
RELATÓRIO NACIONAL BRASILEIRO SOBRE O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

1 - Introdução - Contextualização do envelhecimento da população mundial: as conferências sobre temas sociais da ONU; a Constituição de 1988.

2 - Brasil - Aspectos econômicos, políticos e sócio-culturais

3 - Condições da vida da população idosa brasileira

3.1 - Introdução

3.2 - Evolução demográfica

3.2.1 - Participação do idoso na população brasileira

3.2.2 - A feminilização da velhice

3.2.3 - Solidão na velhice

3.3 - Inserção do idoso na família

3.4 - Mortalidade

3.4.1 - Níveis

3.4.2 - As causas de morte entre a população idosa

3.5 - Condições de saúde

3.5.1 - O Estado de saúde da população idosa brasileira

3.5.2 - Deficiência física e mental

3.6 - A Inserção do idoso no mercado de trabalho

3.6.1 - Taxa de atividade

3.6.2 - Taxa de atividades por idade

3.6.3 - Horas trabalhadas

3.6.4 - A ocupação

3.6.5 - O idoso aposentado que trabalha

3.7 - Rendimentos

3.7.1 - Visão geral

3.7.2 - Fonte dos rendimentos

3.8 - Sumário dos resultados

4 - Processo de construção do marco legal - da política nacional do idoso

4.1 - Processo histórico - gênese e evolução

4.2 - Plano de ação governamental para o desenvolvimento da PNI

4.3 - Atividades atribuídas pela PNI aos Ministérios integrantes

4.3.1 - Ministério da Justiça

4.3.2 - Ministério da Previdência e Assistência Social

4.3.3 - Ministério da Educação

4.3.4 - Ministério da Cultura

4.3.5 - Ministério da Saúde

4.3.6 - Ministério do Trabalho e Emprego

4.3.7 - Ministério do Esporte e Turismo

4.3.8 - Secretaria de Desenvolvimento Regional

4.3.9 - Ministério do Transporte

5- Avanços no atendimento ao idoso no Brasil - benefícios, serviços de ação continuada, programas e projetos

5.1 - Considerações gerais

5.2 - Ministério da Justiça

5.3 - Ministério da Previdência e Assistência Social

5.4 - Secretaria de Estado de Assistência Social

5.4.1 - No âmbito da gestão

5.4.2 - No âmbito do atendimento das políticas de proteção social/Assistência Social

5.4.3 - Programas e projetos

5.4.4 - Fóruns e conselhos do idoso

5.4.5 - Caminhada pelo envelhecimento saudável

5.5 - Secretaria de Previdência Social

5.6 - Ministério da Saúde

5.6.1 - Política Nacional de Saúde do Idoso

5.7 - Ministério da Educação

5.7.1 - Considerações gerais

5.7.2 - As ações do Ministério da Educação

5.7.3 - O apoio do ministério às políticas voltadas para a população idosa

5.8 - Ministério do Esporte e Turismo

5.9 - Ministério do Trabalho e Emprego

5.10 - Ministério da Cultura

5.11 - Ministério do Transporte

6 - Sociedade civil: entidades ou organizações não governamentais

7- Considerações finais

Introdução

A segunda Assembléia Mundial sobre Envelhecimento deverá realizar-se de 8 a 12 de abril, em Madri. A primeira Assembléia das Nações Unidas especificamente dedicada ao tratamento daquele tema realizou-se em 1982, em Viena. O período de vinte anos que separa uma da outra ressalta os contrastes das circunstâncias históricas em que ocorreram. Com efeito, enquanto a primeira das Assembléias teve lugar num tempo marcado, no plano internacional, pelas tensões da Guerra Fria e, regionalmente, pela prevalência de regimes de exceção, a segunda acontecerá num horizonte caracterizado pelo fim do sistema bipolar, pelo progressivo fortalecimento das democracias e pelo fenômeno da globalização.

Além desse quadro de acontecimentos que definem o momento atual em contraste com aquele de há vinte anos, um outro fato situa de maneira especial a próxima realização da segunda Assembléia Mundial sobre Envelhecimento: ela ocorrerá num contexto próprio, após o denso do ciclo de conferências das Nações Unidas sobre temas sociais da década de noventa. Aquele ciclo de conferências - a " Cúpula Mundial sobre a Criança (Nova York, 1990), a Conferência sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio de Janeiro, 1992), a Conferência sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), a Cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Social (Copenhague, 1995), a Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing, 1995), a Conferência sobre Assentamentos Humanos (Istambul, 1996), e a Cúpula Mundial sobre Alimentação (Roma, 1996) - parecia ter avançado, até quase o esgotamento, a consideração da totalidade dos temas sociais.

Antes de 1977, a questão do idoso não era focalizada pela Assembléia Geral nem pelas agências especializadas da Organização das Nações Unidas. O tema era referido de maneira marginal na Organização Internacional do Trabalho (OIT), na Organização Mundial da Saúde (OMS) e na Organização para a Educação, a Ciência e a Cultura da ONU (UNESCO), como parte de suas atividades especializadas, sem, contudo, ocupar em qualquer desses foros um lugar central. Foi naquele ano que o Conselho Econômico e Social (ECOSOC) adotou a resolução 32/132, pela qual convidava os Estados Membros a examinar a conveniência de se convocar uma assembléia mundial sobre envelhecimento. Um ano mais tarde, a Assembléia Geral da ONU, em sua 33ª Sessão, adotou a resolução 33/52, pela qual decidiu convocar uma Assembléia Mundial com vistas a servir de foro para a consideração do tema do envelhecimento e para elaborar um plano de ação internacional com o objetivo de garantir a segurança econômica e social do idoso, bem como a identificação de oportunidades que contribuiriam ao desenvolvimento nacional .

Cento e vinte e quatro Estados se fizeram representar à primeira Assembléia Mundial sobre Envelhecimento, que se realizou no período de 26 de julho a 6 de agosto de 1982, em Viena. Em verdade, o tema do envelhecimento adquirira importância crescente a partir do momento em que se percebeu, pela projeções das estatísticas, que em cinqüenta anos o número de idosos superaria a marca do bilhão, sendo que três quartas partes daquele total pertenceriam a países em vias de desenvolvimento. Já naquela época dizia-se que essa tendência era o resultado dos controles de natalidade (e o conseqüente envelhecimento da população), da redução da mortalidade infantil, bem como da diminuição da incidência nefasta de uma séria de doenças infecciosas. A importância do fenômeno demográfico-social parecia deslocar-se, assim, dos países desenvolvidos para os países em vias de desenvolvimento.

Tendo em conta que a Assembléia sobre envelhecimento constituiu o primeiro foro global intergovernamental a tratar do problema da dinâmica da redistribuição dos grupos etários nas pirâmides populacionais dos países, esperava-se, no começo dos anos 80, alcançar consenso com relação aos princípios básicos para o tratamento da questão, à luz da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Algumas delegações lembraram, na ocasião, que a Assembléia Mundial sobre Envelhecimento ocorria num preocupante contexto político, econômico e social e que o idoso, por ser mais vulnerável, tenderia a sofrer mais do que os seres humanos de outras faixas etárias as conseqüências do colonialismo, neocolonialismo, racismo e práticas de apartheid. A menção ao colonialismo, racismo e apartheid deriva do marco de referência sobre direitos humanos consubstanciados na Conferência Internacional sobre aquele tema, que se realizou em 1968, em Teerã, à época do Xá Reza Pahlevi. Convocada vinte anos após a adoção da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em Paris, em 1948, a Conferência de Teerã - além de revisitar o caminho percorrido para incorporar no sistema internacional os princípios consagrados naquela Declaração - iria concentrar seus trabalhos nas questões candentes à época da descolonização e das questões dela derivadas como, por exemplo, a eliminação de todas as formas de discriminação racial e das práticas da política de apartheid. Como se pode observar, a preocupação com o idoso surgia como resultado de tendências demográficas bem marcadas e de uma situação de conflito. Não era, ainda, um tema propriamente desvinculado de outros, que à época pareciam, para muitos, de tratamento mais urgente.

O Plano Internacional de Ação sobre Envelhecimento que veio a ser adotado pela primeira Assembléia Mundial sobre Envelhecimento consta de um total de sessenta e seis recomendações sobre diversos temas, como os da saúde, assistência social, habitação, transportes, previdência, trabalho e educação. É importante recordar que a maioria desses temas era tratada na ONU em Comissões de natureza econômica - de maneira subordinada - ou política - "no sentido estrito do

termo, concernentes às formas de exercício do poder estatal, sem claras implicações sociais", como lembra o Embaixador Lindgren Alves em livro recentemente publicado. Faltava ainda, portanto, àquela altura, alçar os temas sociais ao mesmo status dos temas políticos e econômicos. Os direitos humanos tampouco recebiam tratamento adequado. Os resultados da Conferência de Teerã terão ficado aquém da expectativa de observadores que buscavam encontrar, em meio às tensões do cenário internacional bipolar, um projeto essencialmente humanista que gerasse esperança de mudanças profundas no sistema-mundo. O problema parecia residir na própria redação do artigo 13 da Proclamação de Teerã - o documento mais importante daquela Conferência - pelo qual a indivisibilidade dos direitos humanos e das liberdades fundamentais parecia condicionar-se à consecução dos direitos econômicos. A subordinação dos direitos humanos e dos temas sociais à perspectiva economicista seria aclamada pelos regimes de exceção, que empregavam a equivocada fórmula de que primeiro seria necessário fazer crescer o bolo, para depois poder dividi-lo num segundo tempo que não chegava nunca. Num quadro de tensões, todos os direitos e as liberdades seriam relegados a um segundo plano de pouca visibilidade. Os direitos dos idosos não seriam exceção.

Vinte anos depois, a realização da segunda Assembléia Mundial sobre Envelhecimento ocorrerá num contexto totalmente diferente. No plano internacional, o quadro de referência sobre direitos humanos passa a ser a Conferência das Nações Unidas sobre Direitos Humanos, realizada em 1993, em Viena. Ao contrário da Conferência de Teerã, a de Viena contou com numerosa assistência de organizações não-governamentais (mais de oitocentas entre aquelas sem e com status consultivo no âmbito do Conselho Econômico e Social da Organização das Nações Unidas). Nesse contexto, ganha importância a parceria existente entre o Estado e a sociedade civil na consideração de todos os temas, que, desse modo, são imbuídos de uma visão antropocêntrica. Finalmente, os direitos humanos adquirem importância própria, desvinculados da necessidade de subordiná-los a outros temas ou valores. Recorde-se que em decorrência das recomendações da Conferência de Viena, o Poder executivo estabeleceu uma Secretaria de Estado dos Direitos Humanos de nível hierárquico equivalente ao ministerial e, no âmbito do Ministério das Relações Exteriores, criou-se o Departamento de Direitos Humanos e Temas Sociais. No plano interno brasileiro, o quadro de referência é a Constituição de 1988, que ademais de seu caráter social "(...) tem orientação internacionalista jamais vista na história constitucional brasileira. Essa orientação internacionalista se traduz nos princípios de prevalência dos direitos humanos, da autodeterminação dos povos, do repúdio ao terrorismo e ao racismo e da cooperação entre os povos para o progresso da humanidade (...)" (versão preliminar do Primeiro relatório Brasileiro à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher).

Além daqueles dois quadros de referência de caráter político que distinguem a época atual daquela em que se realizou a primeira Assembléia Mundial sobre Envelhecimento, há ainda, no Brasil, uma circunstância econômica favorável ao atendimento de reivindicações sociais. Um dos grandes males do país, até meados dos anos 90, vinha pelo lado da economia, por intermédio do chamado "imposto inflacionário", que tinha o agravante de não ter sido aprovado pelo Congresso Nacional. Para o segmento da população brasileira sem acesso à reposição das perdas inflacionárias por meio de mecanismos de indexação, esse era, com certeza, o mais cruel dos impostos, pois ao reduzir continuamente o valor da moeda impunha uma barreira quase intransponível para a superação da pobreza.

À política de estabilização econômica deve-se o fato concreto da eliminação do imposto inflacionário, com o resultado imediato de redução percentual significativa da pobreza com respeito ao total da população brasileira. A proporção da população classificada abaixo da linha da pobreza diminuiu de 40% no início da década de 90 para 33% em 1999.¹ Trata-se, sem dúvida, de uma conquista social sem precedentes na história do Brasil.

Exame dos índices sociais mostram que no período de 1994 a 2001 houve significativa melhora nas áreas de direitos humanos, saúde, educação, trabalho e desenvolvimento rural. Além do fator econômico decorrente da estabilização da moeda, a mudança positiva deve-se ao novo perfil adotado por mais de quarenta programas sociais governamentais em andamento, que se caracterizam pela estreita parceria entre o Estado e a sociedade civil em suas fases de elaboração e execução. Recorde-se que no esforço desenvolvido ao longo dos últimos anos para o aperfeiçoamento da ação do Governo e da sociedade civil na promoção e proteção dos direitos humanos tem sido essencial guiar-se pelo preceito constitucional da descentralização do Estado, pela necessidade lógica de tornar mais dinâmica e visível a participação de segmentos não-governamentais interessados na construção, em parceria, de uma sociedade mais justa, e pela multiplicação de espaços abertos de interlocução Estado/sociedade civil dedicados à formulação de estratégias para a superação da pobreza e da exclusão social.

Não obstante as dificuldades explícitas e implícitas na implementação de uma estratégia desse porte, em especial num país em desenvolvimento, tem sido possível alcançar êxitos importantes e muito animadores. Os diversos programas sociais conduziram a resultados cujos benefícios são multiplicados em virtude das oportunidades novas criadas pela política de estabilização e pela crescente interlocução/ parceria Estado/sociedade civil. O conjunto dessas ações políticas e programas constitui a mais clara demonstração das mudanças cruciais em curso

¹ Utilizou-se a linha de pobreza definida pelo IPEA que em 1999, considerava como pobre as famílias cuja renda familiar per capita era inferior a R\$100,83

na sociedade brasileira, que permitirão, espera-se que em prazo bem mais curto, superar as marcas da desigualdade e da injustiça que caracterizam a formação histórica do Brasil.

Não é demasiado assinalar a preocupação dos brasileiros com os impactos negativos de crises externas, que parecem reverberar com mais intensidade no sistema-mundo caracterizado pelo fenômeno da globalização. Ao mesmo tempo em que passamos a incorporar em nossa agenda política a consideração e o tratamento dos direitos humanos e dos temas sociais, temos procurado, nos foros internacionais, promover mudanças estruturais fundamentadas na necessidade da prevalência dos valores humanos e sociais sobre a lógica pura do mercado, não necessariamente voltada para o atendimento dos anseios de importantes segmentos em vulnerabilidade social. Em suma, fazer avançar o tratamento de questões sociais, dever interno de cada Estado, não é algo que possa ser feito de maneira abstrata, isoladamente do funcionamento da economia internacional crescentemente globalizada.

"O Brasil não é um país pobre; é um país injusto". Com essa frase, o Presidente Fernando Henrique Cardoso resumiu a dura herança recebida, decorrente do atraso histórico brasileiro, que reclama, para a reversão de seus efeitos deletérios, a ação decidida, consciente e responsável de todos os cidadãos. Mudar um estilo de vida enraizado é algo que leva no mínimo uma vida. Mudar um país é um processo histórico, plurigeracional, que se estende além do período de um ou dois mandatos presidenciais. Hoje há sinais claros e irreversíveis de que os elementos de mudança passaram a se sobrepor aos elementos de permanência e conservação. Este relatório, o primeiro que o Brasil submete à consideração do sistema das Nações Unidas sobre o tema do envelhecimento, procura retratar o processo de mudanças que vem alimentando uma parte importante da realidade brasileira: aquela relativa ao tratamento integral da questão dos idosos.

O presente relatório é resultado de um trabalho de parceria entre o Estado e a sociedade civil. Os cinco primeiros capítulos e o último são de responsabilidade do Estado. O capítulo sobre sociedade civil é de responsabilidade da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), do Serviço Social do Comércio (SESC), da Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (COPAB), da Associação Nacional de Gerontologia (ANG), e da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). Foram realizadas duas reuniões no Instituto Rio Branco, coordenadas pelo Itamaraty, com ampla participação de entidades do Estado e da sociedade civil

Capítulo 2 - Brasil: características sócio-econômicas

1. Aspectos gerais

O Brasil é um país de dimensões continentais. Ocupa uma área de 8.547.403,5 km², situada em grande parte ao sul do Equador. Seus limites se estendem por uma linha de 23.086 km, dos quais 15.719 correspondem à fronteira com outros países da América do Sul e 7.367 com o Oceano Atlântico.

Em termos político-administrativos, o país está organizado sob a forma de uma República Federativa formada por 26 estados e o Distrito Federal, onde se localiza Brasília, a capital. Os estados brasileiros, por sua vez, são constituídos por 5.561 municípios.

A população brasileira, de acordo com o último censo demográfico realizado em 2000, aproximou-se da marca de 170 milhões de habitantes, dos quais 82% moram em áreas definidas como urbanas. Nos anos setenta, projetava-se que a população brasileira ultrapassaria os 200 milhões de habitantes no ano 2000. A diminuição da fecundidade, no entanto, reduziu o ritmo de crescimento populacional e levou a um envelhecimento dessa população. Como resultado, o Brasil deixou de ser um país predominantemente de jovens, passando a ser um país com uma pirâmide etária mais concentrada na faixa da "meia idade". Este processo foi resultado de elevadas taxas de crescimento vegetativo no passado, seguido de um processo de declínio ainda no final dos anos sessenta. A taxa atual de fecundidade total é de 2,1 filhos por mulher no final do período reprodutivo, enquanto a esperança de vida ao nascer é de 68,6anos.

A economia brasileira, medida pelo Produto Interno Bruto, encontra-se entre as dez maiores do mundo.² A diversidade geográfica da distribuição dos recursos naturais e das formas de ocupação do território brasileiro permitem que os estados sejam agrupados em cinco Grandes Regiões caracterizadas pela dominância de certo número de características comuns (físicas, humanas, econômicas e sociais), que as tornam bem distintas uma das outras. O mapa 1 ilustra essa divisão. A tabela 1 apresenta algumas características sócio-econômicas e demográficas para o país como um todo e para cada uma das cinco grandes regiões.

² De acordo com o relatório do Banco Mundial (2000/1), o Brasil ocupava em 1999 a oitava colocação em termos de produto.

REGIÕES BRASILEIRAS

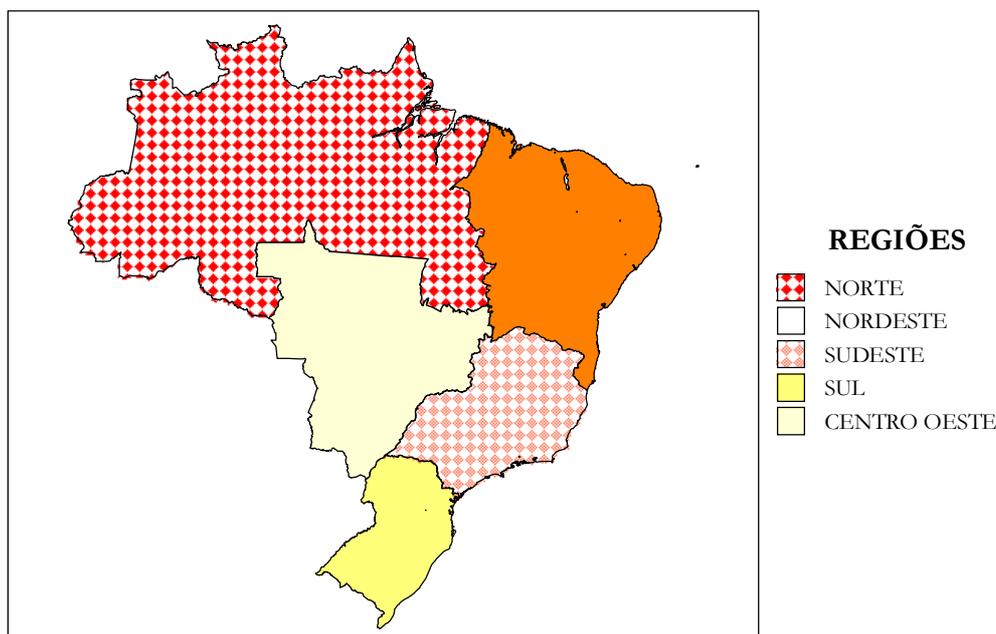


Tabela 1 - Algumas Características das Grandes Regiões

	Brasil	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul
População	169.543.612	7,62%	28,12%	6,85%	42,62%	14,79%
População Idosa	14.621.060	5,40%	27,50%	46,00%	15,80%	5,30%
Área (%)	100,00	42,25	18,22	18,87	10,86	6,77
Densidade Demográfica	19,87	3,34	30,60	7,20	77,92	44,42
População Urbana (%)	81,22	69,70	69,04	86,73	90,52	80,93
Renda per capita	254,73	183,63	141,03	274,58	322,34	290,62
Taxa de Fecundidade	2,11	2,42	2,43	2,00	1,85	2,22
Taxa de Mortalidade	34,60	34,10	53,00	24,50	24,40	20,70
Esperança de Vida ao	67,56	64,69	64,49	66,81	68,92	69,99
Taxa de Analfabetismo**	13,30	11,60	26,60	10,80	7,80	7,80
PIB (%)****	1.086.669.881,00	4,60	13,40	7,10	57,60	17,20

Fonte: IBGE - Censo Demográfico de 2000; Pesquisa Nacional por Amostra de 1999: microdados. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. 1 CD-

* Média dos anos de 1997, 1998 e

** Referente ao ano de 1999 - Por 1000 Nscidos

*** Foi feita uma extrapolação da Contagem de 1996 para se achar os dados referente a

**** A distribuição entre as regiões se refere-se ao ano de 1995 e o valor (em R\$) para o Brasil ao ano de

A primeira região em extensão territorial é a Norte, que abrange 42% do território nacional e inclui a maior parte da Amazônia brasileira. Não obstante o objetivo almejado pelas políticas do Governo Federal a partir da década de sessenta visando a ocupação da Amazônia (construção de

grandes rodovias como a Belém-Brasília e a Transamazônica; programas de colonização; criação da zona franca de Manaus, etc), em 2000 apenas 7,6% da população nacional vivia naquela região; a sua densidade demográfica não ultrapassava 3,3 hab/km². A Região Centro-Oeste, a segunda maior região do país em extensão territorial, é a que tem a segunda menor ocupação em termos populacionais. A sua ocupação se intensificou nos anos sessenta, tendo como atrativos a disponibilidade de terras agrícolas e a construção de Brasília. A baixa densidade populacional dessas duas regiões reflete o processo histórico de povoamento do Brasil, que privilegiou a ocupação ao longo da costa, situada a leste.

A região brasileira economicamente dominante é a do Sudeste. Em 2000, detinha 42,6% da população total, 38,7% da população urbana, 57,6% do produto total e aproximadamente 2/3 do Produto Industrial. O Sudeste abriga as três maiores regiões metropolitanas e o maior parque industrial do país. A Região Sul também é uma região economicamente importante, contribuindo com aproximadamente 17,2 % do produto nacional, e 14,8% da população. A região Nordeste se caracteriza por ser a segunda região mais povoada do país e apresentar a mais baixa renda per capita.

2. Aspectos sócio-econômicos

O Brasil se destacou na década de setenta com um modelo de desenvolvimento econômico dinâmico, caracterizado por um crescimento rápido e com poucas discontinuidades. As taxas médias anuais de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) e do Produto Industrial foram respectivamente de 7,1% e 8,5% entre 1947 e 1980. Além de elevadas taxas de crescimento, transformações substantivas ocorreram na estrutura produtiva brasileira: entre 1955 e 1980, a participação industrial no PIB cresceu de 26% para 40%, tendo se mantido em torno de 36% durante toda a década de 1990. Paralelamente, a participação do setor agropecuário passou de 23,5% para 10%, em 1980, não ultrapassando atualmente os 7%. Essas transformações estão refletidas na diversificação da pauta de exportações brasileiras: em 1950, 2/3 da pauta de exportações correspondia ao café, atualmente esse produto corresponde a 4,7 % das exportações. Hoje, café, minério de ferro e aviões representam os três principais produtos de exportação.³

A partir do início dos anos 1980, o país interrompe a trajetória de crescimento verificada no período posterior à segunda guerra mundial. A eclosão da crise da dívida externa, que impôs severas e continuadas restrições ao crescimento de toda a América Latina, apresentou especial

³ Os três produtos juntos representam menos de 15% do total das exportações brasileiras

repercussão para a economia brasileira, que todavia não se havia recuperado do primeiro choque do petróleo (1973). A década, que se iniciara com uma recessão profunda (1981/1983), terminou com uma reduzida taxa de investimento segundo os padrões históricos e uma taxa de inflação da ordem de 50% ao mês, produzida principalmente pelo desequilíbrio fiscal.

A década de 1990, por sua vez, foi pautada por uma série de transformações de cunho político, econômico e social. No plano político, ela se inicia com a posse do primeiro Presidente eleito pelo voto direto após a ditadura militar. No plano econômico, o país, à semelhança do que se passava em outros países da América do Sul, deu início à transformações profundas, de que são exemplo o Plano de Estabilização Econômica o enxugamento da máquina administrativa, na tentativa de contenção do déficit fiscal, as aberturas comercial e financeira e o processo de privatização.

Em 1995, com a posse do novo Presidente e com a inflação sob controle, foram retomados os debates sobre as reformas estruturais, necessárias para o plano de estabilização econômica (Plano Real). Foram elaboradas propostas de emendas constitucionais com o objetivo de liberalizar a economia, aumentar a produtividade e conter o déficit público. Entre as reformas propostas constavam o fim dos monopólios explorados diretamente pelo Estado (cabotagem, petróleo, telecomunicações, portos), o programa de privatização, a reforma tributária, a reforma previdenciária e a reforma administrativa. Ainda em 1995, passou a vigorar o Tratado de Assunção, cujo objetivo era a implantação do Mercado Comum do Cone Sul, (Mercosul), que se iniciara por meio da criação de uma área de livre comércio entre os países membros (Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai).

