

## O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NA AGENDA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Ana Amélia Camarano

Da Diretoria de Estudos Macroeconômicos do IPEA

Maria Tereza Pasinato

Da Diretoria de Estudos Macroeconômicos do IPEA

### 1 INTRODUÇÃO

Apesar de o envelhecimento populacional ser amplamente reconhecido como uma das principais conquistas sociais do século XX, reconhece-se, também, que este traz grandes desafios para as políticas públicas. Um dos mais importantes é o de assegurar que o processo de desenvolvimento econômico e social ocorra de forma contínua, com base em princípios capazes de garantir tanto um patamar econômico mínimo para a manutenção da dignidade humana, quanto a equidade entre os grupos etários na partilha dos recursos, direitos e responsabilidades sociais.<sup>1</sup>

Nos países desenvolvidos, o envelhecimento populacional ocorreu em um cenário socioeconômico favorável, o que permitiu a expansão dos seus sistemas de proteção social.<sup>2</sup> Nos países em desenvolvimento e, especificamente, no caso brasileiro, o acelerado processo de envelhecimento está ocorrendo em meio a uma conjuntura recessiva e a uma crise fiscal que dificultam a expansão do sistema de proteção social para todos os grupos etários e, em particular, para os idosos.

Os programas sociais direcionados ao enfrentamento do processo de envelhecimento das populações dos países desenvolvidos começaram a ganhar expressão na década de 1970. Tinham por objetivo a manutenção do papel social dos idosos e/ou a sua reinserção, bem como a prevenção da perda de sua autonomia. A manutenção de sua renda já havia sido equacionada pelos sistemas de seguridade social. No Brasil, como em outros países em desenvolvimento, a questão do envelhecimento

---

1. Na verdade, essa preocupação já vem expressa desde o Plano de Viena em 1982.

2. Atualmente, esses sistemas se deparam com restrições de várias ordens para a sua sustentabilidade financeira no longo prazo.

populacional soma-se a uma ampla lista de questões sociais não-resolvidas, tais como a pobreza e a exclusão de crescentes contingentes da população, e aos elevados níveis de desigualdade vigentes nessas sociedades [ver Aranibar (2001)].

O presente capítulo descreve a evolução da agenda das políticas públicas na questão do envelhecimento populacional tanto em nível internacional quanto no plano nacional. O trabalho não tem nenhuma pretensão de avaliar as políticas descritas, em virtude, em parte, da dificuldade de dados. O trabalho está constituído por cinco seções, sendo a primeira esta introdução. A Seção 2 discute alguns pontos da Agenda Internacional tomando como ponto de partida a primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento ocorrida, em 1982, em Viena. Na Seção 3, apresenta-se o marco legal que fundamenta as políticas brasileiras para a população idosa. A Seção 4 trata das políticas setoriais brasileiras. E, finalmente, na Seção 5 apresentam-se alguns comentários sobre os desafios que o envelhecimento populacional coloca na agenda às políticas públicas brasileiras. Estamos caminhando na direção de uma sociedade para todas as idades?

## **2 AGENDA INTERNACIONAL: DE VIENA A MADRI**

Esta seção apresenta uma discussão sobre a agenda internacional de políticas públicas para a população idosa. Duas assembléias das Nações Unidas, uma realizada em Viena, em 1982, e outra em Madri, em 2002, influenciaram significativamente essa agenda.

### **2.1 O Plano de Viena**

Considera-se como o marco inicial para o estabelecimento de uma agenda internacional de políticas públicas para a população idosa a primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento ocorrida em Viena, em 1982. Essa assembléia foi o primeiro fórum global intergovernamental centrado na questão do envelhecimento populacional e que resultou na aprovação de um plano global de ação. Representou um avanço, pois, até então, a questão do envelhecimento não era foco de atenção nem das assembléias gerais, nem de nenhuma agência especializada das Nações Unidas. A questão era tratada de forma marginal pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco) como parte de suas atividades especializadas.

Os objetivos do plano eram garantir a segurança econômica e social dos indivíduos idosos bem como identificar as oportunidades para a sua integração ao processo de desenvolvimento dos países. Teve como marco de referência a

Conferência dos Direitos Humanos realizada em Teerã em 1968. Dado o contexto político econômico e social, admitiu-se que, pela “vulnerabilidade” da população idosa, esta deveria sofrer mais as consequências do colonialismo, neocolonialismo, racismo e práticas do *apartheid*. Quer dizer, a preocupação com a população idosa surgiu como resultado de tendências demográficas bem delimitadas e de uma situação de conflito. No plano global, vivia-se um momento marcado pelas tensões da Guerra Fria e, no regional, predominavam os regimes de exceção.

O Plano Internacional de Ação adotado na primeira Assembléia Mundial foi estruturado em forma de 66 recomendações para os estados membros referentes a sete áreas: saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, moradia e meio ambiente, família, bem-estar social, previdência social, trabalho e educação. A maioria dos temas considerados era tratada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em comissões de natureza econômica ou política.<sup>3</sup> Sintetizando, a preocupação com as implicações sociais do processo de envelhecimento, ainda que existente, não era expressa. Na verdade, de acordo com Alves (1995), os temas sociais não ocupavam o mesmo lugar dos planos econômicos e políticos dentro das Nações Unidas. Nem os direitos humanos recebiam um tratamento adequado.

Um dos principais resultados do Plano de Viena foi o de colocar na agenda internacional as questões relacionadas ao envelhecimento individual e da população. O pano de fundo era a situação de bem-estar social dos idosos dos países desenvolvidos. Percebia-se a necessidade da “construção” e, principalmente, do reconhecimento de um novo ator social — o idoso — com todas as suas necessidades e especificidades. Parte das recomendações visava promover a independência do idoso, dotá-lo de meios físicos ou financeiros para a sua autonomia. Nesse sentido, o documento apresentava, também, um forte viés de estruturação fundamentado em políticas associadas ao mundo do trabalho.

A concepção do idoso 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.

Embora, naquele momento, o foco da atenção tenha sido os países desenvolvidos, desde a assembléia a agenda política de países em desenvolvimento passou a incorporar progressivamente a questão do envelhecimento. Por exemplo, vários

---

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

governos da América Latina modificaram suas constituições em graus diferenciados, criando leis que favoreciam a população idosa. Citam-se Venezuela (1999), Equador (1998), Brasil (1988), Bolívia (1994) e Peru (1993). Esses países fizeram um avanço importante no sentido de políticas e programas especiais voltados às pessoas idosas [Uriona e Hakkert (2002)].

Por outro lado, o Plano de Viena consistiu em um conjunto de recomendações, cuja implementação dependia da alocação de recursos, que não foram previstos. Por exemplo, parte das recomendações visava promover a independência do idoso, o que implica aumentos nos gastos públicos, especialmente na área social, dentre os quais a provisão de pensões e aposentadorias e a assistência à saúde para os idosos necessitados consistiam os seus principais componentes.

## 2.2 Entre Viena e Madri

Os 20 anos que transcorreram entre uma assembléia e outra foram acompanhados por mudanças profundas nos planos econômico, social e político dos países. Na década de 1990, a questão do envelhecimento entrou de forma mais expressiva na agenda dos países em desenvolvimento. O processo de envelhecimento, nesses países, está ocorrendo mais rapidamente do que aconteceu nas economias mais desenvolvidas.

De maneira geral, o debate político e acadêmico vigente considera a população idosa como um segmento homogêneo, com necessidades e experiências comuns. Essa visão simplista levou a duas perspectivas polarizadas a respeito da experiência do envelhecimento populacional [Lloyd-Sherlock (2002)]. A visão predominante foi a de associar envelhecimento a dependência e a problemas sociais. Chega a considerar que o envelhecimento populacional pode se constituir em uma ameaça ao futuro das economias, da própria democracia etc.<sup>4</sup> Um exemplo disso pode ser notado no documento *Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect the Old and Promote the Growth* [ver Banco Mundial (1994)], que ressalta o “impacto” do crescimento da população idosa sobre as políticas públicas:

“O mundo está se aproximando de uma crise do envelhecimento. Como a esperança de vida aumenta e as taxas de natalidade diminuem, a proporção da população idosa está se expandindo rapidamente, aumentando o peso econômico sobre a população jovem” (grifo das autoras).

Em contrapartida, outro ponto de vista considera que as pessoas idosas podem contribuir significativamente para o desenvolvimento econômico e social. “Muitas

4. Veja, por exemplo: Petersen (1999), *apud* Lloyd-Sherlock (2002).

“pessoas idosas são uma fonte viva de recursos e contribuem para o bem-estar das suas famílias e comunidades” [Helpage International (1999)]. Por contribuição advinda da população idosa, entende-se a continuação na atividade econômica, mesmo quando aposentado, o trabalho voluntário, a contribuição no orçamento familiar, a provisão de acomodação, o cuidado com netos, aí incluídos os órfãos da Aids. As políticas resultantes dessa perspectiva são as que buscam reforçar a capacidade das pessoas idosas e aumentar a sua oportunidade de contribuir para com a sociedade [Lloyd-Sherlock (2002) e Troisi (1995)].

No âmbito das Nações Unidas, a Assembléia Geral de 1991 adotou 18 princípios em favor da população idosa. Estes podem ser agrupados em cinco grandes temas: independência, participação, cuidados, auto-realização e dignidade.

A promoção da independência requer políticas públicas que garantam a autonomia física e financeira, ou seja, o acesso aos direitos básicos de todo ser humano: alimentação, habitação, saúde, trabalho e educação. Por participação, busca-se a manutenção da integração dos idosos na sociedade. Isso requer a criação de um ambiente propício para que possam compartilhar seus conhecimentos e habilidades com gerações mais jovens e de se socializarem. Os cuidados referem-se à necessidade do desfrute pelos idosos de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, através do cuidado familiar ou institucional. Auto-realização significa a possibilidade de os idosos fazerem uso de oportunidades para o desenvolvimento do seu potencial, por meio do acesso a recursos educacionais, culturais, espirituais e recreativos. Por último, o quesito dignidade requer que se assegure aos idosos a possibilidade de vida digna e segura, livre de toda e qualquer forma de exploração e maus-tratos.

Em 1992, a Assembléia Geral da ONU aprovou a Proclamação sobre o Envelhecimento, que estabeleceu o ano de 1999 como o Ano Internacional dos Idosos e definiu os parâmetros para o início da elaboração de um marco conceitual sobre a questão do envelhecimento. O *slogan* do Ano Internacional do Idoso foi a promoção de uma *sociedade para todas as idades*. O marco conceitual foi elaborado em 1995 (Documento 50/114 da ONU) e a exemplo da Proclamação sobre o Envelhecimento conta com quatro principais dimensões para a análise de uma “sociedade para todas as idades”: a situação dos idosos, o desenvolvimento individual continuado, as relações multigeracionais e a inter-relação entre envelhecimento e desenvolvimento social.

Ao longo da década de 1990, os idosos passaram a ser considerados, também, em outros fóruns das Nações Unidas, como, por exemplo, as conferências mundiais sobre população, aspectos sociais, gênero, meio ambiente etc. Gradualmente, a

visão de idosos como um subgrupo populacional vulnerável e dependente foi sendo substituída pela de um segmento populacional ativo e atuante que deve ser incorporado na busca do bem-estar de toda a sociedade.

Em 1999, foi comemorado o Ano Internacional do Idoso. Os países membros das Nações Unidas foram incentivados a aplicar os cinco princípios básicos em favor dos idosos, já adotados na Assembléia Geral de 1991, a saber: independência, participação, cuidados, auto-realização e dignidade. Foi nesse contexto que a Declaração do Milênio de 2000, apesar de não ter feito menção explícita à questão do envelhecimento, convocou toda a humanidade a participar de um esforço para a redução da pobreza e consagração dos direitos humanos.

### 2.3 O Plano de Madri

A Segunda Assembléia Mundial aconteceu em Madri, em 2002. O relatório do conselho econômico e social da ONU para o comitê preparatório para essa assembléia chama a atenção para as mudanças sociais, culturais e tecnológicas em curso em todo o mundo que implicam mudanças nas estruturas de valores. Cita, por exemplo, as mudanças nos códigos de valores que regem cada uma das gerações e nas formas de transmissão dos valores, conhecimentos e responsabilidades de uma geração para a subsequente. As gerações mais jovens adquirem boa parte de seu código de valores de seus próprios companheiros. Por esse motivo, cada geração terá perspectivas diferentes das de seus predecessores e se defrontará com opções diferentes [ONU(2001)].

