

*DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO  
POPULACIONAL: COMO AS LEGISLAÇÕES  
DESTINADAS AOS IDOSOS TÊM LIDADO  
COM ESSA NOVA DEMANDA?*

Michele Souza e Souza<sup>1</sup>

resumo

O objetivo deste trabalho é analisar a forma como as legislações brasileiras direcionadas à clientela idosa tematizam a assistência aos idosos demandantes de cuidado e que precisam de auxílio para realizar atividades, tomando como base os principais documentos que se desenvolveram em torno dessa população. Ao verificar como esses documentos tratam a questão, tentar-se-á identificar como os desafios advindos do envelhecimento populacional têm sido tratados e como o Estado tem agido para minorar os problemas e auxiliar na promoção, prevenção e reabilitação da população idosa.

palavras-chave

Idosos. Legislação Brasileira. Cuidado. Dependência. Família.

---

<sup>1</sup> Cientista Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: [michele.ifcs@gmail.com](mailto:michele.ifcs@gmail.com)

## 1 Introdução

O envelhecimento populacional no Brasil está associado a importantes alterações demográficas, sociais e econômicas, as quais acarretam desafios relacionados à análise desse processo, bem como à formulação e implementação de políticas públicas no âmbito da proteção social ao idoso.

De acordo com o relatório do Banco Mundial (2011), nos próximos 40 anos, esse grupo populacional crescerá no Brasil a uma taxa de 3,2% ao ano, comparada ao crescimento de 0,3% ao ano da população total. Como resultado, em 2050, haverá 64 milhões de idosos, ou seja, 30% da população total. Isso significa que o Brasil terá proporções de idosos similares às encontradas atualmente nos países centrais como o Japão (28%) e os da Europa (24%). Essa modificação na estrutura etária da população caracteriza, portanto, o Brasil como um “país jovem com cabelos brancos”, conforme indicado por Renato Veras em livro homônimo (1994).

A alteração da estrutura etária veio acompanhada de uma modificação no perfil de mortalidade da população brasileira, o que levou a uma mudança epidemiológica. Verificam-se a diminuição da prevalência e mortalidade por doenças infectocontagiosas e o aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas como diabetes, câncer e doenças cardiovasculares. Deve-se salientar que, no Brasil, esse aumento coexiste com a manutenção de alta incidência das doenças infecto-parasitárias e a ocorrência de óbitos e internações por causas externas, o que faz com que o país tenha que dar conta de uma “tripla dupla de doenças” (MENDES, 2008).

O perfil de saúde da população acima dos 60 anos mostra-se comprometido pelos agravos em saúde. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008 mostrou que somente 22,6% das pessoas de 60 anos ou mais de idade declararam não sofrer qualquer tipo de doença crônica, dentre as principais indicadas na pesquisa são: hipertensão, doença de coluna ou costas, artrite, doença do coração e diabetes. Quase metade (48,9%) dos idosos sofria de mais de uma doença crônica e no subgrupo de 75 anos ou mais de idade, a proporção atingia mais da metade (54,0%). Dados do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP Idoso) informam que, em 2008, havia 6,9% de idosos brasileiros com incapacidade funcional para atividades de vida diária, ou seja, com dificuldade para alimentar-se ou ir ao banheiro.

O envelhecimento populacional no Brasil vem ocorrendo ainda em um contexto de mudanças estruturais das famílias, sendo caracterizado pela queda da fertilidade, mudanças na nupcialidade e maior entrada das mulheres no mercado de trabalho. Além disso, houve um aumento da escolaridade feminina e do desejo de conquistar maior autonomia e independência financeira. No

entanto, esse ingresso afetou os contratos tradicionais de gênero, nos quais a mulher é tida como cuidadora e o homem como provedor (CAMARANO; MELLO, 2010), uma vez que a entrada no mercado de trabalho significou menos tempo disponível para cuidar dos entes dependentes.

O panorama apresentado demonstra que o incremento cada vez maior da população com mais de 65 anos na base populacional brasileira traz, consigo, desafios e demandas para as políticas públicas. A questão do cuidado à pessoa idosa passa de um problema até então tido como do âmbito familiar para tornar-se cada vez mais dever do Estado. Apesar de programas e legislações visando à manutenção da capacidade funcional, a promoção do envelhecimento saudável e a assistência às necessidades de saúde do idoso estarem sendo desenvolvidos, é preciso pensar: como estas intervenções garantem e/ou estimulam o desenvolvimento de redes de cuidados em saúde para idosos privados de cuidados no espaço familiar? De que forma as legislações brasileiras relacionadas à população idosa lidam com o idoso dependente? Políticas de cuidado que auxiliem as famílias no atendimento ao idoso têm sido formuladas?

