

ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA – ENAP
Especialização em Gestão de Políticas Públicas de Proteção e Desenvolvimento Social

Mírian da Silva Queiroz

UM OLHAR SOBRE A FACE FEMININA DA VELHICE

Brasília – DF

2011

UM OLHAR SOBRE A FACE FEMININA DA VELHICE

UM OLHAR SOBRE A FACE FEMININA DA VELHICE

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Políticas Públicas de Proteção e Desenvolvimento Social da Escola Nacional de Administração Pública como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciana de Barros Jaccoud

Mirian da Silva Queiroz

UM OLHAR SOBRE A FACE FEMININA DA VELHICE

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Políticas Públicas de Proteção e Desenvolvimento Social da Escola Nacional de Administração Pública como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Banca Examinadora

Professor (a)

Professor (a)

Professor (a)

Brasília – DF

2011

EnvelhecerIolanda Pequeno¹

Envelhecer é a tarde caindo
raidosa e bela
no firmamento o crepúsculo surgindo
e banhando a terra

Envelhecer fugindo não!
Envelhecer sorrindo
Vendo as flores se abrindo
Os filhos casando
Os netos chegando

Envelhecer são as rugas
no meu rosto brotando
das experiências vividas
das noite mau dormidas
quando de algum filho cuidando

Envelhecer são os meus cabelos
prateados e lindos
Envelhecer são os anos se indo
Envelhecer é a eternidade chegando

¹ Iolanda Pequeno tem 77 anos de idade e reside em João Pessoa na Paraíba. Fez esses versos e me entregou na III Conferência Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa da Paraíba, em 10 de outubro de 2011. Disse que não é uma poetiza, apenas faz versos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, o meu primeiro e sincero agradecimento.

Ao meu filho Welison Miguel. Com apenas dois anos de idade foi obrigado a “entender” que a mamãe precisava estudar um documento importante. Foi a frase mais franca que pude utilizar para lhe explicar que não podia rabiscá-los. Agradeço também por existir e me fazer rir quando já estava para chorar. Agora meu tempo livre será seu! Até que venha o mestrado...

À minha avó – Arlinda, “muito idosa” com seus 95 anos, lúcida, saudável e independente, exemplo para toda a família e motivação para realização deste trabalho.

Meus pais, como são importantes na minha vida, obrigada pela vida. Mãe, obrigada pela presença sábia, entendendo as ausências e suportando a saudade. Ao Welison, meu marido. Aos meus irmãos, familiares, amigos. Foram tantos NÃO para aqueles deliciosos almoços de sábados e/ou domingos. Agradeço em especial à Neide e à Adélia que foram obrigadas a curtir o sobrinho mesmo quando tinham outros planos. Kátia e Clênio, obrigada por aquele sábado à tarde, ufa! D. Glória muito obrigada também.

Ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS pela iniciativa inovadora proporcionada aos seus servidores. Ao Departamento de Proteção Social Especial da Secretaria Nacional de Assistência Social, agradeço pela oportunidade.

À Escola Nacional de Administração Pública – ENAP, professores, e demais colaboradores por proporcionar a excelente materialização desta tarefa.

À Professora Luciana Jaccoud, orientadora deste estudo. Agradeço muito pelos momentos de rica discussão, aprendizado, sugestões e dicas relevantes, por me levar a reflexões e um pouco de amadurecimento neste processo de construção e elaboração.

Aos colegas do curso, pela convivência, as discussões, os trabalhos em grupo, conversas, e trocas de experiências que foram muito importantes. Considero que fiz novos amigos.

À equipe do DPSE e à Coordenação de Serviços de Acolhimento – SNAS/MDS, que me proporcionaram muito aprendizado profissional. Amigos, vocês são mesmo ESPECIAIS.

Ao Jhonatan Ferreira, do Departamento de Benefícios Assistenciais – SNAS/MDS, pela gentileza da contribuição com o seu grande conhecimento estatístico.

À Luana Pinheiro, por me sinalizar o caminho da discussão da questão de gênero nas políticas públicas.

E a todos os que contribuíram mesmo que indiretamente com este trabalho.

RESUMO

O Brasil está se tornando um país envelhecido. Nos últimos anos a expectativa de vida tem se tornado cada vez maior, com isso a população com mais de 60 anos, considerada idosa, vem aumentando de forma crescente, atingindo em 2010 o número de 20,5 milhões de pessoas, segundo o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2010.

Dentre as características presentes no processo de envelhecimento da população do país, destaca-se a “feminilização” da velhice. As mulheres idosas são maioria dentro do segmento idoso e quanto mais envelhece a população, mais se percebe a presença feminina. Existe um consenso quanto aos impactos deste cenário, que impõe demandas importantes para o sistema brasileiro de proteção social, notadamente para as políticas da Seguridade Social – Assistência Social, Saúde e Previdência Social.

Em que se pese ser a velhice vivenciada de maneira diferenciada pelas pessoas, as diferenças existentes não são somente quanto ao sexo. Dizem respeito ao gênero, isto é, aos diferentes papéis e características que cada um apresenta nas relações sociais. Nesse sentido é preciso olhar para o envelhecimento com esse olhar.

No país se destacam, no campo da Seguridade Social, significativos avanços quanto a proteção social às pessoas idosas. Destaca-se a cobertura previdenciária estimada em aproximadamente 81% dos idosos; o acesso universal às políticas de saúde; os serviços e benefícios da assistência social – o Benefício de Prestação Continuada – BPC – que tem contribuído para a alta cobertura e garantia de renda dos idosos brasileiros.

No entanto, muitos desafios ainda restam, e precisam ser superados. Preocupa a questão do necessário papel do Estado para a concretização de sua primazia no cuidado aos idosos, sobretudo os frágeis (muito idosos – com 80 anos e mais) e os dependentes. Dada as grandes transformações pelas quais as famílias vivenciaram ao longo dos últimos anos, a exemplo da diminuição do número de filhos, a entrada da mulher no mercado de trabalho e os novos e diferenciados arranjos e composições, a ampliação de serviços, a garantia de qualidade e de acesso às políticas sociais, além da discussão da questão do gênero tornam-se inadiáveis.

Palavras – chave: envelhecimento, gênero, seguridade social.

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E QUADROS

TABELA 1 - Número total de pessoas idosas por faixa etária e sexo, e percentual em relação a população total – Brasil 2010.....	37
TABELA 2 - População total observada e projetada por idade – Brasil (1940-2020).....	38
TABELA 3 - Percentual da população total observada e projetada por idade – Brasil (1940-2020).....	38
TABELA 4 - Distribuição dos idosos (60 anos ou +) por sexo, segundo local de residência – Brasil (2009) (Em%).....	39
TABELA 5 - Distribuição percentual da população idosa (60 anos ou +) por estado conjugal e sexo – Brasil (1980, 1991 e 2010).....	40
TABELA 6 – Proporção da população idosa (60 anos ou +), por faixa de renda domiciliar per capita, segundo faixa etária – Brasil (2009).....	41
TABELA 7 - Proporção da população idosa (60 anos ou +), Sexo Feminino, por faixa de renda domiciliar per capita, segundo faixa etária – Brasil (2009).....	41
TABELA 8 - Proporção da população idosa (60 anos ou +), Sexo Masculino, por faixa de renda domiciliar <i>per capita</i> , segundo faixa etária – Brasil (2009).....	42
TABELA 9 - Proporção da população idosa (60 anos ou +) com renda familiar <i>per capita</i> de 0 até ½ SM, segundo faixa etária – Brasil (2009).....	42
TABELA 10 - Proporção da população idosa (60 anos ou +) com renda familiar <i>per capita</i> de 0 até ½ SM, segundo faixa etária, sexo Feminino Brasil (2009).....	43
TABELA 11 - Proporção da população idosa (60 anos ou +) com renda familiar <i>per capita</i> de 0 até ½ SM, segundo faixa etária, sexo Masculino – Brasil (2009).....	43
TABELA 12 - Proporção da população idosa (60 anos ou +), por grupos de renda domiciliar <i>per capita</i> de 0 até ½ SM, segundo faixa etária – Brasil (2009).....	44
TABELA 13 - Proporção da população idosa (60 anos ou +), por grupos de renda domiciliar <i>per capita</i> de 0 até ½ SM, segundo faixa etária – Sexo Feminino – Brasil (2009).....	44
TABELA 14 - Proporção da população idosa (60 anos ou +), por grupos de renda domiciliar <i>per capita</i> de 0 até ½ SM, segundo faixa etária – Sexo Masculino - Brasil (2009).....	45
TABELA 15 - Proporção da população idosa (60 anos ou +) e família – Brasil 2007.....	45
TABELA 16 - Renda média familiar, por tamanho da família, segundo presença de idosos (60 anos ou +) (2007) em R\$ - Brasil 2007.....	46

TABELA 17 - População idosa e número de pessoas idosas residentes nas instituições de longa permanência por Região – Brasil: 2006 a 2009.....	48
TABELA 18 - Proteção Previdenciária entre os Idosos com 60 anos ou mais, segundo o Sexo - Brasil 2009.....	59
GRÁFICO 1 - Distribuição proporcional dos residentes em ILPIs por idade e sexo segundo a natureza jurídica – Homens. Brasil - 2007-2009.....	49
GRÁFICO 2 – Distribuição proporcional dos residentes em ILPIs por idade e sexo segundo a natureza jurídica – Mulheres – Brasil 2007-2009.....	49
GRÁFICO 3 – Proporção de mulheres idosas residentes nas ILPIs em relação ao total de residentes segundo regiões – Brasil – 2007 – 2009.....	50
GRÁFICO 4 - Percentual de pessoas com menos de ½ salário mínimo de renda domiciliar <i>per capita</i> no Brasil, por idade, considerando e não considerando a renda previdenciária – Brasil – 2009.....	60
GRÁFICO 5 – Recursos Investidos no BPC por Grupo de Espécie – Brasil – 1996 a 2011.....	62
GRÁFICO 6 – Evolução do número de benefícios por “espécie” – Pessoa Com Deficiência e Idoso - Brasil 2000 a 2010.....	62
GRÁFICO 7 – Evolução dos benefícios por “espécie” - cobertura do BPC - Brasil de 1996 a 2011* (2011 são estimativas do MDS).....	63
GRÁFICO 8 – Pirâmide etária dos beneficiários do BPC– segundo o sexo - Brasil (2010).....	64
GRÁFICO 9 – Distribuição dos beneficiários segundo estado civil, por espécie Brasil e regiões brasileiras (2010).....	65
GRÁFICO 10 – Distribuição dos beneficiários idosos segundo escolaridade Brasil e regiões brasileiras (2010).....	66
GRÁFICO 11 - Distribuição dos beneficiários segundo composição familiar, por espécie - Brasil e regiões brasileiras (2010).....	67
QUADRO 1 - Quadro 1 – Definições.....	73
QUADRO 2 – Classificação de dependência – Anvisa.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CF – Constituição Federal
CIT – Comissão Intergestora Tripartite
CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social, Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
Munic – Pesquisa de Informações Básicas Municipais
NOB/RH – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
NOB/SUAS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio
PNAS – Política Nacional de Assistência Social
PNI – Política Nacional do Idoso
PNSI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
RGPS – Regime Geral de Previdência Social
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
1. Categorias de análise: “velhice”, “idoso” e “envelhecimento”.....	15
1.1. Velhice.....	15
1.2. Idoso.....	16
1.3. Envelhecimento.....	17
1.4. Gênero.....	17
2. A pesquisa: Objeto, hipóteses e metodologia.....	19
 CAPÍTULO I	
A velhice a partir da perspectiva do gênero: um olhar sobre a literatura.....	21
1. Preconceitos e estigmas: análise internacional do envelhecimento feminino na perspectiva de Salgado.....	21
2. Vulnerabilidade e Promoção da Saúde: o envelhecimento feminino segundo Lima e Bueno.....	25
3. Proteção Social e melhoria das condições do envelhecimento: a visão de Camarano.....	30
4. Comparando as diferentes visões.....	33
 CAPÍTULO II	
Características sociodemográficas dos idosos brasileiros.....	36
1. Idade.....	37
2. Local de Residência.....	38
3. Sexo e Estado Civil.....	39
4. Renda.....	40
5. Famílias e arranjos familiares.....	45
6. Idosos institucionalizados.....	46
7. Analfabetismo.....	50
8. Uma síntese.....	52

CAPÍTULO III

A Proteção Social às Pessoas Idosas no Brasil.....	53
1. Considerações sobre a Proteção Social no Brasil.....	53
2. A Proteção Social para as Pessoas Idosas no Brasil.....	55
2.1. Marco Legal.....	55
2.2. Benefícios e Serviços da Seguridade Social.....	57
2.2.1. Benefícios da Previdência Social.....	57
2.2.2. O Benefício de Prestação Continuada – BPC.....	60
2.2.2.1. Características dos beneficiários do BPC.....	63
3. A Política Pública de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.....	67
3.1. O Pacto pela Vida.....	68
3.2. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.....	70
3.3. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.....	70
3.4. A Estratégia Saúde da Família e os Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso.....	71
3.5. Internação Domiciliar.....	72
3.6. Atenção à saúde nas Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI.....	72
4. A Política de Assistência Social e o SUAS.....	74
4.1. Marcos conceituais.....	74
4.1.1. A Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004.....	75
4.1.2. A Norma Operacional Básica do SUAS.....	76
4.1.3. A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS.....	77
4.1.4. A Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.....	78
4.1.5. O Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferências de Renda no âmbito do SUAS.....	79
4.1.6. A Lei 12.435/2011.....	79
4.2. Os níveis de proteção social do SUAS.....	80
4.3. O financiamento no SUAS.....	84
4.4. Cuidados – papel da mulher?.....	85
5. Considerações Finais.....	87
6. Referências Bibliográficas.....	91

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional brasileiro é uma questão que está na pauta do dia. Atualmente são aproximadamente 21 milhões de pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, no Brasil (CENSO – IBGE 2010). Estimativas nacionais apontam para um crescimento acentuado desse contingente populacional que deve dobrar dentro dos próximos vinte anos. Dentro dessa conjuntura, observa-se que as mulheres são a maioria no contingente de pessoas idosas, e por isso que vários estudiosos afirmam que o envelhecimento não é um fenômeno homogêneo. Pessoas vivenciam de forma diferenciada o processo de envelhecimento, que pode ser afetado positiva ou negativamente conforme a raça, o gênero, ou o grupo social a qual pertence.

Assim, o envelhecimento também é uma questão de gênero. Segundo os dados do Censo IBGE 2010, as mulheres idosas predominam entre a parcela idosa da população, alcançando o percentual de 55,5% do total de 20,5 milhões de idosos. É interessante assinalar que quanto mais velho o contingente idoso, mais elevada é a proporção de mulheres. No período de 1970 e 2000 o subgrupo das pessoas com 80 anos ou mais (“muito idosas”) aumentou de 485,4 mil pessoas para 1,8 milhões (IPEA, 2009). Confirmando as tendências do envelhecimento populacional em curso no país, ressalta-se que em apenas uma década, de 2000 para 2010, o aumento foi de mais de um milhão de “muito idosos”, passando dos 1,8 para 2,9 milhões, representando 14,2% do total de pessoas idosas. Assim como no total de idosos, evidencia-se uma acentuada presença feminina no subgrupo dos idosos 80 anos e mais, sendo 1,8 milhões de mulheres e 1,1 milhões de homens, conforme dados do Censo Demográfico – IBGE 2010.

A velhice é um fenômeno histórico, social e cultural, enfim, multifacetado e multidisciplinar. Para ser compreendida é necessário considerá-la em determinados espaços de tempo, território, classe social, relações de gênero e de etnia, dentre outras variáveis (GOLDMAN, 2009). Em todo o mundo o envelhecimento da população tem sido observado como fenômeno importante e, neste processo, a feminilização da velhice.

O envelhecimento populacional é uma realidade vivida em nosso país, que tem também dentre várias características, a feminilização da velhice. A esperança de vida aumentou muito nos últimos anos, ultrapassando a barreira dos 70 anos de idade. Mesmo observando-se o envelhecimento geral da população, a velhice apresenta um forte componente de gênero, pois existem mais idosas do que idosos. Com o envelhecimento as mulheres são afetadas

diferentemente de homens, tornando-as mais vulneráveis a problemas de saúde, isolamento social e a transtornos emocionais, entre outros.

A predominância das mulheres sobre os homens na população idosa vem sendo explicada por fatores biológicos, sociais e comportamentais. Há um consenso na literatura de que os homens estão mais expostos do que as mulheres a certos fatores de riscos. Veras (2003) afirma que esses fatores explicam porque as mulheres vivem mais que os homens:

- a) diferença na exposição a risco: os acidentes domésticos e de trabalhos, acidentes de trânsito, homicídios e suicídios, são em conjunto, quatro vezes mais frequentes para os homens do que para as mulheres nas áreas urbanas brasileiras;
- b) diferenças no consumo de álcool e tabaco: fumar e beber são fatores de risco associados às mortes por neoplasias e doenças cardiovasculares, e os homens costumam consumir tabaco e álcool em maior quantidade do que as mulheres.
- c) diferenças na atitude em relação às doenças: de modo geral, as mulheres tem melhor percepção da doença e utilizam mais constantemente os serviços de saúde do que os homens, aumentando suas possibilidades de diagnóstico precoce e tratamento;
- d) atendimento médico-obstétrico: a mortalidade materna é atualmente bastante reduzida.

Segundo a avaliação de Lima e Bueno (2009), os estudos de gênero rejeitam a questão biológica para explicar as diferenças entre homens e mulheres, enfatizando que se trata de uma construção social do que significa ser feminino ou masculino. Nessa direção afirmam que as mudanças sociais estão influenciando os significados do envelhecer da mulher, entendendo que o processo de envelhecimento é determinado não exclusivamente pela cronologia (idade) e por fatores físicos, mas também pela classe social e pela singularidade individual de cada uma.

É muito importante compreender que as condições que determinam uma boa qualidade de vida na velhice não são iguais para homens e mulheres. O período histórico que vivem, a classe social a que pertençam, as circunstâncias e os fatores de personalidade dessas pessoas idosas podem influenciar a maneira como cada um enfrentará essa fase da vida. Assim, torna-se relevante aprofundar o debate contemporâneo em torno da questão do envelhecimento da população, visível aos nossos olhos e tratá-la a partir da questão do gênero, visto ser um tema não trivial para os dias atuais. Pelo contrário, diante do acelerado processo de envelhecimento

pelo qual o Brasil, em particular, se depara, apresenta-se como urgente sua presença na agenda pública.

Nessa perspectiva, pergunta-se como tem sido abordado o envelhecimento a partir de sua característica feminina; fatores que afetam positiva e/ou negativamente a vida da mulher idosa; e se os serviços socioassistenciais destinados a pessoas idosas consideram a questão de gênero.

Diante desses grandes desafios, a finalidade deste trabalho é realizar uma caracterização do envelhecimento populacional brasileiro sob o ponto de vista do gênero. Para isto serão discutidas brevemente algumas categorias conceituais adotadas neste estudo. Nesse sentido, são apresentados a seguir os conceitos de “*velhice*”, “*idoso*” e “*envelhecimento*” e também o de gênero.

1. Categorias de análise “*velhice*”, “*idoso*” e “*envelhecimento*”

Os termos *velhice*, *idoso* e *envelhecimento* comumente são tratados como sinônimos. Contudo, a literatura aponta semelhanças e diferenças entre eles que serão tratadas neste estudo com o objetivo de melhor contextualização da discussão proposta. Assim, serão descritas brevemente as principais características de cada um desses conceitos².

1.1. Velhice

Historicamente, a imagem que se tem da velhice é de uma etapa da vida caracterizada pela decadência física e ausência de papéis sociais, isto é, incapacidade, disfuncionalidade, precariedade. Desde a metade do século XIX já se adotava o termo. Assim, velho se refere, pejorativamente, a algo sem serventia, ultrapassado, a ser substituído por algo novo.

Neris (2011) aponta que segundo a pesquisa *Idosos no Brasil – Vivências, desafios e expectativas na terceira idade*³, as pessoas idosas temem mais a dependência, a perda da dignidade, a solidão e o sofrimento que podem anteceder à morte. Tem menos medo de morrer

² Para construção dessa sessão tomou-se por base o trabalho de Mariana de Sousa Machado Neris. ATENDIMENTO EM CENTRO-DIA PARA IDOSOS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA: ALTERNATIVA DE SERVIÇO DA POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL? Brasília. 2011. Dissertação do Curso de Mestrado Profissional em Desenvolvimento e Políticas Públicas, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Orientadora: Professora Dra. Luciana de Barros Jaccoud.

³ A pesquisa *Idosos no Brasil – Vivências, desafios e expectativas na terceira idade* foi realizada pela Fundação Perseu Abramo, por meio do seu Núcleo de Opinião Pública, em parceria com o Serviço Social do Comércio – SESC São Paulo e o SESC Nacional, com o objetivo de investigar o imaginário social brasileiro sobre a velhice, com vistas a subsidiar o debate em torno das políticas públicas para idosos. A primeira edição do relatório da pesquisa, organizada por Anita Liberalesso Néri, foi publicada em 2007.

do que “dar trabalho” na velhice. A pesquisa chega ainda à conclusão de que as atitudes e preconceitos relativas à velhice tendem a limitar o acesso de pessoas idosas a recursos sociais, reforçando ou mesmo contribuindo para o isolamento social.

Para fins deste trabalho, será adotado o termo tal qual o considerado por Neris (2011), que emprestou de Faleiros (2010)⁴ o conceito para velhice como sendo “uma etapa da vida, social e individualmente construída, nas relações e práticas estruturadas e, ao mesmo tempo, como uma oportunidade de atividades, compensações e participação”.

1.2. Idoso

Neris (2011) aponta, se remetendo a Debert (1999), que o termo idoso seria definido a partir de certas características e classificações construídas socialmente em um determinado contexto sociohistórico. Em que pese a imagem do velho ser difundida como negativa, foi a partir da distinção entre etapas do ciclo de vida organizada em torno da categoria idoso que se alcançou fundamento para a legitimação de direitos sociais para esse grupo da população.

Na atualidade, a idade cronológica tem sido utilizada para designar se uma pessoa é idosa. Entretanto, não há consenso entre os especialistas quanto a coincidência entre idade cronológica e biológica, sendo que a própria medida cronológica seria construída socialmente. Desse modo, existiriam muitas diferenças entre as pessoas de uma mesma idade, que poderiam ser determinadas pelo contexto em que vivem, momento histórico, tipo de sociedade, classe social, grupo social, cultura, questões econômicas e políticas, etc.

O termo idoso é geralmente atribuído à uma idade de uma pessoa considerada avançada do ponto de vista de uma classificação. Do ponto de vista demográfico, a Organização Mundial de Saúde – OMS define população idosa como o grupo etário de 65 anos ou mais de idade. Considerando as diferenças entre os países, sobretudo relacionadas aos aspectos sociais, econômicos e políticos, a OMS recomenda que, para os países “desenvolvidos” o recorte etário mínimo seja de 60 anos e para os países “em desenvolvimento” seja adotado o limite de 65 anos de idade. No Brasil, O Estatuto do Idoso – Lei nº. 10.741, de 2003 – fixou que são idosas as pessoas com 60 anos ou mais.

⁴ Conceito divulgado por Vicente de Paula Faleiros em palestra proferida no Seminário Nacional “Avanços e Desafios dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas”, realizado em Brasília entre os dias 24 e 26 de agosto de 2010.

1.3. Envelhecimento

Segundo Faleiros (apud NERIS, 2011: 25) o envelhecimento é um processo complexo, multidimensional e heterogêneo, que envolve várias dimensões da vida humana, a saber: biológicas, culturais, psicológicas, econômicas e sociais. Dessa maneira, o envelhecimento não seria atribuído somente às pessoas idosas, podendo ser associada ao ciclo de vida humano de uma forma geral. Assume-se que o envelhecimento faz parte da vida de todos os grupos etários, ocorrendo de diferentes maneiras e ritmos, de forma dinâmica, como movimento contínuo.

O envelhecimento populacional é o resultado da manutenção por um período de tempo razoavelmente longo de taxas de crescimento da população idosa superiores às da população mais jovem. Isto se dá pela queda da fecundidade e da mortalidade nas idades avançadas. Além do envelhecimento da população total, a proporção da população „mais idosa“, de 80 anos e mais, está aumentando também, alterando a composição etária dentro do próprio grupo, ou seja, a população idosa também envelheceu (SOUZA, 2007, apud NERIS, 2011: 26).

Portanto, do ponto de vista demográfico, o envelhecimento populacional é visto por Camarano (apud NERIS, 2011: 26) como fenômeno diretamente relacionado com certo período de tempo em que são mensuradas as taxas de crescimento da população por grupos etários previamente definidos.

Ao considerar o envelhecimento populacional como fenômeno dinâmico presente no caso brasileiro de modo marcante, acelerado, com forte componente de gênero, é necessário pensar nas demandas e impactos pautados para o sistema de proteção social brasileiro. E por isso, este estudo adotará essas definições nas caracterizações a serem realizadas adiante, com o olhar sobre algumas das dimensões do processo de envelhecimento das mulheres brasileiras.

1.4. Gênero

A categoria gênero é explicada por Bandeira (2005)⁵ como “o conjunto de normas, valores, costumes e práticas através das quais a diferença biológica entre homens e mulheres é

⁵ BANDEIRA, Lourdes. Docente da Universidade de Brasília – definição contida no documento: BRASIL: Fortalecimento da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres – Avançar na transversalidade da perspectiva de gênero nas políticas públicas. Comissão Econômica para a América Latina – CEPAL e SPM, 2005. Pag. 7

culturalmente significada”. A categoria de gênero surgiu como uma forma de distinguir as diferenças biológicas das desigualdades sociais e culturalmente construídas e procurou mudar a atenção de um olhar para mulheres e homens como segmentos isolados, para um olhar que se fixa nas relações interpessoais e sociais através das quais elas são mutuamente constituídas como categorias sociais desiguais.