A Segunda Assembléia Mundial ocorreu em um contexto bastante diferente do de Viena. Em primeiro lugar, ressalta-se a colaboração estabelecida entre o Estado e a sociedade civil. No âmbito do conselho econômico e social da ONU, aproximadamente 700 instituições não-governamentais passaram a ter assento no seu conselho consultivo. Essa participação ocorreu em todos os temas. O quadro de referência sobre os direitos humanos passou a ser a Conferência das Nações Unidas sobre Direitos Humanos realizada, em 1993, em Viena.<sup>5</sup>

Na referida assembléia, foram aprovados uma nova declaração política e um novo plano de ação que deverá servir de orientação à adoção de medidas normativas sobre o envelhecimento no início do século XXI. Espera-se que o plano de ação exerça uma ampla influência nas políticas e programas dirigidos à população idosa em todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento.

---

5. Nessa conferência, os direitos humanos adquiriram importância própria, desvinculados da necessidade de subordinação a outros temas.

A declaração política contém os principais compromissos assumidos pelos governos para executar o novo plano. Foi dedicada atenção especial aos problemas derivados do processo de envelhecimento dos países em desenvolvimento.

O plano de ação fundamenta-se em três princípios básicos:

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

O primeiro princípio considera que o envelhecimento populacional não é um processo que, necessariamente, esgota os recursos da sociedade. Ao contrário, ele pode significar uma acumulação de capital humano, social e econômico. Em termos de políticas, pode-se pensar na adequação das instituições para que o crescimento da população idosa seja um elemento propulsor do bem-estar da sociedade. Nesse caso, políticas de trabalho, integração social e seguridade social são importantes.

Para o alcance do segundo princípio, são necessárias políticas que promovam melhorias na saúde desde a infância e que se prolonguem ao longo da vida. Dentre elas, citam-se a promoção à saúde, o acesso universal aos serviços de saúde pública ao longo da vida e, em decorrência, a consideração da importância de fatores ambientais, econômicos, sociais, educacionais, dentre outros, no aparecimento de enfermidades e incapacidades. São necessários, também, programas de capacitação de profissionais nas áreas de geriatria, gerontologia e de serviços sociais.

Por fim, assegurar um entorno propício e favorável ao envelhecimento implica promover políticas voltadas para a família e a comunidade que assegurem um envelhecimento seguro e promovam a solidariedade intergeracional. Para tanto, é necessário que as políticas públicas sejam concebidas com base na colaboração entre o Estado e a sociedade civil, de forma a construir um maior acesso ao entorno físico, aos serviços e recursos, aí incluída a atenção à proteção ambiental. Assim sendo, os idosos podem contribuir para o bem-estar da sociedade e ao mesmo tempo se beneficiar dos direitos de se realizarem como cidadãos, de receberem atenção, serem independentes, participarem e serem tratados com dignidade [ONU (2001)].

Um dos grandes avanços do Plano de Madri diz respeito à contribuição dos idosos para com a sociedade. Na declaração política, esse avanço se faz notar principalmente em seu artigo 6º:

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

O Plano de Madri é um documento amplo que contém 35 objetivos e 239 recomendações para a adoção de medidas dirigidas aos governos nacionais, mas insistindo na necessidade de parcerias com membros da sociedade civil e setor privado para a sua execução. Destaca-se, também, a importância da cooperação internacional. Cabe aos governos explicitar as parcerias no processo de implementação do plano, estabelecendo as responsabilidades de cada parte e as do próprio governo.

O estabelecimento de parcerias foi um avanço importante do plano. A consideração da dimensão de gênero é vista como outro avanço. O parágrafo 8º advoga “a integração de uma perspectiva de gênero nas políticas, programas e legislação sobre envelhecimento”. A esse respeito foram feitas sugestões, por exemplo, no caso da seguridade social, para que se leve em conta a igualdade entre homens e mulheres nos sistemas de proteção social. No entanto, o mesmo parágrafo 8º estabelece que “a situação das mulheres idosas deve ter prioridade nas ações políticas”. Isso deixa claro que a preocupação com gênero restringe-se à preocupação com as mulheres.

Essa visão é compartilhada por Knodel e Ofstedal (2003). Esses autores encontraram no plano mais de 40 artigos que enfatizam a maior vulnerabilidade das mulheres com respeito às suas condições de bem-estar e defendem políticas e programas voltados a elas. Por outro lado, não encontraram nenhum artigo que reconhecesse que homens idosos têm necessidades especiais e, portanto, nenhuma recomendação foi feita com respeito a eles. Alguns trabalhos mostram que os homens experimentam maiores dificuldades com a aposentadoria do que as mulheres [Simões (2004)].

Não se nega a importância de se considerar as necessidades especiais de mulheres, mas uma abordagem de gênero deve considerar as necessidades diferenciadas de ambos os sexos e reconhecer que gênero não significa sempre uma marca de desvantagem [Knodel e Ofstedal (2003)]. A preocupação aqui é que essa visão expressa em um documento como o Plano de Madri pode afetar a formulação de políticas dos países em desenvolvimento.

Chama-se a atenção também para outras limitações do plano. Tanto as estratégias propostas pelo Plano de Madri quanto por outros documentos das Nações Unidas tendem a ser por demais vagas sem considerar as diversidades regionais.



Na verdade, este consiste em um plano único, geral, para uma realidade social bastante diversificada. Algumas das recomendações parecem fundamentadas em um modelo pouco real, que seria o daqueles países desenvolvidos que contam com um programa de bem-estar social avançado.

Um outro ponto é que, embora todas as medidas propostas tenham sido acertadas pelos países signatários, a sua implementação deverá passar, necessariamente, por uma avaliação das prioridades nacionais, das políticas sociais etc. A sua implementação é de direito e responsabilidade de cada Estado. Segundo as recomendações das Nações Unidas, “corresponde a cada país desenvolver os mecanismos necessários à promoção de um nível de bem-estar social adequado ao número adicional de anos de vida da população idosa”. Em alguns países, os objetivos do Plano de Madri já estão sendo atingidos. Em outros, a sua implementação ainda irá demorar muito, isto é, se for implementada.

Como qualquer outra política, a implementação do Plano de Madri depende, fundamentalmente, da alocação de recursos. O plano não previu recursos para o cumprimento das metas, muito embora a declaração política tenha reconhecido a dificuldade dos países pobres de se integrarem na economia global. Por exemplo, foi estabelecida uma meta de redução até 2015 de 50% da proporção de pessoas que vivem na pobreza extrema. No entanto, as condições para a sua realização não foram explicitadas. O mesmo ocorre com a meta de promoção de programas que permitam a todos os trabalhadores obter uma proteção social básica que compreenda aposentadorias, pensões, benefícios por invalidez e atenção à saúde.

A política de seguridade social vigente na maioria dos países desenvolvidos é contraditória com a meta de participação ativa dos idosos na sociedade, no que diz respeito, por exemplo, à sua participação no mercado de trabalho. Nos países da Comunidade Comum Européia, os ganhos na esperança de vida ao nascer e nas condições de saúde não têm sido acompanhados por um aumento na vida ativa. Entre 1950 e 1990, a esperança de vida na idade da aposentadoria aumentou em seis anos e a idade à aposentadoria foi reduzida em 6,3 anos.<sup>6</sup> A cobertura dos benefícios é próxima a 100% [ILO (2001)].

Por outro lado, essa situação contrasta com a dos países em desenvolvimento, onde em muitos deles, como os africanos, a aposentadoria parece um luxo. Em alguns países subsaarianos e do Sul da África, estima-se que apenas de 5% a 10% da população trabalhadora estão cobertos pela seguridade social [ILO (2001)]. Além de a cobertura ser baixa, o valor do benefício também o é. Isso leva

---

6. Mais recentemente, alguns países como a Itália e a Inglaterra aumentaram a idade à aposentadoria.

à continuação do idoso no mercado de trabalho, quase sempre na agricultura. Enquanto 40,5% dos africanos com 64 anos e mais de idade trabalham, nos países desenvolvidos a proporção comparável estava em torno de 10% [ILO (2001)].

Habilidade e vontade de trabalhar por parte da população idosa dependem do seu estado de saúde, da sua capacidade funcional, das condições do mercado de trabalho além da legislação vigente. Aposentadoria compulsória e discriminação no ambiente de trabalho aliados à baixa qualificação da mão-de-obra são obstáculos à maior participação da população idosa no mercado de trabalho. Políticas de saúde e de educação passam a ser importantes para o alcance dessas metas.

Sintetizando, para que as políticas voltadas para o envelhecimento populacional possam ser efetivas é necessário que apresentem uma abordagem integrada em seus diversos setores específicos: saúde, economia, mercado de trabalho, seguridade social e educação.

#### **2.4 Desdobramentos do Plano de Madri**

Reconhecendo as diversidades regionais no processo de envelhecimento e nas condições socioeconômicas e culturais e o alto grau de generalização do Plano de Madri, os órgãos regionais vinculados às Nações Unidas<sup>7</sup> elaboraram estratégias para a sua implementação, levando em conta as especificidades de suas regiões e as necessidades dos idosos em cada uma delas.

Os cinco textos regionais realçam a importância da contribuição das pessoas idosas no trabalho voluntário, no de subsistência e remunerado, no cuidado com os membros da família etc. A família foi vista em todos os documentos como a fonte de apoio natural para as pessoas idosas, sendo o locus em que elas encontram segurança emocional e apoio. Isso é verdade tanto para os países que contam com um sistema de cuidados de longa duração bem estruturados, quanto os que não contam. Observam-se pequenas variações nos textos regionais no que diz respeito à solidariedade intergeracional [Tornel (2002)].

Cada um dos documentos regionais apresenta as suas ênfases particulares. Por exemplo, o documento relativo à Europa enfoca a necessidade de assegurar a plena integração e participação dos idosos na sociedade. Para a América Latina, a principal preocupação é com a proteção dos direitos humanos e com a necessidade de provisão das necessidades básicas da população idosa: acesso a renda, cobertura integral dos serviços de saúde, educação e moradia em condições dignas.

---

7. Comissão Econômica para a Europa, Comissão Econômica e Social para a Ásia e o Pacífico, Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe, Comissão Econômica para a Ásia Ocidental e Comissão Econômica para a África.

O acesso a novas tecnologias que permitam aos idosos manter a sua independência é um dos aspectos enfatizados pelo documento referente à região da Ásia e do Pacífico. Citam-se também, nesse documento, aspectos ligados a um planejamento urbano amigável aos idosos e a necessidade de criar mecanismos de apoio para os cuidadores. A questão dos cuidadores é importante em todas as regiões, mas nessa região e na África Subsaariana ela adquire uma importância especial, dada a crescente mortalidade feminina por Aids. Um dos resultados é o aumento de famílias que não contam com a geração do meio, ou seja, são famílias formadas por avós e netos.

Uma avaliação e revisão do Plano de Madri já está em curso pelo Departamento de Assuntos Sociais e Econômicos das Nações Unidas.

### **3 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NA AGENDA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS**

#### **3.1 O Período Pré-Constituição de 1988**

Pode se dizer que a incorporação, em alguma medida, da questão do envelhecimento populacional na agenda das políticas brasileiras, quer sejam públicas ou por iniciativa da sociedade civil, não é nova. Na verdade, o Brasil é um dos pioneiros na América Latina na implementação de uma política de garantia de renda para a população trabalhadora que culminou com a universalização da seguridade social em 1988.

As origens do sistema de proteção social no Brasil remontam ao período colonial, com a criação de instituições de caráter assistencial como a Santa Casa de Misericórdia de Santos. No período imperial, podem ser identificados outros antecedentes do atual sistema como os montepios civis e militares e outras sociedades beneficentes. Em 1888, foi regulamentado o direito à aposentadoria dos empregados dos Correios (Decreto 9.912-A, de 26 de março de 1888). Estes, após 30 anos de serviço e com uma idade mínima de 60 anos, poderiam usufruir de uma aposentadoria. Já as primeiras políticas previdenciárias de iniciativa estatal para trabalhadores do setor privado surgiram no início do século XX, com as leis de criação do seguro de acidentes do trabalho em 1919 e a primeira caixa de aposentadorias e pensões em 1923 (Lei Eloy Chaves) [ver Pasinato (2001) e Oliveira, Beltrão e Médici (1993)]. Nos anos 1930, o Brasil já contava com uma política de bem-estar social, que incluía previdência social, saúde, educação e habitação.