Desta forma, o objetivo do presente trabalho é analisar a forma como as legislações brasileiras direcionadas à clientela idosa tematizam a assistência aos idosos demandantes de cuidado e que precisam de auxílio para realizar atividades, tomando como base os principais documentos que se desenvolveram em torno dessa população. Ao verificar como esses documentos tratam dessa questão, tentar-se-á identificar como os desafios advindos do envelhecimento populacional têm sido tratados nas legislações e o que o Estado tem colocado como prioritários nas políticas, programas e leis para dar conta de aspectos fundamentais para o bem estar do idoso, a saber, a promoção, a prevenção e reabilitação desse grupo.

## 2 Aspectos metodológicos

A coleta de dados se deu a partir da seleção de textos retirados do *site* do Ministério da Saúde<sup>2</sup>, que oferece, em sua página, na área intitulada “Saúde do Idoso”, os principais decretos, legislações e portarias desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, além de publicações da área e outras legislações pertinentes.

No total, foram analisados os seguintes documentos: a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988; a Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994 e o Decreto 1.948 de 3 de julho de 1996, que regulamentam e dispõem sobre

---

2 Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/legislacao/idoso.php>>. Acesso em: 20 dez. 2013.

a Política Nacional do Idoso; a Portaria nº 1.395 de 10 de dezembro de 1999, que aprovou a Política Nacional de Saúde do Idoso; a Portaria nº 702 de 12 de abril de 2002, que dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do idoso; a Portaria nº 249/SAS/MS de 16 de abril de 2002, que dispôs sobre as Normas para Cadastro de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso; a Lei nº 10741 de 1º de outubro de 2003, o Estatuto do idoso e a Portaria GM/MS 399 de 22 de fevereiro de 2006, que Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto.

### 3 Apresentação, análise e discussão dos documentos

As políticas de âmbito federal relacionadas à população idosa têm uma história recente, visto que as primeiras ações nesse sentido surgiram no ano de 1994. Até essa data, o que existiram foram apenas decretos e leis como a Renda Mensal Vitalícia (RMV), instituída em 1975 pelo então presidente da República, o general Ernesto Geisel, e que “consistia em pagar 50% do salário-mínimo (na época cem cruzeiros) às pessoas com 70 anos ou mais que não recebessem pensão de aposentadoria e não tivessem nenhuma fonte de renda” (RODRIGUES, 2007, p. 147).

Outras ações voltadas aos idosos se desenvolveram, como por exemplo, o Programa de Assistência ao Idoso (PAI), que, inserido no extinto Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), atendia os grupos de idosos existentes nas salas de espera dos ambulatórios do Instituto. No entanto, todas essas ações ainda se alocavam dentro de sistemas mais amplos, não se constituindo como específicas aos senis.

O grande avanço nas políticas de proteção a população idosa foi dado com a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), que se configurou como uma importante conquista na ampliação dos direitos, principalmente para aqueles que não eram contemplados por políticas que garantissem plenos direitos. “A Carta Magna alterou o quadro da proteção social com expressivos impactos tanto em termos de ampliação da cobertura como em termos distributivos” (BATISTA et al., 2008, p. 108).

A profunda transformação no padrão de proteção social brasileiro representou a consolidação na Constituição das pressões de amplos e diversos movimentos sociais (SCOREL, 2008; PAIM, 2008; VIANA; BAPTISTA, 2008). Com ela, introduziu-se o modelo da seguridade social, que passou a estruturar a organização da proteção social brasileira em busca da universalização da cidadania,

rompendo com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e com o viés estritamente assistencialista. A partir da Constituição, os benefícios passaram a ser concedidos com base nos princípios da justiça social, o que obrigou a estender universalmente a cobertura e a integrar as estruturas governamentais. Com isso, a saúde passou a ser um direito garantido a todos e não um privilégio de poucos inseridos numa “cidadania regulada” (SANTOS, 1979, p. 75). Além disso, estabeleceu como princípios básicos:

A universalização, a equivalência de benefícios urbanos e rurais, a irredutibilidade do valor das prestações previdenciárias, a fixação do benefício mínimo em um salário mínimo, a equanimidade no custeio e a diversificação da base de financiamento, a descentralização e a participação de trabalhadores na gestão. (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 266).

