

# Dez Anos do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso

*Repertórios e Implicações de um Processo Democrático*





*Dez Anos do Conselho  
Nacional dos Direitos do Idoso*

*Repertórios e Implicações de um Processo Democrático*

**Dilma Rousseff**

Presidenta da República Federativa do Brasil

**Michel Temer**

Vice-Presidente da República Federativa do Brasil

**Maria do Rosário Nunes**

Ministra de Estado Chefe da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República

**Patricia Barcelos**

Secretária Executiva

**Gabriel dos Santos Rocha**

Secretário Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos

**Marco Antônio Juliatto**

Diretor de Promoção dos Direitos Humanos

**Neusa Pivatto Muller**

Coordenadora Geral dos Direitos do Idoso

**Ana Lucia Silva**

Coordenadora do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) GPT/BC/UGF**

B823d

Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.

Dez anos do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso: repertórios e implicações de um processo democrático / Ministério da Justiça, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; Neusa Pivatto Muller, Adriana Parada (Orgs.). – Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2013.

538 p. : il., color.  
Bibliografia. ISBN

1. Direitos dos Idosos. 2. Idosos – Estatuto. 3. Idosos – Legislação. I. Muller, Neusa Pivatto. II. Parada, Adriana. III. Título.

CDU: 341.231.14-053.9

**Organização:** Neusa Pivatto Muller;  
Adriana Parada

**Revisão:** Ana Clara de Britto Guimarães

**Projeto Gráfico:** Adriana Parada

**Apoio:** PNUD Brasil

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

**Agradecimentos:** Gláucia Gauch, Eleonora Menicucci Oliveira, Léa Maria Aarão Reis, Guita Grin Debert, Glaucia da Silva Destro de Oliveira, Álvaro Fontes da Silva Neto, Perly Cipriano, Paulo Roberto Barbosa Ramos, Karla Cristina Giacomini, Ana Maria Angela Bravo Villalba, Ir. Terezinha Tortelli, Marcos Wandresen, Alexandre Eurico, Lúcia Rosa, Marcelo Salgado, Mayara Paiva, Coordenação do Projeto talentos da Maturidade e todos que de uma forma ou de outra contribuíram para a realização do livro.

© Secretaria de Direitos humanos, © 2013

Tiragem: 5.000 exemplares

Permitida a reprodução sem fins lucrativos, parcial ou total, por qualquer meio, se citada a fonte e o sítio da Internet onde pode ser encontrado o original ([www.sdh.gov.br](http://www.sdh.gov.br)).

Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República  
Setor Comercial Sul – B • Quadra 9 • Lote C •  
Edifício Parque Cidade Corporate • Torre “A” • 10º andar  
CEP: 70308-200 • Brasília • Distrito Federal • Brasil



# Sumário

<b>Prefácio</b>	<b>9</b>
<b>Apresentação</b>	<b>15</b>
<b>Informe Brasil</b>	<b>21</b>
<b>Direitos dos Idosos no Plano Internacional</b> Gláucia Gauch	<b>79</b>
<b>Gênero, Envelhecimento e Políticas Públicas</b> Eleonora menicucci oliveira	<b>87</b>
<b>A Nova Velhice</b> Léa Maria Aarão Reis	<b>107</b>
<b>Os Conselhos e as Narrativas sobre a Velhice</b> Guita Grin Debert (UNICAMP) Glauca da Silva Destro de Oliveira (UNICAMP)	<b>117</b>
<b>Homenagem à Mariazinha</b> Marcelo Antônio Salgado	<b>147</b>
<b>Conquistas do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso e Novos Desafios</b> Prof. Álvaro Fontes da Silva Neto	<b>151</b>
<b>O Papel dos Conselhos como Controle Democrático</b> Dr. Perly Cipriano	<b>155</b>
<b>Os Principais Instrumentos Legais de Garantia dos Direitos da Pessoa Idosa</b> Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos	<b>159</b>
<b>Panorama dos 10 Anos do CNDI</b> Dra. Karla Cristina Giacomini	<b>167</b>
<b>A Inclusão Cultural da Pessoa Idosa</b> Ana Maria Angela Bravo Villalba	<b>191</b>
<b>Pastoral da Pessoa Idosa</b> Ir. Terezinha Tortelli	<b>203</b>

<b>Envelhecimento Digno no Brasil um Desafio para o Século XXI</b>	<b>217</b>
Marcos Wandresen	
<b>50 Anos de Trabalho Social com Idosos e 10 anos de CNDI: Conquistas na Área do Envelhecimento</b>	<b>227</b>
Maria Clotilde Barbosa N. M. De Carvalho Claire Da Cunha Beraldo Rita De Cássia Gonzaga Martorelli	
<b>Documentos Legais</b>	<b>239</b>
<b>Contextualização e Documentos Legais</b>	<b>241</b>
<b>Lei nº 6.179 de 11 de dezembro de 1974</b>	<b>245</b>
<i>Institui amparo previdenciário</i>	
<b>Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990</b>	<b>249</b>
<i>Promoção, proteção e recuperação da saúde</i>	
<b>Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas</b>	<b>283</b>
<b>Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993</b>	<b>289</b>
<i>Organização da Assistência Social (LOAS)</i>	
<b>Lei nº 8.842 - de 04 de janeiro de 1994</b>	<b>329</b>
<i>Política nacional do idoso</i>	
<b>Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996</b>	<b>337</b>
<i>Regulamenta a Política Nacional do Idoso</i>	
<b>Política de Saúde do Idoso – Portaria n.º 1.395/GM</b>	<b>347</b>
<b>Lei Nº 10.048, de 8 de novembro de 2000</b>	<b>393</b>
<i>Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica</i>	
<b>Lei Nº 10.173, de 9 de janeiro de 2001</b>	<b>397</b>
<i>Prioridade de tramitação aos procedimentos judiciais</i>	
<b>Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002</b>	<b>399</b>
<i>Institui o Código Civil</i>	
<b>Decreto nº 4.227, de 13 de Maio de 2002</b>	<b>401</b>
<i>Cria o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI</i>	
<b>Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003</b>	<b>405</b>
<i>Dispõe sobre o Estatuto do Idoso</i>	

<b>Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004</b>	<b>441</b>
<i>Composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI</i>	
<b>Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004</b>	<b>449</b>
<i>Prioridade de atendimento e critérios básicos para a promoção da acessibilidade</i>	
<b>Lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010</b>	<b>487</b>
<i>Institui o Fundo Nacional do Idoso</i>	
<b>Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011</b>	<b>491</b>
<i>Organização da Assistência Social</i>	
<b>Carta de São José sobre os Direitos dos Idosos da América Latina e Caribe</b>	<b>507</b>



# Prefácio



PELOURINHO

Vicente Paulo da Silva

76 anos - Patrocínio Paulista, SP

Talentos da Maturidade

Edição: 2011



Uma das maiores conquistas culturais de um povo em seu processo de humanização é o envelhecimento de sua população, refletindo uma melhoria das condições de vida. De acordo com projeções das Nações Unidas (Fundo de Populações) “*uma em cada 9 pessoas no mundo tem 60 anos ou mais, e estima-se um crescimento para 1 em cada 5 por volta de 2050*”. (...) *Em 2050 pela primeira vez haverá mais idosos que crianças menores de 15 anos. Em 2012, 810 milhões de pessoas têm 60 anos ou mais, constituindo 11,5% da população global. Projeta-se que esse número alcance 1 bilhão em menos de dez anos e mais que duplique em 2050, alcançando 2 bilhões de pessoas ou 22% da população global*<sup>1</sup>.

No entanto, essa é uma etapa da vida em que se apresentam limitações e a pessoa idosa perde o papel social que ocupava anteriormente. A falta de modelos prévios de inserção social desta população oportunizou situações de exclusão que afetaram sua qualidade de vida, dignidade e o exercício de seus direitos humanos conquistados. Novas necessidades foram explicitadas pela pessoa idosa, como de autonomia, mobilidade, acesso a informações, serviços, segurança e saúde preventiva. A fim de atender a essas novas expectativas foram estruturados nos últimos trinta anos instrumentos legais que garantem proteção social e ampliação de direitos às pessoas idosas, num esforço conjunto de vários países. Em 1991, as Nações Unidas lançaram uma Carta de Princípios para as Pessoas Idosas, que inclui a independência, participação, assistência, auto-realização e dignidade das pessoas idosas. Ainda que esses instrumentos legais sejam construídos, divulgados e executados em diferentes níveis temporais e de intensidade, uma nova concepção do processo de envelhecimento vem sendo incorporada socialmente.