Embora o objetivo desta seção seja o de considerar o envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas brasileiras, não se pode negar que estas são resultados de influências e pressões da sociedade civil, das associações

científicas, dos grupos políticos etc. Assim sendo, destacam-se duas iniciativas levadas a cabo nos anos 1960 e que tiveram impacto no desenvolvimento futuro das políticas brasileiras para a população idosa.

A primeira delas foi a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia em 1961. Um dos seus objetivos era o de “estimular iniciativas e obras sociais de amparo à velhice e cooperar com outras organizações interessadas em atividades educacionais, assistenciais e de pesquisas relacionadas com a Geriatria e Gerontologia” (acesse [www.sbgg.com.br](http://www.sbgg.com.br)).

A segunda teve início em 1963 por iniciativa do Serviço Social do Comércio (Sesc). Consistiu de um trabalho com um pequeno grupo de comerciários na cidade de São Paulo, preocupados com o desamparo e a solidão entre os idosos. A ação do Sesc revolucionou o trabalho de assistência social ao idoso, sendo decisiva na deflagração de uma política dirigida a esse segmento populacional. Até então, as instituições que cuidavam da população idosa eram apenas voltadas para o atendimento asilar.

A primeira iniciativa do governo federal na prestação de assistência ao idoso ocorreu em 1974<sup>8</sup> e consistiu em ações preventivas realizadas em centros sociais do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e da sociedade civil, bem como de internação custodial dos aposentados e pensionistas do INPS a partir de 60 anos. A admissão em instituições era feita considerando o desgaste físico e mental dos idosos, a insuficiência de recursos próprios e familiares e a inexistência de família ou abandono por ela.

Outra iniciativa do governo federal em prol dos idosos carentes durante os anos 1970 foi a criação de dois tipos de benefícios não-contributivos: as aposentadorias para os trabalhadores rurais e a renda mensal vitalícia (RMV) para os necessitados urbanos e rurais. Seus valores foram estipulados em 50% do salário mínimo, à exceção da aposentadoria por invalidez do trabalhador rural que era de 75% do salário mínimo. A previdência rural era devida ao chefe do domicílio de mais de 65 anos que comprovasse ter trabalhado em atividades rurais.

As RMVs, criadas em 1974, foram as primeiras medidas de proteção do portador de deficiência e do idoso necessitado. Estas ocorreram no âmbito da política previdenciária. As principais condições para sua elegibilidade eram: não receber nenhum benefício, ter contribuído por pelo menos 12 meses ou alternativamente ter trabalhado por cinco anos em atividade na época não coberta pela previdência e não auferir renda superior ao valor do benefício. Em 1992, com a

---

8. Através da Portaria 82, de 4 de julho de 1974, do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

fusão dos regimes, as RMs urbanas e rurais foram agrupadas. Em 1993, com a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), foram criados benefícios assistenciais *stricto sensu* — os amparos assistenciais. Estes foram, também, derivados dos benefícios de prestação continuada.

Um primeiro documento do governo federal contendo algumas diretrizes para uma política social para a população idosa foi editado pelo MPAS em 1976. Baseou-se nas conclusões de três seminários regionais realizados em São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza e um nacional. Os seminários objetivaram a identificação das condições de vida do idoso brasileiro e do apoio assistencial existente para atender suas necessidades.

As principais propostas contidas no documento *Política social para o idoso: diretrizes básicas* [ver Brasil (2002)] foram:

- implantação de sistema de mobilização comunitária, visando, dentre outros objetivos, à manutenção do idoso na família;
- revisão de critérios para concessão de subvenções a entidades que abrigam idosos;
- criação de serviços médicos especializados para o idoso, incluindo atendimento domiciliar;
- revisão do sistema previdenciário e preparação para a aposentadoria;
- formação de recursos humanos para o atendimento de idosos;
- coleta de produção de informações e análises sobre a situação do idoso pelo Serviço de Processamento de Dados da Previdência e Assistência Social (Dataprev) em parceria com a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dentre outras.

Chama-se a atenção para o fato de que até o momento estudado as políticas do governo federal para a população idosa brasileira consistiam no provimento de renda para a população idosa que trabalhou de alguma forma e de assistência social para idosos necessitados e dependentes. A visão que parece ter predominado nas políticas é a de vulnerabilidade e dependência do segmento. Mudanças paulatinas nessa visão foram tomando corpo ao longo dos anos 1980 por influência do debate internacional.

### 3.2 Os Anos 1980 e a Constituição de 1988

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

política. O momento coincidiu com o período de redemocratização do país, o que possibilitou um amplo debate por ocasião do processo constituinte, resultando na incorporação do tema no capítulo referente às questões sociais do texto constitucional de 1988.<sup>9</sup>

Uma das conclusões da Assembléia de Viena foi a conscientização dos países da necessidade de incorporarem nos seus planos propostas de ações que garantissem um envelhecimento saudável. A sociedade deveria ser trabalhada no sentido de adotar um conceito positivo e ativo de envelhecimento, orientado ao desenvolvimento. Isso significa uma mudança de visão do papel do idoso na sociedade.

A sociedade brasileira já vinha se organizando para se estabelecer como um ator social de expressão das reivindicações da população idosa. Em 1977, uma primeira organização social já havia sido criada: a Associação Cearense Pró-idosos (Acepi). Esta tem por objetivo reivindicar os direitos dos idosos, estabelecer trabalhos conjuntos com o governo federal, assim como organizar entidades de atenção a eles. Uma outra manifestação da sociedade civil foi a criação da Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (Cobap) em 1984. Na verdade, esse não foi um movimento novo. Teve sua origem na década de 1960 com a criação da União dos Aposentados e Pensionistas do Brasil.

Em 1985, foi criada a Associação Nacional de Gerontologia (ANG), órgão técnico-científico de âmbito nacional, voltado para a investigação e prática científica em ações de atenção ao idoso. O seu primeiro objetivo é o de “desenvolver constante ação política e técnica junto aos órgãos públicos, a entidades privadas e à comunidade em geral, reivindicando sua atenção e audiência para que os idosos possam expressar com dignidade suas reais necessidades e reivindicando, ainda, a adoção de medidas minimizadoras de seus problemas” [Machado (s.d.)].

O grande avanço em políticas de proteção social aos idosos brasileiros foi dado pela Constituição de 1988, que levou em consideração algumas orientações da Assembléia de Viena. Introduziu o conceito de seguridade social, fazendo com que a rede de proteção social deixasse de estar vinculada apenas ao contexto estritamente social-trabalhista e assistencialista e passasse a adquirir uma conotação de direito de cidadania. O texto legal estabeleceu, como princípios básicos, a universalização, a equivalência de benefícios urbanos e rurais, a seletividade na concessão, a irredutibilidade do valor das prestações previdenciárias, a fixação do benefício mínimo em um salário mínimo, a equanimidade no custeio e a diversificação da base de financiamento, a descentralização e a participação da comunidade,

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

de trabalhadores, empregadores e aposentados na gestão (artigo 194 da Constituição). Assim sendo, a seguridade social passou a ser conceituada como “um contrato coletivo, integrante do próprio direito de cidadania, onde os benefícios seriam concedidos conforme a necessidade e o custeio seria feito segundo a capacidade de cada um” [ver Oliveira, Beltrão e Guerra(1997)].

Acesso a saúde e educação também foi garantido pela Constituição para toda a população, bem como assistência social para a população necessitada.<sup>10</sup> O ensino fundamental passou a ser obrigatório e gratuito, tendo sido assegurada, inclusive, a sua oferta para todos os que a ele não tiverem acesso na idade própria.

A Constituição de 1988 foi a primeira a contar com um título — da Ordem Social: Título VIII. Neste, o Capítulo VII refere-se às questões da família, da criança, do adolescente e do idoso. O artigo 230, por exemplo, ressalta que o apoio aos idosos é de responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, os quais devem assegurar a sua participação na comunidade, defender sua dignidade e bem-estar e garantir o seu direito à vida. Em seu primeiro inciso, o artigo estabelece que os programas de cuidados dos idosos serão executados preferencialmente em seus lares. O segundo inciso amplia para todo o território nacional uma iniciativa que já vinha sendo observada em alguns municípios, desde o início da década de 1980: a gratuidade dos transportes coletivos urbanos para os maiores de 65 anos.<sup>11</sup>

Embora a Constituição de 1988 tenha feito um grande avanço no que diz respeito ao papel do Estado na proteção do idoso, a família continuou sendo a principal responsável pelo cuidado da população idosa, podendo ser criminalizada caso não o faça. Isso foi inclusive objeto do título VII — Dos Crimes contra Família — Capítulo III, artigo 244, do Código Penal.

“Deixar, sem justa causa, de prover a subsistência do cônjuge, ou de filho menor de 18 (dezoito) anos ou inapto para o trabalho, ou de ascendente inválido ou maior de 60 (sessenta) anos (...)”.

Um outro ponto constitucional com relação à proteção dos idosos, já salientado por Machado (s.d.), diz respeito ao artigo 227 do capítulo VII. Este explicita a absoluta prioridade do direito à vida, entre outros, das crianças e dos adolescentes. No entanto, apesar de este artigo fazer parte do capítulo sobre a família, a criança, o adolescente e o idoso, este último foi totalmente marginalizado:

10. Os artigos 196 e 203 do Capítulo II da Seguridade Social, título “Da Ordem Social”, e o 208 do Capítulo III do mesmo título apresentam as deliberações.

11. Os municípios de São Paulo (Lei 9.651/83) e Aracaju (Decreto 59-83), por exemplo, contavam, desde 1983, com a isenção do pagamento de tarifas nos ônibus para as pessoas com mais de 65 anos.

“É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.”

Outro avanço da Constituição de 1988 pode ser visualizado no artigo 7º, do capítulo dos Direitos Sociais, no que diz respeito à proibição de diferenças de salário, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil. No entanto, a aposentadoria compulsória continua presente tanto nos regimes de previdência dos servidores públicos quanto dos privados, caracterizando uma discriminação no mercado de trabalho.

### 3.3 Os Anos 1990 e a Política Nacional do Idoso

Ao longo da década de 1990 foram regulamentados diversos dispositivos constitucionais referentes às políticas setoriais de proteção aos idosos. Em 1991, foram aprovados os Planos de Custeio e de Benefícios da Previdência Social. Dentre as modificações introduzidas pela nova legislação, destacam-se o estabelecimento das regras para a manutenção do valor real dos benefícios; a uniformidade dos riscos cobertos pela previdência, bem como o estabelecimento de valores mínimos e máximos dos benefícios concedidos para as clientela urbana e rural; a concessão de pensão também ao homem em caso de morte da esposa segurada; a introdução da aposentadoria por tempo de serviço proporcional à mulher; a redução da idade para concessão de aposentadoria por idade do trabalhador rural (homem) de 65 anos para 60 anos; e a concessão de aposentadoria por idade à mulher trabalhadora rural aos 55 anos.<sup>12</sup>

Em 1993, foram regulamentados os princípios constitucionais referentes a assistência social, com a aprovação da Loas (Lei 8.742, de dezembro de 1993). Essa lei estabeleceu programas e projetos de atenção ao idoso, em co-responsabilidade nas três esferas de governo, e regulamentou a concessão do benefício de prestação continuada às pessoas maiores de 70 anos de idade pertencentes a famílias com renda mensal *per capita* inferior a 1/4 do salário mínimo. Em 1998, a idade mínima para o recebimento do benefício foi reduzida para 67 anos e em 2004 para 65 anos.