A segunda metade da década se caracteriza pela estabilidade de preços e pelo avanço das reformas estruturais propostas. Não obstante a observada redução da pobreza em consequência do Plano Real de valores superiores a 40% na primeira metade da década de 1990 para aproximadamente 32% após 1995, os níveis de desigualdade social permaneceram praticamente os mesmos desde os anos 1970. O coeficiente de Gini estimado para o ano de 1999 não se alterou quando comparado ao do ano de 1979 ⁴.

2.1 - Mercado de trabalho

Nas últimas duas décadas do século XX o mercado de trabalho brasileiro, além dos fatores estruturais que caracterizaram as transformações econômicas deste final de século, foi vítima de

⁴ Barros, Henriques e Mendonça, 2000

aspectos conjunturais desfavoráveis relacionados às duas fortes recessões - 1981/83 e 1990/92 - verificadas no período. Se na recessão dos anos oitenta a principal questão residiu no crescimento o da economia informal, nos anos noventa, o grande desafio residiu na criação de postos de trabalho.

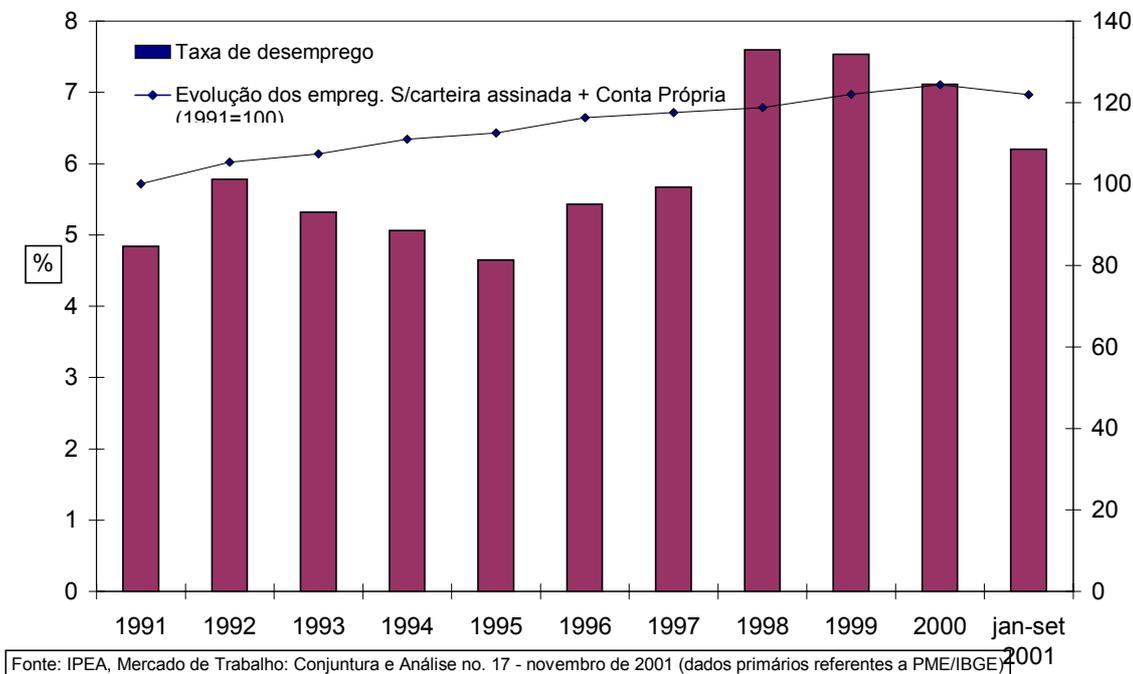
Ambas as crises resultaram em uma diminuição de trabalhadores com carteira assinada no total da população economicamente empregada. No entanto, ao passo em que na recuperação dos anos oitenta ocorre uma recuperação no nível do emprego com carteira assinada no patamar prévio à crise, na década de noventa não se verifica essa retomada. O emprego com carteira assinada apenas se estabiliza com a recuperação econômica resultante da implementação do Plano Real ⁵. Ainda que possa haver um componente conjuntural, essa tendência parece refletir a consolidação de uma nova ordem tecnológica/produtiva. Dessa forma, dois fenômenos parecem contribuir para a manutenção de altos patamares de informalidade no mercado de trabalho: 1) a própria característica da legislação tributária/trabalhista, fazendo com que a carga fiscal represente um peso para o setor formal da economia e 2) o fato de que no setor mais moderno da economia, no qual é maior a probabilidade de participação no mercado de trabalho formalizado, as novas tecnologias tendem a ser poupadoras de mão-de-obra.

O desemprego na década de 1990, por sua vez, saiu de um patamar histórico de valores próximos a 5% para 7,5% da população economicamente ativa no final da década, ao mesmo tempo em que a proporção de empregados com carteira assinada continua em declínio (ver gráfico 1). Tendo em vista que, via de regra, os direitos sociais no Brasil são acessíveis apenas aos trabalhadores com carteira assinada, essa desorganização no mercado de trabalho além de contribuir para o aumento das desigualdades sociais, gera impacto negativo no financiamento das políticas sociais.⁶

⁵ Cardoso e Fernandes, 2000

⁶ Fagnani, 1999

Mercado de Trabalho 1991/2001



2.2 - Políticas sociais

As transformações no mercado de trabalho tiveram reflexos sobre o sistema de proteção social pela vinculação histórica do mesmo ao assalariamento da força de trabalho. Desde a década de 1970, os embrionários sistemas de proteção social implantados no Brasil haviam revelado reduzida eficácia, o que impunha sua reestruturação. No entanto, não se pode negar que a dinâmica da expansão das políticas de proteção social no Brasil vêm indicando padrões mais elevados de redistribuição.

A segunda metade dos anos oitenta se iniciou com o processo de redemocratização da sociedade brasileira, o que levou os governantes a concederem prioridade à questão das desigualdades sociais e da pobreza. Embora esta situação marque nossa sociedade desde os seus primórdios, ela se agudizou no período dos governos militares (1964/1984), concomitantemente com um crescimento econômico acelerado e ao aumento da riqueza de uma maneira geral. As várias crises dos anos 80 e suas conseqüências em termos de desemprego e de salário real agravaram o problema.

Marco importante para as políticas sociais brasileiras foi a promulgação da Constituição de 1988, também denominada constituição cidadã, que introduziu um conceito de proteção social mais abrangente. Até então, a proteção social era baseada em um contexto estritamente social-trabalhista e assistencialista. "Acompanhando uma tendência mundial em termos conceituais, a Constituição de 1988 definiu o Sistema de Seguridade Social brasileiro como constituído por um conjunto integrado de ações que tem por objetivo proteger e amparar a sociedade contra uma diversa gama de riscos sociais, tais como: assegurar a renda dos trabalhadores para os casos de perda da sua capacidade de trabalho, no caso do Seguro Social (ou Previdência Social); prover condições mínimas de subsistência para os segmentos da sociedade mais necessitados (Assistência Social) e, prestar serviços de assistência à saúde para toda a sociedade".

Uma das características marcantes da Constituição de 1988 é o princípio da descentralização. No campo social, à questão da descentralização se alia ao estabelecimento de novas instâncias de gestão com o intuito de aumentar a participação da sociedade na formulação, implementação, controle e avaliação das políticas sociais.

Na primeira metade da década de 1990 deu-se a implementação dos princípios constitucionais de 88. Se, por um lado, verificou-se nesse período o crescimento dos gastos do sistema decorrentes da crise econômica predominante ainda em princípios da década de 1990, a segunda metade dos anos 90, por outro, foi marcada por ajustes para conter esses gastos. Ao longo de toda a década, no entanto, não se observam grandes modificações no patamar dos gastos sociais federais em proporção ao PIB, que se mantiveram em torno de 12%(vide tabela 2). De um lado, a flutuação dos dispêndios por cada uma das áreas sociais refletiu os fatores econômicos; de outro, os gastos com educação sofreram alterações devido ao processo de descentralização.

Tabela 2 - Gasto Social

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Gasto Social Federal como % do PIB	12,0	12,2	12,4	11,8	12,2	12,7
Participação das Áreas no Gasto Social Total						
Educação e Cultura	9,44%	11,11%	8,75%	7,80%	6,80%	6,69%
Saúde	15,69%	16,39%	17,63%	14,80%	16,23%	13,54%
Previdência Social	46,90%	42,88%	44,22%	46,26%	45,93%	48,26%
Assistência Social	3,29%	1,35%	1,29%	1,32%	2,02%	2,08%

Fonte: Ribeiro e Fernandes, 2000

A assistência à saúde é a pioneira no processo de descentralização das políticas sociais, com a criação ainda em 1987 do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde dos Estados (SUDS) que viria a ser um embrião do Sistema Único de

Saúde (SUS). O SUS assegura a universalização e a integralidade do atendimento ao usuário (cidadão), confirmando a gestão descentralizada para os estados e os municípios. Atualmente, praticamente a totalidade dos municípios brasileiros já está inserida em alguma forma de administração local.

O sistema educacional brasileiro, que já vinha incorporando o princípio de universalização a partir de meados da década de sessenta, com importantes reflexos sobre a redução do analfabetismo (em 1960 era de 40% e hoje é de 13%), também observou o aprofundamento do processo de descentralização na década de 1990, quando da regulamentação do dispositivo constitucional, tendo como exemplo o programa de merenda escolar, que tradicionalmente era executado pelo governo Federal. Atualmente as atribuições de cada um dos níveis de governo estão definidas na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, promulgada em 1996. De acordo com essa lei, a coordenação da política Nacional de Educação e a articulação com os demais níveis de governo fica a cargo da União. Além disso, foram reestruturados os mecanismo de gestão, tendo sido instituídos os Fundos de Manutenção do Ensino Fundamental e o de Valorização do Magistério (FUNDEF). Os resultados dessa prática já se fazem notar nas taxas de escolarização da população de 7 a 14 anos, que se aproximaram dos 95% na segunda metade dos anos 90.

No plano previdenciário, as novas leis foram implementadas em 1992. A regulamentação dos princípios constitucionais, no entanto, coincidiu com um momento econômico pouco favorável, fazendo com que os aumentos dos gastos do sistema passassem a pressionar cada vez mais as contas públicas. Em relação à regulamentação anterior, as novas leis inovaram ao: a) igualar a cobertura dos riscos; b) ampliar as condições de elegibilidade, c) definir os valores dos benefícios para a clientela urbana e rural, d) estender a concessão do benefício de pensão por morte para todos os cônjuges, independentemente do sexo, e) dar o benefício da aposentadoria proporcional para a mulher f) reduzir a idade para concessão de aposentadoria por idade ao trabalhador rural (homem) de 65 anos para 60 anos; e g) conceder a aposentadoria por idade à trabalhadora rural aos 55 anos de idade (também cinco a menos do que para a clientela urbana). Dessa forma, os novos benefícios, pautados muitas das vezes por critérios redistributivos, fizeram com que os principais beneficiários das novas medidas legais tenham sido os trabalhadores rurais, que por tanto tempo haviam permanecido alijados do sistema. O impacto sobre os níveis de pobreza no campo são fortemente sentidos, tendo ocorrido uma redução da pobreza e da indigência dos idosos para praticamente a metade entre o início e o fim da década.

No âmbito da Assistência Social, até a década de 1980 conviviam múltiplos programas, que atendiam desde as necessidades de alimentação, saúde, educação, assistência jurídica e até lazer. Tais programas eram vinculados a diversos órgãos públicos, espalhados por todos os níveis de governo. A Constituição de 1988, como mencionado anteriormente, elevou a assistência social a um direito de cidadania, para os necessitados e desamparados, independentemente de quaisquer contribuições prévias. A garantia de um benefício assistencial a todos os idosos e deficientes que comprovem não possuir renda foi uma das mais importantes conquistas da Constituição. Outros programas decorrentes da dimensão social da Constituição compreendem aqueles de atendimento à criança de 0 a 6 anos, de erradicação do trabalho infantil em suas piores formas, de promoção de jovens em situação de risco, de atenção integral à crianças e adolescentes, vítimas de abuso ou de exploração sexual e de atenção especial ao idoso e portadores de necessidades especiais. Todos esses programas são centrados nas famílias e são realizados, mediante o princípio de descentralização, pelos municípios, cabendo aos estados sua coordenação e supervisão, enquanto à esfera Federal cabe o papel normativo e de coordenação nacional. A Política Nacional de Assistência conta também com a constituição de fundos e conselhos nos três níveis responsáveis pelo direito de transparência no repasse e utilização dos recursos.

Constituiu-se uma rede de proteção social, integrada por programas de repasse de recursos às famílias em situação de pobreza. Tais programas (Bolsa Alimentação, Bolsa Escola, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, Benefício de Prestação Continuada, e Aposentadoria Rural) envolvem recursos da ordem de R\$ 10 bilhões, repassados diretamente às famílias por meio da utilização de cartões sociais individualizados (aproximadamente R\$.6 bilhões são repassados à população idosa). As famílias têm a responsabilidade de inserir e manter seus membros em programas de proteção social nas áreas de educação, assistência social, saúde e geração de renda.

Outra importante medida no campo assistencial foi a criação, no início de 1993, do Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA) retomando a questão do combate à fome e à miséria. O CONSEA deu origem, em 1995, ao Programa Comunidade Solidária. Tal programa tem como objetivo, desenvolver e coordenar ações voltadas à superação da pobreza e propiciar a interlocução Estado/sociedade civil. Com efeito, o Programa Solidariedade tem como estratégia a busca de um novo estilo de gerenciar ações sociais com maior participação da sociedade em suas diversas formas de organização e expressão. Sua implementação tem mostrado resultados positivos sobretudo nas áreas de saúde e educação.

Cabe mencionar ainda, no âmbito social, os preceitos constitucionais que se referem à remoção de barreiras arquitetônicas sobretudo em vias, logradouros, e edificações. A Constituição

de 1988, estabeleceu ademais, especificamente para os idosos, a gratuidade dos meios de transportes urbanos, tendo-a, posteriormente, estendido aos portadores de deficiência.

Finalmente, há que se ressaltar que a estabilização de preços em curso no país desde 1994 (Plano Real) constituiu-se como um mecanismo de redistribuição de renda, com impacto imediato no segmentos de mais baixa renda.

Capítulo 3 - Condições de vida da população idosa brasileira

3.1 – Introdução

O envelhecimento da população brasileira se evidencia por um aumento da participação do contingente de pessoas maiores de 60 anos de 4% em 1940 para 9% em 2000. Além disto, a proporção da população "mais idosa" ou seja, acima de 80 anos tem aumentado, alterando a composição etária dentro do próprio grupo, o que significa que a população considerada idosa também está envelhecendo. Isto leva a uma heterogeneidade do segmento populacional chamado idoso.

Este capítulo apresenta uma descrição das condições de vida da população idosa brasileira. Está dividido em oito seções, sendo a primeira esta introdução. A segunda analisa a dinâmica de crescimento do grupo etário chamado idoso por sexo, subgrupos de idade e estado conjugal. A inserção desse subgrupo na família é mostrada na terceira seção. O perfil de mortalidade bem como as condições de saúde são apresentadas nas quartas e quinta seções. A sexta analisa a inserção do idoso no mercado de trabalho. Dada a importância da renda como indicador das condições de vida da população idosa, esta questão é considerada na sétima seção. A oitava seção apresenta uma síntese dos resultados.

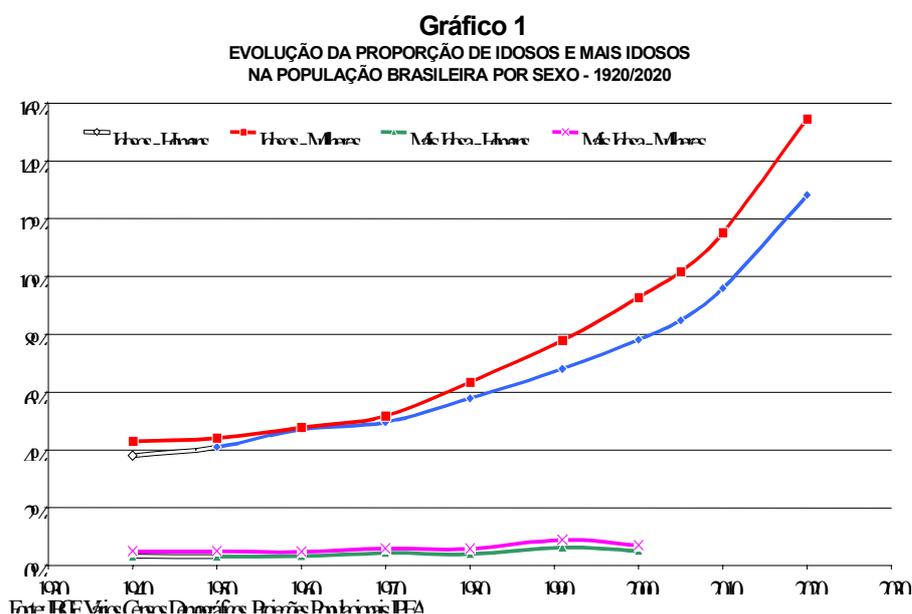
3.2 - Evolução demográfica

3.2.1 - Participação do segmento do idoso na população brasileira

Estima-se que no ano de 2002, a população brasileira com mais de 60 anos seja da ordem de 15 milhões de habitantes. Projeções recentes indicam que este segmento poderá chegar a

quase 15% do contingente populacional em 2020⁷. Isto se deve à alta fecundidade observada nos anos 50 e 60 e à queda da mortalidade que beneficiou todos os grupos populacionais.

Conforme já se mencionou, a proporção da população "mais idosa" (acima de 80 anos) no total da população brasileira também está aumentando, em ritmo bastante acelerado. Representa o segmento populacional que mais cresce, embora ainda apresente um contingente pequeno: de 166 mil pessoas em 1940, o grupo "mais idosa" passou para quase 1,8 milhões em 2000. Representava 12,6% da população idosa em 2000 e aproximadamente 1% da população total (vide gráfico 1).



3.2.2 - A feminilização da velhice

Em 2000, dos 14,5 milhões de idosos 55,0% eram do sexo feminino, o que reflete uma taxa de crescimento mais elevada em relação ao segmento masculino. Como veremos na quarta seção, a maior longevidade da população feminina explica esse diferencial na composição por sexo. Conseqüentemente, quanto "mais velho" for o contingente estudado, maior será a proporção de mulheres (vide gráfico 1).

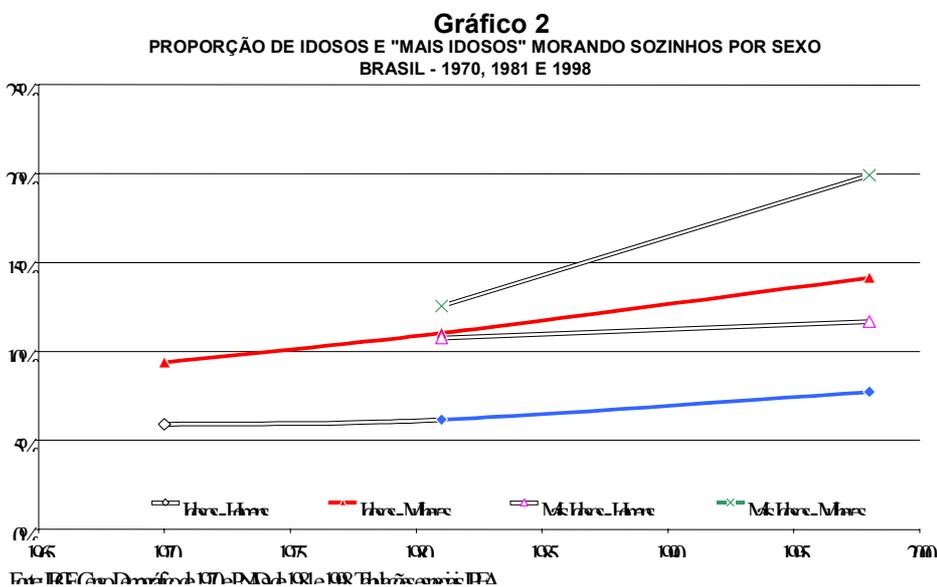
A predominância da população feminina entre os idosos tem repercussões importantes nas demandas por políticas públicas. Uma delas refere-se ao fato de que embora as mulheres vivam mais do que os homens, elas estão mais sujeitas a deficiências físicas e mentais do que seus parceiros masculinos, fato que examinaremos mais detidamente na quarta seção. Outra

⁷ Camarano *et alii*, 1997

consequência importante diz respeito à elevada proporção de mulheres vivendo sozinhas, 14% em 1998. Além disto, 12,1% moravam em famílias na condição de "outros parentes" (mães, sogras, irmãs ou outro tipo de parentes relacionados ao chefe de família). Em 1995, as viúvas representavam 74% do contingente feminino de "outros parentes". Boa parte desse último grupo possivelmente não tem experiência de trabalho no mercado formal e é menos educada, o que leva a uma maior assistência tanto por parte do Estado quanto das famílias.

3.2.3 - Solidão na velhice?

É crescente a proporção de idosos vivendo sozinhos, tanto homens quanto mulheres (vide gráfico 2). A industrialização e a urbanização alteram os padrões de segurança econômica, bem como das estreitas relações intergeracionais na família. No entanto, pesquisas recentes têm mostrado que a universalização da Seguridade Social, as melhorias nas condições de saúde e outros avanços tecnológicos (tais como nos meios de comunicação, elevadores, automóveis, entre outros), indicam que viver só, para os idosos, representa uma forma inovadora e bem sucedida de envelhecimento, o que vai de encontro à imagem estereotipada de abandono, descaso e/ou solidão⁹. Viver só pode ser uma situação temporária do ciclo de vida e pode também refletir uma opção pessoal. Na verdade, a proximidade geográfica nem sempre pode ser traduzida por uma maior frequência de contato com filhos ou netos. A proporção dos mais idosos vivendo só é mais elevada do que a dos idosos mais jovens: 10,6% e 16,7%, respectivamente.



3.3 - Inserção de pessoas idosas na família

É no espaço das famílias que se definem os padrões de atendimento a seus membros. Por outro lado, o montante de recursos de que a família dispõe para suprir suas necessidades não

depende apenas da flutuação das oportunidades do mercado de trabalho, mas também do momento específico do ciclo de vida familiar, que determina quem será encarregado de trabalhar para sustentar a família, e quem fica a cargo dos cuidados para com os demais membros.

Inicialmente cabe destacar, na análise da inserção das pessoas idosas na família, o fato de que enquanto, em 1998, apenas 7,9% da população brasileira tinha 60 anos ou mais, 23,2% do total das famílias brasileiras e 22,5% dos domicílios tinham pelo menos uma pessoa naquela faixa etária. A tabela 1 apresenta uma comparação do perfil estatístico das famílias brasileiras com idosos e sem idosos, em 1988. Observa-se que as famílias com idosos apresentam uma estrutura bastante diferenciada daquelas que não os têm, tal como esperado. São famílias menores, em etapas do ciclo vital mais avançado. O número médio de filhos residindo nos arranjos familiares com idosos é menor e a própria estrutura etária destas famílias é mais avançada (chefes de família com idosos, em média de 66 anos, em comparação com chefes de família sem idosos, com 39 anos). Apresentam maior participação de mulheres na condição de chefes de família (35,2% contra 23,1% nas famílias sem idosos).

Quanto aos arranjos familiares internos, a tabela 1 mostra que entre as famílias sem idosos, 83,4% são arranjos nucleares, e 74,2% são do tipo casais com filhos. Entre as famílias com idosos, o percentual de casais com filhos é de 33,7%. A incluir no grupo de famílias idosas com filhos as famílias numerosas, a referida proporção sobe para 52,6% e entre as famílias sem idosos ela atinge 81,0%. Destaca-se, também, entre as famílias com idosos, a proporção relativamente elevada de casal sem filhos (18,5% entre as nucleares e 14,0% entre as numerosas) e de pessoas vivendo só (14,9%). Nas famílias unipessoais com idosos, predominam as mulheres e nas sem idosos, os homens.

Essas diferenças são determinadas, em grande parte, pelo estágio de ciclo vital dos membros das famílias com idosos, onde a maioria deles já não vive com os filhos, bem como pela sobremortalidade masculina, que faz com que as mulheres tenham maior tempo de sobrevivência, sós ou com filhos. Em 1998, a proporção de mães idosas morando só com os filhos foi quase três vezes maior do que a de pais. Tais proporções são também afetadas pelos "descasamentos", pois observa-se que as mulheres são menos propensas a entrar em novos arranjos matrimoniais do que os homens.

A tabela 1 mostra também que as famílias brasileiras com idosos estão em melhores condições econômicas do que as demais: são relativamente menos pobres e seus membros dependem em menor grau da renda do chefe de família. Isso se deve, em grande medida, aos

tipos de arranjos internos e às etapas do ciclo familiar, que estabelecem diferentes relações de dependência econômica entre os membros das famílias, bem como à universalização dos benefícios da Seguridade Social.

Há relativamente menos pobres e indigentes entre as famílias com idosos chefiadas por mulheres do que entre as chefiadas por homens. Esse fenômeno decorre do fato de que a legislação brasileira permite que as mulheres acumulem os benefícios de pensão e viuvez. Além disso, a pensão por viuvez é atualmente igual ao valor da aposentadoria ou salário do marido. Em 1998, 7,7% das mulheres idosas acumulavam os dois tipos de benefícios.

