidencia.gov.br/estrutura\\_presidencia/sedh/ld\\_idoso/iiconf/](http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sedh/ld_idoso/iiconf/). Consultado em: 0/11/2008.)

\_\_\_\_\_; CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DO IDOSO (CNDI). *Plano Nacional de Implementação das Deliberações da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa*. Brasília: Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2007.

\_\_\_\_\_. *I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa: construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – Texto base*. Brasília, 23 a 26 de maio de 2006a. Disponível em: <[http://www.mj.gov.br/sedh/ct/cndi/texto\\_base.doc](http://www.mj.gov.br/sedh/ct/cndi/texto_base.doc)>. Acesso em: 01/11/2008.

\_\_\_\_\_; *Anais da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa: construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa*. Brasília: SEDH/CNDI, 23 a 26 de maio de 2006b.

SIMÕES, C. C. da S. *Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002.

SIQUEIRA, M. E. C. de. Teorias sociológicas do envelhecimento. In: *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (Org.) Elizabeth Viana de Freitas, et al. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A, 2002, p. 47-57.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 8<sup>a</sup> ed.; 1998.

SOARES, L. T. *Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina*. São Paulo: Cortez 2<sup>a</sup> ed, 2002, (Coleção Questões da Nossa Época: v. 78).

SPOSATI, A. *Mapa da exclusão/inclusão social*. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/reportagens/ppublicas/pp10.htm>>. Acesso em 10/07/2008.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. In: *Sociologias*. Porto Alegre: ano 8, nº 16, jul/dez, p. 20-45., 2006.

\_\_\_\_\_. *Políticas públicas: conceitos, tipologias e subáreas*. Trabalho elaborado para a

palestra proferida no Ciclo de Debates da Política Estadual de Interesse Social da Sedur. 06/10/2005.

\_\_\_\_\_. Estado de campo da pesquisa em políticas públicas no Brasil. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 18 nº 51. São Paulo: fev., 2003.

STEIN, R.H. Descentralização e assistência social. In: *Cadernos Abong*, v. 20, 1997, p. 5-20 (Série Especial Subsídios às Conferências de Assistência Social).

STELLA, F. Funções cognitivas e envelhecimento. In: *Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões biopsicossociais*. (Org.) Ligia Py, et al. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004, p. 283-320.

SULBRANDT, j. Avaliação dos programas sociais: uma perspectiva crítica dos modelos usuais. Kliksberg, B. (Org.). In: *Pobreza: uma questão inadiável*. Brasília: Escola Nacional de Administração pública, 1994, p. 365-408.

TEIXEIRA. S. M. *Envelhecimento e trabalho no tempo do capital: implicações para a proteção social no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2008.

TEIXEIRA, M. H. Aspectos psicológicos da velhice. In: *Saúde dos idosos: a arte de cuidar*. (Org.) Assuero Luiz Saldanda, Célia Pereira Caldas. Rio de Janeiro: Interciência, 2ª ed.; 2004, p. 312- 315.

TOLOSA, H. C. A pobreza absoluta. In: *O Brasil Social: realidades, desafios, opções*. (Org.) Roberto Cavalcanti de Albuquerque. Rio de Janeiro: IPEA, 1993, p. 189-214.

TRAMONTIN, A.; BORGES, D. F. *Um caminho para a inclusão digital: o programa GESAC*. In: *O&S*, v. 14, julho-setembro, p. 167-184, 2007.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). Relatório da Auditoria de Natureza Operacional. Programa Valorização e Saúde do Idoso. Atuação diferenciada dos municípios no trabalho de atendimento à população idosa. Pouca interação profissional dos técnicos do setor público municipal com os gerentes das instituições asilares. Coordenação precária do sistema. Índícios de irregularidades. Determinações. Recomendações. Conversão dos autos em acompanhamento. *Decisão 590/2002- Plenário*. Relator: Ministro Adylson Motta. Disponível em: [https://contas.tcu.gov.br/portaltextual/MostraDocumento?doc=1&p=0&lnk=\(Decisao%20COM%20590/2002%20COM%20Plenario\)\[idtd\]&templ=formatado\\_99](https://contas.tcu.gov.br/portaltextual/MostraDocumento?doc=1&p=0&lnk=(Decisao%20COM%20590/2002%20COM%20Plenario)[idtd]&templ=formatado_99). Acesso em: 27/10/2008.

TURRA, C. S; QUEIROZ, B. L. Transferências intergeracionais: uma análise internacional. In: *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*. São Paulo: v. 22, n. 1, p. 191-194, jan./jun. 2005.

VIANA, A. L. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais sobre políticas públicas. In: *Ciências sociais e saúde*. Ana Maria Canesque (org.) São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1997, p. 205-214.

VERAS, R. P.; et al. Novos paradigmas do modelos assistencial no setor de saúde:Conseqüência da explosão populacional de idosos. In: *Terceira Idade: gestão contemporânea em saúde*. Renato Veras (Org.). Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade, UERJ, Relume Dumará, 2002, p. 11-79.

\_\_\_\_\_. *Gestão contemporânea em Saúde*. Rio de Janeiro:Relume-Dumará, UNATI/UERJ, 2002.

WONG, L. L. R.; MOREIRA; M.M. Envelhecimento e desenvolvimento humano: as transformações demográficas anunciadas na América Latina (1950-2050). In: *VI Reunión Nacional de Investigación demográfica en México: balance y perspectivas de la demografía nacional ante el nuevo milenio*. México, de 31 de julio a 04 de agosto de 2000.

WONG; L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional no Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. In: *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*. São Paulo, v. 32, nº 1, jan/jun 2006, p. 5-26.

WESTPHAL, F. M; ZIGLIO, E. In: *O município no século XXI: cenários e perspectivas*. São Paulo: Fundação Prefeito Faria Lima/CEPAM, p.111-121, 1999.