A autora ainda lança mão das definições de Scott (1995) para quem gênero é um elemento constitutivo das relações sociais construídas com base nas diferenças percebidas entre os sexos. Sendo portanto, uma construção social, de uma forma primária de significar as relações de poder, uma vez que tais diferenças se configuram como desigualdades. E também de Suárez (2000) a qual destaca que a palavra gênero vem sendo utilizada com o propósito de desconstruir a ligação entre mulher e natureza e que pode viabilizar simbolicamente a equidade entre homens e mulheres. A categoria pode possibilitar a explicação da forma como a cultura constrói o masculino e o feminino, abrindo margem para uma desconstrução que é geradora de rupturas e transformações.

O termo gênero teve seu uso inicialmente difundido por feministas americanas para ressaltar o caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo, isto é, que rejeitava o determinismo biológico introduzido em termos como sexo e diferença sexual. Trata-se de um conceito político, que nasce no movimento de mulheres em sua luta contra desigualdades, na busca de evidenciar junto à sociedade e à comunidade científica que as diferenças físicas entre elas e os homens não geram a desigualdade observada, mas, ao contrário são utilizadas para naturalizá-las⁶.

Se homens e mulheres se comportam de maneiras diferentes e se são reconhecidos por essas diferenças, existem causas e contextos que as reproduzem. Não seriam diferenças de ordem biológica e sim construídas socialmente. É assim que a ideia de gênero surge, para “desnaturalizar” a construção do que é ser mulher ou ser homem, isto é, as funções estabelecidas para cada sexo. A palavra gênero aparece, desse modo, para introduzir uma noção relacional, a ideia de que homens e mulheres são definidos como termos recíprocos, não sendo possível entender um dos sexos sem considerar o outro. Assim, falar de mulher requer falar de homem.

⁶ SCOTT, J. 1995, pag. 76, apud PINHEIRO. Luana Simões. VOZES FEMININAS NA POLÍTICA: Uma análise sobre mulheres parlamentares no pós-Constituinte. Dissertação de Mestrado – Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília – UNB. Brasília, 2006. Pag. 68.

As desigualdades manifestas entre homens e mulheres no que se refere às funções que desempenham (ou deveriam desempenhar), aos lugares que ocupam (ou deveriam ocupar) e às características que apresentam (ou deveriam apresentar) resultam de diferenças muito mais amplas do que apenas diferenças biológicas ou sexuais. Elas seriam resultado de diferenciações de *gênero*, que refletem construções culturais que conferem a determinados grupos, características “(des) favoráveis” que não encontram respaldo no campo biológico, mas que acabam por legitimar as relações de poder. Nessa perspectiva, as relações sociais estabelecidas em todas as esferas da sociedade tendem a ser marcadas por especificidades de gênero.

As pretensões assumidas neste trabalho são as de caracterizar o envelhecimento segundo a perspectiva de gênero, bem como discutir em que medida a política de assistência social pauta essa discussão nos serviços destinados a população idosa. Desse modo torna-se relevante adotar a premissa destacada por Bandeira (2005), segundo a qual a linguagem conota clara exclusão em relação às mulheres, através do uso universal masculino como referência genérica. Atribuiu-se dessa maneira, ao masculino tudo o que aconteceu e acontece com os seres humanos, como se todos os fatos tivessem sido realizados exclusivamente por homens. Diante disso, é importante assumir que para fins deste estudo, ao se utilizar o termo *idoso*, ao longo do texto, estará isento de discriminações de gênero e generalizações desse tipo. Seu uso se limita a resguardar consonância com a literatura referenciada ou fontes de dados que utilizam o termo genericamente para se referir a homens e mulheres com mais de 60 anos, conforme adotado pelo Estatuto do Idoso (Lei nº. 10.741/2003).

2. A pesquisa: Objeto, hipóteses e metodologia

Após apresentar tais categorias, ressalta-se que este estudo vai se desenvolver na perspectiva de responder a seguinte questão: como tem sido abordado o envelhecimento a partir de sua característica feminina; que fatores afetam positiva e/ou negativamente a vida da mulher idosa; e se os serviços socioassistenciais destinados a pessoas idosas consideram a questão de gênero.

A metodologia adotada para este estudo é o da revisão de literatura. Tomou-se por base pelo menos três estudos relevantes na perspectiva do envelhecimento feminino. Procurando analisar neste trabalho um pouco das variadas visões, recorreremos a uma avaliação do processo sob o ponto de vista internacional, e selecionou-se dois trabalhos que se dedicam ao caso brasileiro. Foi realizado ainda um levantamento de dados estatísticos mais recentes, com base nas principais fontes brasileiras, como o Censo Demográfico e a Pesquisa Nacional por

Amostra de Domicílios – PNAD do IBGE, contando também com as análises de dados constantes na literatura atual. Também foi realizado um levantamento das normativas mais modernas referentes à política de assistência social.

O trabalho está estruturado em três capítulos. No primeiro, a proposta é verificar quais são, segundo a bibliografia sobre o tema, as principais diferenciações no processo de envelhecimento sob o enfoque do gênero, na busca de explicitar as diferenças, nesse processo, entre os homens e as mulheres. Para isto, abordará as visões de alguns autores de referência: Ana Amélia Camarano (2003); Carmem Delia Sánchez Salgado (2002); e Lara Carvalho Vilela Lima e Cléria Maria Lobo Bittar Bueno (2009).

A partir disso, no segundo capítulo pretende-se analisar as principais características relativas ao envelhecimento populacional no Brasil, com ênfase nas características deste fenômeno na vida das mulheres. Para tanto, é traçado um perfil básico com aspectos relacionados à idade, sexo, local de residência, acesso a renda, educação, perfil das pessoas institucionalizadas, entre outras, amparando-se nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2009; Censo Demográfico 2010, além da literatura nacional mais recente.

No intuito de indicar algumas questões relacionadas com a atuação da política pública de Assistência Social, no contexto do Sistema Único de Assistência Social, no cuidado à pessoa idosa, o capítulo III cuidará de caracterizar o Sistema Único de Assistência Social, suas garantias e níveis de proteção social básica e especial; levantar seu marco regulatório básico, tendo em vista relacionar os serviços destinados às pessoas idosas com a existência ou não do viés de gênero, e ainda ressaltar as garantias e limites na função desta política dentro do sistema brasileiro de proteção social.

Nas considerações finais, sem pretensões de esgotar o tema, serão brevemente debatidas as evoluções e também os desafios ainda a serem enfrentados pela política de assistência social, sobretudo no que diz respeito à inclusão da temática do envelhecimento populacional e o seu viés de gênero nas ações dessa política pública.

CAPÍTULO I - A velhice a partir da perspectiva do gênero: um olhar sobre a literatura

A questão do envelhecimento populacional ganhou relevância na atualidade principalmente pela rapidez com que vem acontecendo. No caso do Brasil, os dados são alarmantes quanto a celeridade do fenômeno, o que conseqüentemente já vem mudando a estrutura da “pirâmide” etária do país. A literatura nacional e internacional tem se dedicado a estudar e documentar esse processo. Entretanto, é preciso destacar que dada a sua heterogeneidade, a própria literatura é bastante variada e trata de facetas distintas do envelhecimento, bem como o considera a partir de contextos diferenciados. Desse modo, existem algumas convergências, sobretudo no que se refere ao predomínio das mulheres entre o segmento de pessoas idosas, mas não se pode afirmar que existam consensos absolutos sobre o tema.

Como já dito, procuramos analisar neste trabalho um pouco das variadas visões sobre o assunto, recorrendo a alguns autores que tratam da perspectiva do envelhecimento feminino. Buscou-se pelo menos uma avaliação do processo sob o ponto de vista internacional, e selecionou-se dois trabalhos que se dedicam ao caso brasileiro. Visando alcançar tal propósito, foram selecionadas as seguintes autoras e obras: a) Carmen Delia Sánchez Salgado. **Mulher Idosa: a feminilização da velhice**. 2002; Lara Carvalho Lima Vilela e Cléria Maria Lobo. **Envelhecimento e Gênero: a Vulnerabilidade de Idosas no Brasil**. 2009; e Ana Amélia Camarano. “**Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança?**” (2003).

1. Preconceitos e estigmas: análise internacional do envelhecimento feminino na perspectiva de Salgado

A partir de uma análise voltada para o contexto mundial do processo de envelhecimento, Salgado (2002) o destaca como um fenômeno que ocorre no mundo todo, mas que está presente de modo mais marcante, pelo menos nos últimos anos, nos países tidos como em desenvolvimento. Nessa ótica, as contribuições de Salgado (2002) convergem para a avaliação do tema como um processo recente, que traz no seu bojo uma desigualdade de gênero. Aponta que as mulheres são maioria no mundo como todo e vivem, em média, sete anos a mais que os homens, embora, de forma geral, explique que o progressivo aumento da expectativa de vida abranja tanto homens como mulheres. Salienta ainda, a viuvez mais frequente entre as mulheres, devido a comportamentos ligados a questões culturais de conjugalidade.

Salgado ressalta que o aumento da longevidade no âmbito mundial colabora para a existência de mais de uma geração de velhos (as) numa mesma família, prioritariamente compostas por mulheres, que assumem os papéis sociais de cuidadoras de mães e avós por mais tempo:

O aumento da longevidade da mulher trouxe consigo um prolongamento dos papéis normais de adulto, o acréscimo de papéis novos e a flexibilidade de outros no curso da vida. Uma mulher que teve seus filhos ou filhas com a idade de 20 anos pode ser mãe por 50 ou 60 anos. (...) Ampliará também seu papel de filha, já que seus pais viverão por mais tempo (SALGADO, 2002, pag.11).

O fato mais destacado por esta autora é que a população idosa feminina experimenta mais situações de preconceitos, fragilidade e vulnerabilidade. A autora afirma que “a velhice se feminilizou convertendo-se em assunto de mulheres”, isso porque a população idosa é predominantemente feminina. Sustenta que as mulheres idosas enfrentam na sociedade atual uma problemática muito particular, que as colariam em posição de fragilidade e de vulnerabilidade. No intuito de melhor caracterizar esse argumento, dialoga com Mehdizadeh (2002) para reforçar que esse subgrupo:

Diferem de outros grupos de idade quanto ao nível de educação formal (escolaridade), tendo normalmente menos anos completos de escola do que outros grupos. Geralmente possuem menor qualificação profissional para conseguir emprego do que os grupos mais jovens e do que os grupos de homens idosos. Diferem em relação ao estado civil, sendo na sua maioria, viúvas e, portanto, muitas vezes, chefes de família. Chegam a uma idade em que a probabilidade de doenças de cuidado prolongado é maior (SALGADO, 2002, pag. 9)

Amparada em um estudo norte-americano (PINQUART E SORENSEN, 2001), no qual são analisadas as diferenças de autoconceito e bem-estar psicológico em relação ao gênero em um grupo de pessoas idosas, a autora destaca os resultados e aponta alguns elementos que caracterizam a velhice feminina, evidenciando as mudanças ou problemas que acompanham essa fase da vida, e que a coloca em situação de vulnerabilidade. Assim, segundo tais resultados, seriam atribuídas às mulheres idosas, com maior frequência, doenças crônicas, recursos econômicos mais escassos ou insuficientes, necessidade de atenção e cuidado, entre outros. No aspecto social e psicológico evidencia que os papéis sociais assumidos pela mulher ao longo da sua vida podem agravar a situação delas quando chegam à velhice. São exemplos

disso: falta de renda, por não terem trabalhado formalmente e os “sentimentos de inutilidade, provocados por todos os mitos e estereótipos existentes socialmente” (SALGADO, 2002, pag.10).

Salgado considera que existem atitudes negativas em relação a esse grupo, destacando a gerofobia e o sexismo. Define como gerofobia os preconceitos e estereótipos em relação a pessoas idosas pautada na variável idade. Como sexismo, o preconceito enfrentado pelas mulheres, embasado no conceito do patriarcado e no imaginário de que as mulheres são inferiores aos homens, sobretudo na velhice. Lembra que à mulher idosa é atribuída a imagem de “bruxas” e que, especificamente na cultura hispano-americana, a sexualidade da mulher idosa é vista como fonte de humor. Conforme a autora, as crenças sexistas e gerofóbicas refletem a ênfase da sociedade na produtividade e no atrativo sexual e físico. Em nome do culto à beleza e à “eterna” juventude, o contexto social investe no descrédito da mulher idosa, “começando com a representação da mulher velha nas histórias clássicas como bruxas, feias e malvadas”. Para a autora, no mundo inteiro, a mulher idosa seria maltratada e vista como uma carga, sendo parte de uma maioria “invisível” cujas necessidades, tanto emocionais, econômicas e físicas, permanecem, na sua maioria, ignoradas.

A autora reflete que a adaptação ao processo de envelhecimento traz dificuldades individuais para as quais cada mulher cria as estratégias singulares de conformação. E destaca que uma mulher idosa, na sociedade atual, precisa ser uma celebridade, ou sinônimo de poder, para se destacar e ser admirada. Pondera que tanto homens quanto mulheres enfrentam discriminação pela idade, mas que a mulher idosa seria particularmente desvalorizada.

Outros prismas considerados pela autora são os da pobreza e da solidão. Para esta, a pobreza é vista como sinônimo de desigualdade, privação ou necessidade. O fenômeno da saída do mundo do trabalho e entrada no “mundo das recompensas”, aposentadorias ou serviços sociais é determinante para definição da população idosa como pobre, segundo a autora. O acesso à aposentadoria produz diminuição maior ou menor de rendimentos em relação à vida ativa, o que faz com que a mulher idosa tenha uma posição desfavorável em relação ao restante da população. Na idade avançada a pobreza tende a aumentar a dependência produzida por condições físicas e psicológicas. Observa-se uma relação importante entre dependência, pobreza e velhice, que demanda das políticas públicas atenção especial, no que tange a recursos econômicos e serviços de apoio. As diferenças de gênero acentuam a situação, colocando as mulheres de idade mais avançada mais expostas à pobreza e à solidão. Também são as que

mais residem em instituições de longa permanência, tem mais necessidades de saúde e poucas chances de encontrar um companheiro na etapa final da vida.

Salgado destaca ainda que, em que pese uma parcela de mulheres tenha passado uma vida inteira sem receber rendimentos ou salários adequados, o que depende da inserção ou não da mesma no mercado de trabalho na idade produtiva, não seria “acidental” que na velhice sejam mais pobres que os homens. Além disso, mesmo ao se aposentarem receberiam menos que os homens.

Ao discutir as perdas e transformações vivenciadas pelas mulheres no processo de envelhecimento, Salgado afirma que algumas das mudanças seriam de caráter físico, tais como doenças ou agravos de saúde. Nesse sentido “a chegada da idade avançada se associa com saúde debilitada e incapacidade e se estima que a mulher enfrente maiores problemas de saúde e problemas crônicos que os homens”. Outras alterações relatadas dizem respeito a etapa do “ninho vazio”, que representaria para muitas mulheres, com a saída dos filhos e filhas da casa dos pais, sentimentos de depressão e perda. Principalmente para aquelas cuja tarefa principal foi a de mãe e provedora, que não planejou o que fazer depois dos filhos (as) estarem criados. Entretanto, avalia que para outras mulheres esse momento pode representar sentimentos positivos de satisfação por ter realizado um bom trabalho ou cumprido com sua obrigação de mãe.

Também podem ser consideradas perdas na vida da mulher idosa a morte de companheiros, esposos; o divórcio, além das amizades que podem também ser alvos de mudanças (físicas ou por morte). A dependência ou morte dos pais é considerada pela autora como fator significativo na vida das idosas, dado o papel de cuidadoras serem historicamente a elas atribuído, o que ocuparia grande espaço de tempo. “Nos Estados Unidos, estima-se que, hoje em dia, as mulheres passam em torno de dezoito anos cuidando de seus pais, mais do que o tempo que cuidaram de seus filhos ou filhas”.

Ganham lugar na discussão dessa autora algumas considerações sobre os aspectos positivos do envelhecimento, como tornar-se avó e vivenciar mais tempo com outras diferentes gerações.

Contrário ao que comumente se acredita, este período de vida pode ser tão ou mais frutífero e agradável do que o resto da vida de muitas mulheres. Viver ou estar só não significa sempre que uma mulher idosa esteja em solidão. A habilidade que as mulheres tem em estabelecer e manter amizades e de desfrutá-las, desenvolvem bem em toda sua vida e, particularmente, na velhice. (SALGADO, 2002, pag.16).

Finaliza tecendo recomendações e destacando desafios para os sistemas de saúde, principalmente relacionados a cuidados, serviços de auxílios e de prevenção de situações de dependências. Também atenta para a necessidade de garantia de renda mínima e emprego para superação de alguns problemas que afetam a vida das mulheres idosas.

2. Vulnerabilidade e Promoção da Saúde: o envelhecimento feminino segundo LIMA e BUENO

No estudo “Envelhecimento e Gênero: a vulnerabilidade de Idosas no Brasil” Lima e Bueno (2009) discutem que as mudanças demográficas ocorridas a partir das décadas de 40 e 60 foram determinantes para que o Brasil passasse a vivenciar um rápido fenômeno conhecido como envelhecimento populacional. Aponta que em menos de cinquenta anos, o país passou de três milhões de pessoas idosas (1960) para 17 milhões (2006). Contribui para esse processo a queda na taxa de mortalidade infantil e na natalidade. As autoras adotam a idade de 60 anos e mais para caracterizar a pessoa idosa, conforme a legislação brasileira.

A esperança de vida aumentou muito nos últimos anos, ultrapassando a barreira dos 70 anos de idade, e as projeções indicam crescimento acentuado. Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE mostram que, em 2004, a esperança de vida era de 70,4 anos e para 2050 será de 81,3 anos.

Uma correlação interessante destacada pelas autoras diz respeito aos processos de transição demográfica e epidemiológica. Enfatizam que, com o aumento da expectativa de vida e o aumento do número de idosos com doenças crônico-degenerativas e suas sequelas mais freqüentes, amplia-se expressivamente a utilização dos serviços de saúde dessa população acima de 60 anos. Assim, a transição epidemiológica ocorrida no país associada às transformações sociais e econômicas ocasionaram maior demanda nos serviços de saúde, que implica no aumento dos custos diretos e indiretos para o Sistema Único de Saúde – SUS.

Uma análise histórica é desenhada a respeito do processo de envelhecimento populacional brasileiro, resgatando diversos elementos que contribuiriam para que o país chegasse ao patamar atual. São apresentados dados de crescimento da população com mais de 60 anos; destacada a redução da mortalidade e da natalidade; processo de urbanização; contracepção e esterilização feminina. “A Organização das Nações Unidas (ONU) considera o período de 1975 a 2025 como Era do Envelhecimento. Enquanto nas nações desenvolvidas, no período de 1970 a 2000, o envelhecimento populacional observado foi de 54%, nos países em

desenvolvimento atingiu 123%.” (LIMA E BUENO, 2009, pag. 275). Seguindo essa tendência, referindo-se a dados do IBGE (2000) e às considerações de Camarano (2006), as autoras destacam que a estimativa é que em 2025 o Brasil atingirá a posição de 6º país com maior número de idosos em termos absolutos. Lembrando que em 2006 o país ocupava a 16ª posição nesta lista.

A partir dessas considerações o enfoque das autoras se volta para o fato de que a velhice não é universalmente feminina, mas possui forte componente de gênero: em 2000 para cada 100 mulheres idosas havia 81 homens idosos. A projeção é que em 2050 a relação passe a ser de 100 mulheres idosas para 76 idosos do sexo masculino. Além de serem maioria dentro da população idosa, as mulheres são maioria também entre as pessoas acima de 80 anos e mais. No ano 2000, entre os idosos, 18% eram mulheres que tinham mais de 80 anos; para 2050 passará de 30,8%, evidenciando o envelhecimento da própria população idosa.

A partir dessas considerações buscam explicar os fatores que estariam relacionados com a maior expectativa de vida da mulher. A menor mortalidade feminina é apontada como determinante para que as mulheres vivam mais que os homens. Ao chegar aos 60 anos, a esperança de vida da mulher é de 19,3 anos, em média, contra os 16,3 anos para os homens. Nessa direção, são citados como exemplos os comportamentos distintos de homens e mulheres, principalmente frente ao cuidado com a saúde, comportamento no trânsito, prevalência do alcoolismo, drogas e tabagismo entre os homens.

Lima e Bueno defendem que alguns fatores tornam os idosos, em especial as mulheres, mais propícios a enfrentarem situações de vulnerabilidade. Isso porque uma parcela dos idosos apresenta taxas elevadas de dependência ligadas à retirada da atividade econômica, taxas crescentes de morbidade, doenças crônicas e perda da autonomia.

Nessa linha, afirmam que no processo de envelhecimento, as mulheres idosas são afetadas de maneira singularmente diferenciada dos homens, o que as tornam mais vulneráveis não apenas no que tange “aos problemas de saúde, mas ao isolamento social e a transtornos emocionais devido à aposentadoria, à viuvez, às alterações fisiológicas, dentre outros problemas” (LIMA E BUENO, 2009, pag. 274).

Um argumento sustentado pelas autoras é que os idosos brasileiros vivem em situação de desvalorização social, medos, depressão, pouco acesso a lazer, enfrentam obstáculos para acessar os planos de saúde e convivem com o preconceito. Chamam atenção para a falta de investimentos em políticas públicas específicas para a população idosa, que as tornam inadequadas e insuficientes.

Dialogando com Veras (2007), Lima e Bueno demonstram que as demandas por saúde exigem inovações nos paradigmas de atenção à saúde, que visem garantir qualidade de vida para essa população que vive mais. O envelhecimento no Brasil possui características peculiares. Observa-se uma desigualdade entre as taxas de crescimento da população de idosos e de jovens. Entre 1960 e 2020 espera-se que 760% seja o crescimento do número de idosos, contra 166% de jovens. Esse é um dado que tem um grande impacto, pois quando essa população jovem for adulta terá que satisfazer as necessidades e demandas desses idosos. O Sistema Único de Saúde será fortemente demandado por tratamentos de doenças crônico-degenerativas (cardiovasculares e neurodegenerativas), além de serviços de reabilitação física e mental.

No que diz respeito à composição familiar, as autoras destacam, como característica importante do envelhecimento no país, o arranjo familiar denominado multigeracional, onde o idoso divide o domicílio com seus filhos e netos.

Utilizam argumentos para corroborar a afirmação de que no processo de envelhecimento a questão de gênero está nitidamente caracterizando a velhice, diferenciando esse fenômeno como tipicamente feminino. Para tanto, empregam o termo feminilização da velhice. No intuito de melhor explicar questões que são afetas a essa temática, as autoras discutem rapidamente o feminismo e conceitos de gênero, chegando a exemplificar que os papéis sociais historicamente realizados por homens e mulheres tem sofrido muitas alterações. Ponderando que o processo de envelhecimento engloba tanto características resultantes das experiências pessoais dos sujeitos, como as diferenciações entre vivências experimentadas na velhice para homens e mulheres destacam que:

As mudanças sociais estão influenciando os modos de envelhecer da mulher, pois envelhecer é determinado não só pela cronologia e por fatores físicos, mas também pela condição social em que vivemos e pela singularidade individual de cada uma. Se antes o envelhecimento pôde levar a mulher mais velha a desempenhar fortemente o papel de avó, hoje o envelhecimento tem sido, para algumas mulheres, tempo de realização de sonhos e desejos postergados. (LIMA e BUENO 2009, pg. 276)

Recorrendo a Paz; Santos; Eidt (2006), as autoras definem vulnerabilidade como “construto social que inclui aspectos relacionados à saúde e seus determinantes, que envolve os planos individual, social e programático, no qual esses planos são indivisíveis”. Conforme Lima e Bueno, são três os tipos de vulnerabilidades as quais as pessoas idosas estão sujeitas: a)

“individual ou biológica”; b) vulnerabilidade relacionada com o contexto social e político; e c) “vulnerabilidade à atenção programática da pessoa idosa”.

A variável da vulnerabilidade conhecida como “individual ou biológica” se refere ao fato de que as mulheres, embora vivam mais, não necessariamente vivem com alto grau de qualidade de vida, isto é, elas estão mais expostas a vulnerabilidades relacionadas com as doenças, dependência e declínio de capacidade funcional. Por isso, seriam mais frágeis e mais vulneráveis. “No Brasil, estima-se que 10% das pessoas acima de 65 anos precisam de ajuda em atividades básicas de autocuidado e cerca de 40% necessitam de auxílio nas atividades instrumentais da vida diária”.

Outra face da vulnerabilidade está relacionada com o contexto social e político. Diz respeito a diversas circunstâncias enfrentadas pelos idosos, tais como questões políticas, econômicas, sociais, saúde e culturais. Nesse rol estariam as ocorrências de solidão, viuvez, (que às vezes pode significar autonomia e liberdade) que seriam mais vivenciadas por mulheres. No campo social “envelhecer está associado com sofrimento, doença e morte, vivendo em torno do negativismo construído historicamente pela sociedade”⁷. De forma que, as mulheres teriam mais possibilidades de ficar em situação socioeconômica menos favorável e morando sozinhas (15%), além de terem mais chances de residir em instituições de longa permanência, 58% do total de residentes são do sexo feminino.

A aposentadoria é abordada como questão de vulnerabilidade social. Para tanto, as autoras explicam que por mais que o número de idosas chefiando as famílias tenha aumentado – “em 2003 a chefia da família passou a ter o status das idosas – a situação de renda não é boa”. Segundo as autoras, que não apresentam dados que confirmem esse argumento, as idosas aposentadas perderiam a autonomia, porque a sociedade valoriza as pessoas pela sua produção, que está ligada ao trabalho e suas relações sociais.