Uma maneira de avaliar a dependência dos idosos em relação às suas famílias, com base em dados secundários, dá-se por meio da proporção de idosos caracterizados por grau de parentesco com o chefe da família -- qualificados como "parentes" ou "agregados". Entre 1981 e 1998, essa proporção de dependência decresceu. Por outro lado, o número de chefes idosos cresceu, especialmente entre as mulheres. A probabilidade de uma mulher ser chefe de família é bem menor do que dos homens. Na verdade, esse número não atinge nem a metade do estimado para os homens. No entanto, essa probabilidade aumentou significativamente, , no período de 1981 a 1998, acentuando-se de maneira perceptível nas idades mais avançadas, o que, certamente, está vinculado à viuvez 10

Quanto mais avançada a idade, menor é a proporção de chefia de família. Não obstante, observa-se maior número de idosos classificados como "parentes" ou "agregados" do chefe de família ou do domicílio (são pais, sogros, ou tios do chefe). A proporção de parentes é ainda mais alta em relação às mulheres do que aos homens de 70 anos ou mais. O que dá indícios de que os homens em geral, permanecem como chefe da família, mas as mulheres provavelmente, quando sozinhas (viúvas, separadas ou solteiras), moram com filhos e/ou outros parentes. As taxas mais altas de chefia entre os idosos em geral, e entre os homens em particular, podem indicar melhores condições de saúde e capacidade funcional, e estas por sua vez, podem ser interpretadas como um produto de melhores condições de vida, sugerindo uma redução da dependência dos idosos sobre a família.

Observa-se que as famílias brasileiras com idosos estão em melhores condições econômicas do que as demais. Tal fato deve-se à importância dos benefícios previdenciários, que operam como um seguro de renda vitalício. Em muitos casos, constitui-se na única fonte de renda das famílias, e se verifica mesmo quando se analisa as estruturas familiares por nível de renda.

Por outro lado, o aumento da exclusão e da limitação das oportunidades para os jovens, fenômeno que têm-se observado no país nos últimos 17 anos, encontra explicação, entre outros fatores, nas elevadas taxas de desemprego e de subemprego da população adulta jovem, que se verificam até em momentos particularmente favoráveis da economia brasileira, de que é exemplo o Plano Real. A taxa de desemprego da população de 15 a 24 anos passou de 7,8% em 1981 para 19,3% em 1999.¹² Essa situação tem exigido dos pais desses jovens, provavelmente idosos, um apoio material adicional.

Uma outra indicação do papel que os idosos vêm assumindo em termos de apoio às famílias pode ser obtida por meio da proporção de filhos adultos, maiores de 21 anos morando em famílias chefiadas por idosos. Essa proporção passou de 17,5% entre as famílias chefiadas por homens, e de 26,8 % entre as famílias chefiadas por mulheres, no ano de 1981, para 18,6% e 28,8%, respectivamente em 1998, o que significa um aumento de aproximadamente 7% e 8% respectivamente ⁸. É interessante salientar que a proporção de filhos maiores de 21 anos é bem maior nas famílias em que o chefe é do sexo feminino, dado que um chefe idoso do sexo masculino pode ter um cônjuge mais jovem e com filhos mais novos.

Uma outra maneira de avaliar o papel que os idosos vêm assumindo em termos de apoio às famílias de que fazem parte é por meio da participação da sua renda pessoal na do total familiar. Em 1998, as famílias com idosos, 52,5% da renda familiar provinha da renda pessoal dos idosos. Se o chefe for idoso do sexo masculino, essa proporção aumenta para 66,2% e se a mulher for chefe, a proporção passa para 69,9%. (vide tabela 2). Entre os idosos não-chefes, essa proporção cai para aproximadamente 25,4%. A participação da renda do idoso na renda familiar cai com a idade, o que é associado à redução da participação dos rendimentos do trabalho na renda do idoso.¹³

Tabela 2

**Proporção da Renda Familiar que Depende do Idoso por Condição de Chefia e Sexo
Brasil, 1998**

Condição na Chefia	Homens	Mulheres	Total
Chefe Idosos	66,2	69,9	67,6
Idosos não Chefes	35,5	24,1	25,4
Total	63,5	43,7	52,5

Fonte: IBGE, PNAD de 1998. Tabulações especiais

3.4 – Mortalidade

⁸ Camarano e El Ghaouri, 1999

3.4.1 - Níveis de mortalidade

Uma das grandes conquistas do século passado foi a redução da mortalidade, observada em todos os grupos etários. Para o Brasil como um todo, a esperança de vida ao nascer aumentou em cerca de 30 anos entre 1940 e 1998, como resultado da queda da mortalidade infantil. Os ganhos foram para ambos os sexos, mas mais expressivos entre as mulheres., que apresentaram em 1998, uma esperança de vida ao nascer superior em 7,5 anos à da masculina.

A tabela 3. apresenta as estimativas de vida ao nascer e de sobrevida da população de 60 anos, por sexo, para o total da população brasileira em 1980, 1985, 1991 e 1996. Nos 18 anos considerados, ganhos expressivos na longevidade da população brasileira foram obtidos: os homens passaram a viver 6,7 anos a mais e as mulheres 7,1 anos. Entre a população idosa, os ganhos foram também maiores entre as mulheres, 2,7 anos, do que entre os homens, 2,4 anos.

Tabela 3

ESTIMATIVAS DA ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER (e_0) E

AOS 60 ANOS (e_{60}) POR SEXO

BRASIL, 1980/98

	Homens	Mulheres
	e_0	
1980	57,2	64,3
1985	59,3	65,8
1991	62,2	69,8
1996	63,3	71,0
1998	63,9	71,4
	e_{60}	
1980	10,7	12,7
1985	10,8	12,2
1991	12,5	14,8
1996	12,7	15,3
1998	13,1	15,4

Fonte: IBGE, Vários Censos Demográficos e Ministério da
SIM. Estimativas IPEA.

Em termos relativos, o aumento da expectativa de vida da população idosa foram maiores do que da população como um todo. Tais dados indicam que, em 1998, um homem que chegou aos 60 anos pode esperar viver mais 13,1 anos, e uma mulher mais 15,4 anos. É válido considerar esses ganhos como realmente expressivos, pois na França entre 1972 e 1986, a população masculina de 60 anos e mais apresentou um incremento de dois anos na sua esperança de sobrevida e a feminina de três anos¹⁴.

O aumento da sobrevivência da população idosa deveu-se a uma redução das taxas de mortalidade desse segmento no período 1980-1998. Entre os homens, a taxa de mortalidade passou de 73,6 óbitos por mil habitantes, em 1980, a 57,7 óbitos por 1000, em 1998; uma redução de cerca de 27%. Variação relativa semelhante foi encontrada entre as mulheres, embora as taxas femininas sejam bem mais baixas do que as masculinas. A redução dos níveis de mortalidade foi observada para todas as faixas etárias consideradas, em ambos os sexos. Essa redução foi mais pronunciada com a idade, o que pode ser explicado, em parte, pelo impacto positivo da tecnologia médica na faixa mais idosa da população, que viu, assim, reduzida sua taxa de mortalidade. Uma das conseqüências é o envelhecimento da população idosa.

Tabela 4

TAXAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDADE POR IDADE E SEXO DA POPULAÇÃO IDOSA

BRASIL, 1980 E 1998

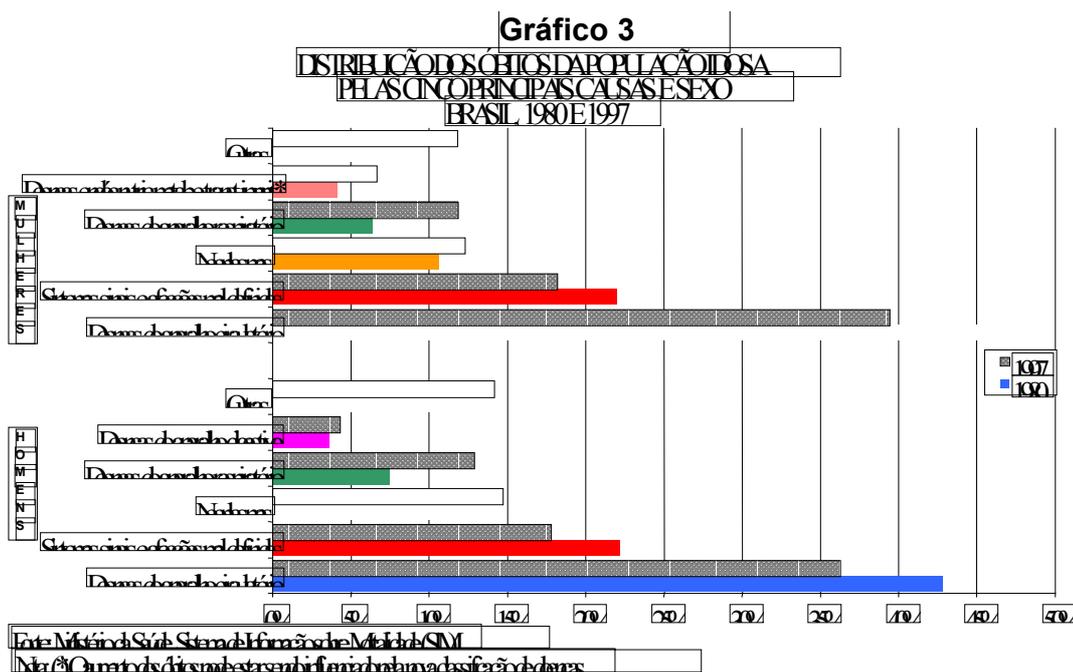
(por 1.000 habitantes)

	1980		1998		Variação (1998/1980-1 %)	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
60-64	34,1	20,3	26,9	16,7	-21,2	-18,0
65-69	49,6	31,8	38,7	24,7	-21,9	-22,3
70-74	84,9	59,7	58,8	39,9	-30,8	-33,1
75-79	131,6	101,6	88,6	65,4	-32,7	-35,6
80+	247,3	228,4	162,0	145,0	-34,5	-36,5
<i>Total</i>	73,6	58,3	57,7	45,8	-21,7	-21,5

Fonte: IBGE, Vários Censos Demográficos e Ministério da Saúde, SIM. Estimativas IPEA.

3.4.2 - As causas de morte entre a população idosa

O perfil das causas de mortalidade da população idosa por sexo é apresentado no gráfico 3 para os anos de 1980 e de 1997. Foram consideradas as cinco mais importantes causas de morte.. A proporção de óbitos por causas mal definidas entre a população de 60 anos ou mais de idade ainda é elevada, embora tenha decrescido no período 1980-1997 (de 22,5% dos óbitos masculinos em 1980 a 18,2% dos óbitos em 1997, valores bastante similares aos das mulheres).



Entre as causas de morte declaradas, observa-se que nos dois anos analisados e em ambos os sexos, as doenças do aparelho circulatório aparecem como o principal grupo de causas de morte entre a população idosa. Entretanto, a sua participação relativa tem diminuído ao longo do período: de 42,7% dos óbitos masculinos em 1980, as doenças do aparelho circulatório passaram a ser responsáveis pela morte de 39,4% dos homens, em 1997. Entre as mulheres, observa-se uma situação semelhante: de 46,9% dos óbitos femininos em 1980, as doenças do aparelho circulatório passam a ser responsáveis por 36,3% das mortes, em 1995. Em contrapartida, observa-se que os outros grupos de causas de morte tiveram a sua participação relativa aumentada. Entre eles, destacam-se as doenças do aparelho respiratório e os neoplasmas. Entre os homens, aumentou o peso das mortes por doenças do aparelho digestivo e entre as mulheres por doenças endócrinas e do metabolismo.

Analisando a evolução das taxas de mortalidade da população idosa entre 1980 e 1995, Nogales (1998) observou que a diminuição da participação relativa das doenças do aparelho circulatório como causa de morte entre a população idosa deveu-se a uma redução efetiva dos níveis de mortalidade por este grupo de causas. Diminuiu de 16,5% e 19,4% nas taxas masculinas e femininas, respectivamente. Os óbitos por causas externas foram responsáveis por 3,4% entre os homens e por 1,9% entre as mulheres, em 1997.

A queda de mortes por doenças do aparelho circulatório parece ter sido a grande responsável pela redução da mortalidade entre a população idosa brasileira. Por outro lado, foi também observado por Nogales (1998) que a elevação da participação relativa dos óbitos por

neoplasmas e doenças do aparelho respiratório, como a pneumonia, foi acompanhada de um aumento nas taxas de mortalidade. Essa causa de morte afeta mais a população masculina. O aumento pelos grupos das doenças endócrinas, entre as quais destacam-se as diabetes, pode estar sendo afetado pela melhoria no diagnóstico da causa de morte.

3.5 - Condições de saúde

Outro aspecto a ser considerado na avaliação das condições de vida da população idosa é a qualidade de vida ou sobrevivência dos idosos, em termos de saúde. Existem doenças crônicas que, antes de representar um risco de vida, constituem uma ameaça à autonomia e independência do indivíduo. Essa constatação leva à preocupação imediata com o aumento da demanda por serviços de saúde e com os custos que isso acarreta.

3.5.1 - O estado de saúde da população idosa brasileira

Para avaliar o estado de saúde dos idosos brasileiros, utilizaram-se informações coletadas pelos dois suplementos especiais da PNAD relativos aos anos de 1981 e de 1998. Em 1998, foi feita uma pesquisa sobre como a população brasileira considerava o seu estado de saúde. Aproximadamente 83% dos idosos avaliou seu estado como regular ou bom. Embora essa proporção decresça por idade, 75% da população de 80 anos e mais considerava esse estado de saúde como regular ou bom. Embora seja menor do que a da população adulta, de 20 a 60 anos, essa proporção não é alta. As mulheres declaram um estado de saúde ligeiramente inferior a dos homens. A informação sobre o estado de saúde geral pode ser examinada à luz da identificação por tipo de problema. A tabela 5 apresenta a proporção de idosos por sexo e pelo tipo de problema de saúde reportado. Foram considerados dois grupos etários, 60-79 anos e 80 anos e mais. A importância do problema foi praticamente a mesma para os dois grupos etários e sexo. No segmento masculino, os dois grupos mais importantes foram o de doenças de coluna e o de hipertensão. Entre as mulheres, destacam-se também, as artrites ou reumatismo. Nesse caso, observaram-se as maiores diferenças relativas a homens e mulheres, bem como entre os segmentos mais idosos e os menos idosos.

Tabela 5

Proporção de Idosos pelo Tipo de Problema de Saúde que segundo o Grupo Etário e o Sexo
 Brasil, 1998

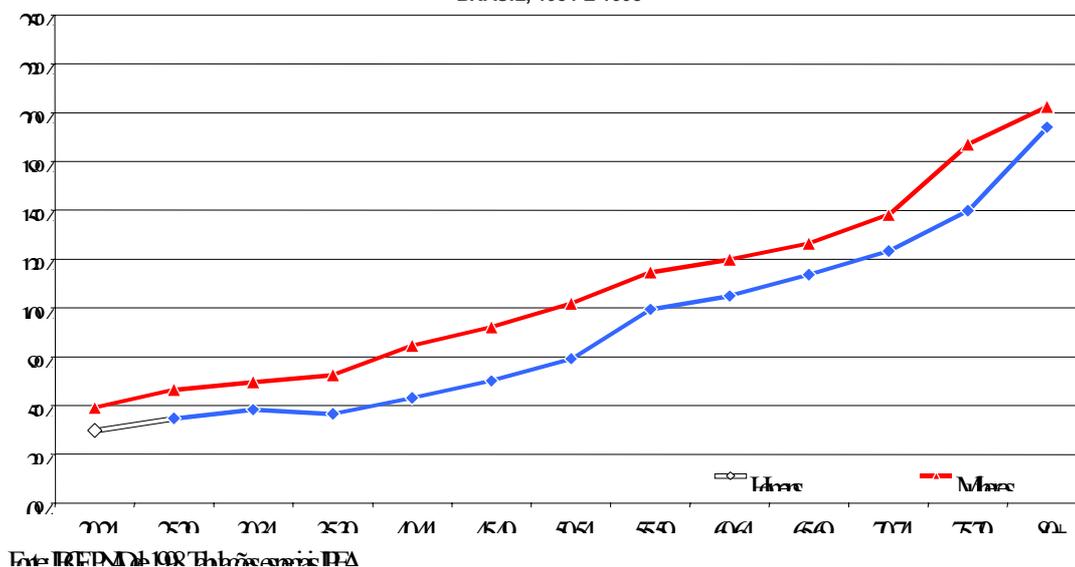
	60-80		80+	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Doença de coluna ou	42,1	40,8	48,3	46,2
Hipertensão (pressão	36,7	36,0	49,9	48,8
Artrite ou reumatismo	29,0	38,2	42,7	49,2
Doença do coração	16,2	20,1	20,1	26,5
Depressão	8,0	8,7	15,4	14,1
Diabetes	8,1	7,2	12,0	12,7
Bronquite ou asma	7,3	12,0	7,5	9,1
Doença renal crônica	7,0	6,7	6,6	7,3
Tendinite ou	3,6	2,9	5,6	5,3
Câncer	1,4	1,9	0,8	1,4
Cirrose	0,5	0,6	0,2	0,4
Tuberculose	0,2	0,3	0,1	0,1

Fonte: IBGE, PNAD de 1998. Tabulações especiais

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 1998 permite determinar também a proporção de pessoas que deixaram de fazer alguma de suas atividades habituais por motivos de saúde. O gráfico 4 apresenta essas proporções por sexo e idade. Observa-se que, quanto mais avançada for a idade, mais elevada é a proporção de pessoas que deixam de fazer alguma atividade habitual. No entanto, mesmo entre o segmento de 80 anos e mais, esta proporção não atinge 20%. Essas proporções são também mais elevadas entre as mulheres.

Gráfico 4

PROPORÇÃO DE PESSOAS QUE DEIXARAM DE FAZER ALGUMA DE SUAS ATIVIDADES HABITUAIS POR MOTIVO DE SAÚDE POR IDADE E SEXO
 BRASIL, 1981 E 1998

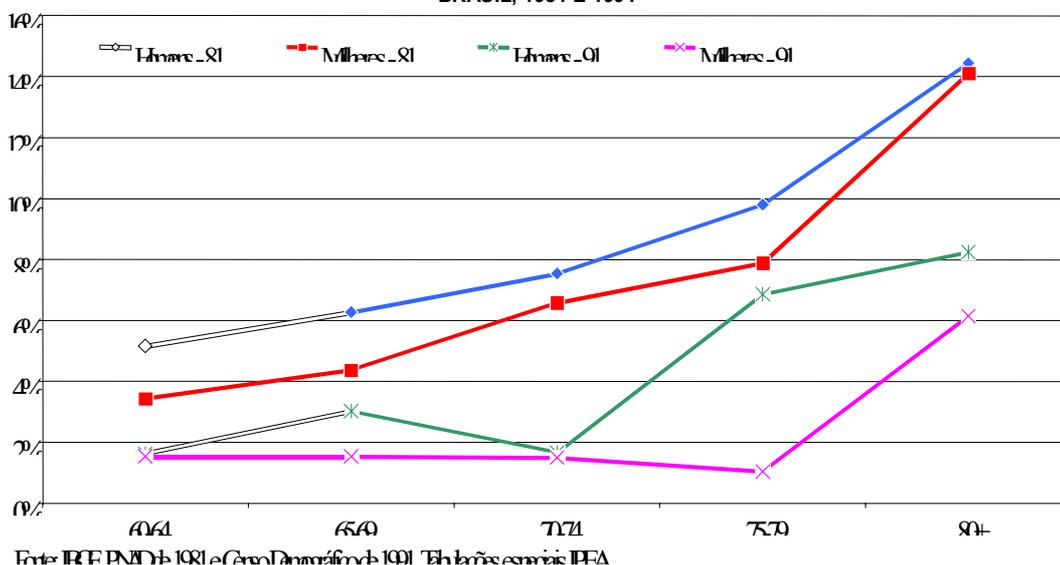


3.5.2 - Deficiência física e mental

A PNAD de 1981 e o Censo Demográfico de 1991 levantaram informações sobre as deficiências físicas e mentais que parecem comparáveis entre si. Em 1981, 6,5% das pessoas de 60 anos e mais possuía algum tipo de deficiência física ou mental. Em 1991, essa proporção caiu para 3,7%. Os homens idosos eram mais atingidos por algum tipo de deficiência do que as mulheres. Os diferenciais mais expressivos deviam-se a uma proporção mais elevada de homens com falta de membros e hemiplegia. O número de homens que apresentava alguma falta de membro superou em mais de duas vezes o de mulheres. Isso pode estar associado ao fato de estarem mais expostos ao risco de sofrer acidentes de trânsito e de trabalho. Por outro lado, as mulheres apresentavam uma propensão mais elevada em relação aos homens de adquirirem as demais deficiências, entre as que se mencionam a paraplegia, a cegueira e a deficiência mental.

O gráfico 5 compara a proporção de idosos por sexo e idade que apresentaram algum tipo de deficiência física ou mental em 1981 e 1991. Observa-se nos dois períodos considerados aumento em função da idade. O valor mais alto alcançado entre a população maior de 80 anos foi, no entanto, de 14% , em 1981. Essas proporções declinaram no período de 1981 a 1991 para todos os grupos de idade.

Gráfico 5
PROPORÇÃO DE IDOSOS QUE APRESENTARAM ALGUM TIPO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA OU MENTAL BRASIL, 1981 E 1991



3.6 - A inserção do idoso no mercado de trabalho

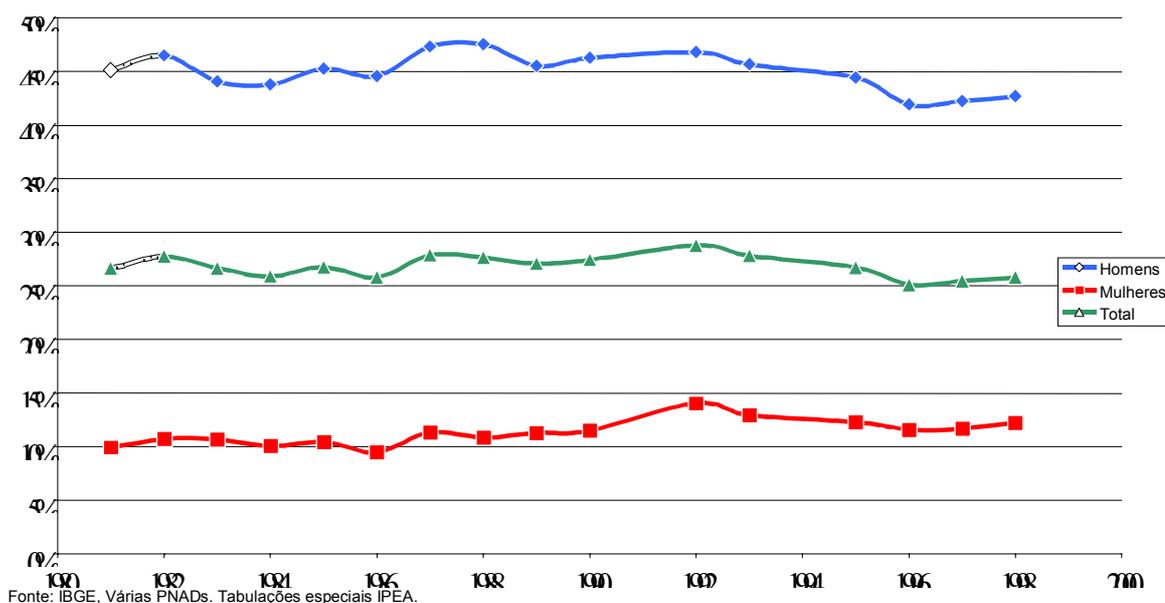
A análise da participação do idoso no mercado de trabalho tem uma característica que a diferencia das análises tradicionais, uma vez que o foco de interesse não recai na pressão que sua

participação possa exercer sobre o mercado de trabalho, mas, sim no indicador de dependência que sua participação naquele mercado possa ter.

3.6.1 - Taxa de atividade dos idosos

A tendência das taxas de atividade da população idosa masculina foi de ligeiro decréscimo, como mostra o gráfico 6: passou de 45,1% em 1981 para 42,7% em 1998, uma redução de aproximadamente 5,0%. Em contrapartida, a população idosa feminina experimentou um acréscimo de 23,7% em suas taxas de atividade no mesmo período. Mais expressiva do que as variações nas taxas de participação, foi o aumento observado na participação da População Economicamente Ativa (PEA) idosa na PEA brasileira total: Observa-se que foi, em 1981, aproximadamente 4,0% da PEA brasileira era composta por idosos, proporção esta que passou para 6,0% em 1998.

Gráfico 6
TAXAS DE ATIVIDADE DOS IDOSOS POR SEXO
BRASIL, 1981-1998

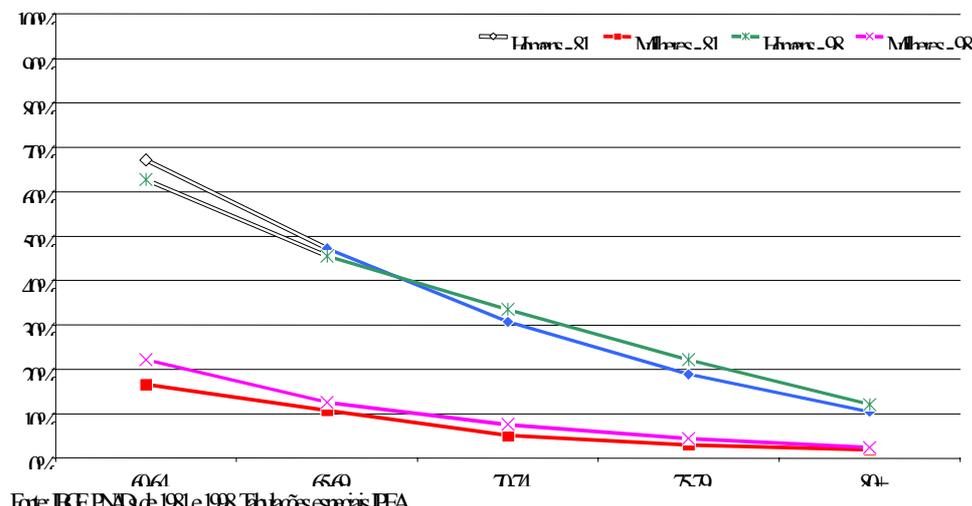


3.6.2 - Taxa de atividade dos idosos por idade

Como mostra o gráfico 7, a participação do idoso no mercado de trabalho declina velozmente com a idade, independentemente do sexo. Em 1998, de cada 100 idosos do sexo masculino com 60-64 anos, 63,8 estavam inseridos no mercado de trabalho, enquanto entre os que tinham 65-69 anos, 46 faziam parte da PEA. A velocidade da queda é progressivamente maior com a idade. O mesmo pode ser observado entre a população idosa feminina, com reduções mais expressivas. Comparando-se as taxas de atividade dos homens idosos, entre 1981 e 1998, nota-se uma diminuição de sua participação até a idade de 69 anos, quando então passa a aumentar. Esse

aumento foi mais intenso no segmento de 75-79 anos. Já, a participação das mulheres idosas experimentou incremento em todas as idades, principalmente entre as que pertencem a faixa etária entre 70-74 anos.