---

1 Envelhecimento no Século XXI: Celebração e desafio (resumo executivo) Fundo de Populações das nações Unidas, 2012.

Envelhecer bem tornou-se, portanto, um novo desafio tanto para os indivíduos quanto para as sociedades, sendo o resultado de uma construção coletiva, num percurso histórico, ampliada pelas construções teóricas e experiências de vários grupos sociais. Essa mudança estrutural representa um enorme desafio, pois implica na busca de soluções econômicas, legais e éticas de atendimento à pessoa idosa, criando a necessidade de estruturação de políticas públicas, urbanas e sociais. Com o objetivo de propor um caminho para um bom envelhecimento, a SDH busca implementar ferramentas adequadas e medidas concretas que favoreçam a promoção da inclusão e independência da pessoa idosa pelo maior tempo possível. Entretanto, essa é uma mudança estratégica para as próximas décadas que envolve também uma dimensão real de crescimento econômico, com inovações em tecnologia e serviços.

No Brasil identificam-se Marcos Legais Nacionais que favoreceram o percurso de amadurecimento sobre a questão do envelhecimento: a Constituição Federal de 1988 e a Política Nacional do Idoso, estabelecida em 1994 (Lei 8.842). Na década de 1990, no âmbito do Governo Federal, instituíram-se programas de benefícios que foram ampliados significativamente pelo Programa Bolsa Família (2004), com uma cobertura social que atende, com pelo menos um benefício, 8 de cada 10 pessoas idosas no Brasil.

Nos últimos anos as instituições governamentais brasileiras, organismos da sociedade civil e movimentos sociais conquistaram uma gama de leis, decretos, propostas e medidas que estabelecem direitos voltados para a pessoa idosa, referenciados pelas diretrizes internacionais (Plano de Ação internacional para o Envelhecimento). Contabilizam-se conquistas democráticas importantes, como a criação do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI) em 2002 e a elaboração e publicação do Estatuto do Idoso em 2003, que regulamenta os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

Desde sua criação o CNDI oportuniza, de forma privilegiada, o intercâmbio entre a sociedade civil e o governo, atuando como uma ferramenta de controle social. Entre outras atividades que desenvolve, destaca-se a realização de conferências, juntamente com a Secretaria de Direitos Humanos, setoriais e nacionais de Direitos da Pessoa Idosa. Tais conferências proporcionam o contato e a vivência com diferentes perspectivas sobre os problemas desta população, destacando conquistas e identificando áreas onde outras melhorias, alterações ou intervenções para a promoção dos direitos da pessoa idosa sejam necessárias. Entre os anos de 2006 e 2011 foram realizadas, no Brasil, três Conferências Nacionais de Direitos da Pessoa Idosa que contaram, de forma progressiva, com uma expressiva participação da sociedade civil e do governo.

Em relação ao estabelecimento de Políticas Públicas e Planos setoriais propostos de forma conjunta (governo e sociedade) destacam-se: a Política Nacional de Prevenção a Morbi-mortalidade por Acidentes e Violência (2001); o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa (2004); a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006); o II Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa (2007). De forma concomitante busca o fortalecimento da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa por meio das seguintes ações: Programa Bolsa Família, Programa Brasil sem Miséria, Programa Minha Casa Minha Vida, entre outros.

Em resposta às demandas da sociedade civil, o Governo Federal propõe uma série de serviços e programas de atendimento às pessoas idosas: a fim de dar voz às vítimas que tiveram e têm seus direitos violados foi implantado em 2011 o Módulo Idoso do Disque Direitos Humanos – DDH 100. Outras prioridades são o fortalecimento dos Conselhos Estaduais e Municipais do Idoso e a ampliação da participação da pessoa idosa nos Centros de Referência em Direitos Humanos.

Dedicando uma atenção especial à saúde, para tanto introduziu um novo paradigma, que é apoiado pelo Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e gratuito e privilegiando a formulação de políticas de saúde voltadas para as necessidades específicas desta população.

Em 2012, a Secretaria de Direitos Humanos reafirma seu compromisso de trabalhar assiduamente para que se reconheça a legislação dos direitos da Pessoa Idosa em sua conotação mais ampla e contemporânea, estabelecendo mecanismos para efetivar as normatizações nacionais e internacionais. Para tanto coordena a elaboração do **Programa Brasileiro para o Envelhecimento Ativo e Cooperação Intergeracional**, que, proposto como uma estratégia integral, materializa o esforço coletivo de implementação das políticas públicas desenvolvidas nos últimos anos. O referido programa tem como finalidade estabelecer objetivos nacionais, estratégias e prioridades que servirão de base para os programas setoriais e regionais, respondendo às demandas e necessidades de uma sociedade cada vez mais preocupada com o respeito e promoção dos direitos fundamentais da pessoa idosa.

O principal desafio do ano de 2013 refere-se a efetivação de duas ações prioritárias propostas pela Coordenação Geral dos Direitos do Idoso: a **Campanha de Enfrentamento à Violência Contra a Pessoa Idosa** e o planejamento do **III Encontro Ibero-Americano** – que tem por objetivo a promoção e fortalecimento das políticas públicas, para uma maior proteção dos direitos e desenvolvimento da população idosa na região Ibero-Americana. Todos estes esforços contribuem para a meta comum de envelhecimento digno para os cidadãos brasileiros.

*Maria do Rosário Nunes*

# Apresentação



A CIDADE

Kilza de Souza Machado

65 anos - São Paulo, SP

Talentos da Maturidade

Edição: 2011



A Secretaria dos Direitos Humanos (SDH), é o órgão da Presidência da República, responsável pela articulação e implementação de políticas públicas voltadas para a promoção e proteção dos direitos humanos. Desde a sua criação vem se expandindo gradativamente, agregando departamentos, criando conselhos, instalando comitês e ouvidorias e desenvolvendo extensa gama de atividades e de programas. Sob a premissa de que as pessoas mais velhas são importante patrimônio social, a SDH/PR está atenta ao tema do envelhecimento da população, suas necessidades e demandas. Buscando garantir o cumprimento de seus direitos básicos cria metas de fortalecimento de órgãos de controle democrático e busca a consolidação de uma rede efetiva de proteção e defesa da pessoa idosa. Além disso desenvolve ações que destacam e valorizam a participação das pessoas idosas na sociedade, sistematizando e formalizando o uso de instrumentos de ampliação de políticas públicas voltadas para essa população, como: seguro social, saúde e inserção econômica.

Na comemoração dos dez anos de atividades do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso a Coordenação Geral dos Direitos do Idoso organiza esta coletânea de publicações, textos e diretrizes resultantes do trabalho desenvolvido ao longo desse período, produzidos por profissionais especializados no assunto com base em suas próprias perspectivas e reflexões pessoais.

As imagens que ilustram as páginas deste livro são reproduções digitais das obras dos artistas plásticos participantes do Projeto Talentos da Maturidade edições 2010 e 2011, uma produção cultural importante que valoriza e fortalece esta publicação. A expectativa é a de que a pessoa idosa identifique o seu processo de envelhecimento, o seu momento histórico e as prioridades que a sua condição lhe dá como direito.

Dividido em sete capítulos o livro aborda no texto *Informe Brasil*, o processo de avaliação do compromisso do país na implementação de políticas públicas voltadas para pessoa idosa. Na sequência, a embaixadora Gláucia Gauch contribui com o texto *Direitos dos Idosos no Plano Internacional* destacando a participação do Brasil nas discussões e negociações sobre os direitos dos idosos no Mercosul, na Comissão Econômica para a América Latina, na Organização dos Estados Americanos e nas Nações Unidas. A Ministra Eleonora Menicucci Oliveira amplia a discussão sobre o arcabouço institucional e legal das políticas públicas dirigidas às pessoas idosas, referenciando suas considerações sobre o envelhecimento da população brasileira numa perspectiva de gênero, apresentando a problemática da violência contra essa população em particular (feminina).

No bloco dos artigos a jornalista Léa Maria Aarão Reis aborda no texto *A Nova Velhice* os desafios da longevidade num país continental e desigual como o Brasil. As pesquisadoras Guita Grin Debert e Gláucia da Silva Destro de Oliveira (UNICAMP) argumentam que os Conselhos dos Direitos dos Idosos convivem com narrativas distintas sobre a velhice e discutem a trama de questões e demandas envolvidas no funcionamento destes Conselhos.

Em seguida foram agrupados textos e entrevistas dos Ex Presidentes do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI). O Professor Álvaro Fontes da Silva Neto discorre sobre as Conquistas do CNDI e seus novos desafios. O Dr. Perly Cipriano destaca o papel dos conselhos como controle democrático. O Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos traz importante síntese e análise sobre os principais instrumentos legais de garantia dos direitos da pessoa idosa. A Dra. Karla Cristina Giacomini oferece contribuições para a reflexão traçando um panorama Crítico dos 10 anos do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso.