A última abordagem da variável adotada para o conceito de vulnerabilidade é a “vulnerabilidade à atenção programática da pessoa idosa”. Correlaciona-se aos recursos sociais que os sujeitos precisam para não se expor aos agravos. Nesse item a atenção das autoras se volta para os serviços de saúde e os colocados para esse campo. Entre eles, o decisivo papel da saúde para o envelhecimento ativo e saudável; a necessidade de qualificação e humanização do serviço; e também o incremento nos estudos e pesquisas sobre o fenômeno. Destacam que os serviços não consideram as diferenças entre os gêneros, além de que a sociedade cultua o valor

⁷ Para tecerem esse argumento Lima e Bueno recorrem a JARDIM; MEDEIROS; BRITO, 2006.

da juventude e da beleza estética, o que deposita na mulher idosa essa última forma de vulnerabilidade. Acenam pela busca de equidade entre as pessoas, pautada pelo empoderamento das mesmas, visando à redução das desigualdades existentes entre homens e mulheres.

As autoras destacam o desafio colocado para a saúde pública na garantia de um envelhecimento saudável, com garantia de cidadania, dignidade, autonomia e independência, e que a pessoa idosa viva sem preconceitos. Nessa perspectiva enaltece a importância das ações em promoção da saúde, cujos princípios buscam a garantia

No caso específico da mulher, além dos aspectos comuns aos dois sexos, a saúde deverá levar em consideração toda essa gama de situações socialmente construída e assimilada pelas mulheres – como o fato de não mais se sentirem atraentes, mostrando por vezes uma autoestima comprometida, o que, em última instância, pode promovê-las a padecimentos de ordem psicossomática (Lima e Bueno, 2009, pag. 277).

Nessa perspectiva, avaliam que devem ser encontradas e promovidas novas formas de valorização do processo da velhice e envelhecimento que garantam as pessoas idosas ser o que são, assumindo a sua própria identidade, sem a tentativa de “juvenilização da terceira idade” para que assim sejam aceitas socialmente. Acreditam que as cobranças sociais pela eterna juventude, beleza e corpo sexuado e desejável implica na alienação, sofrimento e até enfermidades, o que acomete muito mais as mulheres.

Aceitando a definição de Promoção da Saúde como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo”⁸, Lima e Bueno defendem que tais ações tem como objetivo proporcionar conhecimentos e estratégias para enfrentar o desafio de envelhecer com um novo olhar. Assim, as políticas públicas uma vez norteadas pelos princípios e ações de promoção da saúde, para as mulheres, deverá oferecer subsídios concretos de melhoria das condições de saúde, do trabalho, das condições de vida, suas relações sociais, valorização e satisfação social, conseqüentemente melhoria da qualidade de vida, e equidade entre as pessoas, diminuindo dessa forma as desigualdades existentes entre homens e mulheres.

⁸ Esse conceito é retirado de BRASIL, 2002, p. 19

3. Proteção Social e melhoria das condições do envelhecimento: a visão de CAMARANO

A abordagem desenvolvida por Camarano no estudo *Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança?* (2003) é instigante, pois a autora reconhece que existe uma convergência na literatura sobre o envelhecimento ao associar esse segmento como dependente e vulnerável, do ponto de vista econômico, social, das debilidades físicas, incluindo a possibilidade da perda da autonomia e incapacidade para lidar com as questões da vida diária. Destaca ainda que embora a velhice traga vulnerabilidades, elas são diferenciadas por gênero, raça, grupos sociais, entre outros aspectos. Mas Camarano (2003) também aborda a questão da feminilização da velhice com outro olhar. Mostra a heterogeneidade da experiência do envelhecimento feminino e a mudança nos padrões de pobreza e isolamento tão associados a essa parcela da população. Analisa que no caso brasileiro a cobertura da Seguridade Social e a melhoria das condições de saúde e tecnologias trouxeram “uma reconceitualização do curso da vida”.

Nesse sentido assume “que a qualidade de vida da população idosa depende das suas capacidades básicas, daquelas adquiridas ao longo da vida, das políticas sociais e das demais redes de apoio, tanto formais como informais”. No que diz respeito as redes de apoio informais considera que a família é uma das mais importantes.

O foco do seu trabalho é o estudo da dinâmica de crescimento das mulheres idosas brasileiras no período de 1940 a 2000. Com base na análise dos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE, Censos Demográficos de 1940, 1950, 1991 e 2000, descreve a composição da população; analisa as mudanças nas condições de vida dessas mulheres (período de 1980 a 2000) e analisa os arranjos familiares das mulheres idosas verificando como estão se organizando para vivenciar essa etapa da vida, dada a maior dependência econômica dos jovens e ao enxugamento do papel do Estado.

No que se refere ao perfil das mulheres idosas brasileiras, destaca que o contingente feminino passou de 0,9 milhões em 1940 para 8 milhões em 2000. Nota que quanto mais idosa é a população, maior é o seu ritmo de crescimento, isso leva a um envelhecimento do segmento idoso e sua maior “feminização”. O subgrupo dos que tem 80 anos e mais, “muito idoso” era em 1940 de 166 mil e passou para 1,8 milhões em 2000, com aproximadamente 60% de mulheres.

Ressaltando o forte componente de gênero na velhice, e dialogando com Lyod-Sherlock (2002) a autora exemplifica que as “mulheres idosas experimentam uma maior probabilidade

de ficarem viúvas e em condições socioeconômica desvantajosa”⁹. Isso decorre do fato de, na idade adulta, não terem trabalhado recebendo remuneração. Além disso, por viverem mais que os homens, passam por um maior período convivendo com debilitação biológica (problemas de saúde) antes da morte do que os homens.

A predominância da população feminina entre as pessoas idosas, bem como sua maior expectativa de vida, têm repercussões importantes nas demandas por políticas públicas, dado que se acredita que a maioria dessas mulheres atualmente, seja viúva, com poucas chances de inserção no mercado formal de trabalho, com menor nível de escolaridade, com piores condições de saúde, etc. Isto coloca para o Estado a responsabilidade na garantia de proteção social a estas pessoas e também as famílias. Camarano (2003) ainda ressalta:

O cuidado com membros dependentes da família é determinado pelas trocas intergeracionais e um assunto com fortes características de gênero. Em geral, são as mulheres as mais dependentes de cuidados e as tradicionais “cuidadoras”. Cuidar de netos é, em geral, visto como uma extensão do trabalho doméstico feminino (CAMARANO, 2003, pag 38).

Do contingente de 8 milhões de idosas observado em 2000, 41% eram viúvas, e aproximadamente 39% casadas. Comparando com os homens idosos, nesse período, 70% estavam casados e apenas 13% eram viúvos. As normas sociais e culturais prevalecentes na sociedade aliadas a longevidade das mulheres podem explicar tais diferenciais por sexo quanto ao estado conjugal. No artigo é adotada a idéia de que nem sempre a viuvez deve ser vista como solidão. Par algumas idosas pode representar tragédia, para outras, libertação.

Camarano (2003) discorre que três fatores são determinantes para a melhor qualidade de vida das mulheres idosas no Brasil: a ampliação da cobertura previdenciária, o maior acesso aos serviços de saúde, e o crescimento da tecnologia médica. Nessa perspectiva são apresentados dados que demonstram algumas características nos períodos de 1980, 1991 e 2000.

Dado que as mulheres vivem mais, elas são as que vivenciam as piores condições de saúde. Suas chances de experimentar as doenças típicas da velhice tais como artrite ou reumatismo, diabetes, hipertensão, doença do coração, depressão, são maiores para as mulheres do que para os homens.

Relativo a rendimentos é bastante interessante a análise da autora, destacando que o percentual de mulheres idosas sem rendimentos passou por forte redução, transformando essa

⁹ Toma por base também Nogales, 1998.

característica presente no subgrupo de mulheres idosas. Se na década de 1980 as que não tinham rendimentos representavam 42,2%, a redução foi significativa caindo para 18,4% em 2000. Portanto, houve redução da pobreza entre as mulheres idosas. A concessão dos benefícios da Seguridade Social, principalmente dos benefícios de aposentadoria por idade rural, pensões por viuvez e benefícios assistenciais. Contudo, se as mulheres são as que mais recebem benefícios como os dois últimos citados, o valor de tais benefícios é mais baixo, devido, em parte, a maior precariedade da condição feminina no mercado de trabalho. Mas, segundo a autora, “o novo conceito de proteção social, ao englobar uma visão mais ampla do que a estritamente trabalhista, resultou numa melhoria das condições de vida do contingente feminino”.

A autora analisa que um indicador de dependência importante é o fato de a mulher idosa viver na casa de filhos e/ou na casa de outros parentes. Viver sozinho também tem sido uma tendência mais presente na vida de mulheres idosas do que de homens na mesma condição, e a medida que aumenta a idade aumenta a proporção, atingindo cerca de 18%, entre aquelas com idade superior a 75 anos. Viver só pode indicar situação de viuvez, separação, porém isso pode acontecer por preferências, visto as condições atuais da sociedade tais como cobertura de renda e condições de saúde e tecnológicas mais favoráveis. (CAMARANO, 2003).

Considerando a grande heterogeneidade do fenômeno do envelhecimento e de como os indivíduos vivenciam essa fase da vida, Camarano (2003) observa neste trabalho que existem diferenciais nas condições de vida por grupos raciais. Assim, enfatiza que as mulheres idosas brancas e negras apresentam o mesmo percentual no total da população de mulheres do seu grupo étnico. Isto é, 10,4 e 10,7 respectivamente. Já as pardas são 7,3%. Entretanto, são muitos diferenciais entre as mulheres idosas brancas e negras. Essas últimas vivem menos que as brancas, que aos 60 anos tem esperança de vida 6,4 anos a mais; as negras e pardas tem piores condições de saúde. Porém é entre as brancas que se observa a mais elevada proporção de mulheres sem rendimentos. Mesmo assim, são as negras que mais vivem em domicílios considerados pobres e as que mais trabalham.

O tipo de família que as mulheres constroem ao longo da vida pode ser determinante para uma boa qualidade de vida na velhice. Nesse sentido, os arranjos familiares são também diferenciados por cor. As mulheres idosas negras apresentam forte tendência de chefia dos domicílios; com as brancas ocorre o contrário, é nesse subgrupo que se observa mais elevada proporção de mulheres residentes com filhos, genros e/ou outros parentes.

Os dados do IBGE analisados pela autora, a permite sumarizar que:

O que foi visto aponta para uma menor dependência das mulheres idosas em relação à família e para um aumento das famílias chefiadas por elas. Estas apresentavam aproximadamente 7,5% do total de famílias brasileiras. Separações e, principalmente, viuvez, explicam, em parte, o crescimento das famílias unipessoais e chefiadas por mulheres. Normas sociais vigentes são também responsáveis pelas reduzidas taxas de novo casamento entre as mulheres idosas descasadas. Esse comportamento reflete ainda mudanças nos arranjos familiares da população como um todo, e não apenas as trazidas pelo envelhecimento (CAMARANO, 2003, pag. 55).

Um dado muito relevante diz respeito ao aumento do número de famílias chefiadas por mulheres idosas, bem como a importância da contribuição da renda da idosa no orçamento familiar. Às vezes o seu benefício social é a única renda da família. Diferente das históricas relações de gênero desta geração, que geralmente não trabalharam na sua vida adulta. O IBGE dispõe de dados que demonstram que apenas 25% das mulheres idosas de hoje trabalharam quando tinha entre quarenta e cinquenta e nove anos. Parece então, que o que está acontecendo é que “as mulheres, quando envelhecem, passam do seu papel tradicional de dependentes para o de provedoras. Esta, dentre outras mudanças, tais como o aumento das famílias de três gerações, tem levado a que os idosos, de uma maneira geral, estejam liderando uma mudança social de grande porte”.

Ao final do trabalho percebe-se a reflexão valiosa da autora quanto as grandes mudanças ocorridas na vida das mulheres idosas, ao longo dos vinte anos analisados. Se há muito tempo atrás, o envelhecimento trazia para elas pobreza e isolamento social, ao longo desses vinte anos verifica-se que a situação já não se configura desta maneira. A mulher brasileira, mesmo idosa, continua desempenhando seu papel histórico de cuidadora, mas passou a ser também a provedora. Outra informação muito importante é que apenas 40% das famílias de idosas podem ser caracterizadas como “ninhos vazios”. Pelo contrário, estão cada vez mais “ninhos que estão se enchendo de filhos e netos”, dadas as condições socioeconômicas dos mais jovens e da melhor condição de renda das idosas. É nesse sentido que sintetiza que a mulher idosa representa hoje, um grande agente de transformação social, uma vez que está assumindo novos papéis sociais, não esperados nem pela literatura e nem pelas políticas públicas.

4. Comparando as diferentes visões

Ao analisar a bibliografia verificam-se certas convergências no que diz respeito ao fenômeno do envelhecimento, especificamente que ele tem um forte componente de gênero,

visto que os dados de Censos demográficos anteriores e o mais atual (2010) confirmam a preponderância de mulheres idosas dentro o segmento. Convergem na análise de que as mulheres vivenciam essa etapa da vida de modo diferente, tanto entre si, como comparativamente com os homens idosos. As características comuns mais comentadas dizem respeito às vulnerabilidades decorrentes das condições de saúde, os dados apontados que as mulheres idosas vivenciam mais eventos de doenças e convivem com doenças crônicas por mais tempo, exatamente por viverem mais. A questão da viuvez é notadamente uma convergência presente nos autores em destaque. Não é consenso que a velhice traga, necessariamente, para a mulher o que se denomina de “ninho vazio”, porque diferentemente das autoras Salgado e Lima & Bueno, Camarano aponta que a idade avançada pode representar “enchimento do ninho” por netos e filhos, não significando exclusivamente solidão e isolamento.

As autoras em estudo definem a pessoa idosa de maneira diferente. No Brasil, a idade de 60 anos ou mais é a que prevalece na legislação vigente e é adotada pelas autoras brasileiras. No entanto, em outras sociedades é adotada a idade de 65 anos como definição para a pessoa idosa, e essa é a definição assumida pela Salgado. Essas diferenças demonstram a falta de consenso em torno da definição cronológica da velhice.

As divergências ainda se apresentam quanto as situações vivenciadas pelas mulheres idosas, sobretudo no que diz respeito a cobertura da proteção social. Verifica-se nos dados e estudos analisados, que no caso brasileiro, diferentemente do que consideram Lima e Bueno, não há maiores índices de pobreza na velhice. Ao contrário, nota-se crescente cobertura da proteção social para idosos, notadamente entre as mulheres, considerando aí as aposentadorias, indenizações e benefícios de transferência de renda (benefícios previdenciários e assistenciais) abarcando mais de 81% da população idosa brasileira. Isso parece demonstrar que com a velhice as pessoas, no Brasil, ficam menos pobres.

Salgado faz análises sobre o envelhecimento e as características desse fenômeno na vida das mulheres, num contexto mundial. Nesse sentido ao tratar da pobreza entre as idosas, como característica marcante, desconsidera o caso brasileiro, que tem progressivamente caminhado para o alcance de patamares de universalização da cobertura dos programas de garantia de renda. Mas há que se destacar que o estudo dessa autora é datado de 2002, e que em quase uma década depois, o Brasil continuou obtendo melhorias na cobertura de proteção social, documentado e comprovado pela bibliografia e estudiosos da área.

Dessa forma, comparativamente temos visto que literaturas complementares divergem das afirmações presente nas três primeiras autoras que consideram a velhice feminina como sinônimo de pobreza, solidão e vulnerabilidade.

Contudo o consenso entre as autoras permeia a questão da discriminação contra as pessoas idosas. No entanto, percebe-se na literatura que a discriminação não seria exclusivamente contra as mulheres. A sociedade de modo geral, cultiva a juventude. Mas podemos acreditar que esse quadro esteja aos poucos mudando, trazendo grande responsabilidade para todos nós na transformação progressiva dos valores negativos em relação a velhice.

Num enfoque diferenciado, Camarano aborda a temática do envelhecimento da população brasileira chamando atenção para o envelhecimento feminino desse grupo, mas considerando que o Brasil avança para uma cobertura universal da proteção social para as pessoas idosas, sobretudo de renda. Mesmo assim, em consenso com as demais autoras, admite que a mulher idosa já esteve mais sujeita a vulnerabilidades, principalmente aquelas decorrentes das condições de fragilização da saúde, com o avançar da idade. Em que pese elas viverem mais do que os homens, costumam conviver por mais tempo com doenças crônicas; são maioria nas situações de “não casamentos, descasamentos e viuvez”. E, se não estão sozinhas (o argumento do “ninho vazio” é desconstruído pela autora, há comprovação de que 40% das pessoas idosas componham famílias uniparentais), o crescente número de idosos vivendo sós deve ser observado com atenção, podendo indicar maior risco de vulnerabilidade, especialmente para o grupo dos “muito idosos”, que são aqueles com mais de 80 anos.

CAPÍTULO II - Os idosos brasileiros: características sociodemográficas

O aumento na proporção de idosos na população brasileira vem acontecendo de forma rápida, como resultado do declínio das taxas de fecundidade e mortalidade e do aumento da expectativa de vida. O envelhecimento da população idosa é um fenômeno mundial, e no Brasil, as projeções apontam que em 2020, o país ocupará o 6º lugar no mundo em número de idosos, alcançando um contingente superior a 30 milhões de pessoas. Essas mudanças no perfil demográfico brasileiro, implicará certamente em impactos importantes na sociedade e nas políticas públicas. Nesse sentido, Camarano et.al (2004) ressaltam:

Espera-se que esse contingente atinja a magnitude de aproximadamente 30,9 milhões de pessoas no ano de 2020, vindo a constituir 14% da população brasileira. Isso é resultado de um crescimento a taxas elevadas, consequência, em parte, da inércia demográfica, ou seja, uma proporção importante do seu crescimento já está determinada pela estrutura etária atual; os idosos do futuro próximo já nasceram (CAMARANO, et. al, 2004. Pag. 27).

O Estatuto do Idoso (Lei nº. 10.741/2003) estabelece que idosa é a pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Entretanto, este conceito é usado de formas diferentes, como já foi tratado neste trabalho, não existindo um consenso nem sobre a definição de pessoa idosa, nem sobre o conceito de envelhecimento. Sabe-se ainda que a idade cronológica não pode ser a única variável a ser considerada para caracterizar a velhice, a qual pode ser vivenciada de modos diferenciados dependendo da classe social, do sexo, da localidade onde mora, enfim depende de fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Quais são as principais características dos idosos brasileiros? Dentro do grupo de idosos, quais são as diferenças entre homens e mulheres que chegaram aos 60 anos ou mais? Alguns indicadores importantes tais como faixa etária, sexo, arranjos familiares, local de residência, renda, escolaridade, entre outros, nos possibilitarão demonstrar que os idosos brasileiros constituem um grupo assinalado pela heterogeneidade¹⁰.

¹⁰ Para traçar um perfil básico da população idosa brasileira, tomamos por base, principalmente o estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Texto para Discussão nº 1402 (2009) das autoras Analia Soria Batista, Luciana Jaccoud, Luseni Aquino e Patrícia Dario El-Moor.

1. Idade

Dados do Censo Demográfico indicam que o Brasil possuía em 1940 uma população idosa de 1,6 milhões de pessoas idosas. Em 1970, 30 anos depois, subiu para 4,7 milhões de pessoas. O número de pessoas com 60 anos ou mais, em 2000, chegava a 14,5 milhões, que representava 8,5% da população total do Brasil. Dados preliminares do Censo 2010 apontam crescimento dessa população, que somam 20,5 milhões, ou 11% da população total (que é de 190.732.694). Conforme observa-se na tabela 1, a maioria das pessoas idosas é do sexo feminino, com 11,4 milhões de pessoas, os homens idosos somam 9,1. Projeções realizadas para 2040 estimam a existência de 55 milhões de idosos, representando cerca de 26,8% da população total.

Merece destaque o crescimento da população “muito idosa”, com 80 anos ou mais. No período de 1970 e 2000 este subgrupo populacional aumentou de 485,4 mil pessoas (0,5% do total da população) para 1,8 milhões de pessoas (1,07% do total). Os dados preliminares do Censo 2010 confirmam o crescimento significativo dessa parcela da população idosa, sendo que atualmente correspondem a 2,9 milhões de pessoas, representando 14,2% do total das pessoas idosas. Há uma acentuada presença feminina nesse grupo, sendo 1,8 milhões de mulheres contra 1,13 milhões de homens. A estimativa para 2040 indicam que os “mais idosos” deverão alcançar o número aproximado de 13 milhões de pessoas, representando 6,3% da população brasileira. (Tabelas 2 e 3).

Tabela 1 - Número total de pessoas idosas por faixa etária e sexo, e percentual em relação a população total – Brasil 2010.

Faixas etárias	Homens	%	Mulheres	%	TOTAL
Mais de 100 anos	7.247	0,00%	16.989	0,0%	24.236
95 a 99 anos	31.529	0,00%	66.806	0,00%	98.335
90 a 94 anos	114.964	0,10%	211.595	0,10%	326.559
85 a 89 anos	310.759	0,20%	508.724	0,30%	819.483
80 a 84 anos	668.623	0,40%	998.349	0,50%	1.666.972
75 a 79 anos	1.090.518	0,60%	1.472.930	0,80%	2.563.448
70 a 74 anos	1.667.373	0,90%	2.074.264	1,10%	3.741.637
65 a 69 anos	2.224.065	1,20%	2.616.745	1,40%	4.840.810
60 a 64 anos	3.041.034	1,60%	3.468.085	1,80%	6.509.119
Total	9.156.112	5,00%	11434487	0,06	20.590.599

Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2010

Tabela 2 - População total observada e projetada por idade – Brasil (1940-2020)

Idade	1940	1950	1960	1970	1980	1991	2000	2010	2020
Total de idosos	1.668.445	2.210.318	3.335.700	4.725.540	7.223.781	10.722.705	14.536.029	20.462.705	30.875.665
60 a 64	687.827	938.277	1.404.942	1.794.673	2.448.218	3.636.858	4.600.929	6.276.865	9.033.418
65 a 69	384.473	516.456	788.788	1.218.918	2.031.110	2.776.060	3.581.106	4.634.200	7.055.346
70 a 74	282.416	361.206	562.271	806.773	1.317.997	1.889.918	2.742.302	3.688.212	5.296.587
75 a 79	143.069	185.199	288.646	419.748	833.322	1.290.218	1.779.587	2.629.679	3.686.176
80 +	170.660	209.180	291.053	485.428	593.134	1.129.651	1.832.105	3.233.749	5.804.138
Total da População	41.165.289	51.944.397	70.191.370	93.139.037	119.002.706	146.825.475	169.799.170	195.394.707	217.394.150

Fonte: CAMARANO, Ana Amélia, et. al. Idosos Brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005. Elaboração: Disoc/Ipea.

Tabela 3 - Percentual da população total observada e projetada por idade – Brasil (1940-2020)

Idade	1940	1950	1960	1970	1980	1991	2000	2010	2020
Total de idosos	4,1	4,3	4,8	5,1	6,1	7,3	8,6	10,5	14,2
60 a 64	1,7	1,8	2	1,9	2,1	2,5	2,7	3,2	4,2
65 a 69	0,9	1	1,1	1,3	1,7	1,9	2,1	2,4	3,2
70 a 74	0,7	0,7	0,8	0,9	1,1	1,3	1,6	1,9	2,4
75 a 79	0,3	0,4	0,4	0,5	0,7	0,9	1	1,3	1,7
80 +	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,8	1,1	1,7	2,7
Total da População	41.165.289	51.944.397	70.191.370	93.139.037	119.002.706	146.825.475	169.799.170	195.394.707	217.394.150

Fonte: CAMARANO, Ana Amélia, et. al. Idosos Brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005. Elaboração: Disoc/Ipea.

2. Local de Residência

A população idosa brasileira é basicamente urbana, o que se repete em relação aos idosos, os quais se concentram mais nas áreas urbanas que nas rurais. Conforme verificada na tabela 4, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2009 apontou que 83,47% dos idosos residem na área urbana, destes 57,22% são do sexo feminino contra 42,78% do sexo masculino. Quando se observa o âmbito rural a predominância se inverte, os homens são maioria, 51,59%, e as mulheres representam 48,41% dos 16,53% dos idosos que residia no campo.

O Censo 2010 confirma que a predominância entre os idosos é de residência na área urbana, 86,5% e pouca presença na área rural, 13,5%. A maior concentração de pessoas idosas

no geral e que se repete no subgrupo feminino está na região Sudeste e Nordeste. Em contraponto, é na região Norte a menor densidade.

Tabela 4 - Distribuição dos idosos (60 anos ou +) por sexo, segundo local de residência – Brasil (2009) (Em%)

	Feminino	Masculino	Total
Urbano total	57,22	42,78	83,47
Urbano não-metropolitana	55,96	44,04	52,61
Urbano metropolitana	59,38	40,62	30,86
Rural	48,41	51,59	16,53
Total	55,77	44,23	100,0

Fonte: PNAD 2009

Batista et al (2009) argumentam que o local de residência da população idosa pode significar maior ou menor acesso a bens e serviços públicos como saúde, transporte, convívio social e acesso à cultura. Afirmam que no meio urbano podem ser possibilitadas maiores facilidades nesse sentido. No entanto, nas regiões metropolitanas existem maiores distâncias, representando também maior impessoalidade nas relações sociais que pode favorecer maior isolamento social. Em contrapartida no meio rural o acesso a serviços de saúde e apoio oferecidos tende a ser mais deficitários.

3. Sexo e Estado Civil

Segundo dados do Censo Demográfico, em 2000, dos 14,5 milhões de pessoas idosas, 55% eram mulheres. Em 2010 verifica-se que do grupo de quase 21 milhões de idosos, essa tendência se mantém, tanto que as mulheres representam 11,4 milhões (55,5%) e os homens 9,1(44,5%). Observa-se, portanto, um aumento no contingente de mulheres de 2000 para 2010 em relação aos homens.