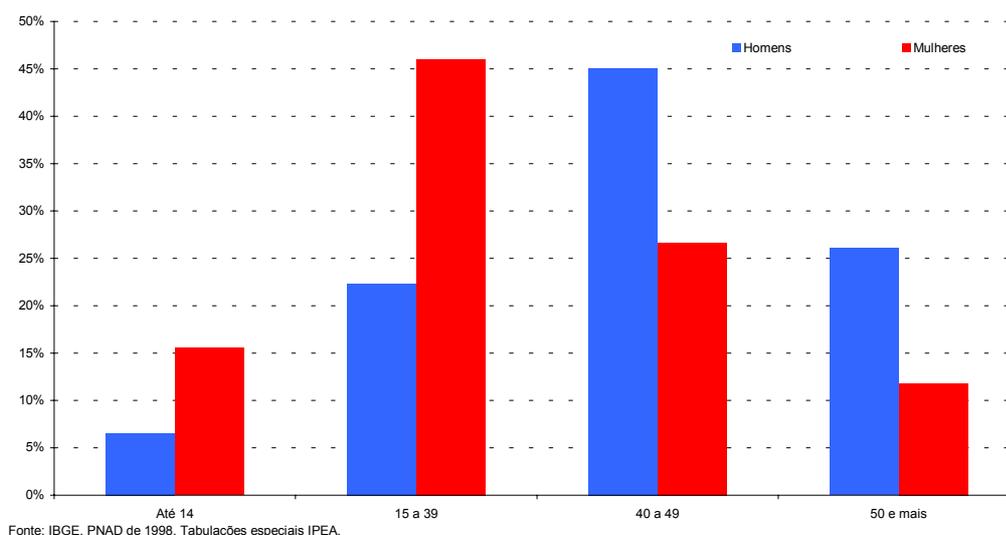
Gráfico 7
TAXA ESPECÍFICA DE PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA POR SEXO
BRASIL, 1981 E 1998



3.6.3 - Horas trabalhadas

O gráfico 8 mostra que, em 1998, mais da metade das mulheres idosas que trabalhavam, o faziam em regime de menos de 40 horas semanais. Por outro lado, 71,1% dos homens idosos declararam trabalhar mais de 40 horas por semana.

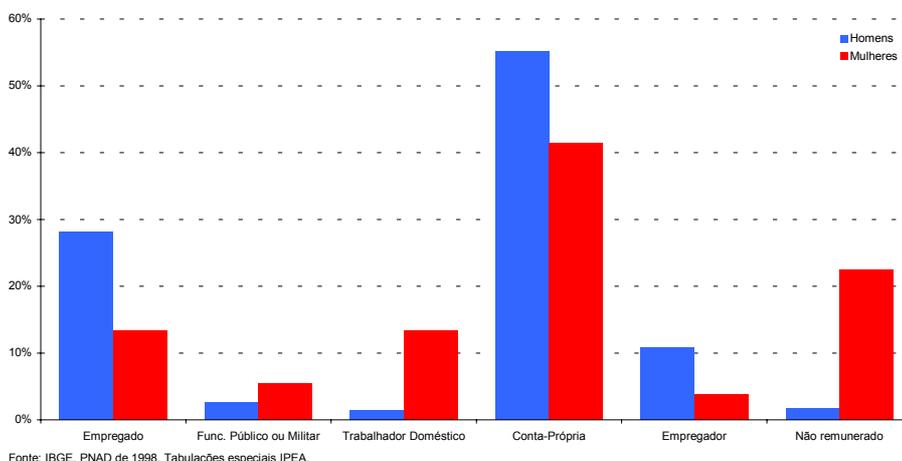
Gráfico 8
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS POR NÚMERO DE HORAS TRABALHADAS E SEXO
BRASIL, 1981 E 1998



3.6.4 - A ocupação dos idosos

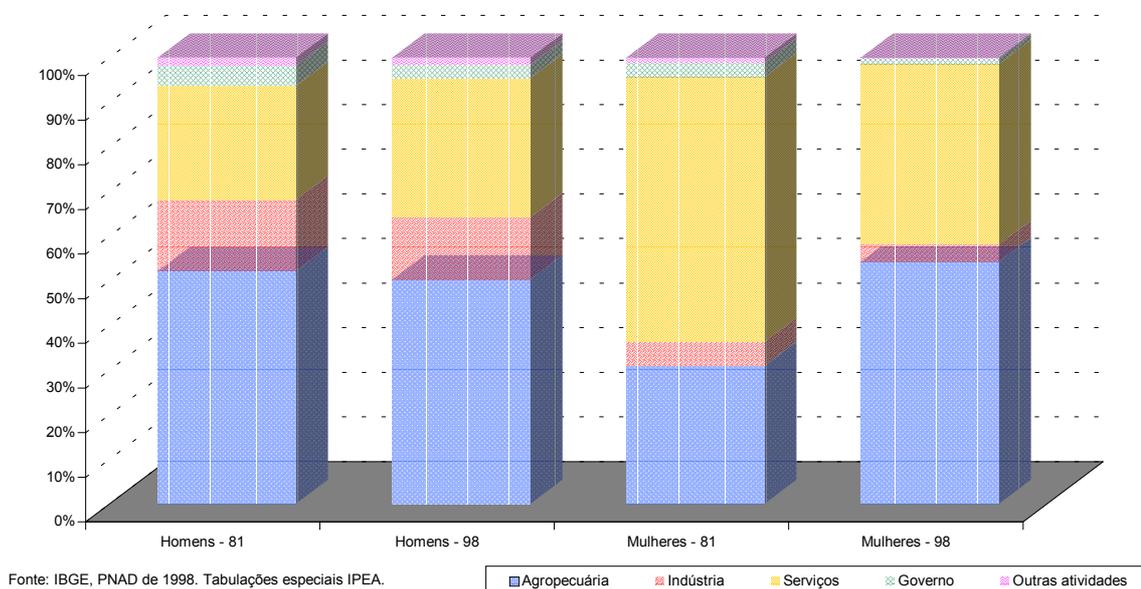
Em 1998, a grande maioria dos idosos do sexo masculino ativos trabalhavam por conta-própria, conforme mostra o gráfico 9; 55,1%. Destacam-se, ainda, em importância relativa, os empregados, 28,2%. Nas duas categorias mencionadas, encontram-se quase 84,0% dos idosos do sexo masculino. Entre as mulheres idosas ativas, aproximadamente 41,0% trabalhavam conta-própria. O grande diferencial entre a PEA idosa masculina e feminina está na proporção considerável de mulheres trabalhando sem remuneração (22,5%) e de idosas que trabalhavam em serviços domésticos (13,4%).

Gráfico 9
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS OCUPADOS SEGUNDO SUA POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO E SEXO
BRASIL, 1998



O gráfico 10 mostra que mais da metade da PEA idosa masculina estava ocupada em atividades agrícolas, tanto em 1981 quanto em 1998. Neste período houve uma ligeira redução dessa proporção. O setor de serviços foi responsável por absorver aproximadamente 26,0% dos homens idosos que trabalhavam em 1998, quase 22,0% maior do que a proporção comparável em 1981. As indústrias absorviam 15,9% da mão-de-obra idosa. Em 1981, quase 60,0% da PEA idosa feminina estava lotada no setor de serviços e 30,8% estava em atividades agrícolas. No período 1981/98, houve um aumento de 75,7% na proporção de mulheres ocupadas em atividades agrícolas e, em contrapartida, observou-se uma diminuição de 31,9% na proporção das mulheres ocupadas no setor de serviços.

Gráfico 10
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS OCUPADOS SEGUNDO O RAMO DE ATIVIDADE E SEXO
BRASIL, 1981 E 1998

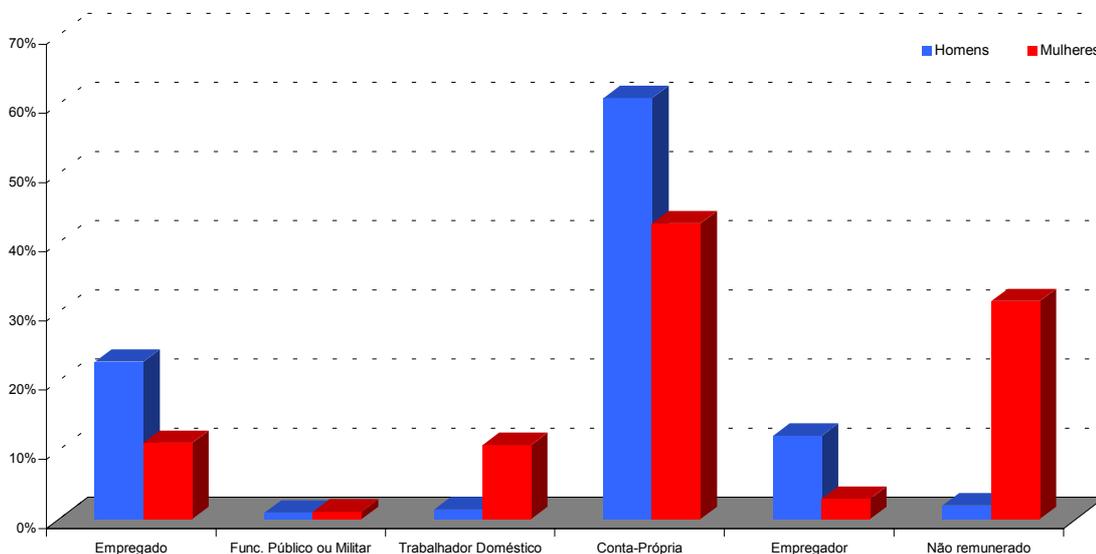


3.6.5 - O idoso aposentado que trabalha

Em 1998, 59,0% da PEA idosa masculina era constituída por aposentados. Tal proporção aumentou consideravelmente em relação ao ano de 1981; nesse ano, 34,1% dos idosos que faziam parte da PEA eram aposentados. A participação das mulheres aposentadas na PEA mais que dobrou entre 1981 e 1998, passando de 19,2% para 40,0%. No entanto, a participação das mulheres aposentadas continuou menor do que da masculina.

A maioria dos idosos aposentados do sexo masculino ativa trabalha por conta própria, como mostra o gráfico 11 (aproximadamente 60,0%), que somados àqueles que eram empregados, representam quase 84,0% dos idosos aposentados que trabalhavam. Destaca-se ainda que 12,0% deles eram empregadores. O comportamento das mulheres aposentadas que trabalhavam era um pouco diferente. A maioria delas também trabalhava por conta-própria (42,8%), mas aproximadamente 32,0% delas trabalhavam não recebiam remuneração e 10,7% exercia algum trabalho doméstico.

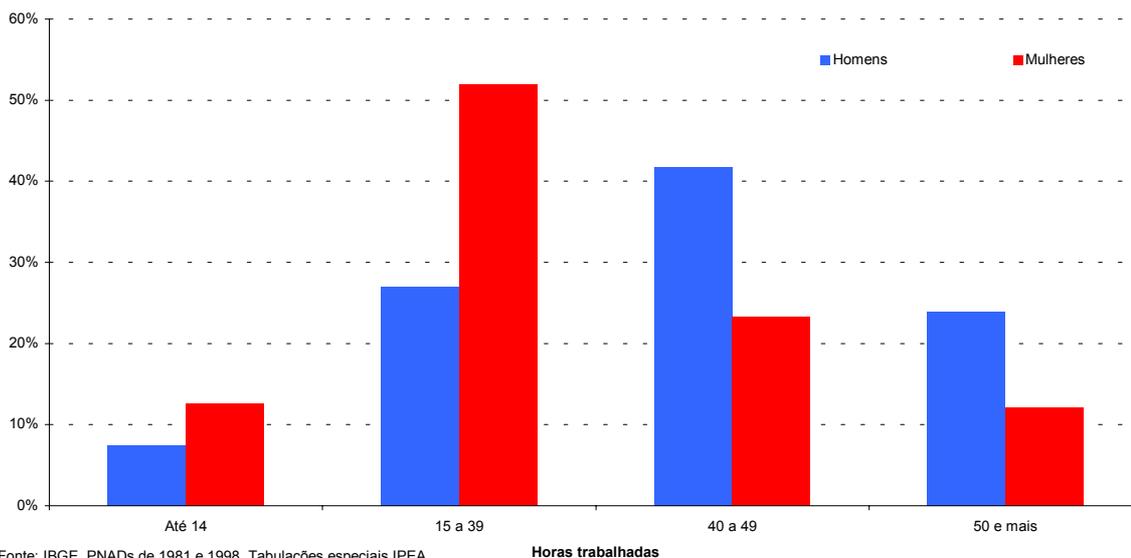
Gráfico 11
DISTRIBUIÇÃO DA PEA IDOSA APOSENTADA POR POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO E SEXO
BRASIL, 1998



Fonte: IBGE, PNADs de 1998. Tabulações especiais IPEA.

Em 1998, a maior parte da PEA idosa aposentada do sexo masculino trabalhava de 40 a 49 horas semanais enquanto a PEA idosa feminina de 15 a 39 horas (ver gráfico 12). Em comparação à população idosa total ativa, a aposentada trabalhava menos horas semanais.

Gráfico 12
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS APOSENTADOS OCUPADOS
POR NÚMERO DE HORAS TRABALHADAS E SEXO
BRASIL, 1981 E 1998



Fonte: IBGE, PNADs de 1981 e 1998. Tabulações especiais IPEA.

3.7 – Rendimentos

Numa análise de condições de vida, uma das questões importantes a ser considerada é a do rendimento. Esta é também, uma variável importante na determinação da dependência ou da chamada vulnerabilidade econômica..

3.7.1 - Visão geral

Em 1998, a situação do idoso brasileiro em termos de renda era bem melhor do que a de 1981. É a sua maior renda, relativamente a dos mais jovens, que lhe tem propiciado uma maior capacidade de oferecer suporte familiar. Dentre os idosos brasileiros, menos de 12% não tinham renda em 1998; proporção esta menor do que a observada em 1981, quando era de 21%. Essa redução se deve ao aumento das mulheres com algum rendimento. Os diferenciais entre os sexos na proporção mencionada já foram também bem expressivos. Em 1981, 2,5% dos homens idosos não tinham rendimento; entre as mulheres essa proporção era de 37,4%. Em 1998, a proporções de mulheres sem rendimento atingiu 18,1%. A variação mais expressiva verificou-se na proporção de mulheres que recebia mais de um salário mínimo; esta passou de 15,3% em 1981 para 34,4% em 1998⁹.

Essa melhoria não ocorreu de forma linear no tempo. Com efeito, no período de 1981 a 1987, o nível dos rendimento decaiu, enquanto nos dez últimos anos verificou-se um nítido aumento.¹⁰ Essa melhoria deve ter sido resultado da universalização da Seguridade Social, o que representou a efetiva ampliação da cobertura da previdência rural, com base nas disposições da legislação da assistência social estabelecidas pela Constituição de 1988, que garante aos idosos carentes maiores de 67 anos um salário mínimo mensal.

3.7.2 - Fonte dos rendimentos

A renda do idoso depende, principalmente, dos benefícios previdenciários, cuja contribuição tem aumentado no tempo para ambos os sexos. A participação da renda do trabalho na renda do idoso não se alterou muito no tempo conforme mostram os gráficos 13 e 14. Por outro lado, a importância da renda da aposentadoria cresceu no tempo em detrimento de outras rendas para a população masculina. Para as mulheres, observou-se um aumento da renda

⁹ Camarano e El Ghaouri, 1999

¹⁰ Camarano e El Ghaouri, 1999

proveniente das pensões. Isto pode ser resultado da equiparação do valor do benefício da pensão à última renda do marido.

Gráfico 13
COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DA RENDA DOS HOMENS IDOSOS
BRASIL, 1981, 1988 E 1998

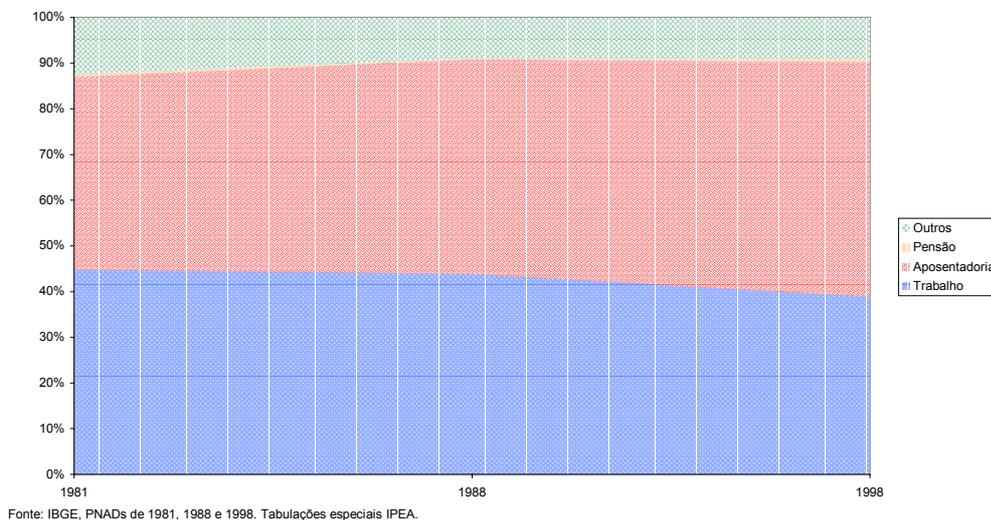
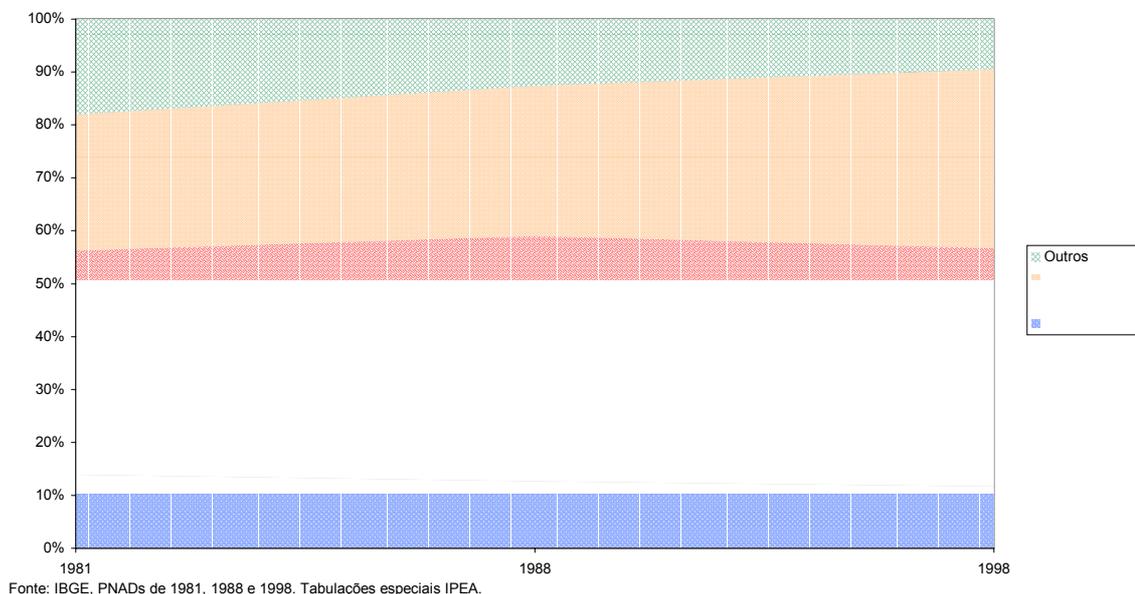


Gráfico 14
COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DA RENDA DAS MULHERES IDOSAS
BRASIL, 1981, 1988 E 1998



Já foi observado que a importância da renda proveniente da aposentadoria cresce com a idade. Em 1998, para a população masculina, as aposentadorias contribuíram com aproximadamente 46% da renda dos que tinham de 60 a 64 anos e 82% dos rendimentos da população maior de 80 anos nos dois anos. Entre as mulheres, a importância da renda da

aposentadoria é maior do que entre os homens. Se ao valor das pensões, que é importante entre o grupo das mulheres, se adicionam os valores provenientes das aposentadorias, verifica-se que esses benefícios respondem por 89% da renda das mulheres de 60 a 64 anos, e 98% da renda das mulheres com mais de 80 anos¹¹.

3.8 - Sumário dos resultados

O trabalho mostra uma melhora nas condições de vida do idoso brasileiro. Por exemplo, a queda da mortalidade conjugada às melhorias nas condições de saúde em virtude dos avanços na tecnologia médica, da universalização da Seguridade Social, levaram o idoso brasileiro a ter uma maior expectativa de vida, menor grau de deficiência física ou mental, melhores condições para continuar chefiando suas famílias, com a consequência de ter de viver menos na casa de parentes. Também tiveram o seu rendimento médio aumentado, o que levou a uma redução da pobreza e da indigência. As mudanças foram bem mais expressivas entre as mulheres, especialmente em termos de rendimentos

Além disso, observou-se que em 1998, os idosos estavam em melhores condições econômicas do que outros segmentos populacionais, como os jovens: ganham mais e contribuem significativamente na renda das famílias. Nas famílias em que os idosos são os chefes, encontram-se uma proporção expressiva de filhos morando juntos, proporção esta crescente no tempo. Esta situação deve ser considerada à luz das transformações em curso na economia brasileira, que repercutem negativamente na participação dos jovens no mercado de trabalho, que incidem nas altas taxas de desemprego, bem como no surgimento de violências de todo tipo.

Observou-se que as aposentadorias desempenham um papel muito importante na renda dos idosos, especialmente das mulheres e essa importância cresce com a idade. Pode concluir-se que no nível familiar, o grau de dependência dos indivíduos idosos é, em boa parte, determinado pela provisão de rendas por parte do Estado. Como uma parcela importante da renda familiar depende da renda do idoso, a redução ou o aumento dos benefícios previdenciários, não atinge apenas os indivíduos, mas as estruturas familiares. Essa observação é importante porque o perfil do Sistema Previdenciário construído hoje terá influência sobre a distribuição futura da renda das famílias.

Pode dizer-se em conclusão que o aumento da longevidade, conjugado com o momento pelo qual passa a economia brasileira, com efeitos expressivos sobre os jovens, tem levado a que o idoso assuma papéis não esperados nem pela literatura, nem pelas políticas públicas. Isto faz com

¹¹ Camarano e El Ghaouri, 1999

que a associação entre envelhecimento e aumento da carga sobre a família e o Estado não se verifique de forma tão direta. Por outro lado, por mais que o crescimento a taxas elevadas da população idosa provoque aumento nos custos da Previdência Social, de Saúde, a preocupação das políticas públicas dever-se-ia pautar, em primeiro lugar, pela busca do bem estar coletivo e não simplesmente com os gastos sociais.

Capítulo 4 - Processo de construção do marco legal - da PNI

4.1 - Processo histórico - gênese e evolução

As questões referentes ao envelhecimento populacional e ao entendimento daquele processo, o fenômeno da longevidade e as relações de dependência que ora se materializam no nosso país e no mundo devem ser observados como um processo histórico-cultural e social.

Podemos afirmar que esta questão é decodificada a partir do momento em que buscamos entender as formas de integração e de dependência do idoso. Entendemos que tais formas decorrem das relações existentes entre sociedade e governo nos âmbitos:

- nacional e internacional;
- do sistema de produção e trabalho;
- do sistema de seguridade social;
- dos índices de desenvolvimento econômico e social dos países;
- dos índices de escolaridade, educação, saúde e renda da população;
- dos avanços constitucionais e legais referentes ao sistema de seguridade social, ao regime político e ao conjunto dos direitos humanos;
- das estruturas e co-responsabilidade dos poderes executivo, legislativo e judiciário.

Devem considerar-se, ainda, os graus de compromisso dos governos, das famílias, da sociedade e do próprio idoso com a questão da velhice e dos direitos humanos.

No Brasil, os aspectos acima citados são identificados na qualidade das políticas públicas incluídas no marco legal referente à Política Nacional do Idoso, e no processo social ocorrido no âmbito das instituições governamentais e não governamentais. A política pública de atenção ao idoso sempre esteve relacionada com as questões relativas ao desenvolvimento sócio-econômico e cultural, bem como à ação reivindicatória dos movimentos sociais.

No Brasil, as ações de atenção ao idoso têm

O Serviço Social do Comércio -SESC foi criado em 1946 pelo Decreto Lei nº 9853, com finalidade de promover o bem estar social do comerciário e sua família. Ao longo de sua existência, o SESC vem acompanhando as mudanças no perfil demográfico do país, uma vez que tem por objetivo principal a valorização e promoção da pessoa humana. Em 1963, o SESC iniciou um trabalho com um pequeno grupo na cidade de São Paulo, onde o crescimento acelerado e desordenado trazia profundas modificações na estrutura familiar e no comportamento social, dificultando contatos entre parentes e aumentando o desamparo e a solidão entre os idosos.

A ação do SESC veio revolucionar o trabalho de assistência social ao idoso, sendo decisiva na deflagração de uma política voltada a este segmento populacional. Até então as instituições eram apenas voltadas para o atendimento asilar. O SESC tem se constituído numa referência nacional nas ações que dizem respeito ao envelhecimento.