**Em relação à população idosa, o Capítulo VII da Constituição instituiu obrigações do Estado, da sociedade e da família com o bem-estar dessa população, assim como outros direitos dos maiores de 60 anos:**

Art. 229. Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade.

Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

**O artigo 203 sobre assistência social também se refere aos idosos, afirmando que a assistência deveria ter por objetivo “a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice”, além de instituir:**

A garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

O primeiro inciso do artigo 230 estabeleceu que “os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares”, e o segundo que “aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida em todo o território nacional a gratuidade dos transportes coletivos urbanos”. Observa-se que a Carta manteve a priorização do atendimento através das famílias, salvo impossibilidades dos entes. Como consequência, o papel do Estado na área de cuidados tem sido subsidiário, centrado quase exclusivamente no abrigamento de idosos pobres (CAMARANO, 2010).

Apesar de a Constituição em 1988 avançar na declaração dos direitos dos idosos, estabelecendo deveres da sociedade, família e Estado na garantia do bem-estar dessa população, somente com a Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994 (regulamentada em 1996) foi instituída a Política Nacional do Idoso (PNI). Essa lei pode ser caracterizada como um marco legal nas políticas de assistência, proteção e apoio aos maiores de 60 anos, uma vez que estabeleceu uma série de princípios e diretrizes visando assegurar a manutenção da autonomia e a promoção da saúde e qualidade de vida. Para a sua coordenação e gestão, foi designada a Secretaria de Assistência Social do MPAS. Atualmente, ela integra o âmbito do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).

Uma das diretrizes que merece ser destacada é a que prega a “priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência” (BRASIL, 1996, p. 7).

Essa diretriz enfatizou o instituído no artigo 230 da Constituição de 1988, que afirmou que o cuidado ao idoso, através de programas de assistência, deveria ser feito preferencialmente em sua residência. Todavia, a política avançou nas propostas de criação de novas formas de assistência em detrimento de o atendimento asilar, estimulando a criação de centros de convivência, casas lares, centros de cuidado, dentre outros. Essa iniciativa deve ser ressaltada, já que pela primeira vez pensou-se em políticas de cuidado e atenção alternativas à internação (GROISMAN, 2011).

O documento estabelece também as atribuições dos ministérios, dos conselhos e das entidades públicas quanto à assistência aos idosos. Sobre as ações governamentais, o artigo 10 do capítulo IV, ao detalhar as competências da área de promoção e assistência social na implementação da Política Nacional do Idoso, afirma ser necessário:

a) prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não governamentais. (BRASIL, 1996, p. 9)

b) estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros. (BRASIL, 1996, p. 9)

Por meio da mesma lei que estabeleceu a PNI, houve a criação do Conselho Nacional do Idoso, que “teria como objetivo viabilizar o convívio, a integração e a ocupação do idoso na sociedade, mediante sua inclusão no processo de formulação de políticas públicas destinadas a seu grupo social” (IPEA, 2012,

p. 13). A referida lei continha oito artigos que tratavam da regulamentação do Conselho, mas sua criação foi adiada, sendo criada somente seis anos depois dentro da estrutura do Ministério da Justiça, através do decreto nº 4.227/2002, mas ainda em caráter de consulta e sem paridade.

Finalmente, em 17 de junho de 2004, o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI) foi criado por meio do decreto nº 5.109, que dispôs sobre sua composição, estruturação, competências e funcionamento. Desta vez, o CNDI tornou-se um órgão colegiado de caráter deliberativo, integrante da estrutura básica da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. O desenvolvimento desse órgão foi importante, pois se caracterizou como o braço operativo da Política Nacional do Idoso, encarregado de supervisionar e avaliar a PNI em âmbito nacional, estimular e assessorar a criação de Conselhos estaduais e municipais de defesa dos direitos do idoso e tornar efetiva a aplicação dos princípios e diretrizes da Lei nº 8.842 (JUNGES, 2004).

Observa-se que, do ponto de vista da normatização legal, os governos brasileiros têm procurado desenvolver políticas e leis que protejam a clientela idosa. Contudo, mantém-se o desafio de conseguir que esses avanços sejam seguidos e efetivados. Nesse sentido, o CNDI aparece como uma esfera de qualificação importante “do debate sobre os temas concernentes aos direitos humanos dos idosos” (IPEA, 2012, p. 12), ação e busca pela acessibilidade e inclusão dos longevos, fiscalizando o processo de aplicação de seus direitos efetivamente descritos e preconizados na PNI.