O próximo bloco traz contribuições de conselheiros do CNDI. Ana Maria Angela Bravo Villalba, Secretária da Cidadania

e da Diversidade Cultural do MinC apresenta um texto/relatório sobre a inclusão cultural da pessoa idosa nos programas e ações do MinC. Irmã Terezinha Tortelli, Coordenadora Nacional da Pastoral da Pessoa Idosa detalha as particularidades de sua experiência frente à Pastoral da Pessoa Idosa. Marcos Wandresen, Conselheiro Titular do CNDI, apresenta os desafios para o alcance de um envelhecimento digno no Brasil para o Século XXI. Por fim essa coletânea se encerra com a contextualização do tema Direitos da Pessoa Idosa em um marco histórico e apresenta os documentos legais sobre os direitos da pessoa idosa no Brasil, resultantes de longos processos de construção democrática da sociedade civil e do governo e recomendações nacionais e internacionais.

Concebido como uma construção coletiva, este livro se caracteriza como um documento de referência reunindo em sua narrativa, a história e as diretrizes resultantes dos dez anos de atividades do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso e da Coordenação Geral dos Direitos do Idoso, no Brasil. A ênfase do documento se dá exatamente no ponto de encontro dessas múltiplas presenças onde se fortalecem as bases para o desenvolvimento de práticas individuais e sociais que gerem ações e instrumentos em favor da promoção dos direitos da pessoa idosa.

*Neusa Pivato Muller*



# Informe Brasil



{ FESTA AO AMANHECER  
Maria Dorothea Albuquerque  
64 anos - São Paulo, SP  
Edição: 2011 }



# Informe Brasil

INFORME BRASIL PARA A III CONFERÊNCIA REGIONAL  
INTERGOVERNAMENTAL SOBRE ENVELHECIMENTO NA  
AMÉRICA LATINA E CARIBE

SÃO JOSÉ, COSTA RICA, 8 A 12 DE MAIO DE 2012.

## Introdução

O envelhecimento populacional representa a maior conquista da humanidade<sup>1</sup> e acredita-se que, em um futuro próximo, todos os países o experimentarão, ainda que em diferentes níveis de intensidade e de estrutura temporal<sup>2</sup>. Se, inicialmente, foi mais notável entre os países desenvolvidos, recentemente, surge como um grande desafio para os países em desenvolvimento: oitenta por cento do contingente de idosos do mundo estarão nestes países<sup>3</sup>.

O Brasil assiste a uma redução proporcional da população jovem e a um aumento na proporção e no número absoluto de idosos<sup>4</sup>. Essa dupla demanda – com a chegada de novos e a persistência de antigos problemas – em termos de políticas públicas, traduz-se em dilemas para os gestores<sup>5</sup> e em dificuldades para quem envelhece. Segundo as projeções das Nações Unidas, entre 2000 e 2050, a população idosa brasileira ampliará a sua importância relativa, passando de 7,8% para 23,6%, enquanto a jovem reduzirá de 28,6% para 17,2%, e a adulta de 66,0% para 64,4%. Todo o aumento se concentra na população idosa, intensificando

<sup>1</sup> ONU. Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento 1982. Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 1982, Viena (Áustria): Viena, 1982.

<sup>2</sup> ONU. Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento 1982. Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 2002, Madrid (Espanha): Madrid, 2002.

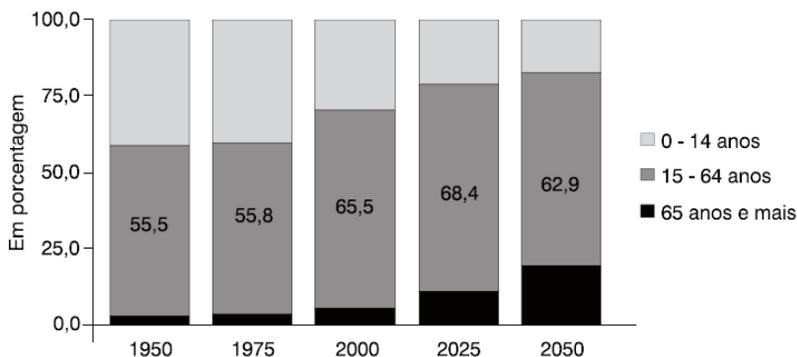
<sup>3</sup> LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva*. 2007; 4 (17): 135-140.

<sup>4</sup> VERAS, R. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. 2ª Ed. Rio De Janeiro: Remule-Dumará, 1994.

<sup>5</sup> LIMA-COSTA, M. F. F. & VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003, 19 (3): 700-701.

sobremaneira o envelhecimento demográfico brasileiro, com taxas médias de crescimento de 3,2% entre idosos e de 4% ao ano dos muito idosos (de 80 anos e mais). Até 2030/2040, a população idosa deve ampliar, momento a partir do qual as novas gerações nascidas sob os baixos níveis de fecundidade começam a se incorporar ao grupo e a determinar a trajetória do mesmo. Ainda assim, em 2050 a população de 65 anos e mais ascenderia a 38 milhões de pessoas, superando a de jovens. Em 2025, na população brasileira haverá mais de 50 adultos com 65 anos ou mais, por cada conjunto de 100 jovens menores de 15 anos. Em 2045, o número de pessoas idosas ultrapassará o de crianças<sup>6</sup>.

**Gráfico1- Distribuição da população por grupos etários Brasil – 1950-2050**



Fonte: Wong & Carvalho (2006), a partir de dados brutos das Nações Unidas (2003).

O Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso<sup>7</sup> definem como população idosa aquela com 60 anos ou mais. Essa definição

<sup>6</sup> WRONG, L. L. R. & CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. Revista Brasileira de Estudos Populacionais. 2006, Jan/Jun; 23(1): 5-26.

<sup>7</sup> A Lei nº. 8.842, de 04.01.1994, dispõe sobre a política nacional do idoso com o objetivo de assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. A Lei nº. 10.741 de 01.10.2003, regula os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

resulta numa heterogeneidade do segmento da população considerado idoso, acentuada pela constatação de que este o mesmo experimentou trajetórias diferenciadas que vão afetar as suas condições de vida. Tais trajetórias são fortemente marcadas pelas desigualdades sociais, regionais e raciais em curso no país. As políticas sociais podem reforçar essas desigualdades ou atenuá-las, bem como mitos, estereótipos e preconceitos em relação à população idosa.

Observa-se no Brasil, que a proporção da população “muito idosa”, ou seja, a de 80 anos ou mais no total da população brasileira está aumentando em ritmo bastante acelerado. Esse tem sido o segmento populacional que mais cresce, embora ainda apresente um contingente pequeno. De 170,7 mil pessoas em 1940, o contingente “mais idoso” passou para 2,9 milhões em 2010. Representava 14,3% da população idosa em 2010 e 1,5% da população total. Dada a contínua redução da mortalidade, especialmente nas idades avançadas, espera-se que esse contingente alcance, em 2040, o total de 13,7 milhões, o que significa 6,7% da população total e 24,6% da população idosa.<sup>8</sup>

**Gráfico 2 – Taxas de crescimento da população total e da população idosa - Brasil**



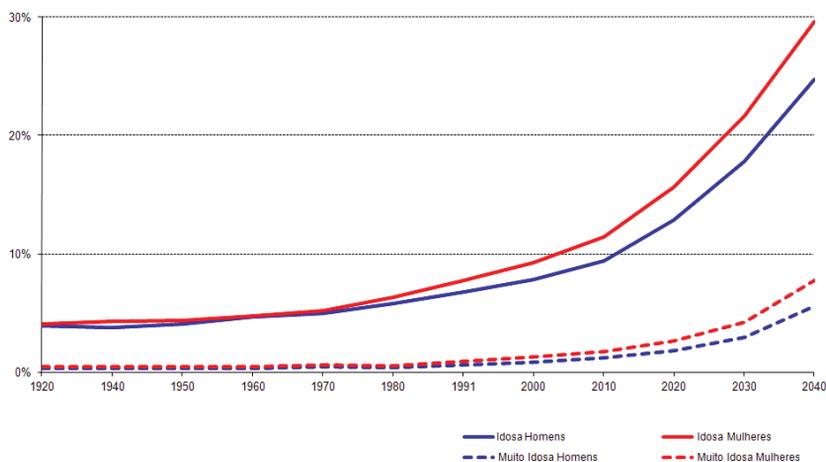
Fonte: IBGE/Censos Demográficos e Camarano e Kanso (2009).

<sup>8</sup> CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados. Rio de Janeiro: Ipea, 2009 (Texto para Discussão, n. 1.426).

## A Feminização da Velhice

Em 2010, dos mais de 20 milhões de idosos 55,5% eram do sexo feminino. A menor mortalidade da população feminina explica esse diferencial na composição por sexo e faz com que a população feminina cresça a taxas mais elevadas do que a masculina. Como consequência, quanto “mais velho” for o contingente estudado maior a proporção de mulheres.

**Gráfico 3 – Proporção da população brasileira idosa e muito idosa por sexo**



Fonte: IBGE/Censos Demográficos e Camarano e Kanso (2009).