Dando prosseguimento às diretrizes lançadas pela Constituição e fortemente influenciadas pelo avanço dos debates internacionais sobre a questão do

12. Por ocasião da aprovação dessa legislação foram levantados vários questionamentos sobre a sua viabilidade financeira e atuarial. Em janeiro de 1992, após grande polêmica em torno do pagamento do reajuste de valor de benefícios (de 47%) aos aposentados, foi criada pela Câmara dos Deputados uma comissão especial para estudo do sistema previdenciário, visando a um diagnóstico da situação e elaboração de novas propostas para discussão. No entanto, o período previsto coincidiu com o processo de *impeachment* do então presidente da República e grande instabilidade econômica, inviabilizando sua efetivação [ver Oliveira, Beltrão e Guerra (1997)].



envelhecimento, foi aprovada em 1994 (Lei 8.842) a Política Nacional do Idoso (PNI). Essa política consiste em um conjunto de ações governamentais com o objetivo de assegurar os direitos sociais dos idosos, partindo do princípio fundamental de que “o idoso é um sujeito de direitos e deve ser atendido de maneira diferenciada em cada uma das suas necessidades: físicas, sociais, econômicas e políticas”. Para a sua coordenação e gestão foi designada a Secretaria de Assistência Social do então MPAS, atualmente Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Foi criado, também, o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), que veio a ser implementado apenas em 2002.

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

A PNI também estabelece as competências das entidades e órgãos públicos. A implantação dessa lei estimulou a articulação e integração dos ministérios envolvidos<sup>13</sup> na elaboração de um plano de ação governamental para integração da PNI no âmbito da União. A operacionalização da política bem como das demais ações empreendidas no campo assistencial ocorre de forma descentralizada, através de sua articulação com as demais políticas voltadas para os idosos no âmbito dos estados e municípios e na construção de parcerias com a sociedade civil.

No plano da atenção à saúde, apenas em 1999 o Ministério da Saúde (MS) elaborou a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria 1.395/ GM do MS), não obstante a Loas ter sido promulgada em 1990 (Lei 8.080). Esta foi consequência do entendimento de que os altos custos envolvidos no tratamento médico dos pacientes idosos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não estavam resultando no real atendimento das suas necessidades específicas. A política apresenta dois eixos norteadores: medidas preventivas com especial destaque para a promoção da saúde e atendimento multidisciplinar específico para esse contingente.

---

13. Previdência Social, Promoção, Assistência Social e Combate a Fome, Educação, Justiça, Cultura, Trabalho e Emprego, Saúde, Esporte e Turismo, Planejamento, Orçamento e Gestão e das Cidades.

### 3.4 Século XXI: o Estatuto do Idoso

Até recentemente, a legislação relativa à atenção dos idosos permaneceu fragmentada em ordenamentos jurídicos setoriais ou em instrumentos de gestão política. Após sete anos de tramitação no Congresso Nacional, em 2003, foi sancionado o Estatuto do Idoso. Este apresenta em uma única e ampla peça legal muitas das leis e políticas já aprovadas. Incorpora novos elementos e enfoques, dando um tratamento integral e com uma visão de longo prazo ao estabelecimento de medidas que visam proporcionar o bem-estar dos idosos. A identificação do idoso como um subgrupo populacional demandante de regras específicas implica uma dupla condição em termos de direitos sociais. Como salientam Velazco e Romero (2000),<sup>14</sup> isso representa um fator de igualdade e de diferenciação para promover a igualdade substantiva vinculada à justiça social, que nada mais é do que a equidade entre partes desiguais.

A aprovação do Estatuto do Idoso representa um passo importante da legislação brasileira no contexto de sua adequação às orientações do Plano de Madri. De acordo com Uriona e Hakkert (2002), uma lei geral voltada especificamente para os idosos é consoante com a construção de um entorno propício e favorável para as pessoas de todas as idades.<sup>15</sup>

Esse novo instrumento legal conta com 118 artigos versando sobre diversas áreas dos direitos fundamentais e das necessidades de proteção dos idosos, visando reforçar as diretrizes contidas na PNI. O avanço se dá, principalmente, no que se refere à previsão sobre o estabelecimento de crimes e sanções administrativas para o não cumprimento dos ditames legais. No entanto, dentre as ações propostas pelo estatuto, duas apresentam um caráter controverso: a proibição da discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados para os maiores de 60 anos (ver artigo 15, parágrafo 3º) e a exclusão para fins de aferição dos critérios de elegibilidade do recebimento por parte de outros idosos membros da família do benefício assistencial no cômputo da renda familiar (artigo 34, parágrafo único).

A eliminação da discriminação etária nos planos de saúde é tida pelos seus gestores como um fator provável de seu encarecimento, pois os aumentos dos custos decorrentes do envelhecimento dos segurados passarão a ser compartilhados com os demais participantes dos planos. A exclusão no cômputo do recebimento dos benefícios de prestação continuada da renda da família é tida como um avanço social, pois a aferição de uma renda própria é entendida como um ganho em termos de cidadania e auto-estima por parte dos idosos. Por outro lado, a nova

14. *Apud* Uriona e Hakkert (2002).

15. Este constitui um dos três princípios do Plano de Ação para o Envelhecimento, de Madri.

regra é vaga no sentido de não precisar quais benefícios deverão ser desconsiderados do cômputo da renda familiar. Isso tem gerado interpretações diferentes e um número elevado de processos judiciais na solicitação do benefício.

A redução da idade para o requerimento do benefício assistencial, igualando a idade requerida para esse benefício com a idade requerida para o de aposentadoria por idade dos trabalhadores urbanos do sexo masculino, não foi muito bem aceita por uma parte dos economistas do setor público. Estes acreditam que ela pode agir como um fator de desincentivo para a contribuição ao sistema previdenciário, principalmente, entre os trabalhadores de baixa renda. Por outro lado, há que se reconhecer que esses trabalhadores (de baixa renda) encontram-se, em grande maioria, na informalidade, não podendo contar com uma renda estável, sendo-lhes praticamente impossível dispor, mensalmente, de 20% de sua renda para contribuir para o sistema previdenciário na condição de contribuinte individual. O maior desincentivo que esses indivíduos têm é a falta e/ou a instabilidade de renda.

Por fim, a questão do envelhecimento também aparece articulada com ações referentes ao meio ambiente e desenvolvimento sustentável e defesa do consumidor. A questão do meio ambiente, a partir da Agenda 21,<sup>16</sup> passou a ser entendida de forma mais ampla, integrada com outras questões estratégicas, tais como a geração de emprego e de renda, a diminuição das disparidades regionais e interpessoais de renda, as mudanças nos padrões de produção e consumo, entre outras. Nesse contexto, os grupos socialmente vulneráveis, entre estes, os idosos, são entendidos como “parceiros para o desenvolvimento sustentável”.

No que se refere à defesa dos consumidores idosos, além do Código de Defesa e Proteção do Consumidor, outras iniciativas foram levadas a cabo para a proteção específica desse subgrupo. Pode-se citar, por exemplo, a Lei Federal 8.926, de 8 de agosto de 1994, que tornou obrigatória a inclusão de advertências e recomendações nas bulas de medicamentos sobre seu uso por pessoas com mais de 65 anos de idade.

#### 4 AS POLÍTICAS SETORIAIS

Por políticas setoriais estão se considerando aqui, as políticas de renda (previdência e assistência social),<sup>17</sup> saúde, cuidados de longa permanência e integração social. São muitas as interfaces entre essas políticas. A atenção à saúde junto com o acesso

16. Documento elaborado por governos e instituições da sociedade civil de 179 países aprovado na Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (Cnumad), em 1992, no Rio de Janeiro.

17. Avaliação dessas duas políticas são objeto de vários trabalhos neste livro [ver Oliveira *et alii*; Beltrão *et alii*; Delgado e Cardoso Jr. e Saboia.

a renda atuam na promoção de maior independência física, psicológica e/ou financeira dos idosos. Já os cuidados de longa permanência são requeridos para aqueles que apresentam algum tipo de limitação física, mental ou econômica. As políticas de integração social perpassam todas as demais questões. Buscam construir um entorno favorável, onde os idosos possam desenvolver suas potencialidades e colaborar com o desenvolvimento e o crescimento da sociedade.

#### 4.1 Políticas de Renda

Um dos determinantes da qualidade de vida dos idosos é o seu acesso a recursos monetários. Como salienta Guzmán (2002), o acesso a renda permite, além da garantia de padrões mínimos de qualidade de vida, a ajuda às gerações mais jovens e a adoção de uma posição mais altruísta que lhes dá um maior sentido a suas vidas, inclusive experimentando maior valorização dentro da família e na sociedade.

Os principais benefícios pecuniários a que os idosos brasileiros têm acesso, hoje, fazem parte da política de seguridade social<sup>18</sup> delineada na Constituição de 1988. Pode se falar na existência de três regimes de previdência social e um de assistência social. O primeiro é composto por benefícios de caráter contributivo dirigido aos trabalhadores urbanos da iniciativa privada (RGPS)<sup>19</sup> e outro para os servidores públicos (RPPS). Estes, quando instituídos, faziam parte de uma política de criação de uma carreira de Estado e na sua criação eram não-contributivos para a aposentadoria. A contribuição era devida apenas para o pagamento da pensão por viuvez. A partir de 1993, esse regime passou a ser de natureza totalmente contributiva.<sup>20</sup>

Para os idosos mais necessitados, conta-se com um regime de assistência social,<sup>21</sup> mencionado neste trabalho e em outros neste livro.<sup>22</sup> Entre os dois situam-se os benefícios da previdência rural, cuja elegibilidade está condicionada ao trabalho no meio rural. São teoricamente contributivos, mas na prática o seu financiamento origina-se, principalmente, das contribuições urbanas.<sup>23</sup>

Vários trabalhos deste livro apontam para os efeitos não esperados da implementação das mudanças constitucionais relativas às políticas de renda nas

18. A Constituição de 1988 também incluiu saúde dentro da seguridade social.

19. Previdência social, Constituição Federal, artigo 201.

20. A natureza contributiva do RPPS foi regulamentada por meio da Ementa Constitucional, 3, de 1993. Para os servidores civis da União, foi estabelecida uma alíquota de contribuição de 11% sobre a totalidade da remuneração. Os militares, os servidores do Legislativo e do Judiciário contam com regimes especiais.

21. Assistência social, Constituição Federal, artigo 203.

22. Ver, neste livro, Saboia. Além deste, ver Beltrão, Camarano e Melo (2004) e Pasinato (s.d.).

23. Na realidade, existe uma pequena proporção de trabalhadores rurais que contribuem diretamente para a previdência social. Além disso, foi estipulada uma contribuição legal que consiste em uma alíquota sobre a primeira comercialização do produto agrícola (2,5%). O comprador é responsável por pagá-lo. Para mais detalhes, ver Beltrão, Camarano e Mello (2004).

condições de vida dos idosos, de suas famílias, especialmente, na redução da pobreza e do seu entorno no sentido mais amplo.<sup>24</sup> Estima-se que aproximadamente 16,7 milhões de famílias sejam beneficiados pela seguridade social. Esse alto valor caracteriza essas ações como uma política social moderna, capaz de resolver, pelo menos parcialmente, a questão da pobreza entre os idosos brasileiros [ver Barros, Mendonça e Santos (1999), Camarano (2003), entre outros].

Entretanto, o financiamento da seguridade social é uma questão não-equacionada. Perspectivas para a sua viabilidade futura têm sido objeto de intensos debates. Parece claro que as tradicionais maneiras de financiá-la não serão suficientes para lidar efetivamente com a população idosa do futuro crescendo a taxas relativamente elevadas, em um contexto de crescente informalização do mercado de trabalho e de baixo crescimento econômico.

Ao longo da década de 1990,<sup>25</sup> o Estado brasileiro se empenhou em promover progressivos ajustes ao sistema de previdência social, tendo, nos últimos anos, redefinido alguns parâmetros dos regimes, tanto no que se refere ao RGPS quanto ao RPPS, com o intuito de restringir o acesso aos benefícios, principalmente por meio de postergação da idade de requerimento do benefício, e, também, de atrelar o recebimento do benefício à contribuição.

A reforma previdenciária de 1998 (Emenda Constitucional, 20) modificou ambos os regimes (RGPS e RPPS) através da transformação da aposentadoria por tempo de serviço em aposentadoria por tempo de contribuição<sup>26</sup> e da eliminação da aposentadoria por tempo de serviço proporcional com a adoção de uma regra de transição para os já participantes dos sistemas. A fixação de um limite mínimo de idade, de 55 anos para as mulheres e de 60 anos para os homens, para o requerimento da aposentadoria por tempo de contribuição, no entanto, ficou restrita ao funcionalismo público.<sup>27</sup> Por outro lado, a Ementa Constitucional, 20 retirou

---

24. Ver, neste livro, por exemplo, Saboia, Delgado e Cardoso Jr., e Beltrão *et alii*, para uma análise de impacto dos benefícios de previdência rural e assistenciais na renda das famílias, e Camarano *et alii*, para avaliação dos demais benefícios.