No ano de 1999, o Ministério da Saúde, considerando a necessidade de o setor de saúde dispor de uma política devidamente relacionada à saúde do idoso, publicou a Portaria Ministerial nº 1.395, instituindo a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) (BRASIL, 1999). Concomitantemente, publicou as portarias que obrigavam os hospitais públicos, contratados e conveniados com o SUS, a viabilizarem meios que permitam a presença do acompanhante, durante o período de internação, de pacientes acima de 60 anos de idade (BRASIL, 1999).

O aspecto considerado como prioritário na nova política foi a “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral” (BRASIL, 1999, p. 1). Portanto, considera que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Estudos populacionais realizados (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; CAMARANO, 2010; VERAS, 2009; FIEDLER; PERES, 2008; SMU, 2006) tratam da necessidade de observar a alteração do panorama epidemiológico na morbidade e mortalidade da população. As doenças crônicas são causas importantes

e dispendiosas de perda de autonomia, independência e, conseqüentemente, má qualidade de vida. Desta forma, a política tem como desafio aumentar a expectativa de vida com qualidade para que os anos conquistados sejam vividos da melhor forma possível.

Para a garantia e atendimento a essa parcela da população idosa que demanda cuidados específicos, a política propôs ações preventivas, assistenciais e de reabilitação que deveriam objetivar a melhoria da capacidade funcional ou, no mínimo, a sua manutenção e, sempre que possível, a recuperação desta capacidade perdida pelo idoso (BRASIL, 1999). Conseqüentemente, buscou-se diminuir os custos que a dependência física e mental poderia gerar, uma vez que a perda da cognição e autonomia acaba “requerendo uma atenção que, não raro, envolve leitos hospitalares e institucionais, procedimentos diagnósticos caros e sofisticados, bem como o consenso frequente de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar” (BRASIL, 1999, p. 6). Além disso, a política apoiou a formalização dos cuidados formais, buscando uma parceria entre profissionais de saúde e pessoas próximas aos longevos e que cuidavam destes. Essa parceria foi tida como “a estratégia mais atual e menos onerosa para manter e promover a melhoria da capacidade funcional das pessoas que se encontravam no processo de adoecimento e perda da autossuficiência para realizar as atividades cotidianas” (BRASIL, 1999, p. 12).

Para alcançar esses objetivos, a PNSI propôs ações visando à prevenção dessas perdas funcionais como vacinas, de deficiências nutricionais e do isolamento social, com a criação ou uso de oportunidades sociais como clubes, grupos de convivência, associação de aposentados, dentre outras ações (BRASIL, 1999), além da adoção de atendimento especializado nos âmbitos ambulatorial e hospitalar. O documento também apresenta propostas de serviços alternativos à internação prolongada como a assistência domiciliar e o hospital-dia geriátrico, este tido como “uma forma intermediária de atendimento entre a internação hospitalar e a assistência domiciliar” (BRASIL, 1999, p. 10).

Esta última proposta corrobora o pressuposto da PNI sobre a necessidade de se desenvolver cuidados que auxiliem as famílias e estejam à disposição dos longevos quando estes não tiverem quem os cuide. Sabe-se que a família assume um papel não somente de tradicional cuidadora dos entes dependentes, mas também de suporte emocional. Porém, nem todos os idosos têm à sua disposição familiares para apoiá-los, o que torna necessária a criação dessas novas formas de atendimento.

Em 2002, diante da necessidade de colocar em prática as proposições propostas na PNI e na PNSI, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 702

de 12 de abril de 2002, que dispôs sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso.

Essa portaria objetivou colocar, na prática, as diretrizes da Política Nacional do Idoso, que incluem:

A promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados e o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais. (BRASIL, 2002a, p. 1)

O documento assinala a importância de reduzir o número de internações, já que a hospitalização não seria uma ação que promoveria a saúde do idoso, mas sua deterioração ao minar sua independência funcional e autonomia.

As Redes instituídas pela Portaria devem ser integradas por hospitais gerais, “aqueles que teriam condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos” para realizar o atendimento geral a pacientes idosos, no nível ambulatorial e de internação hospitalar (BRASIL, 2002a, p. 5), e por Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, que, por sua vez, deveriam dispor:

De condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos e adequados para a prestação de assistência à saúde de idosos de forma integral e integrada envolvendo as diversas modalidades assistenciais como a internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar, e tenha capacidade de se constituir em referência para a rede de assistência à saúde dos idosos. (BRASIL, 2002a, p. 2)

Para auxiliar a Portaria nº 702, foi instituída a Portaria SAS/MS nº 249, de 16 de abril 2002, com objetivo de definir os critérios de cadastramento e funcionamento dos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso.