A primeira iniciativa do governo na prestação de assistência ao idoso ocorreu em 1974 com a portaria nº 82, de 4 de julho de 1974, do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), por intermédio do antigo Instituto Nacional de Previdência Social -INPS. Esse Instituto realizava diretamente ações preventivas em seus centros sociais e, indiretamente, mediante acordos com instituições da comunidade. Objetiva-se a internação custodial restrita aos 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 da família ou o abandono do idoso pela família.

Outra iniciativa do Governo Federal foi a criação da renda mensal vitalícia - Lei nº 6179, de 11 de dezembro de 1974, benefício pelo qual ficava assegurado um auxílio, no valor de 50% do salário mínimo vigente no país, a todas as pessoas com mais de 70 anos que não recebiam nenhum benefício da Previdência Social e não tinham condições de subsistência.

O valor da renda mensal vitalícia, na época de sua criação, não podia ultrapassar 60% do salário mínimo regional. Desde abril de 1992, ela é de um salário mínimo, conforme a lei nº 8.213, de 24/07/91, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social, inclusive para o concedido antes da entrada em vigor da mencionada lei.¹²

Em 1976, o governo demonstra sua preocupação com as questões sociais da velhice no país promovendo, através do Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS, a realização de

¹² Com a Constituição de 1988 e sua posterior regulamentação, em 1991, o salário de benefício mensal que substitui o rendimento do trabalho não poderá ser inferior ao salário mínimo, tendo a renda mensal vitalícia também sido estabelecido em um salário mínimo.

três Seminários Regionais (São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza), voltados à identificação das condições de vida do idoso brasileiro e do apoio assistencial existente para atender suas necessidades. A partir das conclusões destes Seminários, realizou-se, no final do mesmo ano, um Seminário Nacional sobre Política Social da Velhice, do qual se originou o documento "Política Social para o Idoso: Diretrizes Básicas", editado pelo MPAS. Em resumo, foram as seguintes as principais propostas:

- 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; e
- 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.

O Governo Federal propõe, nesse mesmo período, reformulações definindo áreas específicas de atendimento, correspondentes aos aspectos da Previdência e Assistência Social. Com essas medidas, coube à Legião Brasileira de Assistência a responsabilidade de desenvolver todos os programas de assistência social, inclusive o programa de assistência ao idoso. Esses programas, que antes estavam sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, são transferidos para a Fundação Legião Brasileira de Assistência (FLBA), por determinação da Portaria do MPAS 838/77, Circular nº 01, de 21/10/77.

A transferência daqueles programas atribuiu à FLBA a responsabilidade de executar a Política Nacional de Apoio ao Idoso de baixa renda diretamente, por meio de suas próprias unidades executoras e de ação comunitária, e indiretamente, por meio de convênios e contratos com entidades especializadas e de ação comunitária. A ação da FLBA efetivou-se por meio de dois projetos principais: o "Conviver" e o "Asilar", alcançando cerca de 1.200 entidades e 2600 municípios por meio de convênios de cooperação técnica e financeira. Isso permitiu a revitalização e construção de equipamentos da rede pública e privada de atenção ao idoso no Brasil. Esses projetos tiveram grande alcance social, permitindo o estabelecimento de parcerias da FLBA com as prefeituras e o Programa Nacional de Voluntariado PRONAV/FLBA.

Como expressão da sociedade civil, surgiu a primeira organização social de idosos no Brasil: A Associação Cearense Pró- Idosos- ACEPI, que tem por objetivo reivindicar os direitos dos

idosos, estabelecendo trabalhos conjunto com o Governo Federal, assim como organizar entidades de atenção a eles.

O Plano de Ação da I Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento (Viena), adotado pelos Estados Membros em 6 de agosto de 1982, desencadeou um processo de discussão em âmbito mundial e Nacional sobre o tema do envelhecimento. Entre as recomendações inseridas no Plano de Ação figurava o conceito segundo o qual a qualidade de vida deveria ser tão importante como a longevidade. A medida do possível, os idosos deveriam desfrutar, com suas próprias famílias e comunidade, de uma vida plena, alegre, saudável e segura, integrando-se à vida em sociedade. Esta qualidade de vida deve ser construída pelo governo, pela família, pela sociedade e pelos próprios idosos.

A Constituição de 1988 preconizou direitos ao idoso, conforme o capítulo da Seguridade Social em seus artigos 203 e 204, garantindo uma rede e um sistema de proteção e inclusão social, incorporando algumas orientações da Assembléia de Viena. Nesta década também se criou a Associação Nacional de Gerontologia, órgão técnico científico de âmbito nacional, voltado para a investigação e prática científica em ações de atenção ao idoso.

A Lei Orgânica da Assistência Social - Lei nº 8742/93, aprovada em 7 de dezembro de 1993, prevê benefícios, serviços, programas e projetos de atenção ao idoso, co-responsabilidade das três esferas de governo. Estabelece a concessão do benefício de prestação continuada às pessoas maiores de 70 anos de idade, e que tenham uma renda mensal per capita de 1/4 do salário mínimo.¹³

A Política Nacional do Idoso, aprovada em 4 de janeiro de 1994, Lei nº 8842/94, estabeleceu direitos sociais, garantindo autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, como instrumento de direito próprio de cidadania. Essa lei foi elaborada e reivindicada pela sociedade, tendo como âncora a Associação Nacional de Gerontologia, que promoveu discussões nos estados, mediante três seminários regionais (GO, MA, DF) e um nacional em Brasília. Depois desta série de debates e consultas nas quais participaram idosos, aposentados, professores, estudantes universitários, profissionais da área de gerontologia e geriatria, voluntários e interessados, foi entregue ao Presidente da República o documento "Recomendações sobre Políticas Sociais, para o idoso nos anos 90". Este documento teve tramitação normal de discussão

¹³ Idade prevista de 70 anos foi revogada pela Lei nº 9720 de 30.11.98. Alterando a idade para 67 anos.

na área governamental e não governamental. Esta estratégia possibilitou a aprovação da Lei nº 8842/94 e o Decreto nº 1948 que a regulamenta.

A implantação dessa Lei estimulou a articulação e integração dos ministérios setoriais para elaboração de um Plano de Ação Governamental para Integração da Política Nacional do Idoso, o qual recebeu influencia e subsídios do governo da Espanha por intermédio de Convênio de cooperação técnica e financeira com o INSERSO - Instituto Nacional de Serviço Social.

Coube à Secretaria de Estado de Assistência Social a coordenação da Política de Assistência Social, assim como a da Política Nacional do Idoso e do Plano de Ação Governamental. São nove os órgãos que compõem este Plano: Ministérios da Previdência e Assistência Social, da Educação, da Justiça, Cultura, do Trabalho e Emprego, da Saúde, do Esporte e Turismo, Transporte, Planejamento, Orçamento e Gestão, e a Secretaria de Desenvolvimento Urbano.

4.2 - Plano de ação governamental para o desenvolvimento da política nacional do idoso - algumas considerações

O plano é um avanço na integração das políticas setoriais. Propõe uma gestão em rede, efetivando a ação do governo de forma intersetorial integrada, considerando o idoso como um cidadão. O Plano determina e indica as principais competências e ações dos ministérios, define estratégias e mecanismos de negociação para garantir recursos financeiros das áreas setoriais, participação efetiva das três esferas de governo para implementação da política, acompanhamento, controle e avaliação das ações.

O referido Plano estabelece as seguintes diretrizes:

- I. Viabilizar formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, proporcionando-lhe integração às demais gerações;
- II. Promover a participação e a integração do idoso, por intermédio de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;
- III. Priorizar o atendimento ao idoso por intermédio de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições de garantir sua sobrevivência;
- IV. Descentralizar as ações político administrativas;
- V. Capacitar e reciclar os recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia;

VI. Implementar o sistema de informação que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos e programas em cada nível de governo; buscando implantar um sistema de rede;

VII. Estabelecer mecanismos que favoreçam a divulgação de informação de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;

VIII. Priorizar o atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviço; e,

IX. Apoiar estudos e pesquisas sobre as questões do envelhecimento.

De acordo com o Plano Integrado de Ação Governamental para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso, cada Ministério que compõe esta Política apresenta suas linhas de ação a serem desenvolvida de forma integrada e descentralizada pelas três esferas de governo.

4.3 - Atividades atribuídas aos ministérios pela Política Nacional do Idoso

4.3.1 - Ministério da Justiça

Compete ao Ministério da Justiça: "promover e defender os direitos da pessoa idosa" e "zelar pela aplicação das normas sobre o idoso, determinando ações para evitar abusos e lesões a seus direitos".

No âmbito da Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, por intermédio do Departamento de Promoção dos Direitos Humanos (DPDH), foram definidas as linhas de ação que visam promover e difundir informações sobre os direitos dos idosos bem como garantir e defender tais direitos. O DPDH tem os seguintes objetivos específicos:

- Promover a defesa dos direitos da pessoa idosa;
- Buscar informações e propor ações para o cumprimento da Política Nacional do Idoso, propiciando assegurar os direitos sociais, que permitam a promoção da autonomia e da independência, a integração e a participação efetiva na sociedade das pessoas idosas;
- Sensibilizar a sociedade para as questões relacionadas ao envelhecimento populacional, visando combater o preconceito contra a velhice e a estimular a inclusão social do idoso;
- Promover e estimular a participação das pessoas idosas em todas as etapas da implementação de políticas públicas voltadas para este segmento populacional;
- Promover ações educativas de prevenção e erradicação da violência contra a pessoa idosa;
- Apoiar a realização de estudos e pesquisas sobre violência contra a pessoa idosa;

-
- Articular-se tendo em vista facilitar e priorizar o acesso da pessoa idosa à justiça e aos serviços públicos.

4.3.2 - Ministério da Previdência e Assistência Social (SEAS)

Secretaria de Estado de Assistência Social

Conforme determinação da Lei 8842, que define todo o Sistema de prevenção, inclusão e atenção ao idoso no Brasil, coube a SEAS a coordenação da Política Nacional do Idoso no âmbito da Federação Brasileira. No campo da assistência social, essa rede é constituída de benefícios, serviços, programas e projetos que se materializam em obediências às seguintes diretrizes :

- cooperação técnica e financeira com os Ministérios Setoriais, Estados, Municípios e ONG'S ;
- implantação e implementação das modalidades de atendimento aos idosos: Casa Lar, Centro Dia, Centro de Convivência, Atendimento Domiciliar, Atendimento Integral Institucional; Família Acolhedora, Família Natural;
- financiamento e apoio a programas e projetos;
- ampliação e fortalecimento da rede de atendimento ao idoso;
- estímulo à parceria entre organizações governamentais e não- governamentais;
- apoio a campanhas educativas junto aos meios de comunicação de massa;
- revitalização da rede prestadora de serviços de atenção ao idoso (asilos, centros de convivência, centro dia, casa lar e outros);
- capacitação de recursos humanos na área de gerontologia;
- criação de um banco de dados para subsidiar os programas do Governo Federal nessa área;
- apoio e fomento a estudos e pesquisas sobre envelhecimento;
- normatização e definição de padrões mínimos de serviços de ação continuada para financiamento da rede prestadora de serviços;
- incentivo ao controle social (criação de conselhos, fundos e planos);
- Acompanhamento, monitoramento e avaliação da rede pública e privada prestadora de serviços em estreita parceria com Estados, Municípios e ONG'S.

Secretaria de Previdência Social

- garantia do sistema de arrecadação, fiscalização e benefícios que compreendem o pagamento de aposentadorias, pensões e auxílios à população urbana e rural;
- garantia do pagamento do benefício de prestação continuada;
- coordenação e implementação do benefício de prestação continuada;

-
- elevação da qualidade de prestação de serviços aos idosos usuários da previdência social, reduzindo seu tempo de espera para o atendimento nos postos de Seguro Social;
 - adequação da estrutura física dos postos de Seguro Social às condições de mobilidade dos idosos;
 - implementação dos programas de preparação para aposentadoria;

4.3.3. Ministério da Educação

- programa de capacitação de recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia social;
- introdução de programas de pós-graduação em geriatria e gerontologia social sob formas de cursos de especialização, residência médica, mestrado e doutorado;
- estudos e pesquisas voltados aos aspectos do envelhecimento;
- apoio à criação de centros de referência nas universidades integradas aos sistemas de saúde;
- apoio à criação e manutenção de Universidades abertas à terceira idade.
- Introdução de conteúdo e temas transversais no curriculum do 1º e 2º graus - ensino formal.

4.3.4. Ministério da Cultura

- incentivo ao desenvolvimento de atividades culturais pelos movimentos de idosos;
- incentivo às instituições culturais para que desenvolvam programas e atividades que possam contar com a participação dos idosos, tanto na condição de público como na de produtores.
- facilitar aos cidadãos idosos o acesso ao processo de produção, reelaboração e usufruto dos bens culturais, visando sua mobilização para o exercício individual e coletivo dos direitos culturais.
- contribuir, por meio do incentivo à participação do idoso no processo cultural, para que esta etapa de sua existência seja encarada também como período de crescimento pessoal e de participação na vida social.

4.3.5. Ministério da Saúde

- desenvolvimento de formas de cooperação técnica e financeira entre os demais ministérios, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e entre os Centros de Referência em geriatria e gerontologia para capacitação de equipes multiprofissionais, de forma a qualificar continuamente os profissionais da saúde nas áreas de atenção ao idoso;

-
- apoio à realização de estudos epidemiológicos para detectar os agravos à saúde do idoso com vistas ao desenvolvimento de sistemas de informação sobre a população idosa que subsidiem o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção, tratamento e reabilitação;
 - estabelecimento e ampliação de normas de serviços geriátricos hospitalares;
 - serviços alternativos de saúde ao idoso na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) tais como: unidades de cuidados diurnos (Hospital Dia, Centro Dia) e atendimento domiciliar; e
 - apoio e desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

4.3.6. Ministério do Trabalho e Emprego

- programa de requalificação e inserção da pessoa idosa na vida sócio-econômica das comunidades;
- cursos destinados a técnicos que atuam na área do envelhecimento;
- projetos de geração de ocupação e renda destinados à população idosa;
- projetos de qualificação e requalificação profissional do idoso com vistas a sua empregabilidade; e
- capacitação de cuidadores formais e informais de idosos.

4.3.7. Ministério do Esporte e Turismo

- apoiar a realização de cursos de capacitação e reciclagem técnica, destinada aos agentes multiplicadores envolvidos nas ações de resgate das atividades lúdico- desportivas voltadas para a terceira idade;
- apoiar a organização de eventos esportivos, de lazer, bem como de caráter técnico e científico, voltados à questão da pessoa idosa (congressos, encontros, seminários etc...);
- apoiar a elaboração de material de divulgação da Política Nacional do Idoso no setor esportivo e a publicação de obras didáticas na área de atividades físicas para a terceira idade, buscando sensibilizar a população- alvo a desenvolver atividades esportivas e recreativas;
- apoiar a implantação e implementação de núcleos para o exercício permanente da atividade física grupal devidamente orientada, contribuindo para o bem-estar biopsicossocial do idoso e para a manutenção de sua autonomia, bem como para a melhoria da qualidade de vida;
- criação de mecanismos para melhor aproveitar a oferta de equipamentos e serviços turísticos nas baixas temporadas para a terceira idade;
- mobilizar a participação no programa clube da melhor idade de instituições federais, estaduais e municipais;

- promover ações direcionadas a possibilitar que populações marginalizadas no mercado turístico tenham acesso ao turismo doméstico; e
- divulgar e promover, em colaboração com órgãos do Sistema Oficial de Turismo, o programa Clube da Melhor Idade.

4.3.8. Secretaria de Desenvolvimento Regional

- estabelecimento de critérios de acessibilidade a serem observados nos programas habitacionais e de infra-estrutura, bem como de equipamentos urbanos de uso público de modo a garantir o acesso e a sua utilização pela população idosa;
- incentivo, promoção e divulgação de estudos e pesquisas com vistas a conscientizar a adequação da infra-estrutura urbana e dos equipamentos públicos às necessidades do idoso;
- apoio às demais esferas de governo nas questões referentes ao desenvolvimento urbano para favorecer o acesso dos idosos aos equipamentos e serviços públicos.

4.3.9. Ministério do Transporte

- apoiar e incentivar medidas que facilitem à pessoa idosa a utilização adequada dos meios de transporte;
- assegurar a inclusão, nas diretrizes de Política Nacional de Transportes, de requisitos que propiciem adequada e segura mobilidade física e acessibilidade das pessoas idosas às oportunidades sócio-econômicas;
- assegurar a observância de direitos dos cidadãos idosos, enquanto usuários dos serviços públicos de transportes e facilidades viárias nos procedimentos de concessão, permissão e privatização no âmbito do setor;
- prever, nas ações e programas promovidos pelo Ministério dos Transportes, especialmente naqueles serviços das esferas estadual e municipal, a observância de acessibilidade e mobilidade física adequada de pessoas idosas e/ou com problemas de locomoção;
- intercambiar experiências e conhecimentos relativos às áreas de planejamento, prática e gestão viária, serviços de transporte, e de trânsito, com reflexos positivos na reintegração e participação sociocultural da pessoa idosa;
- fomentar pesquisas e estudos no âmbito do planejamento/regulação de transportes, que produzam informações e conhecimentos que subsidiem a Política Nacional do Idoso e o desenvolvimento do Plano Integrado de Ação Governamental; e

- promover e implementar programas de ações que contemplem a prevenção de acidentes de trânsito e atendimento eficaz ao acidentado, considerando a vulnerabilidade biofísica da pessoa idosa.

4.3.10. Ministro do Planejamento, Orçamento e Gestão

- planejar, acompanhar e elaborar planos e programas plurianuais relativos aos benefícios, serviços, programas e projetos relativos à Política Nacional do Idoso, de competência de cada ministério setorial;
- desenvolver programas de acompanhamento e monitoramento da rede prestadora de serviços de atenção ao idoso;
- consolidar dos dados estatísticos relativos a proposta orçamentária que compõem as políticas setoriais de atenção ao idoso;
- emitir parecer técnico em relação ao planejamento, orçamento e gestão dos serviços programas e projetos de atenção ao idoso dos ministérios integrantes do Plano de Gestão Inter Governamental

Capítulo 5 - Avanços no atendimento ao idoso no Brasil -

Benefícios, serviços de ação continuada, programas e projetos

5.1 - Considerações Gerais

No Brasil a estruturação da Rede de Serviços de Atenção ao Idoso a partir das décadas de 80 e 90 caracteriza-se por forte aliança entre as organizações governamentais e não governamentais, buscando imprimir um novo paradigma no atendimento que se processa da ótica do favor para a ótica dos direitos sociais.

Para tal, vem se imprimindo na gestão pública ações estratégicas que se traduzem na interdisciplinariedade, na descentralização político-administrativa, na participação efetiva das ONG'S, no co-financiamento dos serviços pelas três esferas de governo, buscando o envolvimento da pessoa idosa, da família e com adesão significativa da sociedade e dos meios de comunicação.

Cabe ressaltar também as ações concretas e articuladas dos poderes executivo, legislativo e judiciário nas três esferas de governo.

No campo do atendimento, a Rede Prestadora de Serviços caracteriza-se pela concessão de :

- benefícios : benefício de prestação continuada que é a garantia de um salário mínimo mensal ao idoso com 67 anos ou mais e que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção e nem tê-la provida por sua família;

- serviços de Ação Continuada : caracteriza-se por atividades continuadas que visem à melhoria de vida da população, e cujas ações, voltadas para as necessidades básicas de acordo com os princípios da Lei 8742/93, a saber: atendimento integral institucional, centro-dia, centro de convivência, casa lar, assistência domiciliar, família natural, família acolhedora e residência temporária.

- programas : compreendem ações integradas e complementares com objetivos, tempo e área de abrangência definidas para qualificar, incentivar e melhorar os benefícios e serviços assistenciais. O programa tem prioridade para inserção social e profissional e devem ser articulados com benefício de prestação continuada e com a aposentadoria;

- projetos : os projetos compreendem a instituição de investimento, econômico-social nos grupos populares, buscando subsidiar, financeira e tecnicamente iniciativas que lhes garantam meios, capacidade produtiva e de gestão para melhoria das condições gerais de subsistência, elevação do padrão da qualidade de vida, a preservação do meio ambiente e sua organização social. Caracterizam-se por incluir mecanismos de articulação, e de participação de diferentes áreas governamentais e em sistemas de cooperação entre organismos governamentais, não governamentais e da sociedade civil.

No Brasil a referida Rede de Serviços busca estruturar-se a partir da década de 90 pela ótica de Direitos Humanos e pauta-se pela legislação citada no marco legal, bem como pelo Programa Nacional dos Direitos Humanos de responsabilidade do Ministério da Justiça, mas que deve permear todas as ações dos demais Ministérios Setoriais.

5.2 Ministério da Justiça

Desde a elaboração do Programa Nacional dos Direitos Humanos, o Ministério da Justiça vem procurando atender às demandas para a elaboração de políticas públicas mais efetivas. Seguindo essa trajetória, a Secretaria de Promoção dos Direitos Humanos tem lançado mão de

alguns instrumentos que permitem o intercâmbio de informações, idéias e opiniões sobre como trabalhar em prol da população.

Em sua atuação, o Ministério vem executando essas atribuições tanto de forma ampla, por meio de políticas públicas dirigidas ao conjunto da população brasileira, como de forma específica, com ações direcionadas aos idosos, sempre buscando a sua inclusão social e a garantia da observação de seus direitos.

Câmara Técnica

Em dezembro de 2000, foram realizadas Câmaras Técnicas relacionadas com a promoção e garantia de direitos de grupos sociais específicos e com programas sob a incumbência da Secretaria e do Departamento de Promoção dos Direitos Humanos. A Câmara Técnica "Defesa e Promoção dos Direitos da Pessoa Idosa", teve como objetivo buscar subsídios para cumprir o que estabelece a Política Nacional do Idoso, relativamente à promoção dos Direitos Humanos. Participaram do evento representante de órgãos públicos e organizações não governamentais relacionadas com questões sobre idosos.

Encontro Nacional de Defensores Públicos, Procuradores e Promotores de Justiça.

No mesmo espírito de construção coletiva de ações para benefício de determinados grupos sociais, realizou-se, em agosto de 2001, o Encontro Nacional de Defensores Públicos, Procuradores da República, Procuradores do Trabalho e Promotores de Justiça. O Encontro teve como objetivo apresentar informações sobre grupos vulneráveis, suas lutas e suas demandas. Dentre os temas tratados, incluiu-se a discussão sobre a defesa e garantia dos direitos dos idosos.

promovendo e garantindo direitos

no âmbito do Plano Plurianual de Ação do Governo Federal para os anos de 2000 a 2003, coube à Secretaria de Estado dos Direitos Humanos a coordenação de programas e ações que envolvem diretamente a promoção, garantia e defesa dos direitos da população idosa.

Nesse sentido, valem ressaltar as seguintes ações em curso:

- apoio à implantação de Conselhos de Direitos
- implantação de serviços de disque denúncia de violação de direitos
- edição e distribuição de documentos e informações em direitos humanos
- capacitação de profissionais e lideranças comunitárias em direitos humanos
- banco de leis
- acessibilidade

- capacitação de gestores para a inclusão nos códigos de obra dos municípios de mecanismos de acessibilidade ao meio físico, beneficiando pessoas portadoras de deficiência e com mobilidade reduzida. Apoio a projetos de reforma de instalações para facilitar o acesso a prédios e logradouros públicos.
- combate à Violência Intrafamiliar - realização de seminários, fóruns e campanhas

5.3 - Ministério da Previdência e Assistência Social

5.4 - Secretaria de Estado de Assistência Social

O Programa de Atenção à Pessoa Idosa no campo da Assistência Social, tem como referência a Política Nacional do Idoso, instituída pela Lei nº 8842/94 e regulamentada pelo Decreto nº 1948/96, cujo objetivo é assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua longevidade com qualidade de vida. Além disto, a Lei 8.742/93 - Lei Orgânica de Assistência Social - prevê todo Sistema de Proteção e Inclusão Social à população de baixa renda, no que se refere à concessão de benefícios e o encaminhamento a serviços programas e projetos.

Principais ações

5.4.1 - No âmbito da gestão

- Efetivação de parceria intergovernamental e com a sociedade civil, consolidando a criação de 12 Conselhos Estaduais e com 151 Conselhos Municipais, 5 Fóruns Regionais e 26 Fóruns Estaduais e 1 Fórum Nacional de Defesa de Direitos e da Política Nacional do Idoso;

-

Parceria com órgãos internacionais - INSERSO e Universidade de Madri mediante convênios de cooperação técnica e financeira para realização de cursos, encontros, reuniões técnicas, pesquisas, dentre outros, com o objetivo de aperfeiçoar o quadro de recursos humanos na rede de prestação de serviços à pessoa idosa;

- Portaria Interministerial nº 5153/99, instituindo o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos - Ministério da Previdência e Assistência Social e Ministério da Saúde;
- campanhas de conscientização da família e da sociedade quanto à questão da mudança de mentalidade no tratamento da questão do envelhecimento. O objetivo é o de mudar o paradigma para o envelhecimento saudável com qualidade de vida, sendo o idoso co-participante do processo de desenvolvimento do seu país. Exemplificando, foram realizadas Caminhadas do Abraço ao Mundo com adesão dos 26 Estados e o Distrito Federal;

- seminário "Perspectivas para uma sociedade que envelhece", em comemoração ao Ano Internacional do Idoso (1999);
- seminário Nacional - Muito Além dos 60: Os novos idosos brasileiros - IPEA/MPAS;
- realização do Máster em Gerontologia, em parceria com o governo espanhol, com a participação de 50 alunos da América Latina e Caribe;
- publicação do Manual do Idoso: Problemas e Cuidados Básicos;
- publicação de Normas de Padrões Mínimos de Serviços e Programas de Atenção à Pessoa Idosa no Brasil - Portaria nº 73 de 10/05/2001, publicada no Diário Oficial em 14/05/2001
- Novas Modalidades de Serviços: (Centro Dia - Casa Lar - Família Natural - Família Acolhedora - Republica - Atendimento Integral Institucional.); e
- realização de Cursos de Cuidadores de Idosos nos 26 Estados da Federação e Distrito Federal, formando agentes multiplicadores e capacitando cuidadores formais e informais da Rede Pública e Privada Prestadora de Serviços.