A predominância feminina entre os idosos no Brasil, é um fenômeno tipicamente urbano. Nas áreas rurais, predominam os homens. A maior participação das mulheres no fluxo migratório rural urbano explica essa diferença<sup>9</sup>. Isto implica em necessidades

<sup>9</sup> CAMARANO, Ana Amélia; ABRAMOVAY, Ricardo (1998). Êxodo Rural, Envelhecimento e Masculinização no Brasil: Panorama dos últimos 50 anos. In: *Revista Brasileira de Estudos Populacionais (RBEP)*, 15, 2, jul./dez 98, pp. 45-6;

CAMARANO, A. A. Mulher Idosa: suporte familiar ou agente de mudança. *Revista de Estudos Avançados*. São Paulo: IEA, 2003, p. 35-64;

BERCOVICH, Alicia M. (1993). Características regionais da população idosa no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*. Campinas, v.10, n. 1/2, p. 125-143.

distintas de cuidados para a população idosa. A predominância masculina nas áreas rurais pode resultar em isolamento e abandono das pessoas idosas<sup>10</sup>.

Relativamente elevada é a proporção de mulheres no Brasil morando sozinhas, aproximadamente 25,8%, em 2009, e de residentes na casa de “outros parentes”, 15,3%.<sup>11</sup> As mulheres também predominam entre os residentes nas Instituições de Longa Permanência; e constituem aproximadamente 57,6% dos residentes<sup>12</sup>. Além disso, embora vivam mais do que os homens, passam por um período maior de debilitação física antes da morte do que eles<sup>13</sup>, tornando-as mais dependentes de cuidado, apesar de serem as tradicionais “cuidadoras”. O cuidado com membros dependentes da família é determinado pelas trocas intergeracionais e com fortes características de gênero<sup>14</sup>. Cuidar de netos é, em geral, visto como uma extensão do trabalho doméstico feminino.

Por outro lado, as mulheres, mais do que os homens, participam de atividades extradomésticas, de organizações e movimentos de mulheres, fazem cursos especiais, viagens e trabalho remunerado temporário. Diferentemente do que fizeram na sua vida adulta, progressivamente assumem o papel de chefes de família e de

<sup>10</sup> CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; MELLO, Juliana Leitão. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, Ana Amélia (org). Os Novos Idosos Brasileiros: Muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

SAAD, Paulo Murad. Transferências de apoio entre gerações no Brasil: um estudo para São Paulo e Fortaleza. Setembro 1999. mimeo.

SAAD, Paulo Murad. Transferência de Apoio Intergeracionais no Brasil e na América Latina. In: CAMARANO, Ana Amélia (org). Os Novos Brasileiros: Muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

<sup>11</sup> “Outros parentes” pode significar mãe, sogras, irmãs ou outro tipo de parente.

<sup>12</sup> CAMARANO, Ana Amélia (2010) Options for Long-Term Care in Brazil: Formal or Informal Care? Mimeo.

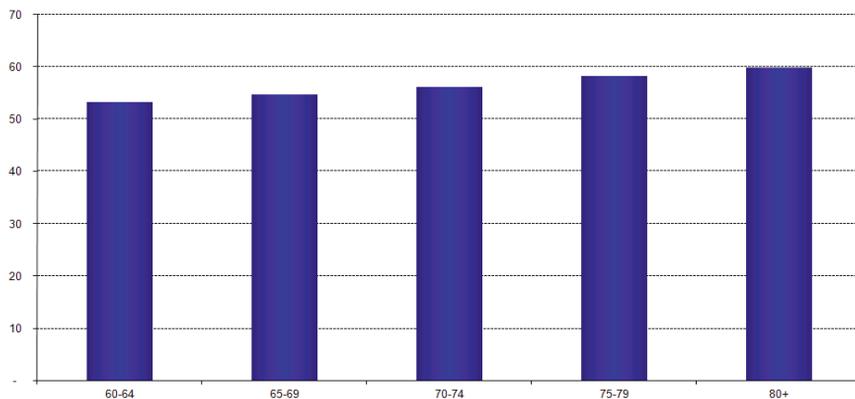
<sup>13</sup> NOGALES, Ana Maria Vasconcelos. A Mortalidade da População Idosa no Brasil, in: Como Vai? População Brasileira. Ano III nº 3. IPEA. Brasília, Dezembro 1998. pp 24-32.

CAMARANO, Ana Amélia, PASINATO, MARIA TEREZA e LEMOS, VANESSA REGINA (2007) Cuidados De Longa Duração Para A População Idosa: Uma Questão De Gênero? In: Anita Liberalesso Neri. (Org.). Qualidade de vida na velhice. Enfoque multidisciplinar. Campinas: Alinea, 2007.

<sup>14</sup> CAMARANO, A. A. Final coments: Well Beyond 60 years of age, but how?. In: Ana Amélia Camarano. (Org.). Sixty plus: the elderly Brazilians and their new social roles. 1 ed. Rio de Janeiro, 2005, v. 1, p. 571-578.

provedoras<sup>15</sup>. Já homens mais velhos têm maiores dificuldades de se adaptarem à saída do mercado de trabalho<sup>16</sup>.

**Gráfico 4 – Proporção de mulheres na população idosa por grupos de idade - Brasil, 2010**



Fonte: Camarano e Kanso (2009).

## A Inserção do Idoso na Família

Um primeiro ponto a destacar na análise da inserção do idoso na família<sup>17</sup> é que, enquanto em 2009, apenas 11,4% da população brasileira tinha mais de 60 anos, em 27,9% dos domicílios brasileiros continham pelo menos uma pessoa nessas idades. Apresentam-se nos gráficos 5 e 6 a distribuição percentual dos idosos e das idosas, respectivamente, segundo sua condição no domicílio em 2002 e 2009. Essa posição é bastante influenciada pelo

15 CAMARANO, A.A. Mulher Idosa: suporte familiar ou agente de mudança. *Revista de Estudos Avançados*. São Paulo: IEA, 2003, p.35-64.

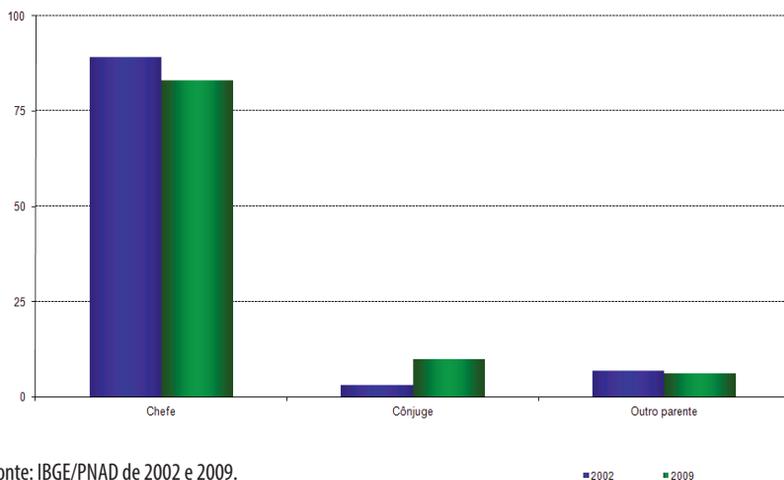
16 SIMÕES, J. A "Provedores e Militantes: Imagens de homens aposentados na família e na vida pública" In Peixoto, C.E. (org.) *Família e Envelhecimento*, Rio de Janeiro, UERJ/FGV, 2004.

17 Referimo-nos a famílias como unidade de análise, ou seja, o domicílio tal como definido pelo IBGE. Para uma discussão sobre esta questão, ver MEDEIROS, Marcelo; OSÓRIO, Rafael. *Mudanças nas Famílias Brasileiras: A Composição dos Arranjos Domiciliares entre 1978 e 1998*. Brasília: IPEA, 2002 (Texto para Discussão n. 886).

sexo. A grande maioria dos idosos do sexo masculino chefiava as suas famílias, proporção esta que experimentou uma queda entre 2002 e 2009, passando de 89,2% para 83,1%. Chama-se a atenção para o aumento da proporção de homens na condição de cônjuges, que embora bastante baixa, experimentou um significativo aumento; cresceu de 3,2% em 2002 para 10,0% em 2009. Este aumento foi resultado da redução da proporção de homens classificados na condição de “chefes”.