Esta Portaria estabelece que, para ser cadastrado como Centro de Referência, o hospital deve cumprir algumas exigências, entre elas de desenvolver um programa de orientação do acompanhante do idoso no período de internação, orientando-o sobre como melhorar o apoio que dá à pessoa idosa que está acompanhando em relação à sua dependência, buscando preservar ao máximo sua autonomia (BRASIL, 2002b). Os Centros deveriam também possuir um ambulatório especializado em Saúde do Idoso com atendimento por equipe multiprofissional e interdisciplinar “para os diferentes modos de atendimento, composta por médico assistente, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional” (GROISMAN, 2011, p. 5).

O Centro de Referência deveria ter ainda instalado e em funcionamento um Serviço de Assistência Domiciliar à Saúde do Idoso, modalidade assistencial que compreende um conjunto de procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação para aumento da autonomia e capacidade funcional do idoso.

Apesar de os centros de referência e outras modalidades de cuidado aos longevos terem buscado desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação à saúde da população idosa, essas redes não foram implementadas de forma satisfatória nos estados. O Ministério da Saúde, ao defender a readequação da Política Nacional de Saúde do Idoso (2006), corrobora essa conclusão, visto que, em um dos seus artigos iniciais, ele recomenda:

Fixar o prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de publicação desta Portaria, para que o Ministério da Saúde adote as providências necessárias à revisão das Portarias nº 702/GM, de 12 de abril de 2002, e nº 249/SAS/MS, de 16 de abril de 2002, que criam os mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, compatibilizando-as com as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa aprovada neste ato. (BRASIL, 2006, p. 1)

Para Groisman (2011, p. 5):

O processo de implantação desses centros não tem ocorrido segundo o previsto e muitos não atendem plenamente a todos os requisitos estabelecidos na legislação. Da maneira como estão formulados, tais centros são caros e de sofisticada implantação.

O autor segue sua análise ao questionar a viabilidade desses Centros para atender a abundante população idosa que demanda de redes de atenção. Groisman (2011, p. 5) salienta que é preciso que “sejam fortalecidas as demais instâncias, sobretudo nos níveis intermediários de cuidado, bem como no âmbito da atenção básica e através da Saúde da Família” para que a clientela longeva e seus familiares tenham a seu dispor atenção e assistência específica e de qualidade. Igualmente, é preciso que haja “um fortalecimento da rede como um todo e não apenas da existência de centros especializados e restritivos destinados a servirem de referência” (GROISMAN, 2011, p. 6).

Outra política que se caracterizou como importante instrumento legal na ampliação e garantia dos direitos dos idosos foi a Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003 do Estatuto do Idoso. O Estatuto estabeleceu os direitos fundamentais dessa população, as medidas de proteção e de atendimento ao idoso, assim como as condutas contra os idosos que constituem crimes como negligência, discriminações, violência, crueldade ou opressão. O Estatuto consolida, em

uma ampla peça legal, muitas das leis e políticas anteriormente aprovadas, além de incorporar novos elementos e enfoques, dando um tratamento integral e com uma visão de longo prazo ao estabelecimento de medidas que visam proporcionar o bem-estar dos idosos (CAMARANO; PASINATO, 2004).

A responsabilidade sobre o cuidado também foi discutida pelo Estatuto. A lei dividiu entre a família e o poder público a obrigação de assegurar aos idosos a efetivação do “direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária” (BRASIL, 2003, p. 8). Nota-se que a cada lei desenvolvida (1994; 1999; 2002), há uma ênfase sobre a necessidade de se pensar como o cuidado tem sido ofertado aos longevos brasileiro, impulsionados pela preocupação com as possíveis incapacidades que os idosos poderão desenvolver e com as mudanças estruturais nas famílias que têm impactado na oferta tradicional de atenção.

O Estatuto manteve a priorização do atendimento ao idoso por sua própria família em detrimento do atendimento asilar, excetuando os que não possuem ou os que carecem de condições de manutenção da própria sobrevivência. A assistência integral em instituições de longa permanência (ILPI), por sua vez, só poderia ser feita caso se verificasse a inexistência de família ou indisponibilidade de recursos familiares ou do próprio idoso. Além disso, o artigo 50 mostrou-se contraditório, pois se por um lado propõe punir o abandono do idoso por parte dos familiares, por outro não apresenta alternativas que apoiem o cuidado domiciliar e outras medidas que poderiam ajudar a diminuir as situações de abandono. “A família não pode ser a única instância cuidadora, devendo receber orientação, apoio e ajuda tanto técnica quanto material, conforme as suas necessidades, para que esse cuidado possa se dar de forma satisfatória” (GROISMAN, 2011, p. 7).