No que diz respeito ao estado civil da população idosa brasileira, as diferenças entre os sexos também são observadas. A tabela 5 demonstra que, em 2000, dos homens idosos, 77,3% eram casados, contra 40,8% das mulheres na mesma situação civil, “sugerindo uma tendência mais forte a sucessivos casamentos para o caso dos homens” (IPEA 2009). Na condição de viúvas, estavam 40,8% das mulheres, sendo 12,4% dos homens viúvos. A condição de

solteiras, separadas, desquitadas e/ou divorciadas, tem maior proporção entre as mulheres que entre os homens.¹¹

Espelhando-se nesses dados, o estudo do Ipea conclui que as mulheres vivem mais do que os homens, porém em função da mortalidade diferenciada pelo sexo e pelo fato de construírem trajetórias de vida também distintas, elas contam menos com o apoio do cônjuge ou companheiro em idades avançadas. O fato de viverem mais não se constitui exclusivamente uma vantagem para as mulheres, porque elas podem passar por maior período de debilidade física. Além disso, podem ficar expostas na velhice à viuvez, à doença, à solidão e ao preconceito.

Tabela 5 - Distribuição percentual da população idosa (60 anos ou +) por estado conjugal e sexo – Brasil (1980, 1991 e 2010)

Ano	Estado conjugal	Homens	Mulheres
1980	Casados	79,2	39,7
	Separados, desquitados e divorciados	3,0	4,1
	Viúvos	12,5	47,1
	Solteiros	5,3	9,2
	Total	100	100
1991	Casados	80,0	41,3
	Separados, desquitados e divorciados	3,8	6,1
	Viúvos	11,0	43,4
	Solteiros	5,2	9,2
	Total	100	100
2000	Casados	77,3	40,8
	Separados, desquitados e divorciados	6,2	11,8
	Viúvos	12,4	40,8
	Solteiros	4,0	6,6
	Total	100	100

Fonte: CAMARANO, Ana Amélia, et. al. Idosos Brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005. Elaboração: Disoc/Ipea.

4. Renda

No que concerne a renda das pessoas idosas verifica-se uma concentração nas faixas mais baixas de renda, entretanto os dados da PNAD (2009) estimou a existência de 45,8% dos idosos com até um salário mínimo (SM). Dentro do segmento que possuem renda, analisando o recorte de renda entre 0 e 2 SM teríamos 76,1% dos idosos, constata-se baixa incidência de idosos em

¹¹ O estudo do IPEA, baseado em Camarano (2006), aponta que em 2000 as pessoas que eram idosas haviam construído suas trajetórias de vida em contextos socioculturais mais tradicionais, em tempos onde as relações conjugais eram mais estáveis que as vividas nos dias atuais. No ano de 2000, menos de 12% das mulheres e aproximadamente 6% dos homens eram afetados pelas separações conjugais. (pag. 11)

situação de pobreza, isto é, em domicílios com renda *per capita* inferior a $\frac{1}{2}$ SM, conforme tabela 6. Quando se analisam estes percentuais entre homens e mulheres idosos, identifica-se uma leve predominância de homens (76,3%) entre os que tem de 0 a 2 salários mínimos, já que as mulheres são 76%. Ao desagregar os dados por sexo vemos que dentre aqueles que possuem renda entre 1 até 5 SM as mulheres parecem ter melhor situação representando 48,5% contra 46,7% dos homens dentro desse recorte, o que pode ser visualizado nas tabelas 7 e 8.

Tabela 6 – Proporção da população idosa (60 anos ou +), por faixa de renda domiciliar per capita, segundo faixa etária – Brasil (2009)

Ambos os sexos	0 até $\frac{1}{2}$ salário mínimo	$\frac{1}{2}$ até 1 salário mínimo	1 até 2 salários mínimos	2 até 3 salários mínimos	3 até 5 salários mínimos	Mais de 5 salários mínimos	Total
60 a 64 anos	15,3	29,3	29,3	11,3	7,3	7,5	100,0
65 a 69 anos	12,3	34,2	30,6	9,8	7,1	6,0	100,0
70 a 74 anos	11,0	34,6	31,5	10,3	7,0	5,8	100,0
75 a 79 anos	9,7	35,6	31,5	9,1	7,6	6,5	100,0
80 anos	10,9	37,3	29,0	9,0	7,8	6,0	100,0
Total	12,5	33,4	30,2	10,1	7,3	6,5	100,0

Fonte: PNAD 2009

Tabela 7 – Proporção da população idosa (60 anos ou +), Sexo Feminino, por faixa de renda domiciliar per capita, segundo faixa etária – Brasil (2009)

Feminino	0 até $\frac{1}{2}$ salário mínimo	$\frac{1}{2}$ até 1 salário mínimo	1 até 2 salários mínimos	2 até 3 salários mínimos	3 até 5 salários mínimos	Mais de 5 salários mínimos	Total
60 a 64 anos	14,6	30,5	29,7	10,9	7,3	7,0	100,0
65 a 69 anos	12,1	34,0	31,1	9,7	7,3	5,9	100,0
70 a 74 anos	11,2	34,3	31,1	11,4	6,7	5,3	100,0
75 a 79 anos	8,8	34,2	33,0	8,8	8,2	7,0	100,0
80 anos	10,8	34,7	29,9	9,7	8,5	6,4	100,0
Total	12,0	33,2	30,8	10,2	7,5	6,3	100,0

Fonte: PNAD 2009

Tabela 8 - Proporção da população idosa (60 anos ou +), Sexo Masculino, por faixa de renda domiciliar *per capita*, segundo faixa etária – Brasil (2009)

Masculino	0 até ½ salário mínimo	½ até 1 salário mínimo	1 até 2 salários mínimos	2 até 3 salários mínimos	3 até 5 salários mínimos	Mais de 5 salários mínimos	Total
60 a 64 anos	16,1	28,0	28,8	11,7	7,3	8,1	100,0
65 a 69 anos	12,6	34,5	29,9	10,0	6,8	6,2	100,0
70 a 74 anos	10,8	34,9	31,9	8,8	7,3	6,4	100,0
75 a 79 anos	11,0	37,4	29,4	9,4	6,9	5,8	100,0
Mais de 80 anos	11,2	41,3	27,6	7,7	6,7	5,4	100,0
Total	13,0	33,7	29,6	10,0	7,1	6,7	100,0

Fonte: PNAD 2009

A partir da análise das tabelas 9, 10 e 11 onde estão desagregados os dados do grupo de população idosa (PNAD 2009) com renda domiciliar *per capita* menor que 1/2 de SM, em outras três faixas de renda (sem renda, acima de 0 a ¼ de SM; e entre ¼ e ½ SM), podemos observar que 0,7% dos idosos pertence a famílias que não possuíam nenhum tipo de rendimento mensal. Comparando homens e mulheres verifica-se que as últimas são maioria nesse grupo (0,8% mulheres e 0,7% homens). É interessante ressaltar que nas idades entre 60 e 64 anos verifica-se o maior percentual que é de 1,2%, onde se repete a tendência das mulheres, que estão ligeiramente em maioria.

Tabela 9 - Proporção da população idosa (60 anos ou +) com renda familiar *per capita* de 0 até ½ SM, segundo faixa etária – Brasil (2009)

Ambos os sexos	Sem renda	Acima de 0 a ¼ salário mínimo	Entre ¼ e ½ salário mínimo
60 a 64 anos	1,2	2,8	11,3
65 a 69 anos	0,5	1,6	10,2
70 a 74 anos	0,6	1,2	9,3
75 a 79 anos	0,5	1,1	8,1
Mais de 80 anos	0,5	1,0	9,4
Total	0,7	1,7	10,0

Fonte: PNAD 2009

Tabela 10 - Proporção da população idosa (60 anos ou +) com renda familiar *per capita* de 0 até ½ SM, segundo faixa etária, sexo Feminino Brasil (2009)

Feminino	Sem renda	Acima de 0 a ¼ salário mínimo	Entre ¼ e ½ salário mínimo
60 a 64 anos	1,3	2,3	11,1
65 a 69 anos	0,5	1,2	10,3
70 a 74 anos	0,7	1,1	9,3
75 a 79 anos	0,6	1,0	7,2
Mais de 80 anos	0,6	1,0	9,1
Total	0,8	1,5	9,8

Fonte: PNAD 2009

Tabela 11 - Proporção da população idosa (60 anos ou +) com renda familiar *per capita* de 0 até ½ SM, segundo faixa etária, sexo Masculino – Brasil (2009)

Masculino	Sem renda	Acima de 0 a ¼ salário mínimo	Entre ¼ e ½ salário mínimo
60 a 64 anos	1,1	3,4	11,6
65 a 69 anos	0,5	2,0	10,1
70 a 74 anos	0,4	1,2	9,2
75 a 79 anos	0,5	1,3	9,2
Mais de 80 anos	0,5	1,1	9,7
Total	0,7	2,1	10,3

Fonte: PNAD 2009

As tabelas 12, 13 e 14 revelam que, nos grupos de idosos sem renda e com renda domiciliar *per capita* menor que 1/4 de SM, significativo percentual tem mais de 65 anos – 50,7% e 50,6% respectivamente, portanto, com perfil econômico compatível para acesso ao Benefício de Prestação Continuada – BPC¹². Quanto à ausência de renda ou renda inferior a 1/4 de SM, as mulheres idosas estariam em posição mais positiva em relação aos homens idosos uma vez que eles estariam ligeiramente mais volumosos nesse grupo (53,4% homens e 52,9% mulheres). Duas situações podem ser inferidas do fato de a maioria das pessoas idosas com mais de 65 anos de idade se enquadrar na situação de sem renda ou com renda menor que 1/4 de SM: a) a existência de idosos que mesmo possuindo perfil para o BPC não estariam sendo contemplados pelo benefício; b) existência de idosos que recebiam o BPC, mas que devido ao número de pessoas residentes no domicílio, ao ser calculada a renda *per capita* o rendimento auferido mantinha-se fora do patamar que dá direito ao benefício.

¹² O Benefício de Prestação Continuada - BPC assegurado pela Constituição Federal de 1988, garante a transferência mensal de 1 salário mínimo ao idoso (com 65 anos ou mais) e à pessoa com deficiência incapacitada para a vida independente e para o trabalho, cuja renda familiar per capita seja inferior a 1/4 do SM. É um benefício coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS e operacionalizado pelo Instituto Nacional de Seguro Social – INSS. O benefício foi regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, Lei nº. 8.742/93 e pelos Decretos nº. 6.214/2007 e nº. 6.564/2008.

Diversos estudos vêm apontando que os mecanismos de proteção social (BPC, previdência pública, transferência de renda) têm importante impacto na redução da miséria, da pobreza e da desigualdade no Brasil. Estes programas, ao melhorar as condições socioeconômicas dos idosos e suas famílias, têm efeitos nas condições gerais de vida da população, e por consequência, na saúde e no aumento do bem-estar desse estrato da população (Cadernos para Discussão - IPEA 2009, pag. 14).

Tabela 12 - Proporção da população idosa (60 anos ou +), por grupos de renda domiciliar per capita de 0 até 1/2 SM, segundo faixa etária – Brasil (2009)

Ambos os sexos	Sem renda	Acima de 0 a 1/4 salário mínimo	Entre 1/4 e 1/2 salário mínimo
60 a 64 anos	49,3	49,4	34,7
65 a 69 anos	16,8	22,1	25,1
70 a 74 anos	14,7	12,3	17,2
75 a 79 anos	9,1	8,1	10,2
Mais de 80 anos	10,1	8,1	12,8
Total Geral	100,0	100,0	100,0

Fonte: PNAD 2009

Tabela 13 - Proporção da população idosa (60 anos ou +), por grupos de renda domiciliar per capita de 0 até 1/2 SM, segundo faixa etária – Sexo Feminino – Brasil (2009)

Feminino	Sem renda	Acima de 0 a 1/4 salário mínimo	Entre 1/4 e 1/2 salário mínimo
60 a 64 anos	47,1	46,6	33,4
65 a 69 anos	15,1	19,8	25,3
70 a 74 anos	17,1	14,2	17,8
75 a 79 anos	9,6	8,8	9,7
Mais de 80 anos	11,1	10,6	13,9
Total Geral	100,0	100,0	100,0

Fonte: PNAD 2009

Tabela 14 - Proporção da população idosa (60 anos ou +), por grupos de renda domiciliar per capita de 0 até ½ SM, segundo faixa etária – Sexo Masculino - Brasil (2009)

Masculino	Sem renda	Acima de 0 a ¼ salário mínimo	Entre ¼ e ½ salário mínimo
60 a 64 anos	52,6	51,8	36,3
65 a 69 anos	19,2	24,1	25,0
70 a 74 anos	11,2	10,6	16,5
75 a 79 anos	8,3	7,5	10,8
Mais de 80 anos	8,7	6,0	11,4
Total Geral	100,0	100,0	100,0

Fonte: PNAD 2009

5. Famílias e arranjos familiares

As informações do Censo Demográfico de 2000 apontavam que 10,9% das pessoas idosas viviam sozinhas. Já nos dados da PNAD 2007, era possível observar que quase 14% dos idosos, naquele ano, viviam sós. Ainda segundo a PNAD 2007, 86% dos idosos viviam em família, sendo que em 25,1% das famílias brasileiras existiam pelo menos um idoso entre os membros. A tabela 15 ilustra essa situação.

Tabela 15 – Proporção da população idosa (60 anos ou +) e família– Brasil (2007)

	TOTAL
Idosos vivendo sós	13,7
Idosos em família	86,3
TOTAL	100
Famílias com idosos	25,1
Famílias sem idosos	74,9
TOTAL	100

Fonte: IPEA (2009) – PNAD 2007

A presença de idosos nas famílias sugere redução do risco de pobreza, indicando fortalecimento econômico das famílias. Isso pode ser explicado em virtude do aumento da renda média familiar, no caso das famílias que possuam pessoas idosas, segundo as análises de Camarano (2005). Na tabela 16 verifica-se essa tendência. Comparando os dados de 2007 da renda média familiar vemos que apenas no caso onde a família tenha apenas um membro não idoso é que a situação é mais favorável do que se esse membro fosse idoso. Nos demais casos, a renda média da família vai ser sempre melhor nos casos em que haja pessoas idosas na família.

Tabela 16 - Renda média familiar, por tamanho da família, segundo presença de idosos (60 anos ou +)(2007) em R\$ - Brasil 2007

Número de membros	Família com idosos	Famílias sem idosos
1 membro	990,23	1.193,59
2 membro	1.711,95	1.394,88
3 membros	2.086,59	1.657,82
4 a 5 membros	2.467,57	1.855,07
mais de 5 membros	2.051,39	1.249,85

Fonte:PNAD 2007 – elaborado por IPEA 2009

6. Idosos institucionalizados¹³

Na literatura nacional não existem muitas fontes de dados sobre as pessoas idosas institucionalizadas. Nesse sentido, com o objetivo de gerar informações capazes de subsidiar o Estado e a sociedade civil na qualificação dos serviços oferecidos pelas Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs, foi realizada pelo Ipea a pesquisa de caráter censitário: “Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos”. Iniciada em 2006 e concluída em 2010, este estudo nos servirá de fonte para analisar as principais características das pessoas idosas que vivem numa instituição asilar.

O estudo considerou:

- ✓ as características da população idosa da região;
- ✓ quantidade e localização (Unidade da Federação - UF);
- ✓ características dos residentes;
- ✓ características das ILPIs por Região e por UF (número de residentes, infraestrutura física, natureza das instituições, serviços oferecidos e gastos);
- ✓ recursos disponíveis (financeiros e parcerias).

A pesquisa identificou 3.548 instituições distribuídas em 29,39% dos municípios brasileiros. Segundo Camarano et.al (2010) apenas 6,6% das instituições são públicas ou mistas, o que representa 218 instituições. A grande maioria é filantrópica correspondendo a

¹³ As considerações dessa sessão têm como fonte a Pesquisa “Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos”, iniciada em 2007 e concluída em 2009. E no livro organizado por Ana Amélia Camarano (2010).

65,2% (religiosas e leigas), e só as Vicentinas constituem 700 aproximadamente. Privadas com fins lucrativos constituem 28,2% do total. Verifica-se uma concentração das ILPIs na região Sudeste, onde estão cerca de dois terços delas, sendo encontradas principalmente nas cidades maiores.

O estudo aponta que 1% da população idosa brasileira reside em ILPI. Indica que a cobertura dessa modalidade de atendimento é relativamente pequena, que pode ser reflexo do baixo número de instituições e também do estigma que rodeia essa modalidade de cuidados de longa permanência. Em geral, as instituições são pequenas, com uma média de 30,4 residentes por ILPI.

Camarano et al (2010) assumem que os residentes das ILPIs são pessoas que nunca tiveram ou que perderam familiares próximos. Aspectos como conflitos familiares, falta de condições físicas ou mentais de administrar seu cotidiano, ou falta de condições para a garantia do sustento, são em geral determinantes para levar uma pessoa idosa a viver em uma instituição. Homens e mulheres que vivem sós apresentam mais chances de viver em instituição, sendo que entre as mulheres essa probabilidade é ainda maior. A autora ressalta que diferenças de idade, saúde, capacidade funcional e arranjos familiares são possíveis causas dessa maior probabilidade das mulheres morarem em uma ILPI.

Ademais, os estudos apontaram que as mulheres têm menos chances de terem quem cuide delas na velhice. Os homens usufruem mais de cuidados pelos cônjuges do que as mulheres, e com isso, são maiores suas chances de permanecerem por mais tempo no seio da família. Historicamente, as atividades de cuidar tem sido predominantemente feminina. Tanto no que se refere ao cuidado no âmbito familiar, definido como o cuidado informal, que está se tornando um recurso bastante escasso no âmbito das famílias, em quase todo o mundo. Quanto no cuidado formal, definido como “aquele que envolve atendimento integral ao idoso em ILPIs e/ou centros-dia e hospitais-dia, além do cuidado domiciliar formal” (CAMARANO, et al 2010, pag. 19). Dessa maneira:

Apesar das recentes transformações estruturais envolvendo os arranjos familiares e o papel social das mulheres, o processo de envelhecimento populacional parece não estar sendo acompanhado, na dimensão esperada, de uma mudança na divisão sexual do trabalho de cuidar, especialmente no cuidado familiar. Isto pode ser resultado da resistência dos atores envolvidos e/ou dos baixos incentivos institucionais que as famílias recebem, o que é reforçado pelo estado conjugal (CAMARANO, et al 2010, pag.17).

A pesquisa identificou 3.548 instituições, nas quais foram encontradas 100.251 residentes. Nota-se que desses, 11,9% não eram idosos, conforme o corte etário estabelecido na Política Nacional do Idoso-PNI (60 anos e mais). Considerando as instituições não respondentes¹⁴, estima-se que deixou-se de contar aproximadamente 7,7 mil residentes, dos quais 6,6 mil eram idosos. Assim, calcula-se que sejam 95,2 mil idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos. Esse é um número que se aproxima às estimativas realizadas pela mesma autora em 2005, com base no Censo Demográfico de 2000, que foi de 103 mil idosos. Contando que existem no referido Censo dados tanto de residentes em ILPI quanto de qualquer outro domicílio coletivo, como prisões, hotéis, conventos, seminários, etc., isto pode explicar o número menor encontrado pelo Ipea, mesmo dez anos depois.

Os residentes das ILPIs, como já foi dito, constituem apenas 1% da população idosa brasileira. Trata-se de uma cobertura baixa dessa modalidade de atendimento, comparando com padrões internacionais. Camarano et al (2010) apontam a existência de pelo menos duas razões importantes que podem ser explicativas desta cobertura residual: a primeira se refere ao baixo número de instituições; e segunda, ao preconceito existente no Brasil em relação a esse tipo de oferta de cuidados, que limita sua expansão. A população que precisa de cuidados é aquela que tem dificuldades para as atividades da vida diária, observa-se que quando se avança na idade acentuam-se tais dificuldades, o que é mais marcante entre as mulheres. A tabela 17 mostra a quantidade de pessoas idosas residentes nas ILPIs por região:

Tabela 17 - População idosa e número de pessoas idosas residentes nas instituições de longa permanência por Região – Brasil: 2006 a 2009

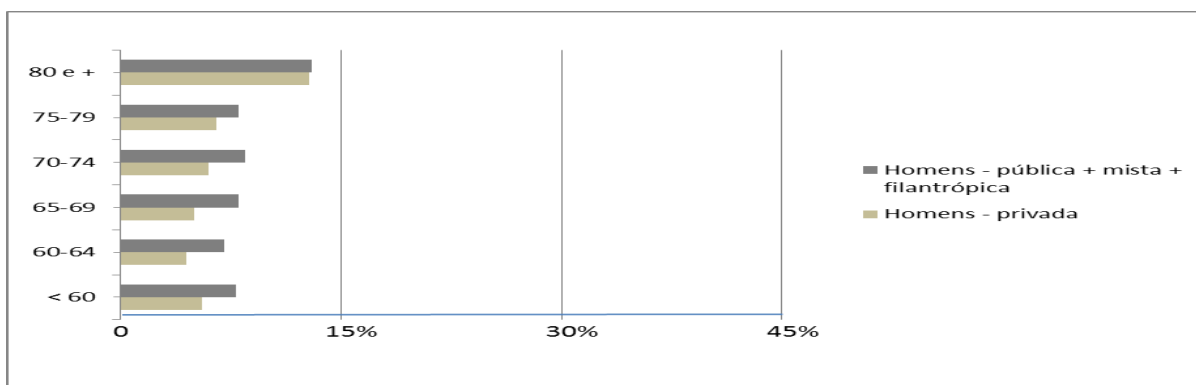
Número de idosos e de idosos residentes nas instituições de longa permanência por Região				
Região	População Idosa	% da população Idosa no total da população	População idosa residente nas ILPIS	% da população idosa residente no total da população
Norte	811.070	5,5	1.159	0,1
Nordeste	4.347.210	8,3	8.386	0,2
Centro oeste	858.991	6,5	5.529	0,6
Sudeste	8.778.014	10,9	53.374	0,6
Sul	2.499.717	9,0	15.422	0,6

Fonte: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS. Elaboração MDS.

¹⁴ O número de respondentes da pesquisa foi 3.294 ILPIs, correspondendo a 92,8%. Deixaram de responder 254 instituições.

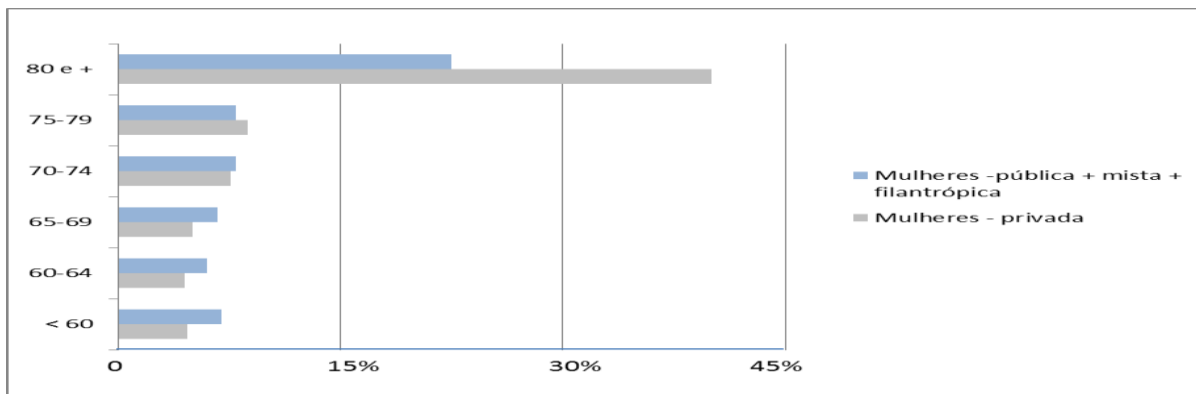
A seguir, nos gráficos 1 e 2 pode ser observada a comparação da distribuição proporcional da população idosa nas ILPIs públicas e filantrópicas com as privadas por idade e sexo. Verifica-se a predominância das mulheres nos dois tipos de instituições, mas acentua-se a predominância nas instituições privadas com fins lucrativos. Entre a população muito idosa, a proporção é repetida. Segundo a autora, os dados evidenciam que a busca por uma instituição pode ter dois motivos, a depender do tipo: as privadas são buscadas por idosos dependentes principalmente pela carência de cuidados familiares; nas públicas e filantrópicas são as questões de ordem financeira que prevalecem.