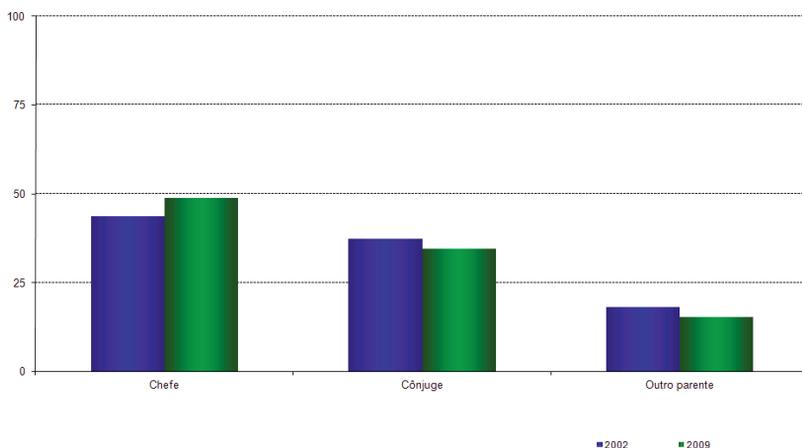
A posição das mulheres nos domicílios é bastante diferente da posição dos homens. Por exemplo, em 2002, entre as mulheres idosas predominavam as cônjuges. Em 2009, a chefia de família passou a ser o seu status predominante. Observou-se uma pequena redução na proporção de mulheres cônjuge e uma substancial na de mulheres classificada como “outros parentes”. Esta última passou de 18,1% para 15,3%, sugerindo uma redução da dependência dos idosos sobre a família.

**Gráfico 5 - Distribuição percentual dos homens idosos pela sua posição no domicílio**



Fonte: IBGE/PNAD de 2002 e 2009.

**Gráfico 6 - Distribuição percentual das mulheres idosas pela sua posição no domicílio**



Fonte: IBGE/PNAD de 2002 e 2009.

As menores proporções de “outros parentes” podem indicar melhores condições de renda, saúde e capacidade funcional, sugerindo uma redução da dependência dos idosos sobre a família. Na verdade, mais do que uma redução na dependência, outros dados sugerem uma inversão na direção desta. Foi observado que as famílias brasileiras com idosos estão em melhores condições econômicas do que as demais. Para isso, reconhece-se a importância dos benefícios previdenciários que operam como um seguro de renda vitalício. Em muitos casos, constitui-se na única fonte de renda das famílias. Isso se verifica mesmo quando se consideram estruturas familiares por nível de renda<sup>18</sup>.

Uma maneira de avaliar o papel que os idosos vem assumindo em termos de apoio às famílias onde estão inseridos é através da

<sup>18</sup> CAMARANO, Ana Amélia; BELTRÃO, Kaizô Iwakami; PASCOS, Ana Roberta Pati; MEDEIROS; Marcelo & GOLDANI, Ana Maria. Como vive o idoso brasileiro In: CAMARANO, A. A. (org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. IPEA. Rio de Janeiro, 1999.

CAMARANO, Ana Amélia e EL GHAOURI, Solange Kanso. *Famílias com Idosos: ninhos vazios?* IPEA: Texto para Discussão nº 950, Rio de Janeiro, 2003.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; MELLO, Juliana Leitão. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, Ana Amélia (org). *Os Novos Idosos Brasileiros: Muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

participação da sua renda na renda familiar. Em 2009, nas famílias que continham idosos, estes contribuíam com 64,8% da renda familiar. Se o chefe for idoso do sexo masculino, essa proporção aumenta para 73,4% e se a mulher idosa for chefe, ela passa para 68,9%. A participação da renda do idoso na renda familiar diminui com a idade, o que parece estar associado à redução da participação dos rendimentos do trabalho na renda do idoso<sup>19</sup>.

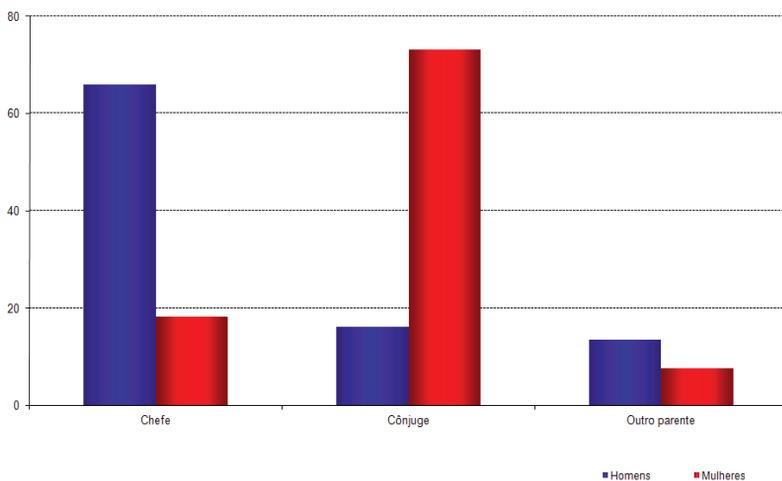
Quando os chefes homens dos domicílios apresentam dificuldades funcionais, é provável que suas cônjuges assumam o seu cuidado. Dentre estas cônjuges, 32,9% não tinham nenhum rendimento. Isso levanta a questão sobre quem são os dependentes nesses tipos de arranjos familiares. Aproximadamente a metade da renda destes domicílios era proveniente da renda do idoso. Em aproximadamente 54,9% destes, encontravam-se filhos adultos residindo. Estes podem depender da renda dos seus pais, assim como podem contribuir para o orçamento do domicílio e prestar algum cuidado. A sua contribuição para a renda domiciliar foi de 17,6%. Em outras palavras, os idosos com reduzida capacidade funcional são pessoas que provêem e demandam ajuda. Ou seja, está se falando de um sistema de transferências intergeracionais de duas direções, intermediado pelas políticas sociais.

Outra forma de vulnerabilidade da população idosa é a falta de rendimento como resultado da perda da capacidade laborativa. Dentre os idosos brasileiros, 9,1% encontravam-se nessa categoria. Destes 82,9% eram mulheres. Essa “vulnerabilidade” está provavelmente mais associada ao baixo status das mulheres no passado que ao efeito da idade. Isto fica mais claro quando se observa que 73,2% das mulheres sem rendimento são cônjuges (vide gráfico 7). Dentre os homens, mesmo dentre os sem rendimentos, predominavam os chefes de família.

---

<sup>19</sup> Vide Camarano e El Ghaouri, 1999.

**Gráfico 7 - Distribuição percentual dos idosos sem rendimento pela condição no domicílio - 2009**



Fonte: IBGE/PNAD de 2009.

Embora tenha se observado um crescimento expressivo de mulheres chefiando domicílios, este crescimento foi maior entre as mulheres negras, principalmente no caso de arranjos com filhos residentes. No entanto, apesar de se ter observado um aumento na participação tanto das mulheres negras, quanto brancas no mercado de trabalho, este foi mais expressivo para as últimas. Esses fatores provocaram algumas mudanças nas características dos domicílios brasileiros, alterando as relações tradicionais de gênero: mulher cuidadora e homem provedor, mas, também, de forma diferenciada. Por exemplo, a contribuição da renda das mulheres brancas no total da renda das famílias foi de 36,1% e, entre as negras, de 28,5%.

As mulheres negras se envolvem mais nas atividades domésticas, mesmo na condição de ocupadas, do que as brancas, o que sugere uma relação de gênero mais desigual entre as negras. Isto se verifica tanto quanto se considera a proporção de mulheres ocupadas que se dedicavam a afazeres e/ou o número médio de horas trabalhadas nestes afazeres. As diferenças na dinâmica demográfica

por raça, descritas acima, colocam para as políticas públicas desafios diferenciados, assim como o direito social de comunidades indígenas e outros povos tradicionais, que preservam suas especificidades étnicas e culturais e inserção diferenciada na sociedade brasileira. Um deles é o envelhecimento populacional. Observou-se por exemplo, que o envelhecimento da população branca estava mais avançado do que o da população negra, o que pode ser explicado pela mais baixa fecundidade do primeiro grupo. A proporção da população negra de 60 anos e mais no total da sua população foi de 9,7% e a da branca de 13,1% em 2009.

## Mortalidade

A esperança de vida ao nascer da população brasileira masculina aumentou 3,9 anos entre 2000 e 2009. Os ganhos experimentados pelas mulheres foram mais expressivos, 4,1 anos. Estas apresentaram, em 2009, uma esperança de vida ao nascer superior em 7,8 anos à masculina (vide Tabela 1).