Ao poder público, compete entre outras atribuições o fornecimento gratuito de medicamentos, além de recursos relativos a tratamento ou reabilitação como próteses; fiscalização das entidades governamentais e não governamentais de atendimento ao idoso; garantia de prioridade no atendimento a essa população em diversos setores como justiça, saúde, educação, dentre outros; e penalização a quem desdenhar, humilhar, menosprezar, maltratar ou discriminar a pessoa idosa.

O Estatuto dedicou um capítulo inteiro à criminalização de atos de violência contra os senis. Segundo Camarano (2010, p. 71), “a consideração dessas questões nesse instrumento legal pode ser resultado das expressivas transformações em curso nos arranjos familiares”. Esta afirmação se baseia na análise de que a sobrecarga das famílias no cuidado ao idoso e a ausência de políticas públicas que auxiliem na tarefa de cuidar de seus membros dependentes

podem levar a situações de violência. Segundo Pasinato e Kornis<sup>3</sup> apud Camarano e Mello (2010, p. 70), isto deve ser levado em conta, pois:

A prevenção da violação dos direitos dos idosos é um dever de toda a sociedade. Muitos idosos pobres e/ou com limitação funcional vivem em casa de familiares, em condições precárias, sendo, em alguns casos, submetidos a maus tratos, por falta de alternativas de moradia e/ou cuidado.

Em fevereiro de 2006, a Portaria GM/MS nº 399 estabeleceu as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Nesse documento, a saúde do idoso foi considerada como uma das seis prioridades a serem pactuadas entre as três esferas de governo, tendo como diretrizes a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; o estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; a implantação de serviços de atenção domiciliar, dentre outros. Dentre as ações estratégicas o Pacto, propôs: a atenção domiciliar (instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde); acolhimento (reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso); e a caderneta de saúde da pessoa idosa (instrumento com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde).

Também no ano de 2006, foi editada a Portaria 2.528 de 19 de outubro, que aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, atualizando a Política Nacional de Saúde do Idoso, de 1999. O documento assinala que a legislação relativa aos cuidados aos senis mostrou avanços, com a implementação do Estatuto do Idoso em 2003, que significou a ampliação dos direitos do segmento idoso e houve ampliação de redes e serviços disponíveis a essa população. No entanto, a prática de atenção à saúde ainda se mostrava insatisfatória (BRASIL, 2006), o que tornou imperiosa a readequação da política relacionada à Saúde do Idoso.

Assim como a grande maioria dos documentos relacionados a esse grupo populacional, a política de 2006 tem por objetivos garantir a autonomia e a independência ao recuperar, manter e promover a saúde desse segmento.

O documento anuncia os desafios a serem enfrentados na implementação da política como a necessidade de se construir estruturas de suporte qualificado aos longevos e familiares diante da escassez de estruturas de cuidado no

---

3 PASINATO, Maria Tereza; KORNIS, George. *Cuidados de longa duração para idosos: um novo risco para os sistemas de seguridade social*. Rio de Janeiro: IPEA, 2009. (Texto para discussão n. 1.371).

âmbito do SUS; ampliação de serviços de cuidado domiciliar ao idoso vulnerável fisicamente, com suporte profissional e qualificado aos responsáveis pelo cuidado, tendo a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família um papel fundamental; necessidade de treinamento de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento na temática do envelhecimento e na assistência em saúde a essa parcela da população em meio à escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; e efetivação das Redes de Assistência à Saúde do idoso, visto que ainda se encontram no plano legal e teórico (BRASIL, 2006).

As dificuldades a serem enfrentadas se mantiveram, desde a elaboração da primeira norma legal específica para a população idosa, datada de 1994, até o pequeno desenvolvimento de serviços de suporte ao cuidado domiciliar e a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares para dar conta de forma eficaz do atendimento aos mais velhos. Soma-se a isso a constatação de que a implantação de algumas propostas como as Redes de Assistência à Saúde do Idoso, preconizadas nas Portarias 702 e 249 de 2002, não obteve êxito.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa pretende enfrentar o “desafio do envelhecimento populacional em condição de desigualdade social e gênero” (BRASIL, 2006, p. 5) e “responder às demandas das pessoas idosas mais frágeis dentre a população em maior risco de vulnerabilidade” (BRASIL, 2006, p. 6), sendo que este último visa considerar a condição funcional na formulação das políticas de saúde dos idosos e responder, prioritariamente, às pessoas idosas que já apresentem alta dependência (BRASIL, 2006).