25. Na verdade, ajustes ao sistema têm sido uma constante na sua história. Um dos exemplos é o aumento da alíquota de contribuição paga pelos empregadores. Esta passou de 3% em 1930 para em torno de 22% (dependendo da atividade da empresa) da folha de salários nos dias atuais. Mudanças freqüentes resultam em perda da credibilidade do sistema, porque têm atingido toda a população participante. Ajustes devem ser feitos, dadas as constantes mudanças demográfica na estrutura de mercado de trabalho, no ritmo de crescimento da economia, mas para os futuros ingressantes.

26. No caso dos servidores públicos, implicou a eliminação da contagem de tempo fictício. Por exemplo, licença-prêmio não gozada era contada em dobro para fins de aposentadoria.

27. O texto previu regras de transição para os participantes do sistema, que consistiu de um adicional de 20% do tempo ainda restante para a aposentadoria integral na data da promulgação da emenda ou de 40% no caso da aposentadoria proporcional. Foi também estabelecido um limite mínimo de idade de 48 anos para mulheres e 53 anos para homens durante a transição. Esse limite foi mantido para os trabalhadores do setor privado apenas para os benefícios proporcionais. Não se estabeleceu um limite de idade para o requerimento do benefício integral para os trabalhadores do setor privado.

do texto constitucional a regra de cálculo dos benefícios de aposentadoria por tempo de contribuição e por idade para os trabalhadores da iniciativa privada. Isso permitiu, que com a aprovação da Lei 9.876 em 1999, a regra para o cálculo desses benefícios fosse alterada através da criação do “fator previdenciário”.<sup>28</sup>

De acordo com Oliveira, Guerra e Cardoso (2000), essa fórmula representa um mecanismo importante redutor dos déficits do sistema previdenciário, apesar de gerar crescentes iniquidades, principalmente de gênero. Comparada com a situação vigente no momento da reforma, a nova fórmula reduz os benefícios masculinos em 33,9% e os femininos em 43,9%. Além disso, como mostrado neste livro por Beltrão *et alii*, a reforma já conseguiu alguns resultados no sentido de postergar a idade à aposentadoria.

Pretendeu-se com a Ementa Constitucional, 41, de 2003, promover a equidade entre os regimes (RGPS e RPPS). No entanto, estes ficaram ainda mais distanciados. Para o funcionalismo público, as principais medidas aprovadas foram: a redução do valor da pensão por morte, introdução da contribuição dos inativos para os que recebem aposentadorias superiores a R\$ 2.400, redução de 5% no valor das aposentadorias proporcionais para cada ano que o servidor deseje antecipar o requerimento do benefício.<sup>29</sup> Para os trabalhadores do setor privado, a alteração verificada refere-se ao aumento do teto de contribuição. Isto, por um lado, implica um incremento das receitas no curto prazo, ao aumentar a base de incidência das contribuições.<sup>30</sup> Por outro lado, não resolve a questão do equilíbrio orçamentário no longo prazo, já que os valores dos benefícios também serão calculados sobre patamares mais altos.

A legislação dos benefícios rurais não experimentou nenhuma mudança desde a regulamentação dos dispositivos constitucionais em 1991. Por outro lado, a implementação das diretrizes da Loas, como mencionada anteriormente, tem resultado num aumento expressivo na demanda por benefícios assistenciais. O limite de idade para esses benefícios foi reduzido de 70 anos para 67 anos em 1998. Como resultado, o número de benefícios assistenciais em manutenção cresceu de 88.085 para 311.177, entre 1997 e 1999. Em janeiro de 2004, a idade mínima foi reduzida para 65 anos. Isso já provocou um impacto no crescimento do fluxo de novas concessões. Comparando-se os quatro primeiros meses de 2003 com igual

28. Para a aposentadoria por idade é facultativa a adoção do fator previdenciário.

29. Válida apenas para os já participantes do regime. Altera as regras de transição da emenda constitucional 20, que extinguiu o benefício proporcional.

30. Na verdade, o aumento das receitas de contribuição no curto e médio prazos não é muito expressivo, pois se refere apenas à parte do empregado. As empresas já contribuíam sobre a totalidade dos salários de seus empregados.

período em 2004, nota-se um aumento de mais de três vezes no volume das concessões de novos benefícios assistenciais [ver Beltrão, Camarano e Mello (2004)].

Tem-se observado, também, uma concomitante tentativa de reestruturação do marco legal do regime de previdência complementar, como forma de promover o setor e possibilitar a criação de uma cultura de previdência privada. Assume-se ser esta necessária para o desenvolvimento e expansão dos mercados financeiros e para a criação de incentivos à formação de poupança para investimentos produtivos com prazos longos de maturação.

A análise do debate sobre a crise do sistema previdenciário e as medidas decorrentes têm se pautado, não só no Brasil, por uma visão da crise como de natureza exclusivamente contábil, e uma insolvência de fato ou iminente é a sua única motivação. As duas reformas em curso nos anos 1990 não levaram em conta as transformações no mercado de trabalho, tais como a retração do emprego, a informalização generalizada e a precarização em que a alternância entre a condição de trabalhador ocupado e desocupado é cada vez mais freqüente, tornando impossível para os indivíduos honrarem as obrigações em geral e, portanto, com o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

Algumas conseqüências já podem ser antecipadas: a não solução da questão do financiamento e o aumento da pressão sobre os benefícios assistenciais. O trabalho mencionado de Oliveira *et alii*, neste livro, apresenta, também, uma previsão de necessidades adicionais de financiamento do sistema. A depender do crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) e dos reajustes do salário mínimo, a proporção dessas necessidades pode variar de 1,3% a 3,9% do PIB em 2030.

Considerando que o financiamento da assistência social advém do orçamento da seguridade social, é pouco provável que todos esses trabalhadores sem condição de se aposentar venham a ser cobertos pela assistência social. Quer dizer, teme-se que as “reformas” contribuam para o aumento da vulnerabilidade dos idosos do futuro.<sup>31</sup>

Parece claro, portanto, que as tradicionais maneiras de financiar a seguridade social não serão suficientes para lidar efetivamente com a população idosa do futuro em um contexto de crescente informalização da economia. A busca de solução para o seu financiamento deve levar em conta outras formas de captação de recursos, bem como de sua distribuição. Além disso, sugere-se que qualquer

---

31. A preocupação com os impactos que as reformas empreendidas em vários países da América Latina possam vir a ter no aumento das demandas por benefícios assistenciais já foi manifestada em um documento do Banco Mundial (2004). Essa preocupação baseia-se na observação do crescimento da proporção da população ocupada não-contribuinte para o sistema de países com longa tradição previdenciária, como a Argentina.

tentativa de mudança do sistema atual considere os efeitos não-esperados dos avanços da seguridade social nas condições de vida dos idosos, de suas famílias e do seu entorno no sentido mais amplo, o que está bastante documentado em vários capítulos deste livro.

#### **4.2 Políticas de Saúde**

Os padrões de morbimortalidade da população idosa diferem radicalmente dos observados para o restante da população, o que requer que estes sejam alvo de políticas de saúde especiais. Caracterizam-se, primordialmente, por enfermidades crônicas, que resultam em um consumo maior de consultas médicas, internações hospitalares (número e tempo de permanência), exames periódicos, medicamentos etc.<sup>32</sup> Por outro lado, desde 1997, a OMS tem recomendado que os programas de envelhecimento e saúde considerem o envelhecimento como uma parte do ciclo vital, o que implica não considerar os idosos como um grupo estático, separado do resto da população [Sayeg e Mesquita (2002)].

O crescimento nas despesas com saúde provocadas pelo envelhecimento e a necessidade de promoção da saúde com vistas ao envelhecimento ativo coloca um desafio para as autoridades sanitárias, especialmente no que tange à implantação de novos modelos e métodos de planejamento, gerência e prestação de cuidados [Veras (2003)].

Esta subseção está dividida em duas partes. Inicia-se com uma descrição do sistema de saúde brasileiro e, na segunda, apresentam-se as principais estratégias do governo brasileiro no campo da saúde do idoso.

##### **4.2.1 O sistema de saúde brasileiro**

O atual sistema de saúde no Brasil baseia-se em três formas de contratação de serviços:

- a) público, com serviços prestados pelo SUS cuja cobertura é universal;
- b) planos de saúde privados pré-pagos por empresas, famílias e indivíduos (clientela fechada); e
- c) contratação direta dos serviços pelos indivíduos.

A atenção à saúde passou a ser universal e de responsabilidade do Estado com a promulgação da Constituição de 1988. Anteriormente, o MS responsabilizava-se pelas ações do tipo preventivas para toda a população. Os demais serviços de

---

32. Para uma análise dos custos de saúde para a população idosa brasileira, consulte, neste livro, o capítulo de André Nunes.



saúde (ações de natureza curativa) faziam parte dos serviços oferecidos aos segurados dos planos de previdência pelo Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Alguns estabelecimentos filantrópicos prestavam serviços a famílias pobres e a indigentes [Marques (1999)].

De maneira geral, pode-se dizer a política de saúde brasileira excluía os trabalhadores rurais e os do setor informal urbano, além dos pobres e indigentes. Era dirigida, particularmente, aos trabalhadores do setor formal, o que caracterizava, segundo Santos (1979),<sup>33</sup> a política social brasileira de até então, uma política de “cidadania regulada”. O direito a um serviço de saúde dependia da posse de uma carteira de trabalho.

A Constituição de 1988 reformou o sistema de saúde por meio da criação do SUS. A saúde passou a ser definida como um direito de todos e dever do Estado. Foram estabelecidos os princípios, as diretrizes e a organização das ações e serviços de saúde. As principais diretrizes foram: descentralização das ações e serviços com direção única em cada esfera do governo; integralidade no atendimento com prioridade para as atividades preventivas; e participação da comunidade como mecanismo para efetivar o controle social do sistema.

De acordo com Marques (1999), não obstante a intenção do Estado brasileiro de estabelecer um único sistema de saúde, o que se tem na prática são dois ou mais sistemas funcionando, o que resulta em uma segmentação de assistência. Um dos resultados é a institucionalização de um modelo dual de bem-estar social, representado por dois pólos: os trabalhadores dos setores econômicos de ponta cobertos pelo sistema privado de saúde e os trabalhadores vinculados aos setores economicamente mais empobrecidos, os desempregados, que são os dependentes do sistema público de saúde [Elias (1996)].<sup>34</sup>

É difícil conhecer a proporção da população brasileira que utiliza os serviços de saúde da rede pública. Os suplementos especiais das pesquisas nacionais por amostra de domicílios (PNAD) de 1981 e 1998 perguntaram para as pessoas que foram hospitalizadas no ano anterior à pesquisa em que rede hospitalar (pública e privada) elas o fizeram. Reconhece-se a dificuldade da comparação temporal dessas informações, pelo fato das mudanças no sistema de saúde público, bem como na ampla disseminação dos planos de saúde pré-pagos em curso no país desde os anos 1980, aqui considerados como gastos privados e, ainda, pelo fato de o SUS também contratar serviços na rede privada.<sup>35</sup> Reis (2000) estimou que os gastos

---

33. *Apud* Draibe (1989).

34. *Apud* Marques (1999).

35. Para uma bibliografia sobre a evolução dos planos de saúde, ver Oliveira, Beltrão e Médici (1993).

privados dos idosos com saúde são equivalentes a 8% do total de gastos privados com saúde.

Os avanços na política de saúde brasileira não se ativeram apenas a sua universalização e descentralização. O Brasil conquistou também importantes avanços no campo da saúde, com uma mudança do paradigma de atendimento. O modelo de atendimento passou de especializado e hospitalocêntrico<sup>36</sup> para um mais voltado para o atendimento primário ou atenção básica.