Gráfico 1 - Distribuição proporcional dos residentes em ILPIs por idade e sexo segundo a natureza jurídica – Homens. Brasil - 2007-2009



Fonte: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS e CNPQ

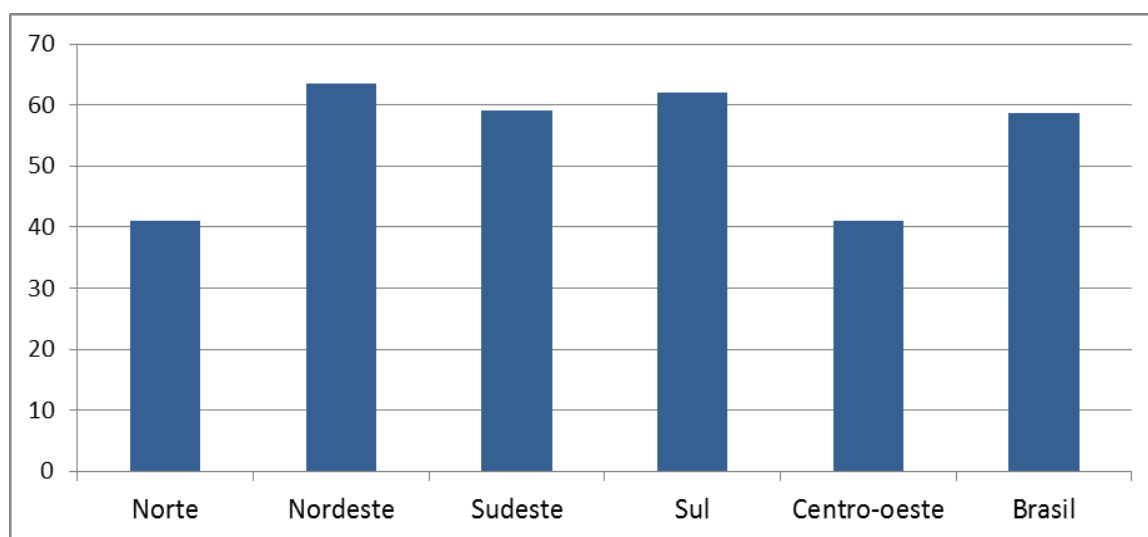
Gráfico 2 – Distribuição proporcional dos residentes em ILPIs por idade e sexo segundo a natureza jurídica – Mulheres – Brasil 2007-2009



Fonte: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS e CNPQ

O predomínio das mulheres nas instituições pode ser verificada no conjunto das cinco regiões brasileiras, com a média de 58,6% do total de residentes. Entretanto, comparando as regiões verificam-se variações. No Nordeste a proporção de mulheres alcança 63,5% do total de pessoas idosas residentes. No entanto, nas regiões Norte e Centro-Oeste observa-se o contrário. Nelas a proporção de idosos do sexo masculino é mais elevada que a de mulheres. Por exemplo, nos Estados de Roraima e Rondônia, os homens representam aproximadamente 84% dos residentes. Fatores relacionados com a migração tipicamente masculina ocorridas nessas regiões nos anos de 1950 e 1960, tais como a expansão da fronteira agrícola, construção da Capital do país – Brasília – e da exploração do garimpo, podem ser determinantes para as configurações de famílias desses migrantes, que podem não contar nos dias atuais com suporte/cuidados familiares. Conforme verifica-se no gráfico 3.

Gráfico 3 – Proporção de mulheres idosas residentes nas ILPIs em relação ao total de residentes segundo regiões – Brasil – 2007 – 2009



Fonte: Pesquisa Ipea/SEDH/MDS e CNPQ

7. Analfabetismo entre as pessoas idosas

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – 2009, o analfabetismo se concentra entre os idosos brasileiros. Em números absolutos, o contingente de brasileiros analfabetos era de 14,1 milhões de pessoas, desse total 42,6% tinham mais de 60 anos.

Nessa direção o estudo do Ipea (2010)¹⁵ analisa o analfabetismo e a baixa escolaridade na população brasileira como um desafio a ser ainda enfrentado no país. Trata-se de um problema com múltiplas causas que decorre, de um lado, de questões relacionadas a processos e influências ligadas ao passado, que reflete no presente, como no caso dos idosos, que podem não ter sido beneficiados com os processos de modernização pelo qual a sociedade brasileira tem passado. Não tendo desse modo, oportunidades de acesso e permanência no sistema educacional nos períodos “de idade escolar”. Por outro lado, o problema pode ser associado a um ineficaz desempenho no ensino fundamental.

Alguns elementos são analisados como possíveis causas, ou pelo menos colaboram com a permanência dos altos níveis de analfabetismo no Brasil. Um deles seria a priorização por parte da política de educação, do ensino regular de crianças e jovens, em detrimento da Educação de Jovens e Adultos – EJA. Esse destaque dado ao ensino fundamental é visto, inclusive, como prevenção do analfabetismo. Observa-se, desse modo, que os cursos de EJA recebem escassos recursos e adquirindo, por vezes, “caráter emergencial, transitório ou mesmo subsidiário a programas de alívio da pobreza” (IPEA 2010).

Da baixa centralidade da EJA na política educacional decorrem diversas fragilidades nas suas estruturas e seus processos. Ressalta-se a escassez de professores qualificados para o ensino dessa população alvo. São poucas as instituições de ensino superior que formam esses profissionais, ao que se soma a pouca valorização e a precariedade desse mercado de trabalho, que acaba por limitar a profissionalização da carreira. Como resultado, verifica-se a existência de educadores não habilitados formalmente, constituindo-se como agentes sociais que realizam os programas de Educação de Jovens e Adultos como voluntários ou angariados por movimentos sociais.

Ainda decorrem de outros fatores como a insuficiência de recursos alocados na EJA, a utilização de currículos pouco apropriados e a carência de infraestrutura, materiais didáticos e pedagógicos adequados a particularidade desse tipo de ensino. Destaca-se ainda a insuficiente cobertura nacional, principalmente nas zonas rurais. Também são consideradas como aspectos relevantes para a alta incidência de analfabetismo no país, as dificuldades que se colocam na gestão do ensino de Jovens e Adultos. Nem sempre os responsáveis pelos programas nos estados e municípios recebem formação apropriada para realizar o gerenciamento necessário ao

¹⁵ Perspectivas para a política social no Brasil – Instituto de pesquisa Econômica Aplicada. 2010, Série Eixos Estratégicos do Desenvolvimento Brasileiro; Proteção Social, Garantia de Direitos e Geração de Oportunidades, Livro 8, Capítulo 4.

processo de ensino direcionado a população de jovens e adultos. Entende-se que para uma gestão adequada há que se estar preparado para realizar articulações com os demais níveis e setores do governo, para captar recursos financeiros e cooperações técnicas com vistas a elevar a efetividade da EJA.

Por todos esses fatores os cursos de EJA tornam-se pouco atraentes para as pessoas as quais se destinam. Vale considerar que o público-alvo vivencia uma condição particular que é ser estudante na fase adulta ou idosa, que traz dificuldades na dedicação necessária aos cursos bem como na motivação para se alfabetizarem.

8. Uma síntese

Este segundo capítulo buscou construir um panorama para evidenciar as principais características dos idosos brasileiros. Tendo em vista responder, a partir dos dados disponíveis, a questão: quais são as diferenças entre homens e mulheres que chegaram aos 60 anos ou mais?

Pode-se afirmar que dos atuais 20,5 milhões de brasileiros idosos a maioria é do sexo feminino, representando 55,5%. Destaca-se o aumento da proporção de pessoas com mais de 80 anos de idade, os chamados “muito idosos”, no qual também verifica-se predominância feminina. Ressalta-se que o segmento idoso, assim como a população total, é fortemente urbano, 83,47% das pessoas com mais de 60 anos vivem nas cidades, com notada concentração nas Regiões Sudeste e Nordeste (IBGE, 2010).

No que se refere à renda, a situação atual é favorável aos idosos. Os dados da PNAD 2009 apontam que 76,1% destes residem em domicílios que possuem de 0 a 2 salários mínimos, sendo 0,7% aqueles que pertenciam a famílias que não contam com nenhum tipo de rendimentos. No capítulo seguinte veremos que a cobertura previdenciária da população idosa está estimada em 81,7%. Os estudos mais atuais assinalam o importante impacto que os mecanismos de proteção social (incluindo o BPC, previdência pública, transferência de renda) possuem na redução da pobreza e da desigualdade no Brasil.

No Brasil, os idosos vivem, na sua maioria em família, apenas 1% deles vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI, entre esses as mulheres são a maioria, conforme indica Camarano (2010). Para a autora, a população que precisa de cuidados é aquela que tem dificuldades para a realização das atividades da vida diária, o que tem sido marcante entre as mulheres idosas.

CAPÍTULO III - A PROTEÇÃO SOCIAL ÀS PESSOAS IDOSAS NO BRASIL

1. Considerações sobre a Proteção Social no Brasil

O Brasil, apenas a partir da Constituição de 1988 passa a construir um padrão público universal de proteção social instituindo como direitos a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência social. A introdução da seguridade social na CF de 1988, se configura como um guarda-chuva que abriga três políticas de proteção social: saúde, previdência e assistência social, representou um dos mais importantes avanços na política social brasileira, como possibilidade tardia de estruturação de um sistema amplo de proteção social (Behring e Boschetti, 2010). O artigo 194 da Constituição Federal define a seguridade social como “um conjunto integrado de ações de iniciativa do poder público e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

Ao resgatar as principais características da Seguridade Social, as autoras esclarecem que o princípio da universalidade da cobertura não tem a pretensão de garantir direitos iguais a todos os cidadãos. Visto que a seguridade social aponta a política de saúde como direito universal, estabelecendo à assistência social como direito aos que dela necessitarem, e mantendo a previdência social submetida à lógica do seguro (contributivo). Os princípios da uniformidade e da equivalência dos benefícios garantem a unificação dos regimes urbanos e rurais (Regime Geral da Previdência) mediante contribuição. A seletividade e a distributividade na prestação dos serviços vislumbram a possibilidade de instituir benefícios orientados pela “discriminação positiva”. A irredutibilidade do valor dos benefícios indica que nenhum deles deve ser inferior ao salário mínimo. A diversidade das bases de financiamento é fundamental para estruturar a seguridade social, porque as contribuições dos empregadores não devem ser mais baseadas somente sobre a folha de salário devendo incidir sobre o faturamento e o lucro de modo a tornar o financiamento mais redistributivo e progressivo. Essa diversificação obriga o governo federal, os Estados e os municípios a destinarem recursos fiscais ao orçamento da seguridade social. Por fim o caráter democrático e descentralizado da administração deve garantir a gestão compartilhada entre governo, trabalhadores e prestadores de serviços, de maneira que os cidadãos, que financiam e usufruem os direitos devem participar do processo decisório, bem como no controle social das políticas sociais de forma geral.

No caso brasileiro, a formação dos sistemas de proteção social respondeu à necessidade de regular as relações entre capital e trabalho durante as fases de atividades e inatividade dos trabalhadores. Isto é, esteve originalmente vinculado à regulamentação do mercado de trabalho e à concomitante estruturação da Previdência Social.

Jaccoud e Cardoso Jr. (2009) definem o Sistema Brasileiro de Proteção Social como “o conjunto de políticas e programas governamentais destinado à prestação de bens e serviços e à transferência de renda, com o objetivo de cobertura de riscos sociais, garantia de direitos sociais, equalização de oportunidades e enfrentamento das condições de destituição e pobreza”. Avaliam que a atuação do estado na área da proteção social tem sido reconhecida pela estruturação, no país, ao longo do século XX, de um conjunto abrangente de programas especificamente sociais, nas áreas da previdência e assistência, trabalho, alimentação, saúde e educação, além de habitação e saneamento, mas que não se constituiu como um conjunto articulado de políticas. Portanto, tem-se atualmente um sistema de proteção amplo, “ainda que certamente heterogêneo, incompleto e muitas vezes ineficaz, mas dotado de instituições, recursos humanos e fontes de financiamento estáveis que garantem sua implementação em caráter permanente” (JACCOUD E CARDOSO JR. 2009, pag. 194)

Reconhecendo os avanços trazidos pela Constituição Federal de 88, os quais foram importantes para a determinação da responsabilidade estatal na garantia de satisfação das necessidades de proteção social dos cidadãos, os autores destacam alguns elementos marcantes para o país:

- a) a instituição da Seguridade Social como sistema básico de proteção social;
- b) o reconhecimento da obrigação do Estado em prestar de forma universal, pública e gratuita, atendimento na área de saúde em todos os níveis de complexidade por meio de um Sistema Único de Saúde (SUS), sob gestão descentralizada e participativa;
- c) o reconhecimento da assistência social como política pública, garantindo direito de acesso a serviços a população que “dela necessitar”, e direito a uma renda de solidariedade por parte de idosos e portadores de deficiência em situação de extrema pobreza;
- d) o reconhecimento do direito à aposentadoria dos trabalhadores rurais em regime de economia familiar; e
- e) o reconhecimento do seguro-desemprego como direito social do trabalhador a uma provisão temporária de renda em situação de perda circunstancial de emprego. ¹⁶

¹⁶ A esse respeito os autores ponderam que de um lado, o texto constitucional reafirmou princípios que caracterizam historicamente certas políticas, como foi o caso do caráter contributivo da Previdência Social ou da

Nessa linha, os autores discutem que as políticas sociais derivadas da inserção das pessoas no mundo do trabalho – e dentro dele, no assalariamento – são a matriz original do início do processo moderno de construção do sistema brasileiro de proteção social, sendo o assalariamento a porta de entrada das pessoas na proteção social (cobertura de riscos sociais derivados das atividades laborais e também nas situações de inatividade).

O sistema de proteção social brasileiro é compreendido por estes autores como um conjunto de políticas sociais que se originam, se desenvolvem e se agrupam em quatro eixos estruturantes das políticas sociais: a) o emprego assalariado contributivo: política previdenciária contributiva, política previdenciária parcialmente e indiretamente contributiva, políticas de proteção ao trabalhador em geral; b) a assistência social, a segurança alimentar e o combate direto à pobreza (Programa Bolsa Família): política nacional de assistência social, organizada pelo Sistema Único de Assistência Social – SUAS; c) a cidadania social incondicional: política nacional de saúde pública, organizada pelo SUS e política nacional para o ensino fundamental; d) a infra-estrutura social: políticas nacionais de habitação, inclusive ações de urbanismo, e saneamento básico, inclusive ações de meio ambiente.

2. A PROTEÇÃO SOCIAL PARA AS PESSOAS IDOSAS NO BRASIL

2.1. Marco Legal

A Constituição Federal de 1988 deixa claro que cabe primeiramente a família o cuidado com o idoso. Na impossibilidade dessa, caberá ao poder público o cuidado (ao idoso carente) por meio de instituições específicas como alternativas de atendimento.

O idoso que não tenha meios de prover à sua própria subsistência, que não tenha família ou cuja família não tenha condições de prover à sua manutenção, terá assegurada a assistência asilar, pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, na forma da Lei (Decreto nº. 1.948 de 3 de julho de 1996).

A garantia de direitos da pessoa idosa conta além da Constituição Federal, com um importante instrumento legal que é o Estatuto do Idoso (Lei nº. 10.741/2003), destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Esta Lei dispõe sobre os direitos fundamentais: direito à vida, à liberdade, ao respeito e à dignidade, à alimentação, à saúde, à educação, à cultura, ao esporte e lazer, à profissionalização

obrigatoriedade da Educação no que se refere ao ensino fundamental. Contudo, paralelamente, incluiu princípios diferenciados e, em parte, contraditórios em certas áreas, como pode ser visto no capítulo que trata da Seguridade Social. Sendo que efetivamente apenas a Saúde alcançou estatus de universalidade. (pagina 183).

e ao trabalho, à previdência social, à assistência social, à habitação e ao transporte e à convivência familiar e comunitária. Regula as medidas de proteção, a política de atendimento e as condutas criminosas¹⁷ contra os idosos. Resguarda a prioridade de atendimento nos serviços públicos; acesso gratuito a medicamentos; proibição de reajustes em planos de saúde, por idade; gratuidade nos transportes urbano e interestadual, entre outros.

Em 1994 foi lançada a Política Nacional do Idoso – PNI¹⁸. A Lei nº. 8.842/94 que aprova a PNI é fruto de contribuições de amplos setores da sociedade, e responsável por orientar o conjunto das políticas sociais voltadas às pessoas idosas. A política, que tem abordagem intersetorial e interdisciplinar, pautada numa visão gerontológica do envelhecimento, visa à atenção integral ao idoso, à promoção de sua autonomia e plena participação na sociedade. Novas modalidades de serviços e programas de atenção ao idoso e sua família são apresentadas, bem como são previstas a organização de conselhos¹⁹ de idosos nos âmbitos municipais, estaduais e federal. Até o ano de 2009 a coordenação geral da PNI esteve sob responsabilidade do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. No entanto, por meio do Decreto nº. 6.800 de 2009 a coordenação da Política Nacional do Idoso passa a ser competência da Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República²⁰. Cabe à SDH a articulação dos ministérios envolvidos para o cumprimento das determinações da PNI.

O Estatuto do Idoso (Lei nº. 10.741/2003) define que os conselhos, nos três níveis de governo, zelarão pelo cumprimento dos direitos da pessoa idosa, no seu artigo 53 estabelece nova redação ao artigo 7º da PNI (Lei nº. 8.742/94) assinalando que compete aos Conselhos de idosos “a supervisão, o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação da política nacional do idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas”.

Ao tratar da participação social por meio dos conselhos de idosos²¹ Faleiros (2006) destaca que os conselhos, na perspectiva da democracia participativa, “parecem ser um dos

¹⁷ Algumas condutas contra idosos foram criminalizadas, a exemplo da discriminação, o abandono, apropriação de bens ou rendimentos e os maus tratos – Ver: Estatuto do Idoso – Lei 10.741/2003 – Título VI.

¹⁸ Lei nº. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996.

¹⁹ Os conselhos nacional, estaduais, do Distrito Federal e municipais do idoso serão órgãos permanentes, paritários e deliberativos, compostos por igual número de representantes dos órgãos e entidades públicas e de organizações representativas da sociedade civil ligadas à área. Artigo 6º da PNI.

²⁰ O Decreto nº 6.800, de 18 de março de 2009 modifica o art. 2º do Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, que passa a vigorar com a seguinte redação: “Art. 2º À Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República compete: I - coordenar a Política Nacional do Idoso;...”

²¹ O termo idoso vem sendo utilizado ao longo do texto fazendo referência às legislações e autores, sem preconceito de gênero.

dispositivos mais significativos encontrados para se complementar e corrigir os problemas e deficiências da democracia representativa”. (FALEIROS, 2006. Pag. 96)

2.2 Benefícios e Serviços da Seguridade Social

A Seguridade Social é composta pelas políticas de saúde, previdência e assistência social, abrange um conjunto de ações que podem se dividir em serviços, benefícios previdenciários (contributivo) e benefícios assistenciais (não contributivo). Os benefícios monetários da Seguridade Social dividem-se entre os previdenciários e o Benefício de Prestação Continuada – BPC, de natureza assistencial. Os dados do Ipea²² apontam que em 2007, aproximadamente oito de cada dez idosos no Brasil recebiam benefícios do INSS, sejam de natureza previdenciária ou assistencial, demonstrando um alcance bastante significativo de cobertura destes benefícios. Além da alta cobertura, ressalta-se o fato de que os benefícios monetários pagos pela Seguridade Social são, em sua maioria, no valor de um salário mínimo (SM). Esse fator tem impacto expressivo na redução da pobreza e de indigência da população idosa

2.2.1 Benefícios da Previdência Social

Funcionam no Brasil dois sistemas de previdência, o estatal e o privado. Na previdência estatal, obrigatória para todos os trabalhadores, há dois regimes: o Regime Geral de Previdência Social (RGPS), operado pelo INSS para os trabalhadores da iniciativa privada e os funcionários públicos não concursados, e o RPPS – Regime Próprio da Previdência Social, na verdade composto por regimes especiais para servidores públicos concursados, militares e membros dos poderes Judiciário, Legislativo e Executivo, entre outros. É uma política de natureza contributiva, que visa à reposição de renda nos casos de perda da capacidade de trabalho devido a riscos de doença, invalidez, maternidade, velhice, morte, ou reclusão.

A formulação e acompanhamento da política de previdência do RGPS cabe ao Ministério da Previdência Social. Este regime atende aos trabalhadores que contribuíram para o sistema, além dos trabalhadores rurais em economia familiar, denominados segurados especiais.

Para o grupo de pessoas idosas, os principais benefícios pagos pelo RGPS são as aposentadorias por tempo de contribuição, idade ou invalidez; e as pensões por morte. Segundo os critérios da política de previdência, a aposentadoria por idade é paga aos indivíduos que

²² Ipea – Políticas Sociais – acompanhamento e análise, n. 16, Anexo Estatístico, tabela 6.3.a

completam 65 anos, no caso dos homens, ou 60 anos, se mulher, no meio urbano, sendo necessárias, no mínimo, 180 contribuições mensais. (os trabalhadores rurais deverão comprovar 180 meses de atividade rural). Por sua vez, a aposentadoria por tempo de contribuição é devida aos indivíduos que contribuíram para o sistema por no mínimo 35 anos (homens), ou por 30 anos (mulher), salvo casos especiais como, por exemplo, a categoria de professores. A aposentadoria por invalidez será garantida ao indivíduo que seja considerado incapaz e sem possibilidade de reabilitação para o trabalho. A pensão por morte é o benefício pago à família do trabalhador quando ele morre. Para concessão de pensão por morte, não há tempo mínimo de contribuição, mas é necessário que o óbito tenha ocorrido enquanto o trabalhador tinha qualidade de segurado (BATISTA Et al, 2009).

A Previdência Rural segue normas diferenciadas, beneficia com um salário mínimo o grupo chamado de segurado especial e não depende de contribuição obrigatória, mas de comprovação de inserção na atividade produtiva no meio rural. “São considerados segurados especiais o produtor, parceiro, meeiro e o arrendatário rural, o garimpeiro e o pescador artesanal, bem como respectivos cônjuges que exerçam suas atividades em regime de economia familiar sem empregados permanentes” (Constituição Federal de 1988, Art. 194, parágrafo 8º).

No estudo do Ministério da Previdência Social, 2010²³, é apresentada a evolução da proteção previdenciária como mecanismo importante para a superação da pobreza. Embora analise a população protegida²⁴ pela Previdência Social, lança um valioso olhar sobre a população idosa, definida como as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Nessa direção, utilizando os dados da PNAD, afirma que em 2009 existiam no Brasil 56,58 milhões de pessoas com idade entre 16 e 59 anos, protegidas pelo sistema previdenciário. Observa-se que em termos de gênero, no mesmo período, a proteção social era maior entre os homens (68,9%), frente às mulheres (64,6%). Entre as pessoas idosas, estimou-se uma proteção previdenciária de 81,7%. Segundo a tabela 18 os idosos socialmente protegidos, beneficiados com aposentadoria e/ou pensão de qualquer regime previdenciário ou assistencial, ou que contribuíram para a Previdência Social, somavam 17,76 milhões de pessoas em 2009, sendo 8,32 milhões de homens e 9,43 milhões de mulheres.

²³ Informe de Previdência Social – artigo – outubro de 2010, volume 22 número 10. “Evolução Recente da Proteção Previdenciária e seus Impactos sobre o Nível de Pobreza”. O Informe é uma publicação mensal do Ministério da Previdência Social – MPS. Disponível no sitio do Ministério da Previdência Social: www.inss.gov.br/conteudoDinamico.php?id=343

²⁴ O trabalhador protegido é aquele que contribui para algum regime público de previdência; ou é beneficiário de pensão e/ou aposentadoria ou de benefício assistencial de prestação continuada; ou finalmente, não se enquadra em nenhuma das situações anteriores mas cumpre requisitos para ser categorizado com Segurado Especial” (Informe da Previdência Social – nº 10, 2010. Pag. 3)

Tabela 18 - Proteção Previdenciária entre os Idosos com 60 anos ou mais, segundo o Sexo - Brasil 2009

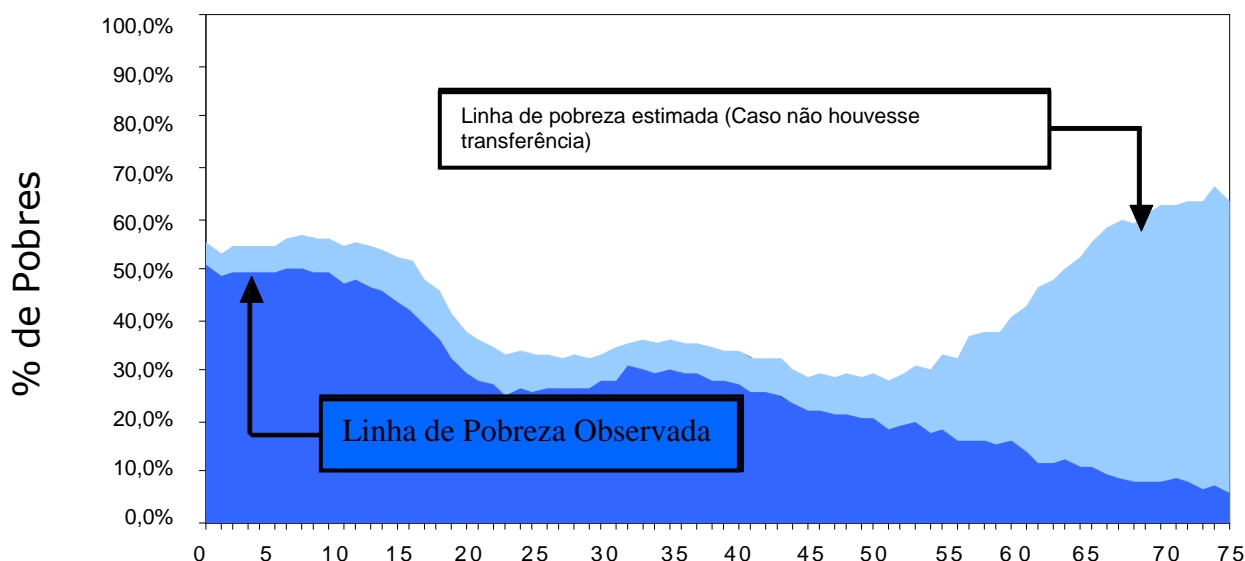
Categorias	Homens	Mulheres	Total
Aposentados	7.227.271	5.350.707	12.577.978
Pensionistas	133.230	2.339.063	2.472.293
Aposentados e Pensionistas	273.655	1.487.129	1.760.784
Contribuintes	692.134	261.732	953.866
Total Protegidos (a)	8.326.290	9.438.631	17.764.921
Residentes (b)	9.614.645	12.121.659	21.736.304
Cobertura – em % ((a) / (b))	86,60%	77,87%	81,73%

Fonte: PNAD/IBGE – Elaboração MPS/SPS (2009)

A maior parte dos idosos protegidos recebia aposentadoria, as mulheres eram minoria nesse grupo. Em contraponto, preponderavam em muito no que diz respeito ao recebimento de pensões e beneficiários que acumulavam aposentadoria e pensões, fato justificado pela maior expectativa média de vida das mulheres, conseqüentemente pela tendência de usufruir de pensões deixadas por seus cônjuges. Verifica-se, desse modo, aumento na proteção social das mulheres idosas. No geral a proteção social vem aumentando, sendo que a expansão da cobertura deve ser associada também à expansão da cobertura previdenciária no meio rural e ao aumento da cobertura do Benefício de Prestação Continuada, que iremos tratar no próximo item.