O exposto mostra que as políticas e legislações relacionadas ao bem-estar da população idosa estão em constante construção e reformulação desde 1994. Há uma preocupação com a manutenção da capacidade funcional e reabilitação do idoso a fim de que essa população tenha um envelhecimento digno. Pode-se perceber que, paulatinamente, as políticas e leis enfatizaram a necessidade de reorganização de serviços de saúde e cuidado à população que envelhece, visto que os agravos e dificuldades que costumam surgir ou aumentar com a chegada da terceira exigem que orientações legais e políticas estatais sejam construídas com o intuito de garantir qualidade de vida. Embora o papel do cuidado seja compartilhado, o fato de inexistirem os serviços faz com que o cuidado fique principalmente a cargo da família.

Desta forma, apesar das “conquistas e possibilidades normativas contidas nos desenhos institucionais das políticas de atenção ao idoso” (AGUIAR et al., 2011, p. 78), houve limites e retraimentos à real efetivação dessas normas legais. As diretrizes e políticas, em sua maioria, têm sofrido para serem efetivadas e se tornarem uma realidade inquestionável.

Isso mostra que o Poder Público ainda não atentou seu olhar para o contexto das mudanças, pois com o aumento da população idosa, aumentará a população demandante de cuidado. Isso pode se tornar um problema uma vez que o incremento da população idosa tem sido acompanhado por mudanças estruturais no papel social da mulher como queda da fertilidade, da nupcialidade e maior entrada destas no mercado de trabalho, o que acaba por afetar os contratos tradicionais de gênero. Diante disso, faz-se necessário pensar em políticas de cuidado alternativas às familiares, visto que suas estratégias de provisão de cuidado até então desenvolvidas têm se tornado cada vez mais insuficientes.

#### 4 Considerações finais

A manutenção da capacidade funcional tem sido o maior alvo das políticas e legislações que organizam as ações voltadas para o bem-estar da população idosa e não é difícil entender o porquê do destaque da busca por autonomia como objetivo de grande parte das políticas.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que repercute de forma bastante acentuada no Brasil, já que os grupos de pessoas com 60 anos ou mais é o que apresenta as maiores taxas de crescimento. Este fato faz pensar que, com o crescimento dessa população, há uma questão que se torna relevante para os proponentes de políticas públicas: a necessidade de garantir qualidade de vida e bem-estar a esse contingente de cidadãos que, não raro, convivem com a redução mais ou menos grave de suas capacidades funcionais e requerem cuidados especiais (BATISTA et al., 2008). Diante da ocorrência de doenças crônicas e limitações físicas e mentais, faz-se necessário o desenvolvimento de ações que possibilitem a esses idosos obter a melhor qualidade de vida possível a fim de não perder a independência e autonomia.

A preocupação com a autonomia pode ser justificada também pelas consequências que esse envelhecimento pode acarretar, uma vez que, segundo Camarano (2010, p. 14), “projeções populacionais apontam para um crescimento acentuado da população muito idosa (80 anos ou mais) para as próximas décadas”, o que significa que “esse subgrupo populacional representa aproximadamente 14% da população idosa, em 2010, e 1,5% da brasileira”. Isso significa que uma população mais idosa torna-se mais exposta a agravos e doenças crônicas não transmissíveis, o que pode levar a sequelas limitantes de um bom desempenho funcional, o que pode gerar dependência e, conseqüentemente, necessidade de cuidado (CAMARANO, 2010).

Diante dessa realidade e da análise das legislações, é possível afirmar que o Brasil avançou na construção de políticas sociais para os idosos, mas a provisão de serviços de saúde e de cuidados formais ainda é uma questão não equacionada. As políticas ainda são residuais ou ficam retidas nos textos legais. Desta forma, faz-se necessária a ampliação das ações de cuidado, com o desenvolvimento de redes de suporte estatais que auxiliem as famílias no suporte a essa população que aumenta vertiginosamente e que demanda cada vez mais de cuidados.