**Tabela 1 – Esperança de vida ao nascer ( $e_0$ ), aos 60 anos ( $e_{60}$ ) e idade média ao morrer por sexo**

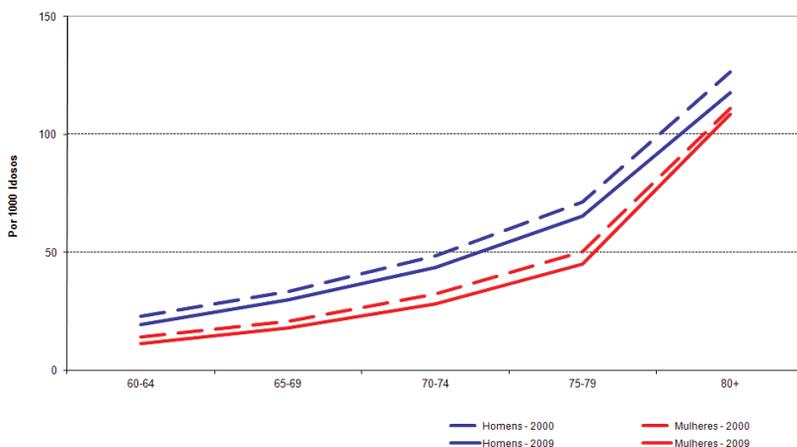
	2000	2009
Homens		
$e_0$	67,2	71,1
$e_{60}$	18,0	21,0
Idade média ao morrer	68,7	70,5
Mulheres		
$e_0$	74,8	78,9
$e_{60}$	21,3	24,7
Idade média ao morrer	71,0	73,3

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 1980, 1991 e 2000; Ministério da Saúde (DATASUS/SIM)

Em termos relativos, os ganhos na esperança de vida da população idosa foram maiores do que os obtidos pela população total. Foram, também, maiores entre as mulheres, 3,3 anos, que entre os homens, 3,0 anos. Esses dados indicam que, em 2009, um homem que completava 60 anos poderia esperar viver mais 21,0 anos e uma mulher mais 24,7 anos.

O aumento da sobrevida da população idosa deveu-se à redução das taxas de mortalidade desta população. Entre os homens, a taxa de mortalidade passou de 57 óbitos por mil habitantes em 1980 para 45 em 2009; uma redução de aproximadamente 22%. Variação relativa ligeiramente mais elevada foi encontrada entre as mulheres, 24,3%, embora as taxas femininas sejam bem mais baixas que as masculinas. A redução dos níveis de mortalidade foi observada para todas as faixas etárias consideradas e para ambos os sexos (Gráfico 8). Esta redução foi crescente com a idade, o que pode ser em parte explicada pelos maiores valores das taxas de mortalidade da população idosa. Uma das conseqüências disso é o envelhecimento da população idosa.

**Gráfico 8 - Taxas específicas de mortalidade da população idosa brasileira**



Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1980, 1991 e 2000; PNAD de 2009.

## As Causas de Morte entre a População Idosa

O perfil por causas de morte da população idosa por sexo referente aos anos de 2002 e 2009 é apresentado na Tabela 2. Foram consideradas as sete causas de morte mais importantes. Destaca-se, em primeiro lugar, a melhoria na qualidade das informações sobre causas de óbitos. A proporção de óbitos por causas mal definidas entre a população de 60 anos ou mais passou de 16,2% dos óbitos masculinos em 2002 para 7,7% em 2009. Valores bastante similares foram encontrados para as mulheres.

De uma maneira geral, pode-se dizer que o perfil de causas de morte dos idosos brasileiros não difere muito por sexo. Entre as causas declaradas, observa-se que em 2009, as neoplasias aparecem como a principal causa de morte para homens e mulheres idosos. A proporção de óbitos masculinos por essa causa passou de 16,1% em 2002 para 18,4% em 2009. As proporções comparáveis para as mulheres foram 12,5% e 14,5%, 2002 e 2009, respectivamente. O grande crescimento desta proporção foi devido, principalmente, à redução da proporção de óbitos causas mal definidas e, também, por doenças cerebrovasculares e isquêmicas (ver Tabela 2).

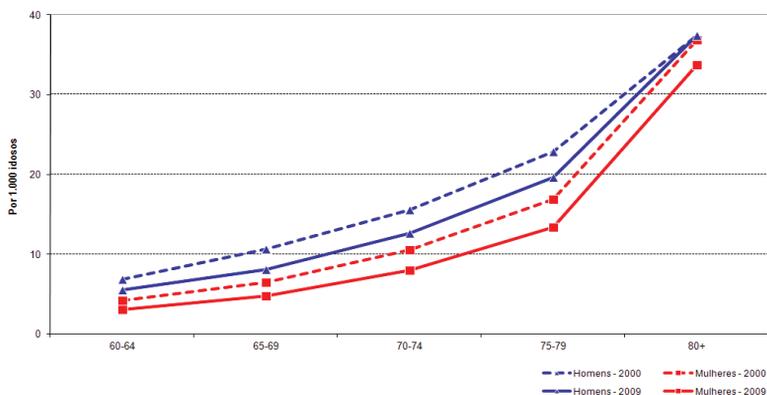
**Tabela 2 - Distribuição percentual dos óbitos idosos segundo determinadas causas de morte e sexo - Brasil - 2002 e 2009**

	Homens		Mulheres	
	2002	2009	2002	2009
Doenças cerebrovasculares	11,6	11,4	11,6	11,8
Doenças isquêmicas	11,1	11,4	9,6	9,5
Doenças hipertensivas	3,0	4,8	3,8	5,7
Diabetes mellitus	3,8	5,0	5,9	7,1
Pneumonia	3,6	5,2	4,1	6,1
Neoplasias	16,1	18,4	12,5	14,5
Causas Externas	3,4	3,9	1,8	2,4
Causas mal definidas	16,2	7,7	15,1	7,4
Outras Causas	31,2	32,1	35,6	35,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Ministério da Saúde (SIM).

Nogales (1998) constatou que a elevação da participação relativa dos óbitos por neoplasias foi acompanhada por um aumento nas suas taxas de mortalidade. Observou-se em 2009 que a sobremortalidade masculina por esse grupo de causas é elevada, sobretudo no grupo etário 60-74 anos; foi de 1,3 óbitos masculinos para cada óbito feminino. A segunda causa mais importante, também para homens e mulheres, foram as doenças cerebrovasculares. Estas foram responsáveis por 11% e 12% do total de óbitos ocorridos na população idosa em 2002 e 2009, respectivamente. Em terceiro lugar em importância como causa de morte, colocam-se para homens e mulheres, as mortes provocadas por doenças isquêmicas cuja participação no total de óbitos também não registrou significativas variações no período analisado (ver Tabela 2). Em contrapartida, observa-se que além das neoplasias, os demais grupos de causas de morte tiveram a sua participação relativa aumentada. Entre eles, destacam-se as diabetes mellitus e pneumonia, também entre os homens e mulheres. A queda da mortalidade por doenças do aparelho circulatório parece ter sido a grande responsável pela redução da mortalidade entre a população idosa brasileira (ver Gráfico 9).

**Gráfico 9 - Taxas específicas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório segundo sexo – Brasil**



Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2000 e PNAD de 2009; Ministério da Saúde (SIM).

É necessário observar, que além da fecundidade mais elevada entre a população negra, outra diferença importante na dinâmica demográfica é no perfil da mortalidade tanto por idade quanto por causas. Os óbitos da população branca estão mais concentrados nas idades avançadas relativamente aos da população negra, o que sugere um menor tempo vivido por esta última.

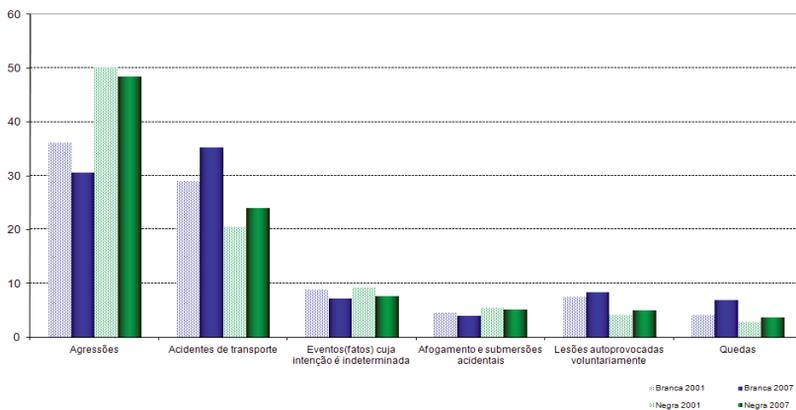
Nesta, observa-se uma proporção bem mais elevada de óbitos entre a população de 15 a 29 anos, que pode ser explicada pelo fato da população negra ser mais afetada pelas causas externas. Isto é mais marcado entre a população masculina. Para as mulheres essa causa não aparece entre as cinco principais causas em nenhum dos dois grupos raciais.

Observou-se que para os homens, a segunda causa mais importante de morte entre os negros foram as externas e entre os brancos, as neoplasias. Já a terceira causa para os negros foram as neoplasias e para os brancos, as externas.

Dentre as externas, as agressões (homicídios) foram a principal causa de morte tanto em 2001 quanto em 2007 para os negros e para os brancos em 2001. Enquanto para os negros, elas foram responsáveis por aproximadamente 50% das mortes por causas externas nos dois anos considerados, para os brancos, a proporção comparável foi inferior a um terço.