5.4.2 - No âmbito do atendimento das Políticas de Proteção Social / Assistência Social

- concessão de benefícios de prestação continuada ao idoso, perfazendo 469.047 benefícios nas 27 unidades federadas, com um recurso financeiro aplicado da ordem de 926.878. 000 no ano 2001;
- financiamento de serviços assistenciais de ação continuada ao idoso nas modalidades asilar, centros de convivência e atendimento domiciliar para 296. 711 idosos no valor de aproximadamente 31 milhões de reais no ano 2001;
- revitalização da rede pública e privada prestadora de serviços;
- manutenção de 450 idosos no Abrigo Cristo Redentor em parceria com o município (Rio de Janeiro) - investimento de 2,8 milhões de reais;

5.4.3 - Programas e Projetos

Todas essas ações da Política de Assistência Social, se efetivam a partir do modelo descentralizado e participativo, que propicia a co-responsabilidade das três esferas de governo e incentiva a participação da sociedade civil na solução dos problemas.

Neste contexto, em parceria com Estados, Municípios e ONG's foram implementados 245 programas e projetos de enfrentamento da pobreza, beneficiando cerca de 37.560 idosos pela revitalização de abrigos, asilos e centros de convivência, o que significa investimentos em reformas, ampliações e equipamentos destas unidades de atendimento da pessoa idosa.

A SEAS tem apoiado a capacitação institucional e de recursos humanos, voltada para o atendimento de melhor qualidade da pessoa idosa e um melhor desempenho das entidades

prestadoras de serviços. Destaca-se a assinatura de um Protocolo de Intenções entre o Ministério do Trabalho e Emprego e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) / Secretaria de Estado de Assistência Social (SEAS), para a realização de cursos de capacitação de profissionais que atendam aos idosos como também para capacitação dos próprios idosos, visando sua ocupação no atual contexto do mercado de trabalho. Ressalta-se também, o Convênio de Cooperação Técnica e Financeira realizado com o INSERSO - Instituto Nacional de Serviço Social e Faculdade Autônoma de Madrid para formação de gerontólogos do Brasil e América Latina.

5.4.4 - Fóruns e Conselhos do Idoso

A SEAS, tem prestado assessoria técnica a criação de Fóruns e Conselhos bem como para a realização de campanhas que permitam a divulgação de conhecimentos e informações sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento. Além disto, tem prestado apoio técnico e financeiro a OG's e ONG's para Encontros, Seminários, Fóruns, reuniões técnicas, com o objetivo de aperfeiçoar o quadro de recursos humanos que atuam na rede prestadora de serviços à população idosa.

Em um primeiro momento, os Fóruns proporcionaram aos Estados condições para diagnosticar sua situação frente à Política do Idoso, identificando as ações realizadas, tanto pelo poder público como por iniciativa da sociedade civil. Caracteriza-se como estimulador da articulação dos órgãos governamentais com os não-governamentais, motivando para o trabalho em parceria.

Em um segundo momento, os Fóruns e Conselhos foram criados com o objetivo de agilizar, acompanhar, monitorar e fiscalizar as ações na área do idoso.

5.4.5 - Caminhada pelo Envelhecimento Saudável

Realizou-se em todo o Brasil, nos dias 28 de setembro de 1998, 1999 e 2000, "A Caminhada pelo Envelhecimento Saudável". Esse evento ensejou a integração de gerações, a valorização do papel do idoso na família e na comunidade e ainda mostrou que é possível envelhecer de maneira ativa e saudável. Contou com a participação não só da população idosa, mas também, dos seus familiares e da comunidade. Houve adesão das 26 capitais, do Distrito Federal, totalizando 454 municípios brasileiros.

5.5 Secretaria de Previdência Social

As Políticas de Previdência Social

Esta seção mostra uma breve descrição da política brasileira de previdência social brasileira. O sistema previdenciário brasileiro surgiu durante a primeira etapa do regime republicano simultaneamente a uma série de importantes transformações "estruturais" de sua economia. Destaca-se a disseminação do trabalho assalariado, com o fim da escravatura, o surgimento das primeiras indústrias nacionais e o primeiro grande movimento de urbanização. Data de 1923¹⁴, o início do sistema previdenciário brasileiro com a criação da primeira Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP) para funcionários de empresas ferroviárias, que ao longo da década foram se expandindo para as empresas de diversos outros setores da economia. A conexão com o sistema foi institucional: cada companhia oferecia alguns serviços e os guardava para darem suporte a estes empregados durante sua inatividade¹⁵.

A década de 30 é vista no Brasil, como o ponto de partida de um sistema específico do estado de bem-estar social, onde as políticas de previdência social tiveram um papel tão importante quanto as políticas de saúde, educação e habitação¹⁶. O interesse sobre um Sistema de Seguridade Social vindo do Governo e dos trabalhadores foi ampliado. Uma cobertura para aposentados e pensões por viuvez começou a ser feita por categoria profissional. Os pequenos fundos foram gradualmente transformados em grandes Institutos de Previdência. A administração destes institutos era feita pelo Estado, o qual decidia o valor da contribuição a ser paga pelo indivíduo e onde os recursos extraídos da sociedade eram investidos (¹⁷). Além da variação na capacidade de financiamento, havia também diferenças importantes entre os planos de benefícios oferecidos pelos institutos.

Nesse momento o sistema já abarcava praticamente todos os empregados urbanos e à parte dos trabalhadores autônomos. Mas uma parcela ainda importante de trabalhadores estava excluída. Entre eles estavam os trabalhadores rurais (uma grande proporção da força de trabalho), conta-próprias e servidores domésticos.

Os anos 60 foram marcados por uma tendência de uniformização dos planos de benefícios e uma unificação institucional (Oliveira e Beltrão, 1987). A unificação efetiva do sistema foi alcançada através da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966. Esta nova agência reunia seis institutos e ficou responsável pela segurança social e assistência médica de todos os empregados urbanos (excluindo os servidores públicos federais, alguns dos funcionários municipais e estaduais, que eram cobertos por esquemas específicos, e os trabalhadores domésticos). Nesta época, a sociedade brasileira estava em um processo acelerado de industrialização e urbanização.

¹⁴ Decreto-Lei no. 4.682 de 24 de janeiro de 1923, também conhecido como Lei Eloy Chaves

¹⁵ Brumer, 2001 e Oliveira e Beltrão, 1987

¹⁶ Draibe, 1989

¹⁷ Brumer, 2001 e Oliveira e Beltrão, 1987

Durante os anos 60 e 70, a cobertura foi estendida a outras categorias: os trabalhadores domésticos (1972) e os conta-próprias (1973). Ao mesmo tempo, benefícios de assistência social para idosos sem rendimento e deficientes físicos e mentais foram criados. Trabalhadores rurais começaram a serem beneficiados. Neste período, a previdência social cobria todos os brasileiros com trabalho formal remunerado¹⁸. Os trabalhadores informais e sem estabilidade continuaram sem cobertura¹⁹. A cobertura de todas as demais políticas sociais existentes foi expressivamente expandida a partir do final dos anos 70.

A Constituição de 1988 introduziu o conceito de Seguridade Social fazendo com que a rede de proteção social saísse do contexto estritamente social-trabalhista e assistencialista e passasse a adquirir uma conotação de direito de cidadania. O texto legal estabeleceu como princípios básicos: 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, a diversificação da base de financiamento, a descentralização e a participação de trabalhadores na gestão. Isto foi um avanço no sentido de conceituar a Seguridade Social 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 um²⁰.

As maiores transformações se deram nas áreas rurais. A maior mudança foi a transferência da unidade beneficiária do domicílio para o indivíduo. Isto afetou especialmente as mulheres que puderam então requerer o benefício da Previdência Social de acordo com a sua posição no domicílio. A idade mínima para solicitação de aposentadoria por idade foi reduzida em cinco anos²¹. Essas decisões foram postas em prática em 1991 e 1992. Além disso, a desigualdade resultante do plano anterior que diferenciava o trabalhador urbano e rural desapareceu²². Os resultados podem ser visto no gráfico 1, que mostra a tendência dos benefícios pagos nos últimos 20 anos. Esses cresceram no período estudo com uma inflexão no formato da curva em 1992. A principal mudança é observada nas áreas rurais e afetou mais as mulheres do que os homens. Desde 1992, 60% dos novos benefícios são pagos às mulheres, o que explica a grande redução na pobreza feminina das áreas rurais. Em 1980, os benefícios pagos a elas representavam 18% do total de benefícios pagos.²³ Em 2000, a proporção comparável foi de 45%.²⁴

¹⁸ Oliveira e Beltrão, 1987

¹⁹ Brumer, 2001

²⁰ Oliveira e Beltrão, 2001

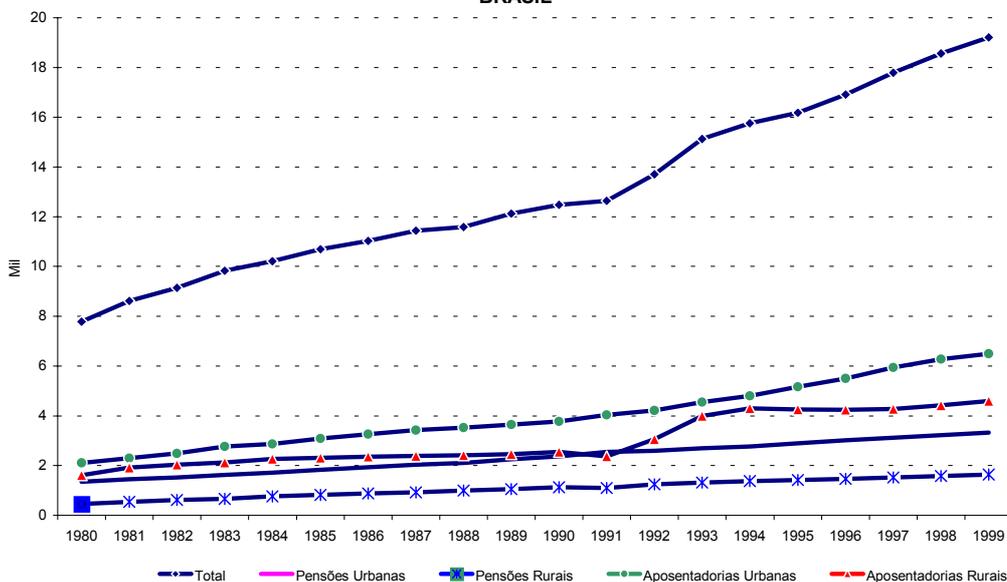
²¹ ²¹ Depois da Constituição de 1988, a idade mínima aplicada para os benefícios da previdência social rural é de 55 anos para as mulheres e 60 para os homens.

²² *idem*

²³ Ver Cabral e Castro (1988), p. 610.

²⁴ Isto não inclui pensões por morte

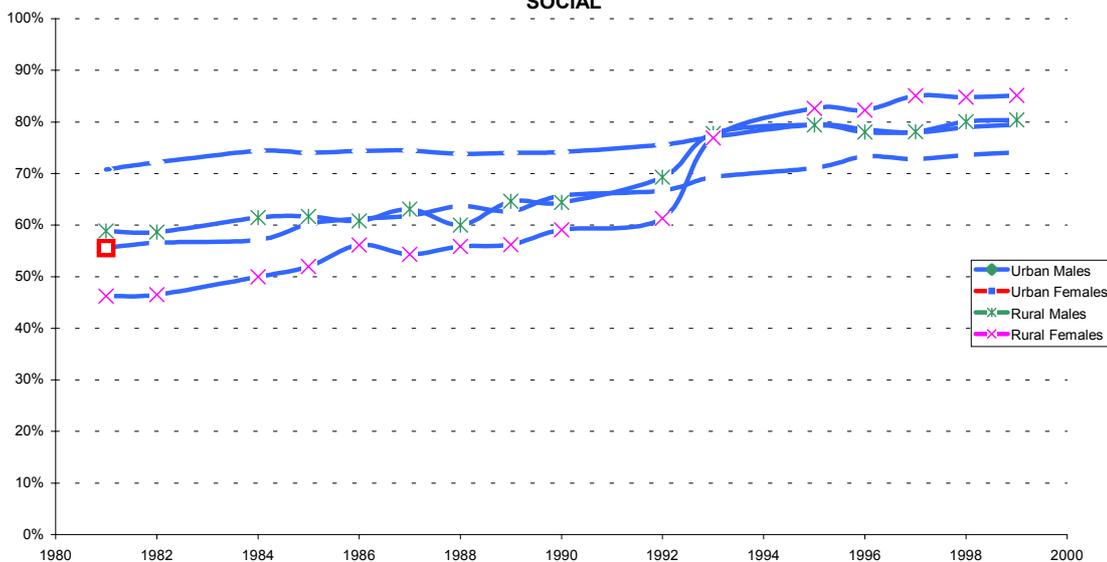
Gráfico 1
BENEFÍCIOS PAGOS PELA PREVIDÊNCIA SOCIAL
BRASIL



Fonte: AEPS Infologo/ MPAS.

O gráfico 2 mostra os efeitos da implementação destas políticas do ponto de vista dos indivíduos. Ele mostra a proporção a população com mais de 60 anos recebendo benefícios sociais. Isto incluem a aposentadoria e as pensões. A tendência descrita é praticamente a mesma observada no gráfico b e confirma a ampliação da cobertura dos benefícios da Previdência Social.

Gráfico 2
PROPORÇÃO DE IDOSOS BRASILEIROS QUE RECEBEM BENEFÍCIOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL



Fonte: IBGE, PNADs de 1981 a 1999.

5.6. Ministério da Saúde

5.6.1 Política Nacional de Saúde do Idoso

A Política Nacional de Saúde do Idoso tem como propósito a promoção de um estado de saúde do idoso, com a finalidade de conseguir-se uma máxima expectativa de vida ativa, com altos níveis de função e autonomia.

Com isso, buscar-se-á a manutenção e melhoria da capacidade funcional, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida.

ALG

Algumas Ações Desenvolvidas e em Desenvolvimento

I - PR

-promoção do envelhecimento saudável

- produção de material instrucional para capacitação de recursos humanos e informação a sociedade;
 - elaboração de vídeo, como título "Velhice não é doença", distribuído às equipes de saúde da família, para servir de elemento de discussão por parte dos Agentes Comunitários de Saúde. Este vídeo foi veiculado nas Televisões Educativas do país e no Canal Futura;
 - número especial da publicação "Em tempo de...", destinada aos Agentes Comunitários de Saúde e focando, principalmente, ações em promoção de saúde;
 - número especial de publicação destinada às Equipes De Saúde Da Família sobre saúde do idoso;
 - realização de 2 Vídeos do Programa Viva Legal sobre informações de saúde do idoso, destinado aos idosos, família e comunidade. Veiculado no Canal Futura;
 - realização de vídeo de 3 minutos, incluído na série "pergunte ao doutor" sobre nutrição, exercícios físicos e envelhecimento. Veiculado nas Televisões Educativas do país;
 - realização de vídeo de 3 minutos, incluído na série "pergunte ao doutor" sobre preservação e melhora da função cognitiva e memória em particular. Veiculado nas Televisões Educativas do país;

elaboração de cartilha "Viva mais e melhor", distribuída aos idosos que foram vacinados NOS ANOS DE 1999 E 2000. Foram impressas cerca de 20 milhões de cartilhas;

utilização do vídeo promocional da campanha de vacinação de idosos para veicular a necessidade do mesmo manter-se ativo;

realização de programa de rádio intitulado "Saúde no Ar", duração de 10 minutos com o tema: "Envelhecimento- viver bem na velhice";

manutenção da Capacidade Funcional (Prevenção);

1.- Vacinação:

Vacina antitetânica, através da dupla-adulto (10/10 anos); Vacina anti-influenza (anualmente. Em 1999 para os com 65 anos ou mais e em 2.000 em diante, aos com 60 anos ou mais) e Vacina antipneumocócica para os com grande risco (hospitalizados e institucionalizados).

A vacinação de idosos em nosso país, pelo seu ineditismo, representou um grande desafio para sua implantação e continua a representar em sua implementação. Apesar disto, em 1999, onde a população alvo foi a de 65 anos de idade ou mais, conseguiu-se vacinar 7.519.114 de idosos, isto é, 87,3% da estimativa para esta faixa etária. No ano de 2000, quando se procurou vacinar todos brasileiros com 60 anos ou mais, atingiu-se uma cobertura de 71,8%, ou seja um contingente de 9.324.038 idosos. No ano de 2001 com um reforço da mobilização em torno da Campanha, foi atingida uma cobertura de 82,1%, ou seja, 10.755.833 indivíduos com 60 anos de idade ou mais. Em uma campanha nacional de vacinação, independente da população alvo proposta, que atinge uma cobertura de 70%, considera-se como excelente

No Brasil, houve uma queda expressiva nos dois anos que se seguiram a primeira vacinação, na população alvo, de 21.432 internações hospitalares por pneumonia e de 30.212 hospitalizações por DBPOC. Desta maneira, podemos afirmar que após as duas campanhas de vacinação antiinfluenza, obtivemos uma redução de 51.644 hospitalizações por pneumonia e DPOC, pelo SUS, na população idosa vacinada, resultados estes não observados na população não vacinada.

Considerando somente os meses de pico dos surtos de influenza no país, junho, julho e agosto (inverno no Brasil), obtivemos uma redução de 40.094 hospitalizações por pneumonia no SUS em dois anos, o que representou uma queda de mais de 19,1% em relação ao ano anterior da vacinação. A diminuição de hospitalizações no período de inverno nos dois últimos anos, representou 77,6% do total .

A partir dos resultados verificados somente nas hospitalizações por pneumonias e DBPOC, com uma redução significativa de 51.644 hospitalizações, temos um forte indicativo de que estas campanhas e sua manutenção estão plenamente justificadas.

2.- Prevenção de acidentes domésticos, especialmente quedas:

A principal causa de incapacidade entre os idosos tem sido objeto de preocupação, uma vez que o profissional de saúde não recebe, em sua formação, informações de como cuidar adequadamente um idoso com instabilidade postural e/ou que venha sofrer um episódio de queda.

A Coordenação de Atenção à Saúde do Idoso redigiu texto para a produção pelo Departamento de Atenção Básica do Caderno de Atenção Básica nº 4 do Programa de Saúde da Família com o título: Instabilidade Postural e Queda, destinada aos profissionais de saúde que compõem as Unidades Básicas de Saúde.

Assistência às Necessidades de Saúde do Idoso:

- consulta Geriátrica (ambulatorial e domiciliar) já é autorizada pelo Sistema Ambulatorial do SUS, com o código 44;

- Porta de Entrada do Sistema;

- Agentes comunitários de saúde;
- Unidades Básicas de Saúde da Família;
- Unidades Básicas de Saúde;

Já foram definidas as atribuições do agente comunitário em relação à sua área de abrangência. Em discussão a do Médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem. Estão sendo estudados os protocolos de atendimento.

- A internação domiciliar de crônicos, autorizada pela portaria 2416/98, embora não restrita ao idoso, este é o seu maior beneficiário.
- A internação hospitalar de longa permanência, autorizada pela portaria 2413/98, representa um grande avanço em relação à extinta rubrica FPT, pois exige reabilitação sensu stricto.
- O hospital dia geriátrico, autorizado pela portaria 2415/98, foi outra alternativa encontrada para evitar-se hospitalizações em idosos, pois todos os trabalhos demonstram que, mesmo em hospitalizações de curta permanência, as condições de saúde do idoso pioram.

- O acompanhamento familiar ao idoso hospitalizado, autorizado pela portaria 280/99, favorece um tratamento mais humanizado ao idoso que necessita de uma internação hospitalar, além de aliviar a carga de cuidados do hospital.

Mutirões de Cirurgias Eletivas

Têm ocorrido no âmbito do SUS, desde o ano de 1.999, mutirões de cirurgias eletivas, tais como: cirurgias de cataratas, de próstata e varizes. Também têm sido realizados mutirões para detecção precoce de retinopatias diabéticas. Embora, não visem exclusivamente ao idoso, este é o seu maior beneficiário, principalmente em relação às cirurgias de cataratas.

Mutirão de cirurgia de cataratas:

No país ocorreram nos meses de maio a agosto de 1999, um total de 121.609 cirurgias deste tipo (quando a média é de 6.000 por mês), o que corresponde a 97.609 cirurgias a mais do que a rotina. Foram 120.000 idosos que votaram a enxergar ou que tiveram sua visão melhorada e livre da cegueira. No ano de 2.000 foram 108.201 cirurgias excedentes.

No ano de 2.002, além da continuidade das ações já relacionadas acima, se investirá na implantação de serviços extra-hospitalares de atenção à saúde do idoso, tais como:

Hospital dia geriátrico

Hospital dia geriátrico é aquele que dispõe de condições técnicas, instalações físicas adequadas, equipamentos e recursos humanos especializados e/ou capacitados em saúde do idoso, que garantam o cumprimento dos planos terapêuticos indicados e realizados por equipe multiprofissional e interdisciplinar. Destina-se a pacientes idosos que, por indicação médica e avaliação multiprofissional, o regime de Hospital Dia for o mais adequado para realizarem ou complementarem procedimentos diagnósticos, terapêuticos, reabilitação, manutenção de sua autonomia e capacidade funcional, incluindo a identificação e orientação do cuidador familiar ou informal.

Assistência domiciliar à saúde do idoso de média complexidade

É aquela prestada no domicílio do paciente, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar, compreendendo um conjunto de procedimentos diagnósticos, terapêuticos, assistência farmacêutica, cuidados de enfermagem, apoio psicológico e social, orientação nutricional e dietética, reabilitação, manutenção de sua autonomia e capacidade funcional, educação e orientação familiar e identificação e orientação de cuidador familiar ou informal.

Residência Terapêutica do Idoso:

É uma instituição de saúde para internação de idosos portadores de doença incapacitante que necessitem de cuidados de saúde permanentes, sem vínculo familiar ou que, após avaliação

verifique-se que esta família não possui condições mínimas para prover os cuidados necessários à sua assistência. A Residência Terapêutica do Idoso deve ser integrante ou estar vinculada através de convênio a um Hospital de Referência, garantindo toda a assistência médica, farmacêutica, de enfermagem e de reabilitação, necessária a prevenção de agravos, proteção, promoção e recuperação da saúde do idoso além de sua reintegração social e familiar, e também a identificação e orientação do cuidador quando houver previsão de alta;

5.7. Ministério da Educação

5.7.1- Considerações gerais

As mudanças ocorridas na estrutura populacional - crescimento exponencial da população brasileira de 60 e mais anos de idade, longevidade e queda da fecundidade - está acarretando uma série de conseqüências sociais, culturais, econômicas, políticas e epidemiológicas, para as quais o país não está ainda devidamente preparado.

Ações eficazes e oportunas devem ser adotadas para que esta faixa etária cresça não só em termos quantitativos mas também com a melhor qualidade de vida possível.

Para que isto se torne realidade, é preciso que a sociedade como um todo participe deste propósito. Há que destacar o papel da educação, especialmente das Universidades, como um espaço de produção de conhecimentos, catalisadora das demandas sociais emergentes, além de seu papel tradicional na formação de recursos humanos.

A situação sócio-econômica do segmento populacional de mais de 60 anos, reflete, de uma maneira inequívoca o seu grau de escolaridade. As questões ligadas à qualidade de vida a ocupação e ao emprego, tem relação direta com o nível de educação do idoso. Este fato em si demonstra a importância do papel dos órgãos de educação no processo de melhoria da participação dos idosos na sociedade brasileira.

A questão fundamental que se coloca é quanto à responsabilidade dos órgãos de educação neste processo de melhoria. Um primeiro fato a ser considerado é que as pessoas, de faixas etárias mais baixas, alcançarão a idade de 60 anos e envelhecerão, com níveis educacionais melhores do que aqueles que os precederam, prevendo-se conseqüentemente que terão uma qualidade de vida melhor.

5.7.2- As Ações do Ministério da Educação

A Implantação da Política do Ministério

Ao longo dos últimos anos, o setor de educação, em particular o Ministério da Educação, vem acompanhando e agindo no sentido de adequar ações educacionais em apoio ao processo de envelhecimento da população. No segmento do ensino fundamental e médio através do próprio

processo educativo, atuando ao nível dos conteúdos curriculares. No 3º grau através de ações voltadas para a formação de recursos humanos, além da pós - graduação que tem papel relevante na especialização dos recursos humanos atualmente existentes e na formação de novos recursos e finalmente na pesquisa voltada para as questões do envelhecimento. Uma outra atividade importante, no nível de 3º grau, é a extensão universitária, através da qual inúmeras atividades vêm sendo desenvolvidas e dirigidas para o segmento populacional de maiores de 60 anos a denominada terceira idade.

A presença do Ministério em apoio à política do Idoso vem de longa data e se fez notar ainda na implantação dessa Política Nacional, traduzida na Lei 8842/94, regulamentada pelo Decreto nº 1949 de 03 de julho de 1996. O Ministério da Educação participou de sua elaboração e do Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso.

No conjunto de ações em desenvolvimento, se destaca o papel do Ministério da Previdência e Assistência Social, como órgão central de um sistema que envolve, além dos Governos Estaduais e Municipais, fundamentalmente os Ministérios da Saúde, da Educação e o do Trabalho. Cabe especial referência à realização, em 1997, dos Fóruns Regionais nas cinco regiões do país, com o objetivo de implementar ações e manter acordos o que vem reforçando novas alternativas de atendimento à pessoa idosa. Nestes fóruns ficou explicitada a importância do Ministério da Educação - MEC e a necessidade de se estabelecer uma política específica na sua área de atuação voltada para a população idosa em consonância com a Política Nacional do Idoso e o que prescreve a Lei 8842/94.