O Informe de Previdência Social (2010) aponta em nível de conclusão que a cobertura dos benefícios previdenciários produz impactos significativos sobre o nível de pobreza da população brasileira, e em especial sobre a vida das pessoas idosas. Afirma que o impacto das transferências previdenciárias sobre a pobreza se concentra nesse grupo etário, principalmente porque a Previdência prioriza a garantia de renda para o trabalhador em idade avançada. Se a expansão da Previdência impacta na redução da pobreza em todas as faixas etárias, é a partir dos 55 anos que se nota, segundo pode ser verificado no gráfico 4, uma significativa expansão da diferença entre o percentual de pobres com as transferências previdenciárias. Portanto, “a pobreza diminui com o aumento da idade”. Ainda segundo o documento, supondo que as transferências previdenciárias deixassem de ser realizadas a pobreza chegaria a alcançar 70% da população acima de 70 anos (Informe de Previdência Social – 2010, pag. 6).

Gráfico 4 – Percentual de pessoas com menos de 1/2 salário mínimo de renda domiciliar per capita no Brasil, por idade, considerando e não considerando a renda previdenciária – Brasil – 2009.



Fonte: PNAD/IBGE. Elaboração: MPS/SPS.

2.2.2 O Benefício de Prestação Continuada – BPC²⁵

O Benefício de Prestação Continuada - BPC é um direito garantido pela Constituição Federal, que assegura um salário mínimo mensal ao idoso, com idade de 65²⁶ anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, incapacitada para a vida independente e para o trabalho, que comprove não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família. A Lei Orgânica da Assistência Social (Lei n. 8.742/1993) determinou que, em ambos os casos, a renda mensal bruta familiar *per capita* seja inferior a um quarto do salário mínimo vigente.²⁷

O BPC é um benefício da Política Nacional de Assistência Social, individual, não vitalício e intransferível, que integra a Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único da Assistência Social (Suas). É um direito de cidadania que garante a proteção social não contributiva da Seguridade Social. Cabe destacar que a gestão desse benefício assistencial é

²⁵ Essa sessão foi construída com base no estudo “Perfil dos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC): Uma análise sob a perspectiva de registros administrativos”, elaborado pela Coordenação-Geral de Revisão e Controle de Benefícios do Departamento de Benefícios Assistenciais – DBA – Secretaria de Assistência Social – MDS, 2010.

²⁶ Desde a sua regulamentação o BPC passou por duas mudanças no critério de idade: entre 1996 e 1998 a idade para recebimento era de 70 anos. Em 1998, foi alterada para 67 anos, e em 2004, a partir do Estatuto do Idoso foi fixada a idade em 65 anos.

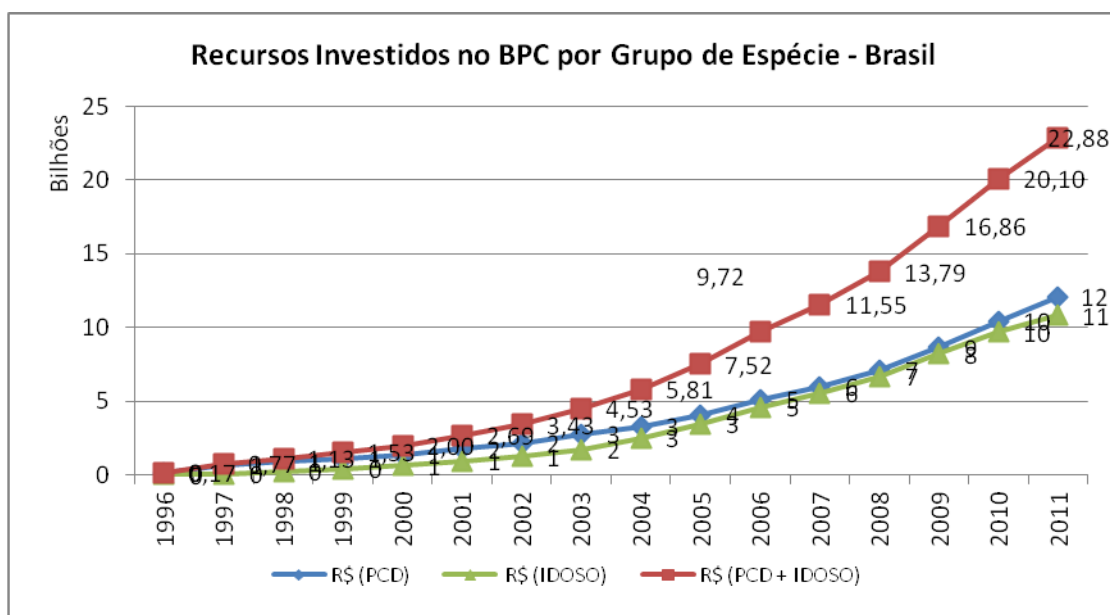
²⁷ O Decreto n. 6.214 de 2007 rege o BPC. Para ver a legislação completa do BPC acessar: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc/legislacao>.

realizada pelo MDS, o qual é responsável pela implementação, coordenação, regulação, financiamento, monitoramento e avaliação do Benefício. O Instituto Nacional do Seguro Social – INSS operacionaliza os pagamentos, sendo que os recursos para o custeio do BPC são advindos do Fundo Nacional de Assistência Social - FNAS. Como o benefício não é vitalício, a cada dois anos é feito um processo de revisão de sua concessão para que seja examinada a manutenção ou não das condições que deram origem.

Com um investimento aproximado de R\$ 20,1 bilhões em 2010, o BPC atendeu a 1.623.196 idosos e 1.778.345 pessoas com deficiência, totalizando 3,4 milhões de beneficiários. No gráfico 4 verifica-se a evolução do gasto do BPC, desde sua criação em 2006, inclusive com a estimativa para 2011 que avalia um significativo aumento no número de beneficiários, assim como nos recursos, representando R\$ 22,88 bilhões.

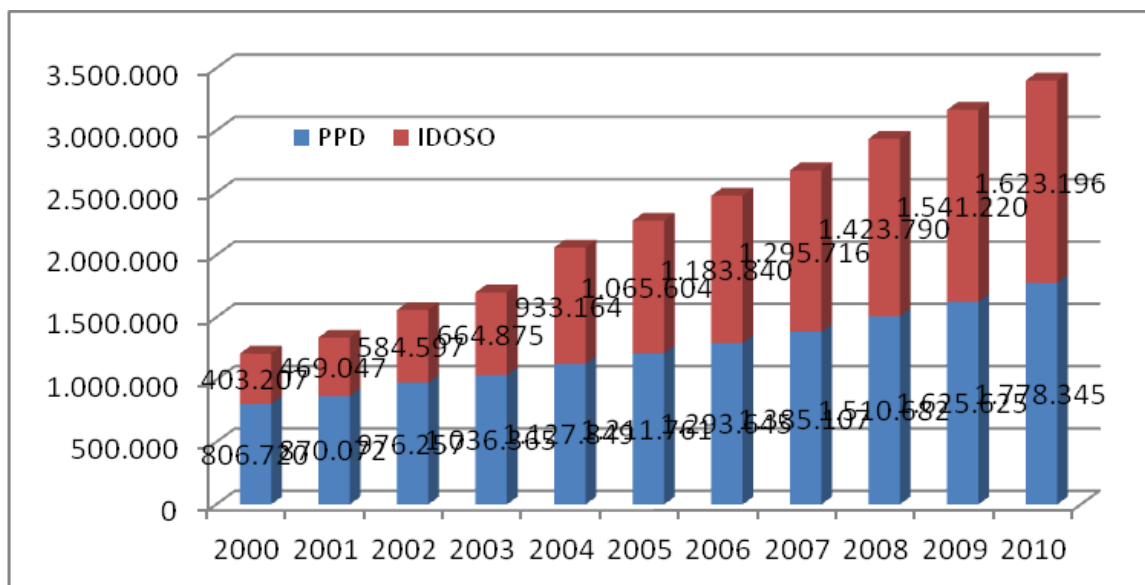
No gráfico 5 é possível acompanhar a evolução dos benefícios do BPC de 2000 a 2010 (e estimativa para 2011) nota-se o grande progresso do número de benefícios concedidos a pessoa idosa, que passou de 403.207 benefícios em 2000 para 1.623.196, em 2010, mais que quadruplicou o acesso de idosos em uma década. Por sua vez, nos gráficos 6 e 7 temos a evolução da cobertura desde 1996 até 2010.

Gráfico 5 – Recursos Investidos no BPC por Grupo de Espécie – Brasil – 1996 a 2011



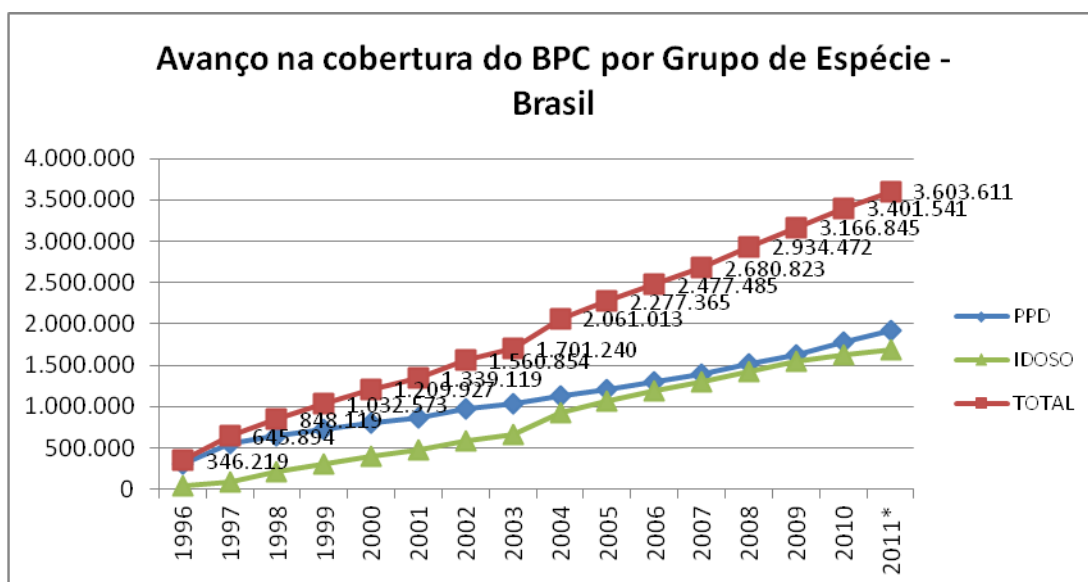
Fonte: DATAPREV. Elaboração DBA/SNAS/MDS 2010

Gráfico 6 – Evolução do número de benefícios por “espécie” – Pessoa Com Deficiência e Idoso - Brasil - 2000 a 2010



Fonte: DATAPREV. Elaboração DBA/SNAS/MDS 2010

Gráfico 7 – Evolução dos benefícios por “espécie” - cobertura do BPC - Brasil de 1996 a 2011* (2011 são estimativas do MDS)



Fonte: DATAPREV. Elaboração DBA/SNAS/MDS 2010

É notório que o BPC possui uma grande importância na garantia de proteção social a grupos vulneráveis em situação de extrema pobreza. A renda percebida quando do acesso ao benefício, contribui para que as pessoas idosas saiam da situação de indigência e subam para o patamar de garantia de renda e melhoria significativa em sua situação social.

2.2.2.1. Características dos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada – BPC

O Departamento de Benefícios Assistenciais – DBA do MDS realizou em 2010 um estudo sobre as características dos beneficiários do BPC (idosos e pessoas com deficiência) a partir do uso dos registros administrativos da DATAPREV (março/2010). Dessa maneira, com dados também do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – CADUNICO foi construído o perfil dos beneficiários do BPC, levando em conta os seguintes elementos: sexo; idade; estado civil; escolarização; e arranjos familiares.

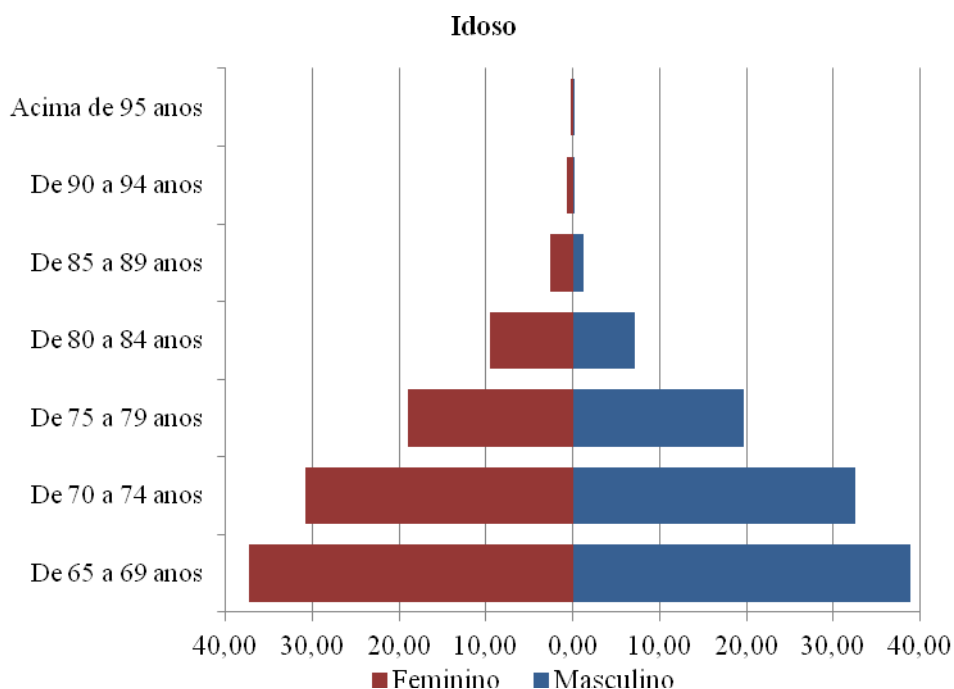
a) Sexo

Relativo ao sexo dos beneficiários, o estudo apontou que dentro do segmento de pessoas idosas a maioria é composta por mulheres, que bancam 56,63% contra 43,37% de homens. Considerando o total de beneficiários, isto é somando pessoas idosas com pessoas com deficiência, a predominância ainda é das mulheres que representam 51,60%.

b) Idade

Observando a idade dos beneficiários, evidenciada no gráfico 8, nota-se maior predomínio das mulheres nas idades mais avançadas, acima de 80 anos. Nas idades entre 65 e 75 anos os homens constituem maioria. Essa diferença parece refletir a maior expectativa de vida das mulheres.

Gráfico 8 – Pirâmide etária dos beneficiários do BPC– segundo o sexo - Brasil (2010)

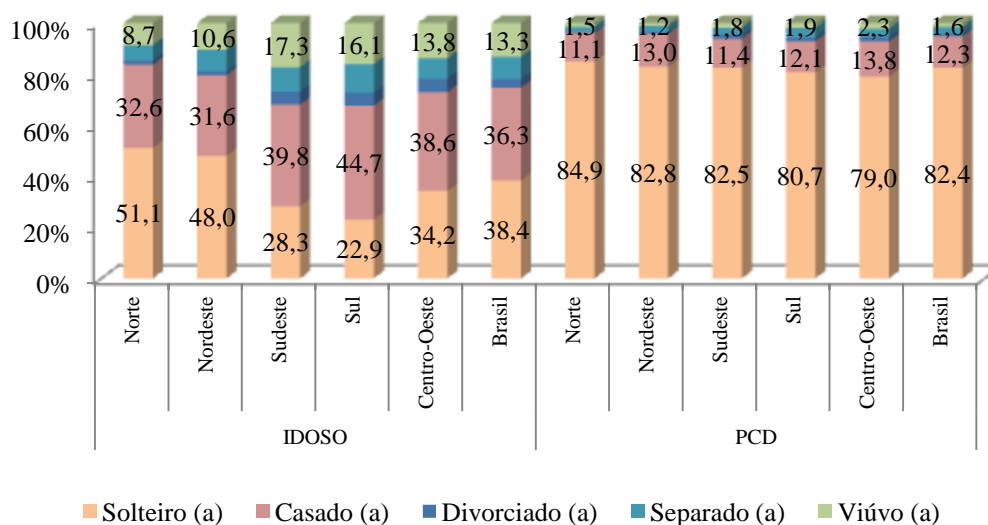


Fonte: DATAPREV – Março/2010 e Cadastro Único – Abril/2010

c) Estado civil

Ao analisar o gráfico 9 observa-se que os idosos, em geral, são solteiros (38,4%) e casados (36,4%). Vale destacar que entre os beneficiários do BPC idosos, 13,3% são viúvos e 11,9% são separados ou divorciados. Esta tendência não se verifica nas regiões brasileiras. Os idosos solteiros são minorias no Sul (22,9%) e no Sudeste (28,3%), onde os casados são a maioria, ao atingir, respectivamente 44,7% e 39,8%. Também se observa que os viúvos apresentam as maiores taxas nessas regiões, representando 17,3% dos idosos no Sudeste e 16,1% no Sul.

Gráfico 9 – Distribuição dos beneficiários segundo estado civil, por espécie Brasil e regiões brasileiras (2010)

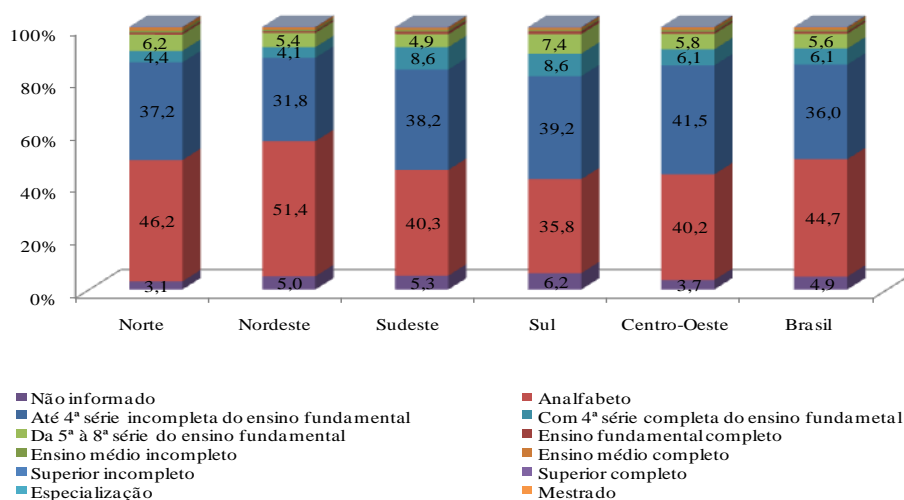


Fonte: DATAPREV – Março/2010 e Cadastro Único – Abril/2010

d) Escolarização

A escolaridade dos beneficiários idosos do BPC, registrados no Cadastro Único, é muito baixa, de maneira geral, chegando a atingir 86,8% dos idosos com no máximo a 4ª série completa do ensino fundamental. Como demonstra o Gráfico 10 não há diferenças significativas entre as médias de escolaridade regionais e nacionais. Os que atingiram até a 4ª série incompleta são significativos, mas os analfabetos são maioria em todas as regiões, exceto no Centro-Oeste (40,2%) e no Sul (35,8%) onde a escolaridade dos idosos é um pouco melhor, mas não atinge a 4ª série completa do ensino fundamental, ao abranger 41,5% e 39,2% dos idosos no Centro-Oeste e no Sul, respectivamente.

Gráfico 10 – Distribuição dos beneficiários idosos segundo escolaridade Brasil e regiões brasileiras (2010)

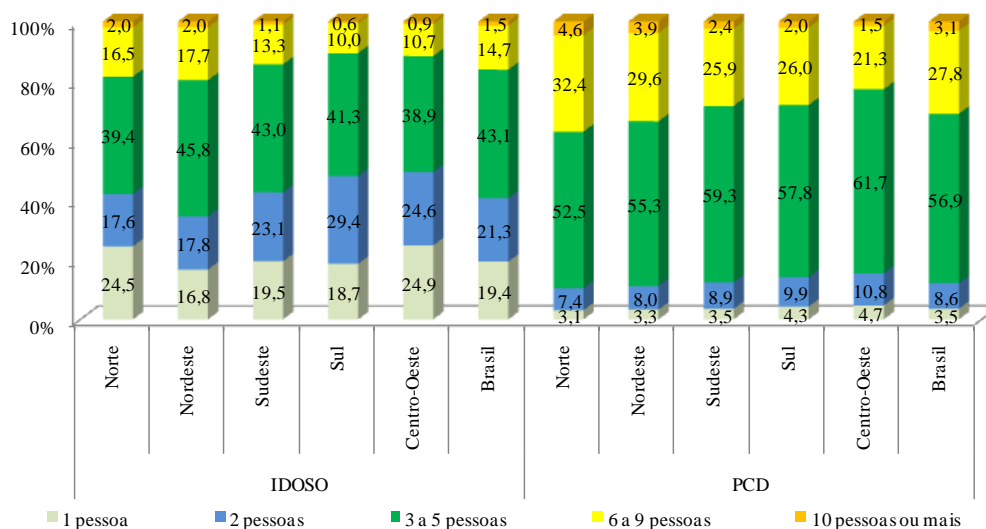


Fonte: DATAPREV – Março/2010 e Cadastro Único – Abril/2010

e) Composição familiar dos beneficiários idosos do BPC

A composição familiar revela um aspecto essencial na caracterização do meio ao qual o beneficiário está inserido. No estudo do DBA para definição da composição familiar foi adotado o conceito de domicílio do IBGE, o qual compreende família como o conjunto de todos os moradores que habitam no domicílio do beneficiário BPC. Trata-se, portanto, de conceito divergente daquele empregado para fins de concessão do benefício, que é construído a partir dos vínculos familiares das pessoas em relação ao beneficiário. Nesse sentido existe diferença entre a composição familiar segundo a espécie do benefício, como pode ser visto no Gráfico 11. Quase 20% dos beneficiários idosos no Cadastro Único vivem em famílias unipessoais, o que indica que moram sozinhos. Esta situação tem maior incidência no Centro-Oeste (24,9%) e no Norte (24,5%). Entretanto, a situação mais recorrente se refere à convivência do beneficiário idoso em famílias compostas por de três a cinco pessoas (43,1%), tendência recorrente nas regiões brasileiras.

Gráfico 11 - Distribuição dos beneficiários segundo composição familiar, por espécie - Brasil e regiões brasileiras (2010)



Fonte: DATAPREV – Março/2010 e Cadastro Único – Abril/2010

3. A Política Pública de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

A partir da Constituição de 1988, o Brasil conquista o direito universal e integral à saúde, reafirmado com a instituição do Sistema Único de Saúde – SUS, pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º. 8.080/1990). As políticas públicas de saúde tem o objetivo de assegurar atenção a toda população, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo integralidade da atenção levando em conta as realidades heterogêneas da população e suas necessidades de saúde.

Por meio da Lei 8.142 de 1990 são estabelecidas as bases para a participação da comunidade na gestão do SUS, bem como as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde. As NOBs, por sua vez, regulamentam e definem estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalização do Sistema. O modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS prioriza a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, o princípio da territorialidade com vistas a promover o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde.

Especificamente para a população idosa foi em 1999, que se estabeleceu em âmbito nacional a Política de Saúde do Idoso, por meio da Portaria ministerial n.º. 1.395/99. Por ela ficou determinada que os órgãos do Ministério da Saúde relacionados ao tema deveriam

promover a elaboração ou adequação de planos, projetos e ações segundo as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. Em 2002, a organização e implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso é proposta pela Portaria GM/MS nº. 702/2002, tendo em vista sua execução são criados os critérios para cadastramento dos Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso.

Dadas as possibilidades de ampliação do papel do Estado e da sociedade nas respostas às necessidades da pessoa idosa, bem como na garantia dos direitos desse segmento é que se pode considerar a aprovação do Estatuto do Idoso (Lei nº. 10-741/2003) como uma importante conquista. No capítulo VI estão estabelecidas as responsabilidades do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral e em todos os níveis de atenção²⁸.

Vale destacar que o Estatuto sofreu alteração no seu artigo 19, por meio da Lei 12.461 de 26 de julho de 2011, que estabeleceu a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra a pessoa idosa atendida em serviço de saúde. Abaixo, temos a íntegra do artigo.

“Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de violência²⁹ praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos:

- I – autoridade policial;
- II – Ministério Público;
- III – Conselho Municipal do Idoso;
- IV – Conselho Estadual do Idoso;
- V – Conselho Nacional do Idoso”.

3.1 O Pacto pela Vida

Baseado nos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde – SUS, na perspectiva de qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão do SUS, e a necessidade de definição de compromisso entre os gestores do Sistema em torno de prioridades que apresentassem impactos sobre a situação de saúde da população brasileira, dentre outros, em 2006, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM nº. 399, que estabelece o Pacto pela Saúde que é constituído por três eixos: o Pacto pela Vida; Pacto pela Defesa do SUS e o Pacto pela Gestão do SUS.

²⁸ Nos Artigos 15 a 19 estão detalhadas as competências do SUS na atenção em saúde da pessoa idosa.

²⁹ A nova redação do artigo 19, tem no parágrafo 1 definição de violência: “Para os efeitos desta Lei, considera-se violência contra o idoso qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico” (Lei 12.461 de 26 de julho de 2011).