Esta proporção decresceu no período considerado e os acidentes de transporte passaram a ser responsáveis por 35,3% das mortes por causas externas entre os brancos e aproximadamente um quarto entre os negros. (Ver Gráfico 10)

**Gráfico 10 - Distribuição dos óbitos masculinos devido às causas externas por raça, sexo, segundo o tipo de causa - Brasil, 2001 e 2007 (médias móveis)**



Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

## Renda e Pobreza na Velhice

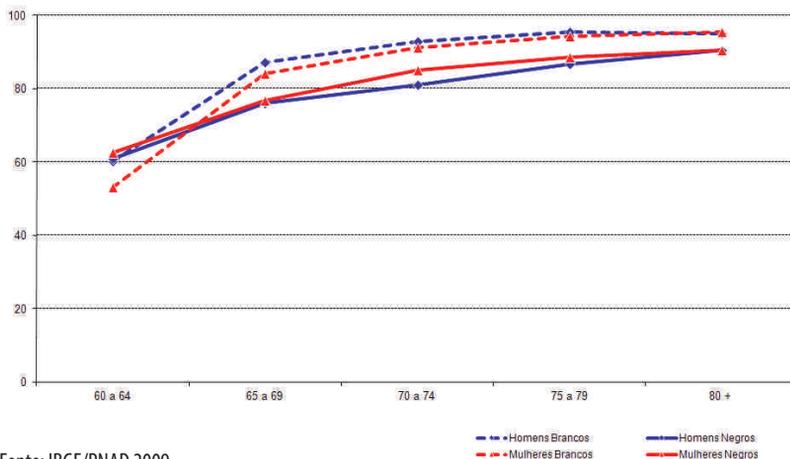
A população branca sempre foi majoritária no total da população brasileira. O Censo Demográfico de 2010 mostrou que, neste ano, a população negra superou a branca. Foram encontradas 97 milhões de pessoas que se declararam negras, ou seja, pretas ou pardas, e 91 milhões de pessoas brancas. Isso pode ser decorrente da mais elevada fecundidade observada entre as mulheres negras, mas, também, de um possível aumento de pessoas que se declararam pardas em relação aos censos anteriores.

Os benefícios da seguridade social – previdência urbana, previdência rural, assistência social e as pensões por morte – cobriam 77,3% da população idosa negra e 78,3% da branca em 2009, ou seja, aproximadamente 16,6 milhões de idosos.<sup>20</sup> Este percentual era aproximadamente igual entre homens e mulheres. Pode se observar, no gráfico 5, que a proporção de beneficiários cresceu com a idade

<sup>20</sup> Aqui estão considerados apenas os beneficiários com idade igual ou superior a 60 anos.

e as diferenças entre sexos diminuíram com ela. Aos 80 anos e mais, 95,5% da população branca recebia algum benefício da seguridade social, enquanto a proporção comparável para os negros foi de 90,5%, o que permite concluir pela universalidade do sistema. (Ver gráfico 11).

**Gráfico 11 - Proporção de idosos que recebem benefício da seguridade social por idade e sexo segundo raça - Brasil, 2009**

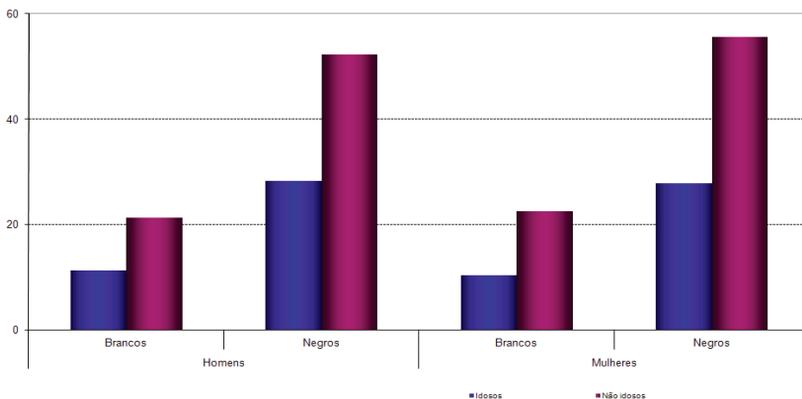


Fonte: IBGE/PNAD 2009.

Como o piso para o benefício social estabelecido pela Constituição Federal de 1988 é de um salário mínimo, uma das consequências da ampliação da cobertura da seguridade social é uma proporção menor de pobres<sup>21</sup> entre os idosos comparativamente aos não idosos. Isto se verifica para os dois grupos populacionais, mas a proporção da população negra pobre, quer seja idosa ou não, é mais elevada que a comparável branca. (Ver gráfico 12)

<sup>21</sup> Foi definido como pobreza as pessoas que residiam em domicílios com renda domiciliar per capita menor ou igual a meio salário mínimo.

**Gráfico 12 - Proporção de idosos e não idosos por sexo que residem em domicílios com renda per capita menor ou igual a 1/2 salário mínimo - Brasil, 2009**

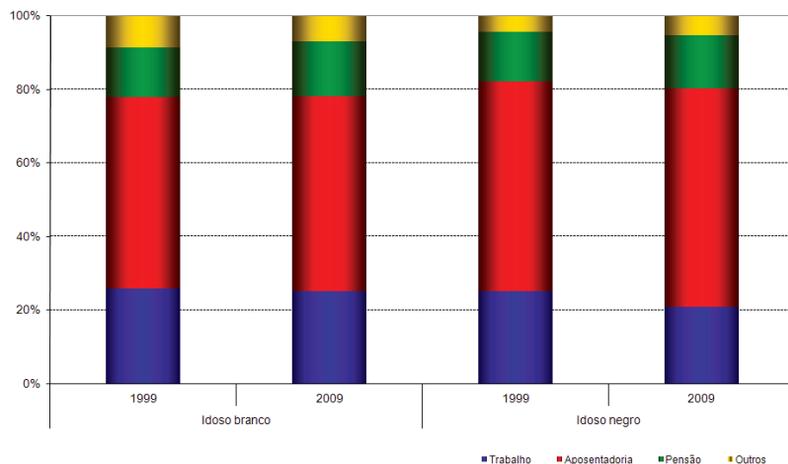


Fonte: IBGE/PNAD de 2009.

Embora a parcela mais importante da renda dos idosos seja originária da seguridade social, cuja contribuição tem aumentado ao longo do período considerado, o trabalho aporta também uma parcela expressiva na sua renda, em especial dos brancos, 25,1% em 2009. Para os negros a contribuição foi de 20,9% (Gráfico 13). Esta proporção é bem mais elevada, quando se considera apenas a contribuição dos homens.

Uma das consequências da ampliação da cobertura da seguridade social é uma proporção menor de pobres entre os idosos comparativamente aos não idosos. Isto se verifica para os dois grupos populacionais, mas a proporção da população negra pobre, quer seja idosa ou não, é mais elevada que a comparável branca. Sumarizando, a população negra predomina na população brasileira, é mais jovem, tem mais filhos, mais pobre e está mais exposta a mortalidade por causas externas, especialmente, homicídios.

**Gráfico 13 - Composição da renda população idosa segundo a raça - Brasil, 1999 e 2009.**



Fonte: IBGE/PNAD de 1999 e 2009.

Conforme exposto acima, a perspectiva de envelhecimento populacional modifica a participação dos grupos na vida econômica, ou seja, se interfere na economia do país, modifica em cadeia as várias relações e políticas. O envelhecimento populacional desafia as famílias e a sociedade a encontrar soluções para estas questões que são tanto legais quanto éticas; tanto familiares e restritas ao âmbito privado, quanto dependentes diretas das políticas públicas de seguridade social, políticas urbanas, políticas sociais, políticas de trabalho e emprego, de sustentabilidade do meio ambiente, de mobilidade urbana e de acessibilidade, de ações intergeracionais e pluriculturais, para homens e mulheres, de todas as etnias, orientação sexual, de qualquer condição social.

Portanto, após esse breve panorama do envelhecimento no Brasil, o presente documento reúne as principais informações disponíveis acerca das diretrizes e políticas em desenvolvimento no Brasil, com vistas a atender e promover os direitos humanos das pessoas idosas.

# Mapeamento das Políticas, Programas e Projetos para a Pessoa idosa – Governo Federal

## Promoção dos Direitos Humanos dos Idosos

Nos últimos anos, o governo brasileiro tem promovido grandes avanços institucionais e nas políticas públicas voltadas à promoção dos direitos humanos das pessoas idosas. Devido ao engajamento do governo federal e à mobilização dos próprios idosos e da sociedade civil, foi possível estruturar políticas mais abrangentes para a promoção e efetivação dos direitos dos idosos, e criar instituições adequadas para tal.