O Ministério da Educação tem participado dos inúmeros eventos, Comissões, Fóruns, Seminários, Mesas Redondas, etc, promovidos por entidades públicas e privadas que tratam dos problemas do envelhecimento populacional no país. Como resultado das primeiras reuniões que participou em caráter formal, foram tomadas várias iniciativas pelo Ministério entre as quais podemos citar:

A elaboração pelo Ministério de um programa de apoio à implantação da Política do Idoso (PAPI/MEC) . Este programa delinea as linhas políticas no trato da questão da população Idosa e tem as seguintes linhas de ação e objetivos :

- facilitar, através de ações educativas, mudanças de atitudes em relação às questões da população idosa, em especial junto aos estudantes fundamental e médio;

Ações:

- introduzir temas transversais no 1º e 2º grau;
- divulgar o papel do idoso junto à população estudantil.
- apoiar a formação de pessoal especializado na área de Geriatria e Gerontologia ao nível de graduação e pós-graduação;

Ações:

- incentivar a formação em geriatria e gerontologia através da introdução de disciplinas nos cursos de graduação - medicina, enfermagem, psicologia, serviço social, fisioterapia, educação física e terapia ocupacional;
- incentivar e apoiar a criação de cursos de especialização, mestrado e doutorado;
- divulgar conhecimentos sobre os idosos nos cursos de licenciatura, fornecendo os elementos necessários à abordagem do tema nos currículos dos cursos de 1º e 2º graus.
- apoiar e incentivar a produção de conhecimentos em questões de Gerontologia e geriatria;

Ações:

- apoiar e incentivar o desenvolvimento de estudos e pesquisa na área de gerontologia e geriatria.
- apoiar as ações de extensão universitárias voltadas para a população idosa.;

Ações:

- incentivar e apoiar a criação e funcionamento da atividade de extensão denominada de: "universidade da terceira idade";
- apoiar e incentivar os cursos de extensão voltados para a terceira idade.

Este programa, vem sendo seguido na medida das possibilidades orçamentárias, e a realização de 2 (dois) encontros com as Universidades, que mantêm programas voltados para a área do envelhecimento (em 1999 e 2000), patrocinados pelo Ministério, são exemplos marcantes. Cabe observar que a maioria absoluta das instituições que já alcançaram um nível acadêmico razoável no estudo e pesquisa nas questões do envelhecimento, vêm apoiando a atual política do Ministério, atuando em parceria na formulação de sugestões e propostas.

Os encontros apresentaram elevado nível acadêmico e produziram documentos importantes que orientam uma futura e mais efetiva ação do Ministério na área do envelhecimento. Entre as principais sugestões podemos citar:

- a proposta de institucionalizar as ações do Ministério, na área do envelhecimento, através da criação de uma Comissão Permanente de Assessoramento ao Ministro;
- a proposta de criação de um Comitê Especializado na CAPES para análise dos pedidos ligados a geriatria e a gerontologia (hoje quem analisa é um comitê sem especialistas na área);
- a inclusão do envelhecimento como tema transversal nos currículos nacionais;
- a institucionalização de ações, voltadas para os estudantes do ensino fundamental, com o objetivo reverter a imagem negativa dos idosos junto a população;

- o desenvolvimento de banco de dados contendo: a relação de cursos, especialistas, projetos de pesquisa e centros de atendimento ao idoso, para subsidiar as ações do ministério além de disponibilizar o seu acesso ao público em geral;
- a inclusão de nova área do conhecimento, ciências do envelhecimento na classificação do CNPQ com as seguintes sub áreas:
 - gerontologia social
 - gerontologia biomédica
 - geriatria

Considerando todo este contexto de atuação do Ministério, e os resultados positivos alcançados decorrente do trabalho conjunto com as Universidades através da realização dos encontros, estuda-se no momento, a realização do III Terceiro Encontro de Universidades, com dois objetivos:

- a) discutir e atualizar as propostas para uma efetiva ação do Ministério na área do envelhecimento reforçando ao mesmo tempo o apoio recebido pelo MEC da maioria das Universidades;
- b) implantar um mecanismo para uma ação administrativa efetiva através da implantação da Comissão Permanente para Assuntos do Envelhecimento no Ministério da Educação.

5.7.3. - O apoio do ministério às políticas voltadas para o segmento idoso da população

Paralelamente a implantação de uma política efetiva para as ações, voltadas para o segmento idoso da população, o Ministério vem desenvolvendo, financiando e apoiando inúmeras atividades, inclusive de outros ministérios e em especial das universidades brasileiras.

O resultado desta ação se torna evidente pelos inúmeros Centros, Núcleos e Departamentos criados e desenvolvidos nas universidades voltados especificamente para assuntos da terceira idade. Atualmente temos o seguinte número de instituições de ensino superior envolvidas nos problemas de envelhecimento.

Nº DE INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR QUE MANTÊM ATIVIDADES VOLTADAS PARA A TERCEIRA IDADE					
PÚBLICAS			PARTICULARES		
FEDERAIS	ESTADUAIS	MUNICIPAIS	CONFESSIONAIS	NÃO-CONFESSIONAIS:	COMUNITÁRIAS
34	14	4	15	15	3

TOTAL DE PÚBLICAS: 52	TOTAL DE PARTICULARES 33
TOTAL DE INSTITUIÇÕES 85	

5.8. Ministério do Esporte e Turismo

O Ministério do Esporte e Turismo desenvolve programas e projetos em estreita parceria com organizações governamentais e não governamentais.

O programa prioritário para a pessoa idosa é o Programa Esporte Solidário / Projeto Vida Ativa na Comunidade. Este programa caracteriza-se pelas ações abaixo explicitadas, e implementadas em âmbito nacional, respeitada as demandas e especificidades locais e regionais, a saber :

- capacitação de recursos humanos para atuação técnica adequada ao desenvolvimento e sistematização de atividades físicas e recreativas direcionadas ao idoso;
- -apoio técnico e financeiro a centros de convivência para a pratica de atividade física regular como meio de promoção da saúde (prevenção de doenças, reeducação postural e boa disposição física e psíquica);
- incentivo a realização de eventos de caráter esportivo ou recreativo;
- fomento a ações que objetivem a pratica de esportes por intermédio da integração intergeracional;
- apoio técnico e financeiro as Universidades e Faculdades de Educação Física;
- apoio técnico e financeiro a eventos científicos que tratam da questão da pessoa idosa;

5.9. Ministério do Trabalho e Emprego

O Ministério do Trabalho e Emprego tem apoiado técnica e financeiramente Estados, municípios e ONG'S por intermédio de ações que compõem dois programas prioritários: PROGER e PLANFOR.

O Programa de Geração de Emprego e Renda - PROGER - é destinado a concessão de linhas de crédito a setores com acesso precário ao sistema financeiro, no qual os financiamentos ficam vinculados ao desenvolvimento de programas de capacitação técnico gerencial, assistência técnica e acompanhamento dos empreendimentos beneficiados.

O Plano Nacional de Qualificação do Trabalhador - PLANFOR - apoia ações destinadas a qualificar e requalificar pessoas idosas .Os projetos e programas são aprovados segundo critérios

estabelecidos pelas Comissões Estaduais ou Municipais de Emprego cuja constituição e funcionamento dependem de ato do poder executivo.

O Ministério do Trabalho e Emprego tem apoiado ainda as seguintes ações em curso:

- Fóruns Estaduais, Regionais e Nacional para a implementação da Política Nacional do Idoso;
- desenvolvimento de gerontologia social;
- participação em encontros Luso-Brasileiros da Melhor Idade
- realização da caminhada pelo envelhecimento saudável;
- participação em Fóruns da Organização Internacional do Trabalho, com o objetivo de discutir a questão de Geração de Emprego no setor de hotelaria, restauração e turismo durante a baixa temporada, incluindo programas de férias para pessoas da 3ª idade;
- Elaboração de Anteprojeto de Lei que cria o programa de férias para idosos em períodos de baixa temporada;

5.10. Ministério da Cultura

O Ministério da Cultura desenvolve sua política de ação em parceria com as Secretarias Estaduais, Municipais, Fundações Culturais com a colaboração dos órgãos a elas vinculados e com entidades do terceiro setor. Conta com fundações vinculadas ao Ministério da Cultura, como o Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN), que coordena onze museus federais, e a Fundação Nacional de Arte (FUNARTE), que propicia subsídios artísticos técnicos e formais para que as ações culturais sejam viabilizadas.

Os programas co-financiados pelo Ministério guardam a concepção de que a cultura é o que marca e diferencia uma sociedade, e dela todos devem usufruir e participar, conforme está prescrito na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Prioriza ações que visem a organização e implementação do patrimônio e acervo histórico brasileiro; incentiva a ampliação e implementação do registro da memória, dos valores culturais das diversas gerações respeitando o processo histórico do Brasil; apoia entidades de pesquisa referente ao acervo histórico da pessoa idosa.

Cabe citar alguns programas prioritários de atenção ao idoso que são realizados no âmbito dos Estados e Municípios visualizados nas atividades promovidas nos museus, bibliotecas e fundações de arte abaixo relacionados:

-
- Sistema de aposentadorias para os idosos das comunidades remanescentes de Quilombos - em nível nacional- enquanto trabalhadores rurais;
 - Valorização do idoso afro-brasileiro;
 - Capacitação e requalificação no Mercado Cultural;
 - Formação de Multiplicadores de Direitos Humanos e Cidadania;
 - Valorização do legado histórico através da tradição oral;
 - Acompanhamento jurídico e de assistência social junto à população afro-descendente.

5.11. Ministério do Transporte

O Ministério do Transporte atua junto ao Instituto Nacional de Metrologia (IMETRO) e à Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) no sentido de aperfeiçoar e implementar tecnologia de qualidade industrial para certificação de veículos com requisitos de adequabilidade ao uso com conforto e segurança pelas pessoas idosas, considerando suas necessidades:

- acompanhar o desenvolvimento tecnológico no transporte ;
- Pesquisar a percepção dos usuários quanto à satisfação e adequabilidade do equipamento utilizado;
- Desenvolve mecanismos de cooperação nacional e internacional no âmbito dos setores e disciplinas envolvidas com a cidadania na mobilidade física e acessibilidade da pessoa idosa.

Suas ações têm alcance de curto, médio e longo prazo. As ações de curto prazo atuam na manutenção da cooperação e subsídio dos empreendimentos da Secretaria de Estado de Assistência Social (SEAS) através da Política Nacional do Idoso; tem assegurado a comunicação intersetorial e interministerial; na regulamentação, conforme competências legalmente próprias (Lei nº 10.048- 8/11/2000 e Lei nº 10.098- 19/12/2000); e a difusão nacional e internacional das experiências exitosas das práticas cotidianas. As de médio e longo prazos buscam acompanhar a edificação institucional/legal pertinente à mobilidade física e acessibilidade da pessoa idosa favorecendo o seu convívio social e o seu acesso aos bens e serviços.

Capítulo 6 - Sociedade Civil: Entidades ou Organizações não Governamentais

A sociedade civil brasileira, representada no âmbito das Entidades ou Organizações não governamentais, tem papel fundamental na reivindicação dos direitos sociais, na construção e na operacionalização das Políticas Públicas voltadas à população idosa.

Essas instituições apresentam peculiaridade diversificadas de acordo com suas finalidades, dispõem de regulamentação própria, mantendo termo de parceria, convênios e contratos de gestão com organismos nacionais e internacionais. Algumas dessas instituições tem abrangência nacional, dispondo de patrimônio e quadro de recursos humanos próprios, com qualificação voltada ao seu perfil de trabalho e atendimento.

Elas podem ser classificadas como:

- instituições de fomento a estudos e pesquisas;
- instituições religiosas,
- instituições mistas (comércio e indústria);
- instituições universitárias, dentre outras.

Na atualidade, essas instituições são responsáveis por parte significativa da operacionalização das ações decorrentes das Políticas Públicas voltadas ao idoso no Brasil, prestando serviços, executando programas e projetos em estreita parceria e cooperação técnica e financeira com os governos nacional, estadual e municipal..

Dada a importância dos trabalhos que estas entidades realizam junto a população idosa no âmbito da federação brasileira torna-se fundamental retratar a excelência de suas políticas no que se refere a estudos, pesquisas, intervenções e execução de serviços e programas voltados a população idosa.

SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

A SBGG, entidade científica, filiada à Associação Médica Brasileira (AMB) e internacionalmente a International Aging of Gerontology (IAG), fundada em 16 de maio de 1961 marcava um diferencial no campo da ciência naquela época. Foi a primeira frente de defesa do idoso por parte da sociedade civil no Brasil.

Criou-se assim, um grupo, sem qualquer respaldo oficial, à exceção da AMB, cujo objetivo foi voltar o foco de atenção aos Órgãos Oficiais, alertando a necessidade da criação de programas assistenciais em todos os níveis - previdenciário, de saúde, moradia, etc.

A SBGG, desde então, tem concentrado sua ação na ampla difusão de conceitos na área científica e assistencial, colaborando com órgãos não governamentais e governamentais. Sendo uma Sociedade eminentemente Científica tem mantido sua função de formadora de opinião na área, reforçando a "Interdisciplinaridade" - fundamental para a obtenção de sucesso na questão social. Por outro lado, promove, em parceria com suas seções regionais ativo e intenso programa de formação de recursos humanos. Mantém cursos, simpósios, congressos e jornadas, buscando

esclarecer, ensinar e difundir os conhecimentos da área de Geriatria e Gerontologia. Criou e defendeu a fixação de normas para o funcionamento de instituições para idosos. Hoje tem sido parceira de conselhos, organizações governamentais e científicas na avaliação e fiscalização dessas instituições.

Nos últimos anos tem contribuído com o governo, com diversos ministérios, na formulação de leis, documentos, na estruturação assistencial, na contenção de violência, dando suporte a campanhas de detecção de doenças, de prevenção, etc.

Atualmente a SBGG reivindica a definitiva inserção da Geriatria e Gerontologia na Universidade, pela ampliação da Residência Média, dos Cursos de Pós-Graduação, pela implantação de Mestrado e Doutorado.

SESC - Serviço Social do Comércio

O Trabalho com Idosos no SESC tem sua origem nas experiências da área de Trabalho com Grupos, que a Entidade desenvolve praticamente desde sua criação, em 1946. O primeiro grupo surgiu em 1963 no SESC São Paulo, órgão pioneiro no Brasil a sistematizar programa de atendimento à Terceira Idade.

As ações desenvolvidas nos Centros de atividades são preventivas e visam a promoção do envelhecimento saudável, ao estimular os hábitos como alimentação adequada e balanceada, práticas regulares de exercícios, convívio social estimulantes, atividades ocupacionais abrangendo as áreas de expressões artísticas, artesanato, literatura, biblioteca, cinema, vídeo, educação, recreação, filantropia, trabalhos com grupos, desenvolvimento físico, saúde e turismo social.

Áreas de atuação e Projetos desenvolvidos no atendimento ao idoso no SESC:

- . Orientação Técnica e Acompanhamento das ações desenvolvidas nos Departamentos Regionais.
- . Capacitação de profissionais em Gerontologia, tanto para os seus servidores como para aqueles que não o são, por meio da promoção do intercâmbio de informações, pesquisas e cursos de formação.
- . Produção na área da Gerontologia Social, por meio da publicação de literatura técnica, de que são exemplo a Revista: " A Terceira Idade " publicada pelo SESC / SP, e os livros: " Velhice, uma questão social " (Marcelo Antonio Salgado, 1980) e " A Invenção Social da Velhice ", (Dilceu Nogueira Magalhães, 1989), e também desse

mesmo autor a recente publicação sobre intergeracionalidade intitulada " O Anel Mágico : o repasse entre gerações, 2000".

- Grupos de Convivência - realizado desde a década de 60, atualmente desenvolvido em 24 Estados. O Grupo de Convivência apresenta uma resposta efetiva e imediata ao isolamento social, estimulando e valorizando a participação efetiva do idoso, resgatando seu papel social. Quantidades de inscritos no grupo de convivência: 69.426; Atendimentos em 2000: 5.473.111
- . Escolas Abertas da Terceira Idade - realizado em São Paulo, desde os anos 70, a Escola aberta desenvolve cursos estruturados de maneira a permitir a atualização dos idosos, tornado-os mais participantes socialmente.
- . Grupo de Estudo e Atualização da Terceira Idade - GRUPATI - tem como objetivo oferecer aquisição de novos conhecimentos e a troca de experiências, proporcionando aprendizado baseado na experiência de vida de cada integrante.
- . Universidade Integrada da Terceira Idade - UNITI - tem por objetivo a realização de cursos que integrem o idoso ao tempo novo, permitindo-lhe uma participação ativa nas deliberações sociais e políticas da comunidade, ao tempo em que assume, de maneira consciente o seu processo de envelhecimento, sem perder o pleno exercício da cidadania. Projeto em parceria com a Universidade Federal do Maranhão.
- . Projeto "Era uma Vez... Atividades Intergeracionais - implantado em 19993, e atualmente desenvolvido em 8 Departamentos Regionais - Amazonas, Bahia, Ceará, Maranhão, Mato Grosso, Pernambuco, Paraná e Santa Catarina - o projeto "Era Uma Vez... Atividades Intergeracionais" é uma ação intergeracional pioneira, de caráter sócio-educativo, que consiste na realização de atividades pedagógicas e culturais, desenvolvidas pelo intermédio da participação em grupos, de crianças, adolescentes e idosos, que utilizam a literatura infantil como eixo condutor do processo de conscientização dos problemas da velhice e do envelhecimento. Sua principal inovação centra-se na tentativa de estimular experiências entre gerações, fora de guetos . Com esse projeto o SESC preconiza o atendimento em uma área pouco explorada institucionalmente - o trabalho conjunto entre duas gerações - por meio de uma intencional , sistematizada e preventiva que ensina e reforça mudanças comportamentais e ideológicas na sociedade. Atendimentos em 2001 : 15.248.
- . Centro de Referência do Envelhecimento - CRE - desenvolvido pelo SESC Rio Grande do Sul desde o ano de 2000, é um projeto que utiliza o ambiente virtual para informar e atualizar a sociedade sobre o processo de envelhecimento digno e ativo. Propõe reflexão sobre o envelhecimento em toda sociedade, bem como incentiva e mantém

uma rede de serviços, por meio do desenvolvimento integrado de informação, pesquisa e ensino. Acesso até 29/01/02: 27.715

- . Projeto "Capacidade não tem idade"- desenvolvido pelo Departamento Regional no Tocantins a partir do ano de 2001, tem o objetivo de habilitar os idosos na área de informática, relações humanas, ética profissional e atendimento ao público para atuar como profissionais valorizando seu conhecimento , sua sensibilidade, sua experiência e favorecendo seu reengajamento no mercado de trabalho. Atendimentos em 2001: 1.304.
- . Projeto "Arte Prata - desenvolvido pelo Departamento Regional no Maranhão, desde 2000, tem como objetivo capacitar os idosos, habilitando-os a atuarem com monitores culturais voluntários nas programações de galerias, e espaços de arte do SESC , e da comunidade, valorizando seu conhecimento, sua sensibilidade, sua experiência e favorecendo seu reengajamento nas atividades sociais. Atendimento em 2000: 8.792.
- . Projeto "Mundo de Fantasia" - desenvolvido pelo Departamento Regional na Bahia, foi criado em 1998 e tem o objetivo de tornar sociável o idoso, promover atividades de prevenção na área da saúde e exercício da psicomotricidade por meio da confecção de fantasias de sucata. Atendimentos em 2001: 360.
- . Projeto "Corporeidade" - desenvolvido pelo Departamento Regional do Ceará, criado em 2000, trata da execução de atividades com o corpo voltadas para a participação do idoso no resgate de sua auto-estima. O objetivo desse projeto é a valorização de sua corporeidade com intuito de anima-lo a voltar a participar das atividades de sua comunidade. Atendimentos em 2001: 6.757.

. No Programa Saúde, os grupos de convivência interferem diretamente na prevenção do envelhecimento patológico marcado pela prevalência de diversas doenças como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Depressão, Osteoporose e outras , visando o envelhecimento sadio. Além disso, estimulam os sentidos e ainda influenciam positivamente no exercício das funções cognitivas.

No Programa Educação que compreende ações educacionais voltadas para o exercício da cidadania, os idosos possuem uma representação significativa, principalmente nas atividades de Educação Complementar e nos Cursos de Valorização Social.

A Educação Complementar se destina a suprir carências na formação da clientela ou em sua formação para o trabalho . dentre as realizações mais freqüentadas pelos idosos estão os Supletivos de 1º e 2º Graus, a alfabetização e o aperfeiçoamento profissional (29.262 idosos atendidos)

Quanto aos Cursos de Valorização Social, estes consistem em ações destinadas a proporcionar a valorização social da clientela, oferecendo oportunidades para o desenvolvimento das habilidades, capazes de melhorar a renda familiar e o engajamento no mercado de trabalho. Dentro desse contexto, compreende realizações que, na maioria das vezes, suscitam uma participação expressiva da população idosa, através de aulas sobre apresentação pessoal, corte e costura, culinária e trabalhos manuais. (participaram 25.594 idosos)

O Programa Lazer, entendido como conjunto de ações lúdicas, recreativas e de entretenimento voltadas para o aproveitamento do tempo livre, atendeu 30.132 idosos, só nas atividades de turismo social.

A atividade Trabalho Social com Idosos no exercício de 2000, apresenta o seguinte perfil da clientela:

- predominância de mulheres - 82% - sendo que observa um crescente contingente masculino;
- predominância da faixa etária entre 60 e 69 anos, representando 44%;
- renda média de 1 a 2 salários mínimos, totalizando 61%;
- escolaridade predominante é de 1º grau incompleto (ensino fundamental), equivalente a 44%.

Segundo dados estatísticos o SESC, em todo território nacional, atendeu a uma clientela inscrita de aproximadamente 70.000 pessoas idosas, além daquelas atendidas nas programações e eventos abertos à comunidade, totalizando 5 milhões de atendimentos.

Neste contexto, é marcante a contribuição do SESC no sentido de estimular quotidianamente a promoção da saúde do idoso, prevenindo a instalação de patologias crônicas, retardando o declínio funcional, favorecendo a sua autonomia e independência ; preservando dessa forma, o aspecto cognitivo, de integração social e de valorização das relações interpessoais e afetivas.

O SESC , em todo território nacional, atendeu a uma clientela inscrita de aproximadamente 70.000 pessoas idosas, além daquelas atendidas nas programações e eventos abertos à comunidade totalizando 5 milhões de atendimentos.

Neste contexto, é marcante a contribuição do SESC no sentido de estimular quotidianamente a promoção da saúde do idoso, prevenindo a instalação de patologias crônicas,

retardando o declínio funcional, favorecendo a sua autonomia e independência; preservando, dessa forma, o aspecto cognitivo, de integração social e de valorização das relações interpessoais e afetivas.

COPAB - Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas.

A Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas (COPAB), organiza e representa aproximadamente vinte milhões de brasileiros aposentados, na sua maioria entre cinquenta e oitenta anos de idade. Constituem-se de trabalhadores mais jovens aposentados por enfermidades ou acidente, aposentados por tempo de serviço e algumas companheiras viúvas e pensionistas. A COBAP tem como posição articular-se com os poderes públicos, e com outros seguimentos da sociedade que trabalham por defesa de direitos e condições dignas de existência para todos. Defende a integração entre gerações, juntamente com os seus ancestrais desenvolvendo o elo entre a história e cultura do cotidiano.

Processo Histórico

A história de vida da COBAP se construiu em tempos difíceis: viveram a Segunda Guerra Mundial, a Guerra Fria, experienciaram revoluções, golpes de estado, períodos de ditadura e participaram ativamente da construção do processo de democratização do país e das relações sociais. Os seus integrantes buscam condições de justiça e paz. Durante nove anos sindicalistas aposentados reuniram-se em congressos nacionais para tornar realidade a criação no nono congresso realizado em treze de outubro de 1985 a criação desta confederação. Ao contrário dos sindicatos que contam com o imposto sindical, a recém criada confederação não contava com recurso financeiro ou patrimonial. Atualmente a COBAP tem instalado em acordo com Instituto Nacional de Serviço Social (INSS), seu suporte financeiro que é constituído de um por cento do valor dos aposentados. Tal receita fica assim distribuída: 70% para a associação, 15% para a federação estadual e 15% para a nacional.

A COBAP tem como missão prioritária estabelecer articulações, prestar informações, atuar junto aos órgãos públicos, fazer-se representar em Conselhos de Defesa de Direitos e de Políticas Públicas com o objetivo primordial de defender os direitos sociais da população, inclusive a idosa na perspectiva de garantir um Sistema de Seguridade Social constituído de políticas públicas como investimento social, aposentadorias como direito social e benefícios que garantam sobrevivência digna na velhice para os trabalhadores contribuintes e para aqueles que não tiveram a oportunidade de contribuir, mas necessitam de renda para a sua sobrevivência.

Principais conquistas e representações da COBAP:

- participação efetiva dos aposentados no processo de democratização do país, que se deu na década de oitenta;
- participação efetiva nos capítulos da Constituição, os quais se referem a questão da seguridade social e os direitos do trabalhador;
- sensibilização do Ministério da Cultura e do atual Presidente da República, excelentíssimo senhor Fernando Henrique Cardoso, o qual realizou o primeiro colóquio internacional sobre Políticas Públicas e Envelhecimento Populacional em estreita parceria com o Serviço Social do Comércio, Centro Internacional de Gerontologia Social, no Ministério das Relações Exteriores;
- participação na elaboração dos códigos do consumidor e do trânsito;
- participação significativa no estabelecimento da Política de Saúde como direito de todos e dever do Estado;
- representação e participação no processo de construção da Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS - Lei 8742/93 - e na Política Nacional do Idoso - PNI - Lei 8442/94;
- participação na elaboração na política de saúde mental e na implementação da política de medicamentos genéricos;
- mantém representação efetiva e legítima no Conselho Nacional da Previdência Social, Conselho Nacional de Saúde;
- matem representantes e coordenou a Comissão de Recursos Humanos e a Comissão de Usuários do Sistema Único de Saúde;
- coordena a Comissão Intersetorial de Saúde, Saneamento e Meio Ambiente e o Grupo de Reformulação da Resolução que estabelece estrutura e funcionamento dos Conselhos de Saúde;
- representa o Conselho Nacional de Saúde junto à equipe brasileira para a Agenda 21;
- integra a Comissão Intersetorial de Medicamentos e Assistência Farmacêutica;
- realiza conferências e simpósios na Câmara dos Deputados, Universidades e Conselhos.