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

O PSF coloca a necessidade de uma atenção especial aos idosos. Essa atenção pode se efetivar através de medidas promocionais de proteção específica, da identificação precoce dos agravos de saúde mais freqüentes e sua intervenção, bem como por medidas de reabilitação voltadas para evitar a sua separação do convívio familiar e social [Silvestre e Costa Neto (2003)]. Isso representa um avanço em termos de um modelo de saúde, pois como salientado por Lloyd-Sherlock (2002), os idosos são normalmente associados a doenças crônicas e tratamentos dispendiosos sem que se leve em consideração as potenciais contribuições que um atendimento primário de saúde possa ter para a redução dos custos.

Os “presumidos” elevados custos de saúde da população idosa são, em parte, decorrentes do modelo de saúde adotado. Os custos de se financiar uma população idosa com uma alta incidência de doenças crônico-degenerativas serão muito maiores do que o de financiar uma população ativa e saudável. Quer dizer, a forma como os serviços de saúde são organizados numa sociedade é um determinante importante desses custos [Lloyd-Sherlock (2002)]. Medidas preventivas na área da saúde,<sup>37</sup> como, por exemplo, as voltadas para o envelhecimento saudável e para a manutenção da capacidade funcional, podem melhorar a qualidade de vida da população idosa e postergar a demanda pelos cuidados de longa permanência.

36. “Este tipo de modelo trazia poucos resultados na solução dos problemas de saúde da grande maioria da população, dado seu alto custo, sua baixa cobertura e sua distância do quadro nosológico real” [Oliveira, Beltrão e Médici (1993,p.52)].

37. Estima-se, por exemplo, que a diminuição de hospitalizações no período de inverno dos anos de 2000 e 2001, devido às campanhas de vacinação contra gripe, seja da ordem de 77,6% segundo os dados do MS [Brasil (2002)].

#### 4.2.2 A política nacional de saúde dos idosos

Como mencionado, a Política Nacional de Saúde do Idoso foi criada pelo MS como parte da PNI, em 1999. Essa política considera que “o principal problema que pode afetar o idoso, como conseqüência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária” [MS (2002, p. 15)].

Levando isso em consideração, as principais diretrizes traçadas foram: promoção do envelhecimento saudável; manutenção da capacidade funcional; assistência às necessidades de saúde do idoso; reabilitação da capacidade funcional comprometida; capacitação de recursos humanos especializados; apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e apoio a estudos e pesquisas sobre o tema.

De acordo com a PNI, cabe ao setor saúde prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas a promoção, proteção e recuperação da saúde; o desenvolvimento da cooperação entre as esferas de governo e entre os centros de referência em geriatria e gerontologia; a inclusão da geriatria como especialidade clínica para efeito de concurso público; e a realização de estudos e pesquisas na área.

#### 4.3 Cuidados de Longa Permanência

Cuidados de longa permanência dirigem-se aos idosos que perderam parte de sua autonomia física e mental e a família não possui meios financeiros, físicos ou emocionais para a prestação dos cuidados necessários. Em geral, são os mais idosos. As ações governamentais nessa modalidade de atenção são, quase sempre, de caráter assistencial. São formuladas em nível federal, mas executadas, na sua maioria, de forma descentralizada em parcerias que envolvem os estados, os municípios e a sociedade civil. O papel do Estado consiste em prover os serviços para os idosos de baixa renda,<sup>38</sup> regular e fiscalizar as instituições privadas que prestam esses serviços.

Cuidar de pessoas com necessidades especiais, como idosos dependentes, não é uma tarefa nova. O que se observou ao longo do século XX foi uma progressiva transferência de uma atividade tradicionalmente desenvolvida no espaço privado das famílias para o espaço público ou estatal. Isso pode ser atribuído ao aumento da participação da mulher na força de trabalho, o que reduz as suas possibilidades de “cuidadora” natural; as transformações observadas nos núcleos familiares, onde se destaca a quebra dos laços de solidariedade familiar associada ao processo de migração e urbanização, a redução do tamanho das famílias e o

38. Idosos com 65 anos ou mais que não possuam meios para prover sua própria subsistência ou de tê-la provida por sua família.

surgimento de grandes instituições hospitalares e/ou assistenciais para a prestação de serviços de atenção integral aos idosos, tais como asilos, albergues, abrigos ou casas de repouso [Wanderley *et alii* (1998)].

Cuidados institucionais não constituem uma prática generalizada nas sociedades latinas. No entanto, a demanda por esse tipo de cuidado está aumentando em todo o mundo como resultado das transformações já citadas.<sup>39</sup> As restrições a essa prática são de várias ordens: custos financeiros e sociais elevados e baixa eficiência e eficácia dessa modalidade de atenção em relação aos seus benefícios. É consenso entre as mais variadas especialidades científicas que a permanência dos idosos em seus núcleos familiares e comunitários contribui para o seu bem-estar. O texto constitucional brasileiro de 1998 assinala como preferencial que os programas de amparo aos idosos sejam executados em seus lares.<sup>40</sup> Ao envelhecer, os indivíduos defrontam-se com várias rupturas, tais como a aposentadoria, a viuvez, a morte de amigos e a proximidade de sua própria morte. O quadro pode ser agravado se parte dos idosos for acometida por redução na sua capacidade de execução das atividades da vida diária (AVD), o que compromete a sua autonomia.

No âmbito da PNI, em 2001, a Secretaria de Estado de Assistência Social estabeleceu normas de funcionamento de serviços sociais de atendimento ao idoso brasileiro. Uma das propostas foi a mudança dos paradigmas nas várias modalidades de atendimento, definindo parcerias, promovendo a integração intersetorial e a co-responsabilidade do Estado, da sociedade e da família.<sup>41</sup>

As novas formas de organização dos serviços de atenção aos idosos levam em conta as necessidades dos idosos, sejam elas funcionais, financeiras e/ou sociais. Podem ser agrupadas, segundo Diogo e Duarte (2002), em três modalidades, que variam de acordo com o local em que são operacionalizadas:

a) Ambiente domiciliar

Com o objetivo de estimular a permanência do idoso com algum nível de dependência na sua própria família<sup>42</sup> ou em famílias que estejam dispostas a acolher idosos abandonados pela família natural,<sup>43</sup> a estratégia adotada é a oferta de uma

39. Em alguns países do mundo desenvolvido, políticas têm sido desenvolvidas para ampliar a cobertura dos cuidados de longa permanência para a população idosa. Na Alemanha (1994) e no Japão (2000), por exemplo, foram criados seguros obrigatórios [O'Shaughnessy (2002)]. Nos países com sistemas de proteção social mais amplos, como os escandinavos, além de uma tradicional maior disponibilidade de serviços sociais (creches, asilos, atendimentos domiciliares), é previsto um benefício pecuniário para os cuidadores dos idosos, como forma de recompor as perdas decorrentes de seu afastamento do mercado de trabalho [Denmark (2002)].

40. Parágrafo 1º do artigo 230, da Constituição Federal de 1988.

41. Portaria 73, de 10 de maio de 2001, da Secretaria de Estado de Assistência Social do MPAS.

42. Modalidade residência em família natural.

43. Modalidade residência em família acolhedora.

suplementação financeira à família com recursos insuficientes para a manutenção do idoso e visitas domiciliares de cuidadores especializados.

Ainda dentro dessa modalidade de cuidado no ambiente domiciliar, uma outra alternativa, vislumbrada no programa, é a de “residência em repúblicas”. É uma alternativa para idosos independentes.

*b) Ambiente comunitário*

Nessa modalidade, são oferecidas moradias no caso de “residência em casa-lar,” atendimentos prestados durante todo o dia nos centros-dia e desenvolvimento de atividades que promovam a sociabilidade em “centros de convivência”. No primeiro caso, encontram-se alternativas de residência para pequenos grupos de idosos, que estão sós ou afastados do convívio familiar e com renda insuficiente para a sua sobrevivência.

Os centros-dia são um programa de atenção integral às pessoas idosas que, por suas necessidades e/ou de seus familiares, não podem ser atendidas nos seus próprios domicílios. Possibilita à pessoa idosa ser atendida durante o dia e retornar à noite para sua residência, propiciando a manutenção dos vínculos familiares, a sua socialização a custos financeiros mais baixos do que o atendimento institucional.

Os centros de convivência consistem em atividades que visam ao fortalecimento de atividades associativas, produtivas e de promoção da sociabilidade. Visam contribuir para a autonomia, o envelhecimento ativo e saudável, a prevenção do isolamento social e a geração de renda. Em parceria com o governo federal, o Sesc implementou centros de convivência em 25 estados brasileiros, atendendo aproximadamente a 100 mil idosos.<sup>44</sup>

*c) Ambiente integral institucional*

São atendimentos prestados por instituições asilares, prioritariamente, aos idosos sem família, em situação de vulnerabilidade. São oferecidos serviços de atenção biopsicossocial, em regime integral, priorizando o vínculo familiar e a integração comunitária. São classificados em submodalidades de acordo com a forma do atendimento:

Modalidade I. Destinada a idosos independentes para as atividades da vida diária, mesmo que necessitem utilizar algum equipamento de auto-ajuda.

Modalidade II. Dirigida a idosos dependentes e independentes que necessitem de ajuda e cuidados especializados, com acompanhamento e controle adequado de profissionais da área da saúde.

---

44. Acessível em: <[www.sesc.com.br](http://www.sesc.com.br)>, em 30/7/2004.

Modalidade III. Voltada para idosos dependentes que necessitem de assistência total em, pelo menos, uma atividade da vida diária.

De acordo com o MDS (atual ministério responsável pelo programa) o programa de “atendimento à pessoa idosa” descrito atendeu, em 2002, a 306.703 famílias de idosos, o que correspondeu a aproximadamente 2,5% do total de famílias com idosos. Em relação a 2001, observou-se um incremento de 5,6 mil famílias atendidas. De acordo com dados da Gerência de Atenção à Pessoa Idosa do MDS, existem, atualmente, 24.964 idosos institucionalizados nas redes conveniadas com o ministério.

A legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa é bastante avançada. No entanto, a prática tem se mostrado pouco satisfatória. Em 2002, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados publicou o relatório intitulado *V Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma Amostra da Realidade dos Abrigos e Asilos de Idosos no Brasil*. De acordo com o relatório, existiam aproximadamente 19 mil idosos institucionalizados em todo o país, o que representa aproximadamente 0,14% do total de idosos brasileiros. No entanto, como salientado pelo documento, é de se esperar que esse número seja bastante maior se se levar em conta que muitas das instituições asilares não são cadastradas e, possivelmente, grande parte delas funcione na clandestinidade. A maior ausência do poder público não reside, no entanto, na insuficiência presumida do número de vagas existentes e sim nas péssimas condições em que se encontram essas instituições, ou seja, na falta de uma supervisão adequada.<sup>45</sup>

Um avanço importante do Estatuto do Idoso (artigo 35) foi o de estabelecer a obrigatoriedade de se firmar um contrato de prestação de serviços entre as entidades (asilos e similares) e os idosos. Foi facultada às instituições a cobrança de contribuições por parte dos idosos, mas limitada a 70% da sua renda.

Em um contexto de baixa cobertura dos programas de cuidados institucionais, como o Brasil, a preparação da família para o cuidado dos idosos destaca-se como uma alternativa mais viável, principalmente, em virtude da escassez de recursos financeiros. Tanto a PNI quanto a Política Nacional de Saúde do Idoso enfatizam a necessidade de que os cuidadores informais recebam treinamentos básicos referentes a cuidados com a higiene pessoal, medicação de rotina etc. Além disso, salientam a

---

45. Ver um parágrafo da apresentação do referido relatório de autoria do Deputado Marcos Rolim: “Muitas dessas casas são, apenas, pequenos e modestos empreendimentos privados pelos quais seus proprietários auferem renda. Para isso, apropriam-se das aposentadorias e pensões e outros benefícios dos internos; muitas vezes manipulando diretamente os cartões bancários de seus clientes e a generosidade da comunidade envolvida em campanhas beneficentes. Outras instituições manifestam o resultado de um espírito filantrópico que se imaginou auto-suficiente. Nesses casos, a boa intenção costuma ser rapidamente ultrapassada pelas carências e dificuldades oferecidas aos próprios internos por conta da ausência absoluta de qualquer profissionalismo, seja na administração da Casa, seja no cuidado com os idosos. Tanto numa quanto noutra situação, o que temos são depósitos de pessoas desassistidas.”

necessidade da formação de núcleos de apoio, que permitam a troca de experiências entre os cuidadores, com vistas a evitar tanto o isolamento dos idosos quanto dos próprios cuidadores.