✓ **Pacto pela Vida**

Ressalta-se que no Pacto pela Vida a saúde do idoso aparece como uma das prioridades pactuadas entre os três níveis de governo, culminando em ações de implementação de diretrizes para a reformulação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados. (PORTARIA MS/GM N° 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006)

✓ **Pacto em Defesa do SUS**

Com o propósito de defender a política pública de saúde, reforçando o SUS como política de Estado, o Pacto pela Defesa do SUS opta pelo movimento de “repolitização” da saúde, buscando a mobilização social, envolvendo toda a sociedade. Uma das estratégias adotadas são as Conferências de Saúde, que acontecem a cada quatro anos, nos estados, nos municípios e a etapa Nacional. Em 2011 aconteceu a 14ª Conferência Nacional cujo tema foi “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro”. O objetivo desses espaços é discutir as diretrizes para adoção de ações na política de saúde, dentro dos princípios da integralidade, universalidade e equidade.

✓ **Pacto de Gestão**

“O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS”. Compreendendo a relevância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação. Esse Pacto se preocupa em apontar as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: “busca critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos”. (PORTARIA MS/GM N° 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006)

3.2. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI (aprovada pela Portaria GM/MS nº. 1.395/99 e posteriormente atualizada pela Portaria GM/MS nº 2.528/2006) tem por finalidade a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, compreendida como a pessoa com 60 anos ou mais de idade. Busca adotar medidas coletivas e individuais de saúde, atentando para os princípios e diretrizes do SUS.

São considerações e pressupostos da PNSPI, segundo o Ministério da Saúde³⁰, o contínuo e intenso processo de envelhecimento pelo qual a sociedade brasileira vem passando; os avanços políticos e técnicos no campo da gestão da saúde; o conhecimento atual da Ciência; a adoção do conceito ampliado de saúde, traduzida pela condição de autonomia e independência e não somente pela ausência de doença orgânica; o reconhecimento de que a qualidade da atenção aos indivíduos idosos perpassa pelas ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde, e no compromisso brasileiro com a Assembléia Mundial para o Envelhecimento, de 2002, cujo documento foi denominado como Plano de Madri.

São previstas responsabilidades para os gestores nos três níveis de governo, e envolve ações intersetoriais, que engloba: área de Educação; Previdência Social; Sistema Único de Assistência Social; Trabalho e Emprego; Desenvolvimento Urbano; Transportes; Justiça e Direitos Humanos; Esporte e Lazer; e Ciência e Tecnologia.

3.3. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Visando desenvolver ações com base nas diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e nas metas propostas no Pacto pela Vida de 2006, e buscando promover o envelhecimento “ativo e saudável”, a Área Técnica Saúde do Idoso criou como uma das suas estratégias a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Trata-se de uma ferramenta de identificação de situações de riscos potenciais para a saúde da pessoa idosa, e possibilita ao profissional de saúde planejar e organizar ações de prevenção, promoção e recuperação, tendo em vista a manutenção da capacidade funcional das pessoas assistidas pelas equipes de saúde. Em 2007 iniciou-se a distribuição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, via Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a partir do trabalho das equipes da Estratégia da Saúde da Família – ESF. Até o ano de 2010, treze milhões de cadernetas foram distribuídas.

³⁰ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Área Técnica de Saúde do Idoso. – Brasília, 2010. 44p.:Il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12)

3.4. A Estratégia da Família e os Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso

Os Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso fazem parte da Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso. Cabe às Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e dos Municípios, que estejam na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, a gestão dessa rede, isto é, as três esferas de governo possuem responsabilidades que foram atribuídas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/2002³¹. Os mecanismos para organização e implantação dessa rede foram previstos pela Portaria GM nº. 702/2002.

O Programa Saúde da Família nasce, em 1994, como ação estratégica do Ministério da Saúde para universalização do acesso à política pública de saúde. Entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, onde as equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes de saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

A estratégia Saúde da Família tem sua ação complementada pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para a Saúde da Família. No PACS, as ações dos agentes comunitários de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor lotado em uma unidade básica de saúde. Os agentes comunitários de saúde podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS: a) ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família; e b) ligados a uma unidade básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional. Atualmente,

³¹ Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro PORTARIA Nº 373, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2002. Art. 1º - Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

encontram-se em atividade no país 204 mil ACS, estando presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados³².

Batista et.al (2008) argumentam que apesar do avanço da legislação brasileira referente aos cuidados da pessoa idosa, notadamente a aprovação do Estatuto do Idoso, ainda não é satisfatória a implementação da atenção à saúde para esta população. São ressaltados os avanços que já demonstram algum impacto relevante para o segmento, tais como a vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento de conquista efetiva de direitos dos idosos, a ampliação da estratégia de Saúde da Família, a inserção das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e a implementação da Política Nacional de Saúde do Idoso.

3.5. Internação Domiciliar

A internação domiciliar é criada pela Portaria n°. 2.529/2006, voltada ao atendimento de pessoas com quadros agudos, vítimas de acidente vascular cerebral, fraturas provenientes de quedas e câncer, e que não precisem ficar internadas, permitindo o acompanhamento fora do ambiente hospitalar. Não é exclusivo para pessoas idosas, atendendo também os portadores de doenças crônico-degenerativas, em estágio acentuado, as pessoas que necessitam de cuidados paliativos e aquelas com incapacidade funcional provisória ou permanente. No acompanhamento domiciliar as equipes são formadas por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, que acompanharão o paciente, logo após a alta hospitalar, na sua residência por um período de no máximo 30 dias. O objetivo é evitar re-internações, liberar os leitos dos hospitais e atender de forma humanizada a pessoa idosa, no seu núcleo familiar.

3.6. Atenção à saúde nas Instituições de Longa Permanência para Idoso – ILPIs

A Resolução de Diretoria Colegiada – RDC n°. 283 aprovada em 2005 pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, é um marco regulatório importante que define as normas para o funcionamento das ILPIs, aplicável a toda instituição dessa natureza, deve ser adotada pelas secretarias de saúde estaduais, do Distrito Federal e dos municípios. Surgiu em decorrência da necessidade de padronização mínima do funcionamento de serviços de acolhimento institucional, na modalidade de ILPI.

³² Essas informações estão disponíveis no sítio do Ministério da Saúde, no endereço eletrônico: <http://dab.saude.gov.br/atencobasica.php#saudedafamilia>. Acessado em 20 de outubro de 2011.

São objetivos da RDC nº. 283/2005: a) garantir a população idosa residente os direitos assegurados na legislação em vigor; b) prevenir e reduzir os riscos à saúde aos quais ficam expostos os idosos acolhidos em instituições de longa permanência; c) definir critérios mínimos para o funcionamento e avaliação dessas instituições; d) estabelecer mecanismos para seu monitoramento; e f) qualificar a prestação de serviços públicos e privados nas ILPIs.

Destaca-se que a Resolução aborda questões como infraestrutura física; recursos humanos necessários, tipos de atividade, quantidade de profissionais e carga horária de trabalho. No âmbito da saúde da pessoa idosa, estabelece a necessidade de elaboração de Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes, que deve ser articulado com os gestores locais de saúde, elencando diversas características que devem estar presentes no Plano.

Num esforço de sintetizar algumas definições importantes para a modalidade de ILPIs, o quadro 1 apresenta conceitos contidos na Resolução, referentes a cuidador de idoso, dependência, equipamento de auto-ajuda, o que é indivíduo autônomo e o que é entendido como ILPI, pela Anvisa. Por sua vez, no quadro 2 estão contidas as classificações para os graus de dependência das pessoas idosas.

Quadro 1 – Definições

Cuidador de Idosos - pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações na realização de atividades da vida diária.
Dependência do Idoso - condição do indivíduo que requer o auxílio de pessoas ou de equipamentos especiais para realizar atividade da vida diária.
Equipamento de Auto-Ajuda - qualquer equipamento ou adaptação para compensar ou potencializar habilidades funcionais, tais como bengala, andador, óculos, aparelho auditivo e cadeira de rodas, entre outros com função assemelhada.
Indivíduo autônomo - é aquele que detém poder decisório e controle sobre a sua vida.
Instituição de Longa Permanência para Idosos – instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade e dignidade e cidadania.

Fonte: Anvisa – Resolução RDC nº. 283, de 26 de setembro de 2005

Quadro 2 – Classificação de dependência – Anvisa

Grau de Dependência I – idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamento de auto-ajuda.
Grau de Dependência II – idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada.
Grau de Dependência III – idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.

Fonte: Anvisa – Resolução RDC nº. 283, de 26 de setembro de 2005

4. A Política de Assistência Social e o Sistema Único de Assistência Social – SUAS

Nesta sessão serão apresentadas as principais normativas referente a política pública de Assistência Social, que versam sobre a materialização e a concretização do Sistema Único de Assistência Social, por meio dos seus programas, serviços e benefícios.

4.1 Marcos legais e conceituais

A assistência social passou por um longo histórico marcada por ações dispersas e descontínuas de órgãos governamentais e de entidades assistenciais que construíram relações ambíguas e contraditórias. Grande parte dos programas e das ações dessa área era operacionalizada por meio de convênios com entidades beneficentes e filantrópicas, que tinham acesso ao fundo público mediado por relações paternalistas e clientelistas, distante de mecanismos de controle social e de padrões técnicos. O *Caderno SUAS: configurando os eixos da mudança* (2007) discute que o salto na trajetória da assistência social como “não-política” se deu com a Constituição Federal de 1988 e com a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei nº. 8.742 de 07 de dezembro de 1993) que alteram o cenário da assistência social, desenhando um arcabouço legal e conceitual para essa política que institui um novo modelo a partir da sua inserção na Seguridade Social, juntamente com a saúde e a previdência social.

A Lei Orgânica da Assistência Social, que regulamentou os artigos 203 e 204 da Constituição, caracteriza-se por um conjunto de diretrizes e pela compreensão da Política de Assistência Social inserida na Seguridade Social, garantidora de direitos de cidadania. Superando a lógica da caridade e do favor, estabelece no seu primeiro artigo que:

a assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas (LOAS/1993, art. 1º. p. 7)

4.1.1 A Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004

Em 2004 foi aprovada a Política Nacional de Assistência Social – PNAS pelo Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, consolidando os princípios, diretrizes, objetivos e ações da assistência social e propondo a necessidade de construção do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, que é regulamentado em 2005. É na PNAS que são definidas as bases para o novo modelo de gestão da política de assistência social. A partir daí a área rumo para novo paradigma marcado pela definição do conjunto de regulações necessárias para operacionalizar a assistência social num sistema nacional. Importa destacar que a PNAS e o SUAS introduzem transformações profundas nas referências conceituais, na estrutura organizativa e na lógica do gerenciamento e controle das ações deste campo. O SUAS é um sistema público no campo da Seguridade Social brasileira, não contributivo, descentralizado e participativo, que inova ao estabelecer a primazia da responsabilidade do estado na condução da política de assistência social; a participação popular no controle social das ações; e centralidade na família.

A política de assistência social tem por objetivo a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos. A PNAS adota a concepção de proteção social defendida por Di Giovanni (1998):

Formas institucionalizadas que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros. Tais sistemas decorrem de certas vicissitudes da vida natural ou social, tais como a velhice, a doença, o infortúnio, as privações. (...) Neste conceito, também tanto as formas seletivas de distribuição e redistribuição de bens materiais (como a comida e o dinheiro), quanto os bens culturais (como os saberes), que permitirão a sobrevivência e a integração, sob várias formas na vida social. Ainda, os princípios reguladores e as normas que, com intuito de proteção, fazem parte da vida das coletividades (DI GIOVANNI, 1998, pag. 10 in BRASIL, 2005).

A PNAS/SUAS estabelece quais tipos de seguranças devem ser afiançadas, e que a proteção social de responsabilidade da assistência social será organizada em Proteção Social Básica e Proteção Social Especial, que por sua vez se divide em Média e Alta Complexidade para prover às famílias, indivíduos e grupos a serviços, programas, projetos e benefícios. Na

próxima sessão serão detalhados os níveis de proteção relacionando os serviços a cada um deles.

4.1.2 A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social NOB/SUAS

Em 2005, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social é aprovada pelo CNAS. Ela orienta a operacionalização da gestão da assistência social no âmbito nacional, seguindo o proposto na Constituição Federal, a LOAS. Aborda a divisão de competências e responsabilidades entre as três esferas de governo (União, Estados, Municípios); as funções da política de assistência social para extensão da proteção social brasileira, no que compete à esse campo social; pauta os níveis de gestão de cada uma dessas esferas; define as instâncias de articulação, pactuação e deliberação que compõem a arena de gestão e controle, bem como a forma como elas se relacionam; a nova relação entre sociedade civil e Estado; principais instrumentos de gestão a serem utilizados; além das questões afetas a administração financeira dessa política (NOB/SUAS, 2005, p. 84-85).

No que se refere à gestão, a principal mudança nacional foi a exigência de implantação de conselhos, planos e fundos, enquanto instrumentos básicos da descentralização e democratização que possibilitam o acesso ao financiamento público. A apresentação de planos de assistência operou uma alteração importante ao exigir dos gestores planejamento e avaliações sistemáticas e contínuas de suas ações; a constituição dos fundos de assistência social pautou a exigência de orçamento governamental para a implementação das ações; e por sua vez, os conselhos de assistência social assinalaram para a democratização da gestão, procurando ultrapassar o modelo autoritário de decisão centralizada e unilateral (Caderno SUAS: configurando os eixos da mudança. 2007, p. 24)

A proteção social de assistência social envolve a garantia de um conjunto de seguranças, articuladas entre si. A seguir uma síntese, com base no Caderno SUAS (2007), nos permite entender melhor as seguranças afiançadas do SUAS.

- a) **segurança de acolhida:** provida por meio da oferta pública de espaços e serviços adequados para realização de ações de recepção, escuta profissional qualificada, informação, referência, concessão de benefícios, aquisições materiais, sociais e educativas. Trata-se ainda da oferta de um conjunto de serviços que garantam a permanência (moradia) de indivíduos e famílias, de curta, média ou longa permanência.

- b) **segurança social de renda:** se efetiva por meio de auxílios financeiros condicionados ao cumprimento de certas responsabilidades (a exemplo do Programa Bolsa Família – PBF); e também pela concessão de benefícios de caráter continuado (Benefício de Prestação Continuada – BPC) para pessoas idosas e pessoas com deficiência, que não tenham meios de garantir sua subsistência e que estejam incapacitados para a vida independente e para o trabalho.
- c) **segurança de convívio:** exige a oferta pública de serviços continuados e trabalho socioeducativo que assegurem oportunidades para a construção, restauração e fortalecimento de laços de pertencimento e vínculos sociais geracionais, intergeracionais, familiar, de vizinhança, societários. Tem como foco a defesa do direito à convivência familiar e comunitária.
- d) **segurança de desenvolvimento da autonomia:** concretiza-se por meio de ações profissionais que visem o desenvolvimento de capacidades e habilidades para que indivíduos e grupos tenham condições de realizar escolhas, projetos de vida, independência pessoal, para superação das “vicissitudes e contingências” que possam impedir seu protagonismo social e político.
- e) **segurança de benefícios materiais ou em pecúnia:** provisão por parte do estado de benefícios eventuais, provisórios, para indivíduos e famílias que estejam vivenciando situações de risco e/ou vulnerabilidades circunstanciais, de emergência ou de calamidade pública.

4.1.3. A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS – NOB –RH/SUAS³³

Interessa ressaltar que a Política de Recursos Humanos constitui elemento estruturante dentro do Sistema Único de Assistência Social, ao lado da descentralização, do financiamento e do controle social. Um grande desafio é a estruturação da gestão do trabalho na área da assistência social, desse modo o conteúdo da NOB-RH/SUAS pode ser elencado por meio dos principais eixos a serem considerados nessa tarefa.

- a) Princípios e Diretrizes Nacionais para a gestão do trabalho no âmbito do SUAS.
- b) Princípios Éticos para os Trabalhadores da Assistência Social.
- c) Equipes de Referência.

³³ Aprovada pela Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social Nº. 269, de 13 de dezembro de 2006 – DOU 26/12/2006.

- d) Diretrizes para a Política Nacional de Capacitação.
- e) Diretrizes Nacionais Para os Planos de Carreira, Cargos e Salários.
- f) Diretrizes para Entidades e Organizações de Assistência Social.
- g) Diretrizes para o co-financiamento da Gestão do trabalho.
- h) Responsabilidades e Atribuições do Gestor Federal, dos Gestores Estaduais, do Gestor do Distrito Federal dos Gestores Municipais para a Gestão do Trabalho no âmbito do SUAS.
- i) Organização do Cadastro Nacional de Trabalhadores do SUAS – Módulo CADSUAS.
- j) Controle Social da Gestão do Trabalho no âmbito do SUAS.
- k) Regras de Transição.

A gestão do trabalho, conforme a NOB-RH/SUAS, precisa ser compreendida como ação estratégica para o alcance dos objetivos previstos na PNAS/2004, uma vez que a qualidade dos serviços devidos pelo poder público à sociedade depende de estruturação do trabalho, qualificação, valorização, composição das equipes atuantes no SUAS.

4.1.4. A Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais

Nos fins de 2009 a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais³⁴ foi publicada, apresentando a padronização dos serviços do campo da assistência social, organizado conforme os níveis de complexidade do SUAS, com a finalidade de orientar nacionalmente a oferta dos serviços. Cada serviço recebeu definições quanto a nomenclatura, descrição, usuários, objetivos, provisões (espaço físico, recursos materiais e humanos necessário), aquisições dos usuários, condições e formas de acesso, unidade recomendado para a oferta do serviço, período do funcionamento, abrangência, articulação em rede (articulação dos serviços com outros serviços e com outras políticas) e impacto social esperado.

A tipificação representa uma referência nacional para gestores e trabalhadores da assistência social, uma ferramenta útil pra a implementação e/ou adequação dos serviços, possibilitando a elaboração de indicadores de qualidade para o SUAS, já que permite avaliar características dos serviços ofertados em relação a um padrão mínimo tipificado.

³⁴ A Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS aprovou a tipificação.

Avaliações positivas de especialistas em relação a tipificação a coloca como marco inovador para a gestão da assistência social, assim como seu avanço institucional de grande relevância para a consolidação do SUAS e da política pública de assistência social³⁵.

4.1.5. O Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferências de Renda no âmbito do SUAS.

Somam-se aos avanços institucionais da política de assistência social a aprovação do Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferências de Renda no âmbito do SUAS³⁶, que busca articular os benefícios monetários e os serviços socioassistenciais. As seguranças afiançadas no SUAS dependem dessa integração para serem garantidas, assim o Protocolo tem como premissa que os riscos e vulnerabilidades sociais a que as famílias estão sujeitas muitas vezes ultrapassam a dimensão da renda, de forma que, em algumas situações, os serviços devem ser ofertados simultaneamente com os benefícios, para que sejam asseguradas integralmente as proteções e as seguranças que se busca alcançar no âmbito do SUAS.

4.1.6 A Lei 12.435, de 06 de julho de 2011

Sem dúvidas, no esforço de consolidação do Sistema Único de Assistência Social, o mais recente avanço é a institucionalização do sistema por meio da aprovação da Lei 12.435/2011, a qual altera a LOAS – Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Essa Lei se mostra importante primeiro porque imprime os princípios estabelecidos pela PNAS/2004, que demonstram alguns avanços conceituais e operacionais. Depois porque legaliza o SUAS, colocando a política de assistência social em pé de igualdade com outras como a saúde e a educação, exatamente porque tem fixadas em Lei responsabilidades dos entes federativos no tocante ao financiamento compartilhado das ações e dos serviços do SUAS.

Além disso, a Lei 12.435/2011 estabelece uma condição fundamental para a materialização do Sistema que é a utilização dos recursos financeiros para pagamento de recursos humanos adequados e suficientes para a operacionalização dos serviços, possibilitando

³⁵ A título de exemplo, sugere-se a leitura do periódico: Políticas Sociais - acompanhamento e análise nº 19, IPEA. 2011 disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/bps_19_completo.pdf

³⁶ Resolução CIT nº. 7, de 10 de setembro de 2009.

aos gestores da política o cumprimento da orientação nacional a cerca das formações das equipes de trabalho, contidas na NOB/RH/SUAS. Assim, fica definido que:

Os recursos do cofinanciamento do Suas, destinados à execução das ações continuadas de assistência social, poderão ser aplicados no pagamento dos profissionais que integrarem as equipes de referência, responsáveis pela organização e oferta daquelas ações, conforme percentual apresentado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e aprovado pelo CNAS. (Art. 6º-E).

4.2 Os níveis de proteção social do SUAS: Os serviços de Proteção Social Básica e Especial voltados para a Pessoa Idosa

Conforme já pontuado, o SUAS como um novo ordenamento da política de assistência social configurou a proteção social em duas modalidades, segundo a natureza e a complexidade envolvidas, partindo da perspectiva de que as necessidades humanas não são homogêneas, pelo contrário, são diversas, complexas e exigem respostas públicas igualmente diferenciadas. As proteções são Básica e Especial – de média e de alta complexidade. Tendo em vista caracterizar esses dois níveis de proteção o artigo 6º-A da Lei 12.435/2011 tratou de defini-los:

I - proteção social básica: conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social que visa a prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários;

II - proteção social especial: conjunto de serviços, programas e projetos que tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direito, o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos.

Parágrafo único. A vigilância socioassistencial é um dos instrumentos das proteções da assistência social que identifica e previne as situações de risco e vulnerabilidade social e seus agravos no território.³⁷

Considerando que a assistência social não atua com segmentos e sim com o foco na família, os serviços de proteção social básica ou especial são destinados às pessoas conforme as suas necessidades, sendo que a pessoa idosa perpassa os serviços. Entretanto, alguns deles são específicos para este segmento, como se verá adiante.

³⁷ Os conceitos de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social estão contidos na LOAS, Lei 8.742/1993, artigos 23, 24 e 25.

a) Proteção Social Básica do SUAS:

A Proteção Social Básica tem como objetivo a prevenção de situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de fragilidade decorrente da pobreza, privação, ausência de renda, acesso precário ou nulo aos serviços públicos ou fragilização de vínculos afetivos (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências entre outras).

Essa Proteção prevê o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização de famílias e de indivíduos, conforme identificação da situação de vulnerabilidade apresentada. Esses serviços e programas deverão incluir as pessoas com deficiência e ser organizados em rede, de modo a inseri-las nas diversas ações ofertadas. Tanto os Benefícios Eventuais quanto o Benefício de Prestação Continuada (BPC) compõem a Proteção Social Básica.

A unidade mais importante da execução da Proteção Social Básica nos territórios é o Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, que é um equipamento público estatal da Assistência Social que oferta serviços e ações e possui a função de gestão territorial da rede de assistência social básica, promovendo a organização e a articulação das unidades a ele referenciadas e o gerenciamento dos processos nele envolvidos.

Na Proteção Social Básica, os serviços visam potencializar a família como unidade de referência, fortalecendo seus vínculos internos e externos, através do protagonismo e autonomia de seus membros. Tem por objetivos a convivência, a socialização, o incentivo à participação e o acolhimento de famílias cujos vínculos familiares e comunitários encontram-se fragilizados. Os serviços dividem-se em três principais eixos de atuação:

- Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF;
- Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (que são quatro, organizados por faixa etária: crianças, adolescentes, jovens e idosos); e
- Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas.

Os Serviços de Proteção Social Básica têm caráter preventivo, protetivo e proativo, sendo que o PAIF deve necessária e exclusivamente ser ofertado nos Centros de Referência da Assistência Social. A oferta dos Serviços deve ser planejada e depende de conhecimento do território e das famílias que nele vivem, suas necessidades, seus pontos fortes, bem como do mapeamento da ocorrência das situações de risco e de fragilidade.

Os Centros de Atendimento à Criança e ao Adolescente, Juventude, ou Idosos são unidades públicas da rede de Proteção Social Básica que têm por objetivo promover o fortalecimento de vínculos sociais e familiares entre crianças, adolescentes, jovens, idosos e entre pessoas das demais gerações, por meio de atividades de convivência, esportivas, culturais e de integração familiar. Podem se constituir como unidades destinadas especificamente a determinados públicos, ou podem ser intergeracionais, dependendo da demanda.

b) Proteção Social Especial do SUAS:

A Proteção Social Especial - PSE destina-se a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal ou social, cujos direitos tenham sido violados ou ameaçados. Para integrar as ações da Proteção Especial, é necessário que o cidadão esteja enfrentando situações de violações de direitos por ocorrência de violência física ou psicológica, abuso ou exploração sexual; abandono, rompimento ou fragilização de vínculos ou afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medidas.

A natureza da atuação da PSE é protetiva, visto que as situações são mais complexas e exigem acompanhamento familiar e individual com maior flexibilidade nas soluções. As ações da Proteção Especial são diferenciadas de acordo com níveis de complexidade - média ou alta - e conforme a situação vivenciada pelo indivíduo ou família. Os serviços de PSE guardam estreita relação com o sistema de garantia de direito, requerendo uma gestão mais complexa e compartilhada com o Poder Judiciário, o Ministério Público e com outros órgãos e ações do Executivo.

O Centro de Referência Especializada em Assistência Social – CREAS é a unidade pública estatal que oferta serviços da proteção especial de média complexidade, especializados e continuados à famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos. Além da oferta de atenção especializada, o CREAS tem o papel de coordenar e fortalecer a articulação dos serviços com a rede de assistência social e as demais políticas públicas. Enquanto alguns serviços devem ser ofertados obrigatoriamente nesse equipamento, outros podem ser apenas a ele referenciados.

A Proteção Social Especial de Média Complexidade oferta atendimento especializado a famílias e indivíduos que vivenciam situações de vulnerabilidade, com direitos violados, geralmente inseridos no núcleo familiar. A convivência familiar está mantida, embora os vínculos possam estar fragilizados ou até mesmo ameaçados. Seus serviços demandam maior especialização no acompanhamento familiar e maior flexibilidade nas soluções protetivas.