ANG - Associação Nacional de Gerontologia

A Associação Nacional de Gerontologia, foi fundada em 1985, a partir do 1o. Fórum Nacional de Gerontologia Social, realizado em Fortaleza-CE, com a produção da Carta dos Direitos dos Idosos, entendendo-se que se fazia necessária uma organização nacional específica da Gerontologia.

É uma entidade de natureza técnico-científica, de Utilidade Pública e Social, de âmbito nacional, sem fins lucrativos, sem distinção político-partidária, religiosa ou social, com

representação na maioria dos Estados brasileiros, Distrito Federal e Municípios. Congrega profissionais e estudantes das diversas áreas, pessoas interessadas em torno das questões do envelhecimento em suas várias dimensões e campos de produção científica teórico e prática, das políticas sociais e da organização social do idoso.

É mantida, basicamente, pela contribuição de sócios efetivos e entidades associadas. Também realiza convênios com organizações governamentais ou não-governamentais e/ou recebe de organizações privadas para determinadas atividades.

Tem por finalidade precípua contribuir para o desenvolvimento de uma maior consciência gerontológica na busca da construção de um envelhecimento mais digno, em prol de melhorias das condições de vida da população idosa e com justiça social.

Ações desenvolvidas (ANG e ANG's Estaduais):

- Assessorias técnicas e desenvolvimento e projetos, cursos fóruns nacionais, seminários, debates, dentre outros, em parceria com órgãos públicos ou privados;
- Realização de pesquisas;
- Publicação de livros, revistas técnicas e cadernos em temas, artigos, matérias, cartilhas, manuais, sobre questões do envelhecimento e do idoso;
- Promoção dos Congressos Brasileiros de Gerontologia,
- Treinamento de recursos humanos para atuarem na área da gerontologia;
- Participação efetiva na elaboração da Lei no. 8.842/94, no Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso, na produção efetiva do substitutivo da Lei Estatuto do Idoso, nas formulações e reformulações de Leis Estaduais e Municipais, na participação efetiva da criação, coordenação e na realização dos Fóruns Nacionais da Política Nacional do Idoso, na criação, coordenação e realização de Fóruns Regionais, Estaduais e Municipais do Idoso, na criação e participação de Conselhos Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de idosos;
- Pioneira na realização de cursos de cuidadores de idosos e de qualificação e preparação de conselheiros e cursos sobre políticas sociais, direitos e cidadania do idoso, de elaboração e avaliação de projetos sociais;
- Publicação da "Coleção Tempo e Vida" em parceria com o Centro Brasileiro de Cooperação em Serviços Sociais - CBCISS;
- Publicação de Livros ("Envelhecer com Cidadania: quem sabe um dia?" e "Cabelos de Néon") com a participação de autores renomados em Gerontologia;
- Publicação periódica dos Cadernos Edith Motta;

- Publicação periódica de Boletins Informativos;
- Participação efetiva em Comitês ou Comissões nacionais e internacionais;

A ANG desde sua criação, se caracteriza como um lugar de estudos, pesquisas, debates, reflexões e ações sobre o envelhecimento em nosso país, numa perspectiva de fomentar o conhecimento e a socialização do saber gerontológico.

A ANG tem se pautado por esse princípio, uma vez que alia a produção e a socialização do conhecimento com o movimento social e a luta do idoso. É essa articulação saber - fazer - saber, que promove uma constante construção cotidiana da democracia e essa perspectiva precisa estar presente nas Entidades Representativas que se definem como aliadas do movimento idoso.

CNBB - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

Ação Pastoral junto aos Idosos - Pastoral da 3ª Idade Promoção humana

A evolução da consciência gerontológica e suas consequentes ações nas comunidades brasileiras vem de aproximadamente cinquenta anos, porém, para melhor efeito didático consideramos a questão de Promoção Humana junto às pessoas idosas tendo como parâmetro o ano de 1960.

Admitindo-se que antes de 1960 a necessidade de uma atenção adequada ao idoso era desconhecida ou então era restrita ao âmbito familiar no meio rural, característica de habitação da maioria da população brasileira à época, registra-se em quantidade não significativa as instituições asilares.

Após 1960, vem ocorrendo a cada ciclo de aproximadamente vinte anos características marcantes de ações junto as pessoas idosas que identificam claramente estes períodos. Predomina em cada um destes períodos ações necessárias e adequadas aos idosos das comunidades brasileiras, realizadas em especial pelas Organizações não Governamentais, que em toda história de atenção ao idoso e na formação de uma consciência gerontológica sempre estiveram reconhecidamente à frente.

O ciclo que inicia-se em 1960 e termina para melhor efeito didático em 1980 é marcado pela implantação em todo território brasileiro da institucionalização organizada de idosos, em diversas modalidades, sendo predominantemente abrigos e asilos para pessoas idosas sem renda mensal ou com renda mensal até um salário mínimo. Destaca-se nessas iniciativas, particularmente às organizações ligadas a Igreja Católica (principalmente os Vicentinos) as organizações espíritas e inúmeras organizações não governamentais/não religiosas.

Registra-se também neste primeiro período a grande quantidade de casa de repouso ou moradias para idosos sócio-economicamente mais privilegiados construídas ou adaptadas, hoje em número superior às instituições asilares , porém , abrigando uma quantidade de pessoas idosas inferior, com a qualidade de serviços tão ou mais questionável que os referidos asilos.

O segundo ciclo inicia-se em torno de 1980 e necessariamente não se encerra no ano de 2000, todavia, é bem provável que os denominados "Grupos de Convivência para Idosos" , que estão caracterizando este período, doravante, mantenha um ritmo de implantações , reformas ou ampliações mais lento do que o foi nos últimos vinte anos. Implantados em sua grande maioria a imagem e semelhança dos Grupos de Convivência do SESC , pioneira instituição nesta modalidade de atenção ao idoso e à sociedade que envelhece, cujo modelo de atenção no início da década de 1980 foi exemplo de ação com êxito, tecnicamente correta e adequada às características do envelhecimento do brasileiro, sendo nas oportunidades em que se realizaram eventos científicos organizados principalmente pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) era praticamente a única instituição que mantinha como ainda mantém estas ações em todas as regiões do Brasil.

Inúmeras variações deste modelo de atenção ao idoso surgiram em todas as micro-regiões de todos os estados brasileiros, oferecendo as comunidades locais, oportunidades de convivência em suas mais diversas características (reuniões , bailes, artesanato, lanches, excursões, etc.) .

Os municípios envolvem-se nessas ações, destacando-se também os grupos das Igrejas, os grupos de organizações não-governamentais e das universidades abertas à terceira idade que em algumas instituições de ensino superior tem nos seus programas de atenção ao idoso características de grupos de convivência de idosos.

Observamos com grande atenção e entusiasmo a formação de uma consciência gerontológica nas comunidades brasileiras, oriundas da necessidade de capacitação contínua dos responsáveis, coordenadores e monitores destes grupos de convivência de idosos, que em sua ampla maioria realmente estão empenhados em aprofundar seus conhecimentos não limitando-os para si, mas, posteriormente socializando com a comunidade onde residem.

Descreveremos abaixo cinco exemplos que tivemos a oportunidade de presenciar em nossas viagens pelo Brasil para capacitar Líderes Voluntários de nossa instituição: uma religiosa, formada em enfermagem, coordenadora de grupos de idosos na Ilha do Marajó, sentindo a necessidade de especializar-se em multiplicadora de informações para cuidados informais domiciliares com idosos com ou sem grau de dependência. Uma assistente social de Lagoa da

Confusão/TO, coordenadora do grupo de convivência de idosos pertencente a prefeitura municipal local, que comparece à pelo menos um evento científico por semestre e deseja prestar exame para obter o título de especialista em Gerontologia Social. Uma Psicóloga, voluntária, coordenadora dos grupos de idosos da Pastoral da Terceira Idade da Diocese de Caruaru/PE, convidada à participar de um encontro da região nordeste sobre a Política Nacional do Idoso, no início do referido encontro mostrava-se constrangida pelo conhecimento teórico dos participantes, porém, ao final, pelas suas ações práticas e tecnicamente adequadas foi o exemplo mais concreto daquela reunião.

Uma fisioterapeuta coordenadora do grupo de idosos no bairro vila operário em Teresina/PI, sentindo a necessidade de acompanhar os idosos do grupo que se tornaram dependentes, formou uma equipe multidisciplinar com médico, enfermeira, assistente social e psicóloga, residentes naquele bairro, para voluntariamente, porém, de maneira correta acompanhar os referidos idosos dependentes pelo menos uma vez por semana em seus domicílios.

Na Pastoral da Terceira Idade da Diocese de Cornélio Procópio/PR há mais de seis anos realiza o Curso de Cuidador Informal de Idosos, cujo principal objetivo é orientar familiares de idosos dependentes ou não, conta com geriatra e quatorze profissionais de nível superior com alguma especialização em envelhecimento, voluntários.

O Programa da Terceira Idade na Pastoral da Criança surgiu para buscar a melhoria da qualidade de vida a terceira idade na família.

O trabalho da Pastoral da Criança junto ao idoso é o de acompanhamento, através da visita domiciliar realizada todo mês pelos líderes comunitários, e também o encaminhamento para a rede básica de saúde, outras entidades ou pastorais.

No programa os idosos são orientados sobre a importância das atividades físicas, ingestão de líquidos, prevenção de quedas e uso da vacina contra pneumonia e gripe.

A Pastoral busca também identificar os idosos dependentes, estimulando os familiares a assumirem a responsabilidade de cuidar de seus idosos de maneira correta.

Cerca de um terço dos voluntários da Pastoral da Criança estão na terceira idade ou seja têm mais de sessenta anos e também se beneficiam deste programa, passando a refletir sobre o envelhecimento de maneira positiva, potencializando sua capacidade de doação, alegria e

solidariedade. Reconhecem as mudanças que ocorrem com a idade e percebem a fase de transição demográfica pelo aumento da população idosa.

Em 1994 começaram os primeiros trabalhos do programa. No ano seguinte, a entidade lançou o manual "De Bem com a Vida" - a Terceira Idade na Pastoral da Criança escrito pelo médico geriatra João Batista Lima Filho e pela educadora em saúde pública Sofia Sarmiento, cujo material educativo e metodologia de trabalho foram testados no Paraná.

Em 1996, aconteceu a primeira oficina experimental em Curitiba, em parceria com a Secretária da Criança e Assuntos da Família do Governo do Estado do Paraná. Neste mesmo ano, também foram realizadas as oficinas de capacitação em Cascavel e Maringá, ambos no Paraná. Nesta oficinas, participaram as coordenações diocesanas da Pastoral da Criança e pessoas ligadas às Regionais da Secretária da Criança e Assuntos da Família.

Em 1997, foram criados os indicadores de acompanhamento e avaliação sendo testados em doze dioceses do Paraná, conforme metodologia da Pastoral da Criança.

Os indicadores orientam o trabalho na base, além de possibilitarem um diagnóstico claro da realidade de cada comunidade. Com estes indicadores, é possível ainda estimular o desenvolvimento de outras ações em favor dos idosos.

Em 1998, foi elaborado Caderno do Líder Comunitário da Terceira Idade. Nele estão contidos os indicadores e todas as orientações para o seu preenchimento. Este Caderno é utilizado pelo líder comunitário em suas visitas mensais aos idosos.

Em 1999, na Paraíba, Distrito Federal e Pará foram capacitados líderes multiplicadores para esta Ação da Terceira Idade na Pastoral da Criança. No ano de 2000 receberam a mesma capacitação os seguintes estados: Bahia, Tocantins, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Acre e Rondônia.

No de 2001 foram capacitados: Piauí, São Paulo, Pernambuco, Ceará, Rio Grande do Sul e Amazonas.

Observamos com grande atenção e entusiasmo a formação de uma consciência gerontológica nas comunidades brasileiras, oriundas da necessidade de capacitação contínua dos responsáveis, coordenadores e monitores destes grupos de convivência de idosos, que em sua

ampla maioria realmente estão empenhados em aprofundar seus conhecimentos não limitando-os para si , mas, posteriormente socializando com a comunidade onde residem.

Na Pastoral da Terceira Idade da Diocese de Cornélio Procópio/PR há mais de seis anos realiza o Curso de Cuidador Informal de Idosos, cujo principal objetivo é orientar familiares de idosos dependentes ou não, conta com geriatra e quatorze profissionais de nível superior com alguma especialização em envelhecimento , voluntários.

A necessidade de atenção domiciliar às pessoas idosas é urgente e certamente prioritária , visto que não somente os profissionais de geriatria e gerontologia orientam-na mas também é sugerida por responsáveis pelas instituições que abrigam idosos e pelos coordenadores dos grupos de convivência como a melhor alternativa no momento e para os próximos vinte anos para enfrentarmos um país como o Brasil que envelhece ainda que pobre e cheio de desigualdades sociais. Já em 1994 o grupo colaborativo das Américas em gerontologia, reunidos no México, recomendava no seu texto de conclusão daquele significativo evento científico; "fica mais claro que, o mais importante recurso que temos nas Américas, para a solução dos problemas afeto aos idosos é a família, assim sendo, os estudos e pesquisas devem ser voltados prioritariamente para o fortalecimento da Estrutura Familiar".

No Brasil o exemplo mais significativo deste modelo de atenção ao idoso, dentro da CNBB é o Programa da Terceira Idade .

Acompanhamento domiciliar pela Pastoral

O Programa da Terceira Idade surgiu para buscar a melhoria da qualidade de vida a terceira idade na família.

O trabalho da Pastoral junto ao idoso é o de acompanhamento, através da visita domiciliar realizada todo mês pelos líderes comunitários, e também o encaminhamento para a rede básica de saúde, outras entidades ou pastorais.

No programa os idosos são orientados sobre a importância das atividades físicas, ingestão de líquidos, prevenção de quedas e uso da vacina contra pneumonia e gripe.

A Pastoral busca também identificar os idosos dependentes, estimulando os familiares a assumirem a responsabilidade de cuidar de seus idosos de maneira correta.

Cerca de um terço dos voluntários que integram o Programa Pastoral da Criança estão trabalhando nas ações voltadas à terceira idade e têm mais de sessenta anos.

Em 1994 começaram os primeiros trabalhos do programa. No ano seguinte, a entidade lançou o manual "De Bem com a Vida" - a Terceira Idade na Pastoral da Criança escrito pelo médico geriatra João Batista Lima Filho e pela educadora em saúde pública Sofia Sarmiento, cujo material educativo e metodologia de trabalho foram testados no Paraná.

Em 1996, aconteceu a primeira oficina experimental em Curitiba, em parceria com a Secretária da Criança e Assuntos da Família do Governo do Estado do Paraná. Neste mesmo ano, também foram realizadas as oficinas de capacitação em Cascavel e Maringá, ambos no Paraná. Nesta oficinas, participaram as coordenações diocesanas da Pastoral da Criança e pessoas ligadas às Regionais da Secretária da Criança e Assuntos da Família.

Em 1997, foram criados os indicadores de acompanhamento e avaliação sendo testados em doze dioceses do Paraná, conforme metodologia da Pastoral da Criança.

Os indicadores orientam o trabalho na base, além de possibilitarem um diagnóstico claro da realidade de cada comunidade. Com estes indicadores, é possível ainda estimular o desenvolvimento de outras ações em favor dos idosos.

Em 1998, foi elaborado Caderno do Líder Comunitário da Terceira Idade. Nele estão contidos os indicadores e todas as orientações para o seu preenchimento. Este Caderno é utilizado pelo líder comunitário em suas visitas mensais aos idosos.

Em 1999, na Paraíba, Distrito Federal e Pará foram capacitados líderes multiplicadores para esta Ação da Terceira Idade na Pastoral. No ano de 2000 receberam a mesma capacitação os seguintes estados: Bahia, Tocantins, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Acre e Rondônia.

No de 2001 foram capacitados: Piauí, São Paulo, Pernambuco, Ceará, Rio Grande do Sul e Amazonas.

Alguns Dados Estatísticos por Trimestre

Média Mensal:

	Ano/Trimestre	Idoso	Líderes
Comunidade			
Programa		Acompanhado	Voluntários
	1999/4º	6.926	979
226			
255	2000/1º	8.533	1.190

393	2000/2º	11.083	1.430
831	2001/3º	20.696	2.360

Fonte: Irmã Terresinha Tortelli responsável pelo Programa Terceira Idade/ na
Coordenação Nacional da Pastoral da Criança

Pastoral da Terceira Idade - CNBB
Situação de Abrangência da 3ª idade
Brasil - 3º trimestre/2001

Estados	13
Dioceses acompanhadas	59
Paróquias acompanhadas	265
Comunidades acompanhadas	831
Líderes Comunitários atuantes	2.360
Média Mensal de Famílias acompanhadas	15.915
Média mensal de idosos de 60 anos ou mais acompanhados	20.696
Idosos que fazem atividades físicas 3 vezes por semana	76,5%
Idosos que bebem pelo menos 2 litros de líquidos ao dia	67,5%
Idosos que estão com a vacina de Pneumonia em dia (5 em 5 anos)	25,1%
Idosos que estão com a vacina contra a Gripe em dia (1vez ao ano)	77,2%
Idosos que caíram no ambiente doméstico ou comunitário	4,4%
Idosos que estão com urina solta	14,5%
Idosos com urina solta que estão em tratamento médico	58,5%
Idosos dependentes	18,7%
Idosos que morreram período (nº absoluto)..	177

Fonte: Folhas de Acompanhamento e Avaliação Mensal do Idoso, que chegaram à Coordenação Nacional em Curitiba, até o dia 09 de novembro de 2001.

Sistema de informações da Pastoral

Um dos grandes segredos do sucesso do Programa Terceira Idade na Pastoral está no seu ágil sistema de informações, capaz de emitir relatórios mensais e circunstanciados sobre a situação de saúde e desenvolvimento de algumas atividades de vida diária dos mais de vinte mil idosos acompanhados em todo o Brasil. Com isso, todos os níveis de coordenação de atividades, do comunitário ao nacional, podem ter uma avaliação permanente de suas ações e realizarem seus planejamentos e capacitações com base em dados atualizados de sua realidade.

Os líderes comunitários constituem a base do Sistema de Informações da Pastoral. São voluntários que moram na própria comunidade onde atuam, recebem treinamento em ações básicas de saúde, nutrição, educação e cidadania e são acompanhados permanentemente pelas equipes de coordenação paroquiais, de áreas e diocesanas. O líder recebe um Caderno do Líder

Comunitário, onde anota a situação de cada idoso acompanhado, a partir de indicadores baseados nas grandes síndromes geriátricas.

O principal objetivo de o líder comunitário anotar os dados de cada idoso e consolidá-los ao final do mês é propiciar uma melhor análise da situação e, assim, aplicar junto a comunidade a metodologia do ver, julgar, agir, avaliar e celebrar.

Com isso cada idoso é alvo de atenção da comunidade como um todo. Com as capacitações e materiais educativos que recebem e na própria vivência pessoal e na sua concepção religiosa do mundo, os voluntários julgam a situação e propõem ação para auxiliar o idoso e sua família.

Com o recebimento das avaliações trimestrais, esse processo de avaliação ganha rotina e serve para aprimorar e dar maior eficiência ao planejamento das ações futuras na comunidade.

Proposta para compor o capítulo de considerações finais.

A fraternidade e as pessoas idosas

Dando continuidade a esse trabalho de estimular o surgimento de uma cultura de envelhecimento saudável no interior das famílias, a CNBB - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil definiu para o ano de 2003 a Campanha da Fraternidade com o tema "Fraternidade e as pessoas idosas", tendo como lema " Vida, Dignidade e Esperança".

A Campanha da Fraternidade de 2003 será a primeira a ser realizada enfatizando o Idoso e a Sociedade que Envelhece, ocorrendo de forma ecumênica pode ajudar muito nas ações com a pessoa idosa, fortalecendo uma rede de solidariedade para o desenvolvimento de uma consciência gerontológica nas comunidades brasileiras.

Propostas das ONGs

- cumprimento da legislação em vigor com o co-financiamento dos governos de acordo com as demandas de políticas advindas do acelerado processo de envelhecimento para a população idosa e para as demais gerações.
- priorizar as políticas públicas, a defesa e o atendimento dos direitos sociais e humanos à população idosa e às demais gerações em detrimento dos fortes ajustes fiscais e da lógica do mercado, visando o envelhecimento saudável, o combate à pobreza, a diminuição da desigualdade social e o desenvolvimento social.

-
- Implementar o Pacto pela Longevidade Digna proposto pelo Fórum Nacional Permanente de Defesa da Política Nacional do Idoso- Brasil
 - implementar e ampliar a rede de cobertura dos serviços e programas de atenção à população idosa e as demais gerações, visando a construção de uma sociedade para todas as idades.
 - aderir a proposta dos aposentados, ou seja, aprimorar e garantir um sistema de Seguridade Social pública.
 - colocar em discussão em âmbito internacional as questões da dívida social dos países pobres e em desenvolvimento face as conseqüências da dívida externa e dos ajustes fiscais que afetam a implementação da Políticas Públicas, prioritariamente, saúde, educação, assistência social e trabalho.
 - estabelecer termos de compromisso com a ONU com metas e objetivos a serem seguidos pelos signatários da Conferência Internacional

colocar em pauta de discussão na ONU a possibilidade da criação de um organismo a exemplo do UNICEF, OIT, para o idoso, considerando os desafios presentes e futuros advindos do acelerado processo do envelhecimento.

Capítulo 7 - Considerações Finais

O presente relatório procurou registrar o processo histórico da consideração do tema do envelhecimento no Brasil.

Como se pôde ver, a participação da população idosa no Brasil passou de 4% em 1940 para 9% em 2000, o que representa mais de 15 milhões de pessoas acima de sessenta anos. Esse salto representou um fator de pressão não-negligenciável para a inclusão do tema na agenda de prioridades do governo. Fatores igualmente importantes foram as transformações ocorridas nos planos interno e externo.

A conquista dos direitos das pessoas idosas no Brasil é o resultado do reconhecimento da centralidade dos direitos humanos na Constituição de 1988, cuja elaboração foi precedida por intenso debate do qual participou ativamente a sociedade civil. O reconhecimento da universalidade dos direitos humanos, que não pode ser invalidada, relativizada ou limitada por particularismos de qualquer espécie, bem como a indivisibilidade e a interdependência dos

mesmos, são elementos cruciais na defesa e proteção dos direitos dos idosos, evitando-se, assim, a hierarquização de um conjunto de direitos por outros.

Associado a esse quadro de direitos humanos, desenvolveu-se uma circunstância econômica favorável ao atendimento de reivindicações sociais. O Plano Real de estabilização econômica teve um efeito extremamente positivo, não circunscrito apenas na redução da pobreza (a proporção da população abaixo da linha da pobreza, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, diminuiu de 40% no início da década de 90 para 33% em 1999. Sobre este ponto é importante assinalar que a linha de pobreza – medida em dólares norte-americanos – utilizada pelo IPEA é mais de duas vezes mais alta que aquela utilizada pelo Banco Mundial. Desse modo, utilizando-se a metodologia do Banco Mundial, o número de pobres e de indigentes é muito menor do que aquele resultante da metodologia do IPEA), mas também no aumento expressivo dos recursos destinados aos programas sociais, entre os que se incluem aqueles especificamente destinados aos idosos, de que são exemplos a distribuição gratuita de medicamentos, a realização de campanhas específicas de vacinação e a aplicação de medidas preventivas para as doenças crônico-degenerativas.

No plano externo, as mudanças ocorridas no panorama internacional e no seio das Nações Unidas também foram importantes para que o tema do envelhecimento e a defesa dos direitos do idoso assumissem crescente visibilidade. O quadro de referência dos direitos humanos para a I AME era a Conferência de Teerã, marcada pelas tensões e incertezas da Guerra Fria. Os direitos humanos e os temas sociais eram tratados de maneira subordinada, sem o mesmo *status* dos temas políticos e econômicos. A sociedade civil não teve participação expressiva em Teerã, ao contrário do que se verificaria na Conferência das Nações Unidas sobre Direitos Humanos, em 1993, em Viena. Na Áustria, a atuação fortalecida da sociedade civil foi decisiva para a consideração de diversos temas da agenda internacional. O protagonismo ativo da sociedade civil no Brasil, bem como a sua parceria com o governo em programas, projetos e ações sociais, tem contribuído de maneira extremamente positiva na consideração dos principais problemas nacionais e na elaboração, muitas vezes em regime de parceria, de soluções para os mesmos.

Nesse sentido, destacam-se a a parceria Estado/sociedade civil na formulação da Política Nacional do Idoso, a consolidação do sistema de seguridade social, com a participação da sociedade civil nos conselhos de políticas, a implementação da rede de inclusão e proteção social de benefícios, a multiplicação de programas e projetos, prioritariamente nas áreas de saúde, assistência social, cultura e lazer, o aumento significativo no número de centros gerontológicos, hospitais geriátricos, centros de convivência e universidades da terceira idade, o aumento do número de profissionais capacitados para tratar do idoso, e a adoção de normas e regulamentos de interesse específico dos idosos.

As mudanças em curso no Brasil vêm gerando melhoria em todo os indicadores sociais. Apesar disso, a herança de desigualdades e de injustiça que marcou a história do Brasil ainda tem de ser redimida. Várias políticas e ações ainda têm de ser desdobradas para que todos possam viver com dignidade. Mas não há como negar que sinais claros e irreversíveis indicam que os elementos de mudança se sobrepõem aos elementos de permanência e conservação, e que a esperança da longevidade parece vir sendo progressivamente acompanhada da realização de melhores condições de vida.