A preparação da família para o cuidado dos idosos conta com a participação ativa da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), através da Pastoral da Terceira Idade. A Pastoral da Terceira Idade da Diocese de Cornélio Procópio, por exemplo, realiza, desde 1996, o curso de cuidador informal de idosos com o objetivo de orientar familiares de idosos dependentes. A Pastoral da Terceira Idade realiza, também, um serviço de acompanhamento domiciliar, mensal, através dos líderes comunitários, encaminhando, quando necessário, os idosos para a rede básica de saúde ou outras entidades. O programa procura orientar os idosos sobre a importância das atividades físicas e cuidados básicos com a alimentação e saúde.

No último trimestre de 2003, o programa atendia a 1.380 comunidades, em 23 dos 27 estados brasileiros, com um acompanhamento mensal de 33.215 idosos em 25.263 famílias [CNBB (2004)]. Em relação a 2001, observou-se um acréscimo de 549 comunidades, 10 estados, 12.519 idosos e 9.348 famílias beneficiadas. Nesse último ano, aproximadamente 1/3 das pessoas que trabalhavam no programa era voluntário com mais de 60 anos de idade [Brasil (2002)].

Uma outra experiência pioneira de assistência domiciliar no país foi a do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. No início dos anos 1990, a equipe gerontogerátrica desse hospital implantou medidas para a preparação do paciente e do familiar acompanhante durante o período de internação, visando à alta futura e aos cuidados especiais que esta requereria. O modelo vem sendo aprimorado e implementado em diversas instituições públicas e privadas em todo o país [Yuaso (2002)].

#### **4.4 Integração Social**

Políticas públicas com vistas à integração social dos idosos também podem ser entendidas como parte de um programa de promoção de um envelhecimento saudável e ativo como preconizado pelos Planos de Ação para o Envelhecimento de Viena e Madri. A incorporação de estratégias de integração social em um plano de ação para a população idosa é relativamente nova [Zunzunegui *et alii* (2003)]. Essas estratégias pressupõem que a última etapa da vida deve ser desfrutada em condições de estabilidade econômica e pessoal, através de uma ativa participação na vida familiar e social e com uma boa avaliação da própria saúde. Essa visão contrapõe-se ao estereótipo de que a idade avançada é apenas uma fase da vida marcada pela senescência e preparação para a morte.

Algumas das ações que visam a esse objetivo são as iniciativas de associativismo, que apresentam um alto grau de interação do Estado com a sociedade civil. As experiências podem ser entendidas desde a esfera das relações de trabalho, como, por exemplo, as associações de aposentados, até a promoção das relações intergeracionais.

Esta subseção descreve as estratégias de ação referentes à integração social dos idosos em três áreas: educação e cultura, esporte e turismo e atividades relacionadas às associações de aposentados e pensionistas.

#### 4.4.1 Educação e cultura

As principais atividades consideradas nesta subseção são ações voltadas para a educação complementar, que visam suprir as carências na formação dos idosos e as que buscam o seu aperfeiçoamento profissional e valorização social.

O primeiro espaço para a realização de atividades educativas e culturais voltadas para os idosos no Brasil surgiu no Sesc de São Paulo em 1963. A primeira escola aberta para a terceira idade ocorreu por iniciativa do corpo técnico desse mesmo Sesc, projeto iniciado em 1977. Essa equipe já contava com a experiência de um centro de convivência, uma iniciativa também pioneira do Sesc. Contou com o apoio da Universidade de Toulouse — primeira universidade aberta para a terceira idade no mundo [Nunes (2000)].

“Escolas e universidades abertas para a terceira idade” são espaços voltados para a congregação da população idosa. Tem por objetivos a valorização do idoso e a criação de uma imagem positiva que resgate o seu conhecimento como fonte de saber e a abertura de possibilidades para a ampliação de sua escolaridade em um sentido amplo. Guerreiro (1993)<sup>46</sup> ressalta que: “Além dos conhecimentos ali ministrados e a possibilidade de uma profissionalização, a Universidade para a Terceira Idade cria o que se poderia chamar de uma ‘cultura da terceira idade’ (...). O termo ‘cultura da terceira idade’ é um conjunto de valores e práticas voltados para a demonstração de que é possível ser jovem em qualquer idade.”

Consta do registro do Ministério da Educação a existência, em 2002, de 85 instituições de nível superior envolvidas com o desenvolvimento de atividades voltadas para a terceira idade no Brasil. Destas, 52 são públicas e 33 de iniciativa privada. A maior parte está localizada na região Sudeste [Brasil (2002)].

Oportunidades para o desenvolvimento de habilidades individuais e de geração de renda, como, por exemplo, as atividades artesanais, são incentivadas pelas Secretarias de Assistência Social (e congêneres) dos estados e municípios da região Nordeste.

---

46. *Apud* Debert (1999).



As atividades lúdicas também se apresentam como importantes mecanismos de integração da população idosa. Em 1993, por exemplo, o Sesc desenvolveu o projeto “Era uma vez...”, que apresenta um caráter socioeducativo de integração intergeracional — crianças, jovens e idosos — tendo por fio condutor a literatura infantil. Em 2000, esse projeto já tinha sido implementado em 13 departamentos regionais do Sesc [CRE (2000)].

A internet já aparece como uma rede alternativa de integração social para a população idosa. Os idosos têm sido, também, solicitados a responder às demandas tecnológicas e, principalmente, do mundo digital e computacional. Ainda que a porcentagem da população com acesso ao microcomputador seja pequena, especialmente nessa faixa etária, são vários os portais de informação destinados a esse público. Os sítios direcionados para a terceira idade prestam informações sobre os mais variados assuntos: estética, direito dos idosos (inclusive as especificidades legais), benefícios sociais (aposentadorias e pensões), turismo, cultura e lazer, salas de “bate-papo” onde os idosos podem trocar suas experiências etc.

Em todos os programas analisados, no entanto, verifica-se um viés de gênero. Debert (1999, p. 139), referindo-se à experiência brasileira, ressalta que os programas de convivência para a terceira idade mobilizam, sobretudo, o público feminino. “A participação masculina raramente ultrapassa os 20% e o entusiasmo manifestado pelas mulheres na realização das atividades propostas contrasta com a atitude de reserva e indiferença dos homens. Essa desproporção tem preocupado os estudiosos dos programas, que apontam, com razão, os limites das explicações que se reduzem a constatar que as mulheres vivem mais do que os homens.”

Os idosos contam também com uma série de descontos em atividades culturais e artísticas. Embora isso já fosse uma prática em vários municípios e estados brasileiros, o Estatuto do Idoso ampliou para todo o território nacional um desconto de pelo menos 50% sobre o valor dos ingressos para eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer, além do acesso preferencial aos locais dos eventos (Estatuto do Idoso, artigo 23).

#### **4.4.2 Associações de aposentados e pensionistas**

O trabalho nas sociedades industriais é uma das mais importantes formas de integração social. Nesse sentido, a participação dos idosos em associações de aposentados representa uma forma importante de manutenção de seu vínculo com o mercado de trabalho. Como salientado por Simões (2000), as manifestações de protesto contra o arrocho dos benefícios previdenciários, ocorridas entre 1991 e 1992 (a mobilização pelos 147%, como ficou conhecida) transformaram os idosos aposentados e pensionistas na maior categoria “profissional” do país.

As associações de aposentados e pensionistas surgiram em função da desagregação dos interesses dos trabalhadores ativos e inativos das categorias profissionais quando da unificação do sistema previdenciário. No entanto, a sua estrutura mantém a mesma conformação da organização sindical brasileira, de onde grande parte dos seus dirigentes é egressa. A Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (Cobap) congrega, atualmente, aproximadamente 800 entidades filiadas por todo o território nacional entre federações e entidades de base. As principais atividades dessas confederações dizem respeito à prestação de informações sobre os direitos dos aposentados e sobre o andamento dos processos na justiça.<sup>47</sup>

A participação de idosos em associações de aposentados e pensionistas e/ou por categoria profissional, ao contrário do observado em atividades como as dos centros de convivência, dos clubes da terceira idade e das universidades da terceira idade, é predominantemente masculina. Como salientado por Debert (1999), a obtenção de dados sobre a participação feminina nesses movimentos não é muito freqüente, o que pode ser entendido como uma herança da baixa participação das mulheres no mercado de trabalho no passado recente.

#### 4.4.3 Esportes e turismo

O incentivo à prática de atividades físicas tem por objetivo a promoção da saúde dos idosos. O Ministério do Esporte, em parceria com a sociedade civil, desenvolve o projeto “Vida Ativa na Terceira Idade”, que é implantado e mantido em núcleos de atendimento e desenvolvimento de atividades físicas e lazer.

A tabela a seguir apresenta alguns indicadores de desempenho. Observa-se um crescimento de núcleos de atendimento em um número maior de estados e municípios. O resultado é um aumento na cobertura dos idosos atendidos. Em 2002, o programa passou a integrar um novo programa — “Esporte e Lazer da Cidade” —, voltado para todas as idades.

INDICADORES DE DESEMPENHOS: VIDA ATIVA NA TERCEIRA IDADE — 1999-2002

	1999	2000	2001	2002 <sup>a</sup>
Idosos atendidos	3.560	15.611	18.915	30.000
Núcleos	36	93	116	350
Estados	4	11	12	17
Municípios	9	48	43	100

Fonte: Ministério do Esporte. Acessível em: <[www.esporte.gov.br](http://www.esporte.gov.br)>

<sup>a</sup> Os dados para 2002 são baseados em projeções.

47. Acessível em: <[www.cobap.hpg.ig.com.br](http://www.cobap.hpg.ig.com.br)> em 03/08/2004.

No âmbito do turismo, o Ministério do Turismo em parceria com os clubes da melhor idade,<sup>48</sup> desenvolve o programa “Melhor Idade”. Este tem por objetivo melhorar o aproveitamento da infra-estrutura do turismo na baixa temporada. A implementação do programa fica a cargo dos clubes mencionados, onde são programadas atividades artísticas, culturais, recreativas, bem como viagens preparadas por agências credenciadas pela Empresa Brasileira de Turismo (Embratur), a custos reduzidos. De acordo com a Associação Brasileira dos Clubes da Melhor Idade (ABCMI), são 50 mil os filiados a essa instituição. Estes, através do pagamento de uma anuidade de R\$ 20, podem comprar pacotes turísticos abaixo do preço de mercado [ver *Folha de S.Paulo* (3 de novembro de 2003)].

De acordo com a presidente da ABCMI, Nadir Parigot, muito ainda pode ser feito para o desenvolvimento desse mercado potencial. “Enquanto nos Estados Unidos, a terceira idade representa 80% do turismo doméstico, esse número cai para 20% no Brasil” [*Folha de S.Paulo* (03 de novembro de 2003)].

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: UMA SOCIEDADE PARA TODAS AS IDADES?

Nas últimas duas décadas muito se avançou na questão do envelhecimento populacional tanto no que se refere à agenda internacional quanto à nacional. A legislação incorporou grande parte das sugestões das assembléias internacionais. No entanto, fica pendente a necessidade de que essas leis se façam valer no cotidiano dos idosos brasileiros.

Até meados do século passado, a idade avançada estava associada a carências de renda, em função da incapacitação para o trabalho e do surgimento de limitações físicas e mentais. Ou seja, os idosos teriam a sua autonomia comprometida por restrições de renda e/ou de saúde. Ainda que estes sejam os dois determinantes principais das suas condições de vida, o desenvolvimento dos sistemas de seguridade social tem desempenhado importante papel para a construção do bem-estar dos indivíduos nessa etapa da vida.

Os idosos constituem um segmento bastante heterogêneo, como bem demonstrado em vários capítulos deste livro e nos próprios marcos teóricos constantes dos Planos de Ação das Nações Unidas (Plano de Viena de 1982 e Plano de Madri de 2002). O período denominado “velhice” cobre atualmente um espectro de até 30 anos de vida, o que coloca necessidades de políticas diferenciadas.