Requerem, ainda, intensa articulação em rede para assegurar efetividade no atendimento às demandas da família e sua inserção em uma rede de proteção necessária para a potencialização das possibilidades de superação da situação vivida.

De acordo com a Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, que dispõe sobre a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, os serviços de proteção social especial de média complexidade, que se dirigem para famílias e que incluem o atendimento de pessoas idosas, são:

- Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI;
- Serviço Especializado em Abordagem Social;
- Serviço de Proteção Social Especial para Pessoa com Deficiência, Idosas e suas Famílias;
- Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

Proteção Social Especial de Alta Complexidade

São considerados serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade aqueles que oferecem atendimento às famílias e indivíduos que se encontram em situação de abandono, ameaça ou violação de direitos, necessitando de acolhimento provisório, fora de seu núcleo familiar de origem. Esses serviços visam garantir proteção integral a indivíduos ou famílias em situação de risco pessoal e social, com vínculos familiares rompidos ou extremamente fragilizados, por meio de serviços que garantam o acolhimento em ambiente com estrutura física adequada, oferecendo condições de moradia, higiene, salubridade, segurança, acessibilidade e privacidade. Os serviços também devem assegurar o fortalecimento dos vínculos familiares e/ou comunitários e o desenvolvimento da autonomia dos usuários. Os serviços voltados para pessoas idosas no âmbito da PSE de Alta Complexidade são:

- Serviço de Acolhimento Institucional - que poderá ser desenvolvido nas modalidades de abrigo institucional (Instituição de Longa Permanência para Idosos – ILPI) e casa-lar;
- Serviço de Acolhimento em República;
- Serviço de Proteção em situações de Calamidade Pública e de Emergência.

Ressalta-se que a Tipificação Nacional não incluiu o Centro-dia como um serviço da assistência social, ao invés disso foi pactuado como equipamento onde pode ser ofertado o serviço de atendimento em domicílio para pessoas idosas e com deficiência (no âmbito da

proteção social especial de média complexidade). A modalidade de centro-dia é considerada como alternativa de cuidado formal intermediária institucional. Foi instituída por meio da Portaria nº 2.854, de 19 de junho 2000 (alterada pela Portaria nº 2.874, de 30 de agosto de 2000) pela então Secretaria de Estado de Assistência Social – SEAS, vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS. Posteriormente o órgão lançou a Portaria nº. 73, de 10 de maio de 2001 que estabeleceu normas de funcionamento desse e de outros serviços de atenção ao idoso no Brasil. Entre os aspectos que justificam a relevância da oferta da modalidade de cuidados em Centros – Dia pode-se citar o fato de permitir conciliar a convivência familiar das pessoas idosas e a participação dos cuidadores familiares no mercado de trabalho e outras atividades.

4.3. O financiamento

Brevemente teceremos algumas considerações sobre um dos aspectos mais importantes para a realização de uma política pública, que é o financiamento. É certo que a forma como serão providos, distribuídos e aplicados os recursos necessários para a sua execução assume grande relevância. Por isso que as políticas públicas da seguridade social – incluindo a da assistência social – ganharam destaque por ficar estabelecida na Constituição Federal de 88 que elas devem ser financiadas com a participação de toda a sociedade, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, do Distrito Federal, dos estados e municípios e das diversas contribuições sociais.

O financiamento da área de assistência social expressa o modelo de gestão assumido pelo SUAS, assim, algumas diretrizes foram estabelecidas pela Política Nacional de Assistência Social – PNAS que consideram, entre outras:

- a) o território como base;
- b) o porte dos municípios;
- c) os recursos são conforme a complexidade dos serviços;
- d) os repasses são regulares e automáticos, superando o modelo convencional;
- e) foram estabelecidos pisos de proteção, que correspondem ao nível de complexidade da atenção a ser operada;
- f) cofinanciamento, representando a responsabilidade partilhada entre as esferas de governo, na garantia da prestação da política de assistência social;
- g) regulação da relação entre a área pública e a privada.

Os recursos federais do cofinanciamento da assistência social são alocados no Fundo Nacional de Assistência Social – FNAS. Por sua vez, os recursos do Distrito Federal e dos estados e municípios para o cofinanciamento são alocados, respectivamente, no Fundo de Assistência Social do Distrito Federal e nos Fundos Estaduais e Municipais de Assistência Social, constituídos como unidades orçamentárias.

A organização e a gestão da execução da PNAS acontecem por meio do Sistema Único de Assistência Social – SUAS que, por meio da sua Norma Operacional Básica (NOB/SUAS), define as condições gerais, os mecanismos e os critérios de partilha para a transferência de recursos federais para o Distrito Federal e os estados e municípios.

Não pode ser esquecida a função importante que tem as instâncias de pactuação e controle social como as Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite, e também os Conselhos de Assistência Social, de nível Nacional, Estadual, Municipal e do DF.

4.4. Cuidados – papel da mulher?

Os cuidados com a casa e com a família, historicamente e culturalmente sempre ficaram a cargo das mulheres. É o que argumenta Fontoura (et. al, 2010) ao destacar que o trabalho realizado pelas mulheres no espaço doméstico, não – remunerado, não é contabilizado como trabalho, no Brasil. Isso porque ainda é visto como responsabilidade “natural das mulheres, independentemente de sua idade, condição de ocupação e nível de renda” (p. 11). Nesse sentido, o cuidado com as crianças, os idosos, os doentes e das pessoas com deficiência, são tarefas que continuam sendo realizadas pelas mulheres. Tratam-se de atividades cotidianas que demandam tempo, esforço físico de quem realiza e que costumam ficar “invisíveis”, mesmo sendo indispensáveis para a reprodução social e econômica de toda a sociedade.

Segundo a pesquisa de Fontoura (et.al 2010),

O Estado de bem-estar social se organizou com base num arranjo familiar que conta com o trabalho feminino para suprir as lacunas dos serviços públicos e as políticas sociais, que, neste cenário, acabam sendo calcadas em grande medida num modelo tradicional de família e, com isso, em tradicionais convenções de gênero (p. 12)

A divisão sexual do trabalho, tradicional, onde as mulheres eram exclusivas cuidadoras e os homens provedores, vem sendo colocada em discussão na medida em que elas ocupam a cada dia mais espaço no mercado de trabalho. Num contexto de acelerado envelhecimento da sociedade brasileira, essa nova configuração pode ser vista como um grande problema dada a insuficiência dos serviços públicos de cuidados para as pessoas idosas. É por isso que a autora

afirma que estamos diante de um cenário no qual as mulheres responsáveis pelo trabalho produtivo encontram cada vez menos tempo para essas atividades o que impõem importantes desafios para as políticas sociais, sobretudo as de cuidado.

O modelo de sociedade, que Fontoura enxerga no caso brasileiro, exige a alteração de um Estado que encarrega as atividades de cuidado para as famílias, para um novo Estado que divide a responsabilidade social pelas atividades de cuidado, juntamente com as famílias e o mercado. Nessa direção, ela observa que o interesse pela geração de dados em relação a forma como as famílias (homens e mulheres) empregam seu tempo em atividades de cuidados, voltados para mercado e para o lazer, a exemplo das pesquisas sobre o uso do tempo, são indicativos de tais modificações no âmbito do Estado brasileiro.

No Brasil, entre as alternativas de cuidado para o idoso, não familiares, as mais antigas são as Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs, já caracterizadas anteriormente. A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG as considera como instituições híbridas, de responsabilidade da política de assistência social e da política de saúde. Assim, asilos, casas de repouso e ancionato, entre outras passaram a ser chamadas de ILPIs, por adaptação ao termo *Long – Term Care Institution*, utilizada pela Organização Mundial de Saúde – OMS. Entretanto, Camarano (2010) aponta que as instituições, em que pese o termo, não se autodenominam ILPIs. Para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa³⁸, as ILPIs são:

Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) - instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania. (Resolução da Diretoria Colegiada – RDC, nº. 283, de setembro de 2005).

Este terceiro capítulo permite visualizar uma consolidação das políticas da seguridade social (Saúde, Previdência e Assistência Social) voltadas a garantia de direitos da pessoa idosa inaugurados no Brasil pela Constituição Federal de 1988. O esforço foi o de ressaltar as ações, serviços, benefícios e programas ofertados e as normatizações da proteção social aos idosos brasileiros. Ressalta-se a alta cobertura de renda previdenciária e assistencial entre os idosos bem como legislações importantes na área: Política Nacional do Idoso (1994); Estatuto do Idoso (2003); Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; o Sistema Único de Assistência Social e recente legalização com a Lei 12.435/2011; entre outros.

³⁸ Resolução da Diretoria Colegiada – RDC, nº. 283, de setembro de 2005, Anvisa.

5. Considerações Finais

Neste trabalho buscou-se conhecer as avaliações de importantes autores que se dedicam ao debate do processo de envelhecimento da população brasileira, na perspectiva do gênero. Desse modo foi possível comparar as visões de três estudos e verificar convergências e divergências quanto à temática. Após o conhecimento de tais contribuições e a partir de dados provenientes do Censo Demográfico, PNAD, e da análise de autores de referência, o enfoque se voltou a construir um perfil sociodemográfico da população idosa com a avaliação de variáveis tais como idade, renda, local de residência, arranjos familiares, analfabetismo e institucionalização. Complementarmente adotou-se o esforço de ponderar as principais ofertas das políticas da Seguridade Social – Previdência Social, Saúde e Assistência Social – para realçar os níveis de proteção e garantias dessas políticas, no que se refere à população idosa. Com o objetivo de refletir sobre como tem sido abordado o envelhecimento a partir de sua característica feminina; fatores que afetam positiva e/ou negativamente a vida da mulher idosa; e por fim se os serviços socioassistenciais destinados a pessoas idosas consideram a questão de gênero.

A revisão da bibliografia nos permite sintetizar as convergências nas análises das autoras de referência para este estudo, principalmente no que se refere a heterogeneidade da vivência da velhice por homens e mulheres e portanto, do componente de gênero no processo de envelhecimento. Por outro lado as divergências conceituais foram verificadas sobretudo no que diz respeito a pobreza, solidão e isolamento que essa fase da vida poderia, em tese, trazer, mais para as mulheres que para os homens. Notadamente esta idéia não é comprovada pelos dados analisados neste trabalho, o que nos permite concordar com Camarano (2003) quanto a quase universalidade de cobertura da proteção social aos idosos, com acentuada garantia de renda, para todos os idosos brasileiros, favorável às mulheres idosas. Contando os benefícios previdenciários e o BPC, o alcance dessa cobertura chega a 81% (sem contar o Programa Bolsa Família). Há que se destacar que é residual a pobreza e extrema pobreza entre os idosos brasileiros.

O processo de envelhecimento progressivo da população brasileira impulsiona o debate sobre a pressão sobre as políticas de proteção social. A Seguridade Social implantado no país pela Constituição Federal de 1988 representa um projeto de referência para a organização do que se conhece como Sistema Brasileiro de Proteção Social. Nessa perspectiva pode ser verificado o significativo aumento na proteção social dos idosos e, portanto, das mulheres idosas visto que no geral a proteção social vem aumentando, e está principalmente associada à

expansão da cobertura previdenciária no meio rural e ao aumento da cobertura do Benefício de Prestação Continuada.

Portanto, desde a Constituição Federal de 1988, com o marco da entrada da Seguridade Social na trajetória social brasileira, o esforço do poder público tem sido grande para ofertar níveis de proteção social aos idosos. Ressaltando nesse campo a normatização de serviços, benefícios e ações voltadas para esse segmento da população, com regulamentações importantes tais como a Política Nacional do Idoso (1994); o Estatuto do Idoso (2003); a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; a instituição do Sistema Único de Assistência Social, e recente legalização com a Lei 12.435/2011, entre outros.

Mas afinal quais são as principais características dos idosos brasileiros? Quais as principais diferenças entre homens e mulheres que chegaram aos 60 anos? Os dados analisados revelam que, no Brasil, o perfil dos idosos é tipicamente urbano, feminino (55,5% do segmento), possui alta cobertura de renda, sendo que a maioria dos benefícios tem como base o salário mínimo. Na medida em que envelhecem mais, são mais números entre a parcela dos mais idosos, que são aqueles com 80 anos ou mais. As mulheres também são maioria entre os que vivem em instituições de longa permanência e entre os beneficiários com mais idade (grupos com mais de 80 anos) do BPC. O mesmo acontece quando se olha para o grupo dos viúvos, no qual também predominam, refletindo e repercutindo em alguns estigmas e carências por cuidados a que as idosas estão mais constantemente submetidas. Ainda se destaca um viés presente no segmento qual seja o elemento desafiador que é o alto nível de analfabetismo entre a população idosa.

No que se refere especificamente à política de assistência social, parece necessário ponderar que apenas há pouco mais de duas décadas a mesma entrou na agenda pública, como responsabilidade do Estado e direito do cidadão, a partir de sua inserção na Seguridade Social, na CF 1988. Assim, é possível considerar sua grande evolução como política de proteção social, e o seu atual grau de institucionalização e normatização; o volume do gasto público para a contribuição na garantia de renda aos idosos, onde se destaca o Benefício de Prestação Continuada – BPC. A cobertura do BPC (tanto para idosos quanto para pessoas com deficiência) vem aumentando nos últimos anos, principalmente devido à redução da idade mínima para elegibilidade. No início do programa a idade que era de 70 anos foi reduzida para 67 em 1998 e para 65 anos em 2004, com a aprovação do Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003). Foi esta Lei que permitiu que no cálculo da renda *per capita* não seja considerado o valor já

concedido a outra pessoa idosa na mesma família, ou seja, dois idosos na mesma família podem ser beneficiados.

Ressalta-se ainda, a implantação de um sistema que regula a oferta nacional da proteção social não contributiva por meio do Sistema Único de Assistência Social com seus níveis de proteção social básica e especial. Os CRAS e CREAS são equipamentos públicos estatais responsáveis pela oferta de serviços voltados para as famílias, incluindo as pessoas idosas. No nível básico os serviços preventivos de convivência e fortalecimento de vínculos, e benefícios de transferência de renda. Já na proteção social especial de média complexidade, presta-se serviços especializados para situações de risco e violação de direitos. Para além desses primeiros, o SUAS garante os serviços de alta complexidade que podem ser ofertados diretamente pelo poder público ou de forma complementar ao SUAS pela rede socioassistencial composta pelas entidades não governamentais, historicamente presentes no país.

Em que pesem as inovações e avanços, o que se conclui neste trabalho é que as normativas e documentos da área ainda não adentraram com a profundidade necessária na discussão da questão de gênero nos serviços da área da assistência social, tão pouco no campo da saúde, onde pelo menos no que se refere aos serviços de cuidados (sobretudo no acolhimento em ILPIs) em tese conserva (ou deveria) alguma interface. Dado que o envelhecimento populacional tem uma marca significativa da presença feminina, com necessidades e particularidades próprias, há que se investir na discussão e inserção deste enfoque nos novos documentos para que incida na sua adoção nos serviços e programas.

Um novo cenário está sendo desenhado no Brasil. Assiste-se a um acentuado envelhecimento populacional, e aumento da população muito idosa (com 80 anos e mais), aliada à mudanças nos arranjos familiares, entre elas a diminuição do tamanho das famílias. Historicamente coube às mulheres o papel de cuidados aos membros mais novos e também aos idosos em situação de dependência. Entretanto, com a entrada das mulheres no mercado de trabalho, lhes sobraram menos tempo para dedicação dos cuidados domésticos. Assim, temos uma questão importante: a quem caberão os cuidados das pessoas idosas, principalmente as dependentes, que não contarem com a referência familiar de cuidados ou cuja renda dela ou familiar seja insuficiente para adquirir no mercado esse serviço?

As instituições públicas (inclui-se as governamentais e as não governamentais) que ofertam serviços de cuidados (ILPIs) se apresentam como alternativas, sobretudo para o idoso mais dependente, mas ainda são escassas no país. Apenas 1% das pessoas idosas residem em ILPIs, segundo Camarano (2010). Segundo a autora, os dados evidenciam que a busca por uma

instituição pode ter dois motivos, a depender do tipo: as privadas são buscadas por idosos dependentes principalmente pela carência de cuidados familiares; nas públicas e filantrópicas são as questões de ordem financeira que prevalecem. Outros serviços de acolhimento para pessoas idosas são apresentados na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (Resolução CNAS nº. 109/2009) e estão sendo executados ou em processo de implantação, são as casas – lares e repúblicas. Trata-se de alternativas ao serviço de acolhimento tradicional. Pensado para pessoas idosas com bons níveis de autonomia e independência para as atividades da vida diária, mas com impossibilidades de residir com suas famílias, ou por não possuí-la.

É fato que sem negar os avanços, o limite da tipificação pode ser o de não ter incluído o Centro-dia como um serviço da assistência social. Ele aparece na normativa como equipamento (junto com outros) possível para a oferta do serviço de atendimento em domicílio para pessoas idosas e com deficiência (do âmbito da proteção social especial de média complexidade). A modalidade centro-dia é considerada como alternativa de cuidado formal intermediária institucional, instituída pela Portaria nº 2.854, de 19 de junho 2000 (alterada pela Portaria nº 2.874, de 30 de agosto de 2000) pela então Secretaria de Estado de Assistência Social – SEAS, vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS. Posteriormente o órgão lançou a Portaria nº. 73, de 10 de maio de 2001 que estabeleceu normas de funcionamento desse e de outros serviços de atenção ao idoso no Brasil. Entre os aspectos que justificam a relevância da oferta de cuidados em centro – dia pode-se citar o fato de permitir conciliar a convivência familiar das pessoas idosas e a participação dos cuidadores familiares no mercado de trabalho e outras atividades.

Por fim, ressalta-se que este estudo visou contribuir com o debate do tema do envelhecimento populacional, atual e relevante para toda a sociedade. Sem nenhuma pretensão de esgotá-lo, buscou – se dar visibilidade para a questão do retrato da velhice no país e especialmente da sua característica feminina. Reafirma - se que o olhar para as necessidades peculiares determinadas pelo gênero sejam adotado nas ações realizadas para este segmento, não de forma a estimular uma concorrência entre o estado e a família (ou sociedade). O que se sugere é que a família, o Estado e ao mercado compartilhe responsabilidades no cuidado ao idoso, sobretudo aquela parcela dependente, para os quais ainda se percebem carências no tocante a oferta de serviços públicos. Nesse sentido, as produções técnicas do MDS tais como os cadernos de orientações técnicas deverão ressaltar a atenção ao debate e incorporação do olhar de gênero, orientando para a realização de serviços e atividades diferenciadas e personalizadas para homens e mulheres conforme necessidades que são próprias de cada um.

6. Referências Bibliográficas

BANDEIRA, Lourdes. **BRASIL: Fortalecimento da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres – Avançar na transversalidade da perspectiva de gênero nas políticas públicas.** Comissão Econômica para a América Latina – CEPAL e SPM, Brasília, 2005.

BATISTA. Analía Soria; Luciana de Barros Jaccoud; Luseni Aquino; e Patrícia Dario El-Moor. **Envelhecimento e Dependência: desafios para a organização da proteção social** – Brasília : MPS, SPPS, 2008. 160 p. – (Coleção Previdência Social; v.28)

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política Social: fundamentos e história** / Elaine Rossetti Behring, Ivanete Boschetti. – 7. Ed. – São Paulo: Cortez, 2010. – (Biblioteca básica de serviço social; v. 2)

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2011. 534 p. (Coleção Para entender a gestão do SUS 2011, 13).

BRASIL. Decreto nº. 6.800 de 18 de março de 2009.

BRASIL. Estatuto do idoso: Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003.

BRASIL. Lei 12.435 de /2011

BRASIL. MDS. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS – NOB – RH/SUAS.** Brasília, dezembro de 2006. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Aprovada pela Resolução nº. 269, de 13 de dezembro de 2006 e Publicada pela Resolução nº. 1, de 25 de janeiro de 2007 do Conselho Nacional de Assistência Social.

BRASIL. MDS. **Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS/** Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. – 1. ed. – Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009. 72 p.

BRASIL. MDS. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS e Norma Operacional Básica NOB/SUAS**. Brasília, novembro de 2005. Reimpressa em maio de 2009.

BRASIL. MDS. **Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferência de Renda no âmbito do Sistema Único de Assistência Social - SUAS** Resolução CIT Nº. 07, de 10 de setembro de 2009. Comissão Intergestora Tripartite – CIT. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS.

BRASIL. MDS. **SUAS: Sistema Único de Assistência Social, Configurando os Eixos da Mudança** – Caderno 2, nº. 02 – ano 02 – Brasília, março de 2007. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Coordenado por Renato Francisco dos Santos Paula.

BRASIL. MDS. **Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais**. Aprovado pela Resolução nº. 109, de 11 de novembro de 2009. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Conselho Nacional de Assistência Social.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Área Técnica de Saúde do Idoso. – Brasília, 2010. 44p.:Il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12)

BRASIL. Política Nacional do Idoso: Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.

BRASIL. Portaria nº 2.854, de 19 de junho 2000 (alterada pela Portaria nº 2.874, de 30 de agosto de 2000). Secretaria de Estado de Assistência Social – SEAS do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS.

BRASIL. Portaria nº. 73, de 10 de maio de 2001 – Secretaria de Estado de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social – SEAS/MPAS.

BRASILIA. Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento. Organização das Nações Unidas. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2002.

CAMARANO, Ana Amélia (Organizadora), Kanso, Solange, e Mello, Juliana Leitão. **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

_____ **Cuidados de Longa Permanência para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

_____ **“Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança?”**
Estudos Avançados 17, 2003.

_____ **Feminilização da Velhice**, 2008 (Artigo publicado no blog
Fonte: [HTTP://gerovida.blog.br/2008/03/18/feminilizacao-da-velhice/](http://gerovida.blog.br/2008/03/18/feminilizacao-da-velhice/)) acesso em 28/10/2010.

FALEIROS, Vicente de Paula (Organizador) e LOUREIRO, Altair Macedo Lahud. **Desafios do envelhecimento: vez, sentido e voz**. Brasília: Editora Universa, 2006.

FONTOURA, Natália; PINHEIRO, Luana. GALIZA, Marcelo; VASCONCELOS, Márcia. **Pesquisa de uso do tempo no Brasil: contribuições para a formulação de políticas de conciliação entre trabalho, família e vida pessoal**. In: Econômica. Revista do Programa de Pós – Graduação em Economia da Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro: Idealle Editora, 2010. V. 12 N. 1, Junho de 2010.

GOLDMAN, Sara Nigri. **As dimensões culturais, sociais e políticas do envelhecimento**. In: Envelhecimento e vida saudável. JUNIOR, Edmundo de Drummond Alves (ORG). – Rio de Janeiro: APicuri, 2009.

IPEA. Os idosos em situação de dependência e a proteção social no Brasil. Série Seguridade Social, **Texto Para Discussão** n. 1402. Brasília: Ipea, abril, 2009a.

IPEA. **Perspectivas da política social no Brasil**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea, Brasília. 2010. Série Eixos Estratégicos do Desenvolvimento Brasileiro; Proteção Social, Garantia de Direitos e Geração de Oportunidades; Livro 8.

IPEA. **Políticas Sociais - acompanhamento e análise nº 19, 2011**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea, Brasília. 2011. Política Social – Periódicos. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. Disponível em

http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/bps_19_completo.pdf

acesso: 24 de outubro de 2011.

JACCOUD, L.; CARDOSO Jr. **Políticas Sociais no Brasil: Organização, abrangência e tensões da ação estatal.** In: JACCOUD, Luciana (Org). **Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo.** Brasília: Ipea, 2009.

JUNIOR, Edmundo de Drummond Alves. **Aspectos sociodemográfico de um país que envelhece: o exemplo brasileiro.** In: Envelhecimento e vida saudável. JUNIOR, Edmundo de Drummond Alves (ORG). – Rio de Janeiro: APicuri, 2009.

LIMA, Lara Carvalho Vilela e BUENO, Cléria Maria Lobo. **Envelhecimento e Gênero: a Vulnerabilidade de Idosas no Brasil.** In: Revista Saúde e Pesquisa, v. 2, n. 2, p. 273-280, mai./ago. 2009.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Informe de Previdência Social – Artigo – outubro de 2010, volume 22 número 10.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Mudança populacional: aspectos relevantes para a Previdência – Brasília: MPS, SPPS, 2008. 112 p. – (Coleção Previdência Social; v. 27).

NERIS, Mariana de Sousa Machado. **Atendimento em Centro-Dia para Idosos em Situação de Dependência: Alternativa de Serviço da Política Nacional de Assistência Social?** Brasília. 2011. Dissertação de Mestrado Profissional em Desenvolvimento e Políticas Públicas, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Orientadora: Professora Dra. Luciana de Barros Jaccoud.

PINHEIRO, Luana Simões. **VOZES FEMININAS NA POLÍTICA: Uma análise sobre mulheres parlamentares no pós-Constituinte.** Dissertação de Mestrado – Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília – UNB. Brasília, 2006.

SALGADO, Carmen Delia Sánchez. **Mulher Idosa: a feminilização da velhice.** In: Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento. Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.

SEABRA, Giovanni de Farias. **Pesquisa Científica: o método em questão**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001.

ASSIS, SIMONE GÓES; FERREIRA, JHONATAN; LOPES, GEOVANE. “**Perfil dos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC): Uma análise sob a perspectiva de registros administrativos**”, Coordenação-Geral de Revisão e Controle de Benefícios do Departamento de Benefícios Assistenciais – DBA – Secretaria de Assistência Social – MDS, 2010.

VERAS, Renato P. **A longevidade da população: desafios e conquistas**. In: Serviço Social e Sociedade - Revista Quadrimestral de Serviço Social. Ano XXIV – n. 75 – outubro de 2003.