CHALLENGES OF POPULATION AGING:  
HOW HAVE THE LAWS DIRECTED  
TOWARDS THE ELDERLY BEEN COVERING  
THIS NEW DEMAND?

abstract

The objective of this paper is to analyze how laws in Brazil directed to the aging population treat the assessment to elderly people in need of care and welfare to hold activities, having as a base the main documents developed towards this population. By verifying how these documents touch this topic, our intention is to identify how the challenges from aging on a population level have been covered and the State has been acting in the decrease of problems for the elderly and the promotion, prevention and rehabilitation for the aging population.

keywords

Elderly. Brazilian Law System. Care. Dependence. Family.

referências

AGUIAR, Maria Cecília Azevedo de et al. Envelhecimento e responsabilidade: uma reflexão sobre as políticas de saúde brasileiras para o idoso. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, v. 13, n. 1, p. 73-79, 2011.

BANCO MUNDIAL. *Envelhecendo em um Brasil mais Velho*. Washington, D.C.: Banco Mundial, 2011.

BATISTA, Anália Soria et al. *Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social*. Brasília: MPS, SPPS, 2008. 160 p. (Coleção Previdência Social; v. 28).

BRASIL. Lei nº 10741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do idoso. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm)>. Acesso em: 16 ago. 2011.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS 399, de 22 de fevereiro de 2006, que Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <[http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/portarias/portaria\\_MS\\_399.2006](http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/portarias/portaria_MS_399.2006)>. Acesso em: 16 ago. 2011.

\_\_\_\_\_. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 30 out. 2011.

\_\_\_\_\_. Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, e Decreto 1.948, de 3 de julho de 1996, que regulamentam e dispõem sobre a Política Nacional do Idoso. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d1948.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm)>. Acesso em: 16 ago. 2011.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999, que aprovou a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília, DF, 1999.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 702, de 12 de abril de 2002, que dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Brasília, DF, 2002a. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-ao-idoso/Portaria\\_702.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-ao-idoso/Portaria_702.pdf)>. Acesso em: 16 ago. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 249/SAS/MS, de 16 de abril de 2002. Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Brasília, DF, 2002b. Disponível em: <[www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/...de.../Portaria\\_249.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/...de.../Portaria_249.pdf)>. Acesso em: 25 out. 2011.

CAMARANO, Ana Amélia; MELLO, Juliana Leitão e. Introdução. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; MELLO, Juliana Leitão e. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARANO, Ana Amélia. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

SCOREL, Sarah. Conselhos de saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura política. *Divulgação em saúde para debate*, Rio de Janeiro, n. 43, p. 23-28, jun. 2008.

FIEDLER, Mariarosa Mendes; PERES, Karen Glazer. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 409-415, fev. 2008.

GROISMAN, Daniel. *Saúde mental e envelhecimento: um passo necessário para as políticas públicas*. 2011. No prelo.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *O Conselho Nacional dos Direitos do Idoso na Visão de seus Conselheiros*. Brasília: IPEA, 2012. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/relatoriopesquisa/120409\\_relatorio\\_direitos\\_idoso.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/relatoriopesquisa/120409_relatorio_direitos_idoso.pdf)>. Acesso em: 16 abr. 2013.

JUNGES, José Roque. Uma leitura crítica da situação do idoso no atual contexto sociocultural. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 6, p. 123-144, 2004.

KALACHE, Alexandre; VERAS, Renato P.; RAMOS, Luiz Roberto. O Envelhecimento da População Mundial: um desafio novo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 200-210, 1987.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 18, n. 4, supl. 4, dez. 2008.

PAIM, Jairnilson da Silva. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

RODRIGUES, Nina da Costa. Políticas Públicas em relação ao Idoso. In: MERLOTTI, Vania Beatriz; LORENZI, Dino Roberto Soares de; FERLA, Alcindo Antônio Heredia (Org.). *Envelhecimento, saúde e políticas públicas*. Caxias do Sul: EDUCS, 2007. p. 147-156.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SECRETARIA MUNICIPAL DE URBANISMO. Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos. Secretaria Municipal de Saúde. *1ª Pesquisa sobre condições de saúde e vida de idosos da Cidade do Rio de Janeiro, 2006*. Rio de Janeiro: SMU/IPP/SMS, 2006. 208 p.

VERAS, Renato Peixoto. *País jovem com cabelos brancos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/UERJ, 1994.

\_\_\_\_\_. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, maio/jun. 2009.

VIANA, Ana Luíza D'Ávila; BAPTISTA, Tatiana Wargas Faria. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

Recebido: 13/04/2014  
Aceite Final: 07/08/2014