Em um contexto de crescentes restrições fiscais, parte da literatura sobre políticas para a população idosa fala da existência de um determinismo demográfico

---

48. Sociedades civis sem fins lucrativos que funcionam como centros de convivência.

onde uma parcela cada vez menor da população, composta por indivíduos em idade ativa, ver-se-ia cada vez mais sobrecarregada para arcar com a responsabilidade da manutenção da população idosa. Um possível conflito intergeracional, no que concerne à formulação de políticas públicas, deve ser entendido em um contexto mais amplo sobre a necessidade de se repensar os mecanismos de proteção social vigentes nas várias sociedades (ver o capítulo de Goldani, neste livro). Não se pode perder de vista o principal amálgama social — a solidariedade — em nenhuma de suas modalidades — intergeracional, familiar, social — ao pensar mecanismos viáveis para a promoção do bem-estar social.

As políticas para a população idosa devem promover a solidariedade entre gerações. Isso significa equilibrar as prioridades das necessidades dos idosos com a de outros grupos populacionais.

O Plano de Madri estabelece como uma de suas três metas a ativa participação dos idosos na sociedade e no desenvolvimento econômico. Isso significa que qualquer política dirigida à população idosa deve fazer parte de uma política nacional de desenvolvimento sustentável, objetivando o bem-estar de toda a população. Um primeiro passo requer o ajuste das atuais políticas e instituições públicas — mercado de trabalho, seguridade social e políticas para redução da pobreza —, tendo em vista o aumento relativo da população idosa e a possibilidade de sua inserção como um insumo para o desenvolvimento. Políticas para manutenção da renda e proteção social, com vínculo contributivo ou não, são essenciais para a prosperidade econômica e a coesão social.

A primeira questão levantada é a de que aumentar empregos para idosos significa aumentar empregos de uma forma geral. Ou seja, uma política de emprego deve desempenhar um papel importante nas políticas macroeconômicas. Também, para estimular a participação dos idosos, o Estado deverá introduzir estratégias para prevenir a discriminação no mercado de trabalho, tais como a aposentadoria compulsória, tanto quanto promover políticas de mercado de trabalho ativas, tais como promovendo e atualizando a qualificação da população idosa que é, em geral, muito baixa. A participação do idoso não deve concorrer com a participação de outros grupos etários. Já foi sugerido por Guzmán (2002) que o aumento na participação do idoso no mercado de trabalho requer um mercado de trabalho mais flexível. Trabalhos mais flexíveis devem ser combinados com aposentadorias mais flexíveis.

Para o alcance do segundo princípio do Plano de Madri, são necessárias políticas que promovam melhorias na saúde desde a infância e que se prolonguem ao longo da vida. Dentre elas, citam-se a promoção à saúde, o acesso universal aos

serviços de saúde pública ao longo da vida e, em decorrência, a consideração da importância de fatores ambientais, econômicos, sociais, educacionais, dentre outros, no aparecimento de enfermidades e incapacidades. São necessários, também, programas de capacitação de profissionais nas áreas de geriatria, gerontologia e de serviços sociais.

Finalizando, para que as políticas voltadas para o envelhecimento populacional possam ser efetivas é necessário que elas apresentem uma abordagem integrada em seus diversos setores específicos: saúde, economia, mercado de trabalho, seguridade social e educação.

### BIBLIOGRAFIA

- ALVES J. A. A conferência do Cairo sobre população e desenvolvimento e o paradigma de Huntington. *Revista da Abep*, v. 12, p. 1-2, 1995.
- ARANÍBAR, P. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. *Población y Desarrollo*, n. 21, Santiago do Chile, Chile: Cepal, 2001.
- BANCO MUNDIAL. *Averting the old age crisis: policies to protect the old and promote the growth*. Washington, D.C., 1994.
- . *Keeping the promise of old age income security in Latin America*. Washington, D.C., 2004.
- BARROS, R. P. de, MENDONÇA, R., SANTOS, D. Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil. In: CAMARANO, A. A. (org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.
- BELTRÃO, K. I., CAMARANO, A. A., MELLO, E. J. Mudanças nas condições de vida dos idosos rurais brasileiros: resultados não esperados dos avanços da Seguridade Rural. *Texto apresentado no I Congresso da Associação Latino-Americana de População*, Caxambu, MG, 18-20 de setembro, 2004.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 1998.
- . *Informe nacional brasileiro*. Elaborado para a II Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento. Madri, Espanha, 2002.
- . Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados *V Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma Amostra da Realidade dos Abrigos e Asilos de Idosos no Brasil*.
- CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Fiocruz, Rio de Janeiro: v. 19, n. 3, maio/jun. 2003.
- CAMARANO, A. A. The impact of changes in brazilian legislation on non-contributory pensions for family well-being and development. *Texto apresentado em Forum de Valencia*, Valência, Espanha: 1-4 de abril de 2002.
- . Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Estudos Avançados*, v. 17, n. 49, 2003.

- . *Brazilian population ageing: differences in well-being by rural and urban areas*. Rio de Janeiro: IPEA, 2002b (Texto para Discussão, 878).
- CAMARANO, A. A., PASINATO, M. T. *Envelhecimento, condições de vida e política previdenciária: como ficam as mulheres?* Rio de Janeiro: IPEA, 2002 (Texto para Discussão, 883).
- CNBB. *Situação de abrangência da 3ª idade*. Coordenação Nacional da Pastoral da Terceira Idade, Curitiba, mar. 2004.
- DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, Fapesp, 1999.
- DELGADO, G., CARDOSO Jr., J. C. *A universalização de direitos sociais no Brasil: a previdência rural nos anos 90*. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.
- DENMARK. *Questionnaire on health and long-term care for the elderly*. Ministry of the Interior and Health and Ministry of Social Affairs and Gender Equality, Aug. 2002.
- DIOGO, M. J. E., DUARTE, Y. A. O. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: FREITAS, E. V. de et alii (orgs). *Tratado de geriatria e gerontologia*, p. 762-767, 2002.
- DRAIBE, S. As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas. In: *Para a década de 90: prioridades e perspectivas de políticas públicas*. IPEA/Iplan, 1989.
- FOX, L., PALMER, E. *New approaches to multipillar systems: what in the world is going on?* 2000, mimeo.
- GOLDMAN, S. N. *Universidade para terceira idade: uma lição de cidadania*. Olinda, Pernambuco: Editora Livro Rápido, 2003.
- GUZMÁN, J. M. *Redes de apoio social, comunitário e familiar en personas adultas mayores*. Programa de Envelhecimento e Desenvolvimento. Celade, Divisão de População Cepal, Nações Unidas. Santiago, Chile, 2002.
- HELPAGE INTERNATIONAL (ed.). Ageing and development: the message in HelpAge International. *The ageing and development report. Poverty, independence and the world's older people*. Londres, 1999.
- KNODEL, J., OFSTEDAL, M. B. Notes and commentary on gender and aging in the developing world. *Population and Development Review*, New York, v. 29, n. 4, 2003.
- LLOYD-SHERLOCK, P. Ageing, development and social protection: a research agenda. *Texto apresentado em UNRISD Meeting on Ageing, Development and Social Protection*, Valência, Espanha, 1-4 de abril de 2002.
- MACHADO, L. M. *História da gerontologia na sociedade brasileira e perspectivas para o século XXI*. Mimeo (s.d.).
- MARQUES, R. M. *O financiamento do sistema público de saúde brasileiro*. Santiago do Chile: Cepal, 1999 (Série Financiamiento Del Desarrollo, 82).
- MESA-LAGO, C. As reformas da seguridade social na América Latina e os posicionamentos dos organismos internacionais. *Conjuntura Social*, Brasília: MPAS, v. 8, 1997 (edição especial).
- MIRKIN, B., WEINBERG, M. B. *Technical meeting on population ageing and living arrangements of older persons: critical issues and policy responses*. ONU: Divisão de População/Desa, 2000.

- MPAS. Benefício assistencial de prestação continuada (BPC-Loas). *Manual de Orientação*. Brasília, DF, 01.01.1999 a 31.07.2000.
- MS. *Redes estaduais de atenção à saúde do idoso. Guia operacional e portarias relacionadas*. Série A, Brasília, DF, 2002 (Normas e Manuais Técnicos).
- NAÇÕES UNIDAS. *Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento*. Viena, Áustria, 1982 (Resolución 37/51).
- . *Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento*. Madrid, Espanha, 2002 (Resolución 57/167).
- NERI, A. L., CARVALHO, A. M. L. O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: FREITAS, E. V. de *et alii* (orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia*, p. 778-790, 2002.
- NUNES, A. Os custos do tratamento da saúde dos idosos no Brasil. In: CAMARANO, A. A. (org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.
- NUNES, A. T. G. L. Serviço social e universidade da terceira idade: uma proposta de participação social e cidadania para os idosos. *Textos sobre Envelhecimento*, Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, n. 5, Ano 3, p. 1-97, 2000.
- OLIVEIRA, F. E. B. de, BELTRÃO, K. I., GUERRA, M. F. *Reforma da previdência*. Rio de Janeiro: IPEA, 1997 (Texto para Discussão, 508).
- OLIVEIRA, F. E. B. de, BELTRÃO, K. I., MÉDICI, A. *Seguridade social no Brasil: histórico e perspectivas*. Genebra: OIT, 1993.
- OLIVEIRA, F. E. B. de, BELTRÃO, K. I., PASINATO, M. T. M. *Reforma estrutural da previdência social: uma proposta para assegurar proteção social e equidade*. IPEA, 1998. (Texto para Discussão, 690).
- OLIVEIRA, F. E. B. de, GUERRA, M., CARDOSO, F. P. Uma avaliação das reformas recentes do regime de previdência. *Anais do XII Encontro da ABEP*, Minas Gerais, 2000.
- ONU. *Relatório preparado pelo Conselho Econômico e Social para o comitê preparatório da Segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento*, 2001.
- O'SHAUGHNESSY, C. *Trends in long term care financing in selected countries*. Testimony before the Senate Special Committee on Ageing, June 20, 2002. Acessível em: <<http://aging.senate.gov/events/hr85co.pdf>>.
- PASINATO, M. T. M. *Reforma do sistema previdenciário brasileiro: a previdência complementar e o papel do estado*. FGV: Ebape, 2001 (Dissertação de Mestrado em Administração Pública).
- . *Políticas públicas voltadas para os idosos no Brasil* (s.d.).
- REIS, C. O. O. O gasto dos idosos em saúde: sinal dos tempos. *Como Vai? População Brasileira*, n. 1, Ano V, IPEA, 2000.
- SAYEG, M. A., MESQUITA, R. A. V. Políticas públicas de saúde para o envelhecimento. In: FREITAS, E. V. de *et alii* (orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia*, p. 1.083-1.089, 2002.
- SESC. *Boletim do Centro de Referência do Envelhecimento*, n. 09, Ano II, 2000.
- SILVESTRE, J. A., COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Fiocruz, v. 19, n. 3, maio/jun. 2003.

- SIMÕES, J. A. A maior categoria do país: o aposentado como ator político. In: BARROS, M. M. L. (org.). *Velhice ou terceira idade?* 2ª ed. Fundação Getulio Vargas, 2000.
- . Provedores e militantes: imagens de homens aposentados na família e na vida pública. In: PEIXOTO, C. E. (org.). *Família e envelhecimento*. Rio de Janeiro, UERJ/FGV, 2004.
- TORNEL, I. G. *El plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento*. Celade/Cepal, *Textos Regionales sobre el Envejecimiento: Estudio Comparado*, 2002.
- TROISI, J. Aging in a changing world: older persons as a resource. In: CALLEJA, J. (ed.). *Meeting the challenges of ageing populations in the developing world*. Malta: Instituto Internacional para o Envelhecimento das Nações Unidas, 1995.
- URIONA, J. L., HAKKERT, R. *Legislación social sobre adultos mayores en América Latina Y el Caribe*. 2002, mimeo.
- VELAZCO, M. M., ROMERO, M. C. *Nueva visión del adulto mayor. La Habana, perspectiva y realidad*, 2000.
- VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, maio/jun. 2003.
- WANDERLEY, M. B. *et alii*. *Publicização do papel do cuidador domiciliar*. IEE/PUC-SP e MPAS, 1998.
- YUASO, D. R. Cuidar de cuidadores: resultados de um programa de treinamento realizado em domicílio. In: NERI, A. L. (org.). *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas, (SP): Ed. Alínea, 2002.
- ZUNZUNEGUI, M. V. *et alii*. Condiciones y estilos de vida. In: ENGLER, T., PELAEZ, M. B. (eds.). *Mas vale por viejo*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2003.