A Política Nacional do Idoso é, desde 2009, coordenada pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República – SDH/PR. Este processo reflete a ampliação do escopo das políticas públicas voltadas à pessoa idosa, partindo de um viés mais restrito à assistência e à garantia de renda e culminando numa visão integral das pessoas idosas como detentoras de direitos, incluindo saúde, educação, emprego, lazer, moradia, entre outros.

Nesse mesmo ano, foi instituído o terceiro Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH-3, por meio do Decreto Presidencial nº 7.037, de 21 de dezembro de 2009, o qual, em observância ao Pacto Federativo (que sinaliza as responsabilidades dos três Poderes – Executivo, Legislativo e Judiciário – , do Ministério Público e da Defensoria Pública, bem como os compromissos das três esferas administrativas do Estado), previu em um de seus eixos orientadores objetivos estratégicos e ações programáticas que contemplassem a questão da “valorização da pessoa idosa e promoção de sua participação na sociedade”.

No ano de 2011, objetivando a implementação do PNDH-3, foi assinado o Termo de Cooperação com a Frente Nacional dos Prefeitos, cujas ações a serem desenvolvidas no decurso dos próximos

anos contemplam: a criação e o fortalecimento de Conselhos Municipais de Direito do Idoso, nos municípios de sua rede; a criação e o fortalecimento de Centros de Referência de Direitos Humanos, com vistas ao atendimento da população idosa, nos municípios de sua rede; promoção de campanha de divulgação do Estatuto do Idoso e de valorização da pessoa idosa, junto aos municípios e munícipes de sua rede; realização de mapeamento das boas experiências, de políticas públicas, na área do Idoso, junto aos municípios e munícipes de sua rede; realização de um Encontro Nacional de integração e de divulgação das boas experiências na área do Idoso.

A SDH/PR atua de forma transversal, incidindo nas políticas setoriais conduzidas pelos demais Ministérios para que incorporem as especificidades das pessoas idosas no desenho, formulação e implementação de suas políticas. Para a identificação das necessidades e demandas das pessoas idosas, foram realizadas a 2ª e a 3ª Conferências Nacionais dos Direitos da Pessoa Idosa, em 2009 e 2011, respectivamente. A partir de um amplo processo de consulta e participação popular, que envolveu representantes de todos os Estados e do Distrito Federal, foram debatidos os avanços e desafios na implementação da Política Nacional do Idoso.

Além disso, a SDH/PR é responsável pela elaboração do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa e pela divulgação do Estatuto do Idoso. A Secretaria tem apoiado a criação de Conselhos Municipais do Direito do Idoso, por meio de suporte técnico e financeiro.

Em 2010, foi criado o Fundo Nacional do Idoso, por meio da Lei n.º 12.213, de 20 de janeiro de 2010, e regulamentado por meio da Resolução n.º 07, de 01/10/2010 (publicada no Diário Oficial da União, em 23 de novembro de 2011), com o objetivo de financiar os programas e as ações relativas ao idoso com vistas em assegurar os seus direitos sociais e criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Cabe também à SDH/PR envidar esforços para o combate às situações de violência e de maus tratos contra idosos, objetivo para o qual foi formulado o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa. Criado com a participação do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, movimentos sociais e especialistas, o Plano prevê a criação de Centros de Apoio à prevenção e ao Enfrentamento a Violência contra Idosos, atividades de capacitação de gestores públicos, de gestores de instituições de longa permanência e de representantes do movimento social, além de pesquisas e estudos que permitem o aperfeiçoamento da ação estatal em benefício desse grupo populacional.

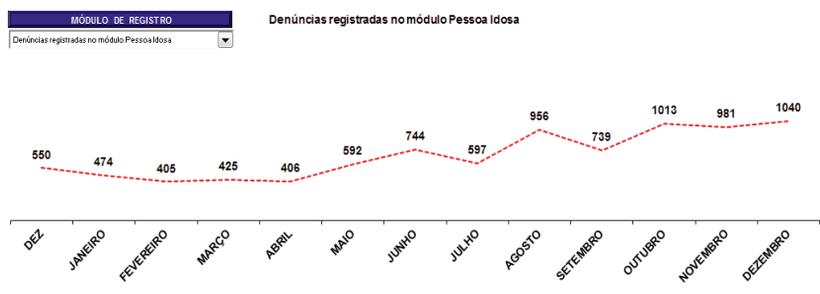
Além disso, visando à implementação do Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa e atendendo as recomendações de inúmeros encontros realizados em todo o país, foi criado, em 2012, o Curso de Formação Inicial Continuada (FIC) para Cuidadores de Idosos, cujo objetivo principal é capacitar profissionais para atuarem como cuidadores de idosos, no atendimento domiciliar, em casas de repouso, acompanhamentos particulares, asilos e/ou unidades básicas de saúde, assim como atualizar e/ou formalizar as habilidades de profissionais que já atuam na área. O curso prioriza a formação para um atendimento humanizado promovendo uma formação ética e profissional no atendimento ao idoso e suas necessidades.

Somente ano de 2011, o Disque 100 (Disque Direitos Humanos), serviço mantido pela SDH/PR para o recebimento de denúncias de violações de direitos humanos, recebeu 8.414 denúncias, nas quais foram relatadas 44.064 violações contra pessoas idosas. Nesse mesmo período foram realizados 23.998 encaminhamentos para a rede de atendimento, proteção e responsabilização presente nos estados e municípios.

Os principais parceiros para o recebimento das denúncias registradas no Módulo Idoso do Disque 100 são: Ministério Público, Delegacias de Polícia Civil Especializadas, serviços socioassistenciais

(CRAS/CREAS), Serviços Especializados de Atendimento ao Idoso Vítima de Violência (CIAPVI) e Conselhos Estaduais dos Direitos da Pessoa Idosa. (Ver gráfico 14)

**Gráfico 14 – Registros do Disque Direitos Humanos, módulo Pessoa Idosa – Dez. 2010 a Dez. 2011.**



Fonte: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República - SDH/PR, 2012.

Também no ano de 2011, a SDH/PR editou a Revista dos Direitos da Pessoa Idosa sobre o tema “O compromisso de todos por um envelhecimento digno no Brasil”.

Seu eixo foi a dignidade humana, propondo uma nova subjetividade dos direitos humanos. Outra importante ação em curso é o lançamento, ainda em 2012, do Compromisso pelo Envelhecimento Ativo, que visa conjugar esforços da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios, com a colaboração da sociedade civil, para a valorização, promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa.

O compromisso se orienta pelos seguintes eixos:

(I) emancipação e protagonismo;

(II) promoção e defesa de direitos; e

(III) informação e formação. Prevê a constituição de uma Comissão Interministerial com o objetivo de articular os órgãos e entidades envolvidos na implementação, monitoramento e avaliação das ações que integram o Compromisso.

# Seguridade Social

## Benefícios Contributivos

O direito dos cidadãos à previdência social está garantido no artigo 6º da Constituição Federal promulgada em 05 de outubro de 1988. Para cumprimento desta obrigação, existem hoje três modalidades de previdência, a saber: Regime Geral de Previdência Social – RGPS (trabalhadores do setor privado e funcionários públicos celetistas), Regimes Próprios de Previdência Social – RPPS (servidores públicos e militares), todos de caráter obrigatório, e a Previdência Complementar de caráter optativo.

**Tabelas 4 e 5 – Número de idosos que recebem benefícios do RGPS, por zona e sexo**

Faixa etária	Total	Clientela Urbana		
		Total Urbana	Masculino	Feminino
<b>Total</b>	<b>19.169.205</b>	<b>12.245.027</b>	5.268.559	6.972.597
60-64 anos	<b>4.103.087</b>	2.630.364	1.185.921	1.443.916
65-69 anos	<b>4.503.755</b>	3.036.666	1.458.095	1.577.940
a partir de 70 anos	<b>10.562.363</b>	6.577.997	2.624.543	3.950.741

Faixa etária	Total	Clientela Rural		
		Total Rural	Masculino	Feminino
<b>Total</b>	<b>19.169.205</b>	6.918.283	2.658.459	4.184.285
60-64 anos	<b>4.103.087</b>	1.471.607	569.419	899.687
65-69 anos	<b>4.503.755</b>	1.465.756	601.424	860.398
a partir de 70 anos	<b>10.562.363</b>	3.980.920	1.487.616	2.424.200

Fonte: Ministério da Previdência Social, 2012.

Conforme exposto nas Tabelas 4 e 5, 19.169.205 milhões de idosos recebem benefícios do RGPS, sendo 12.245.027 milhões de benefícios no meio urbano e 6.918.283 milhões de benefícios, no meio rural. O RGPS, por sua ampla área de atuação, tem um importante papel na vida da população brasileira, especialmente quanto ao seu impacto sobre o nível de pobreza.

Dados de 2009 apontam que a população brasileira teria cerca de 23 milhões a mais de pessoas abaixo da linha da pobreza se não existissem as transferências previdenciárias e esse problema se agravaria fortemente entre os idosos.

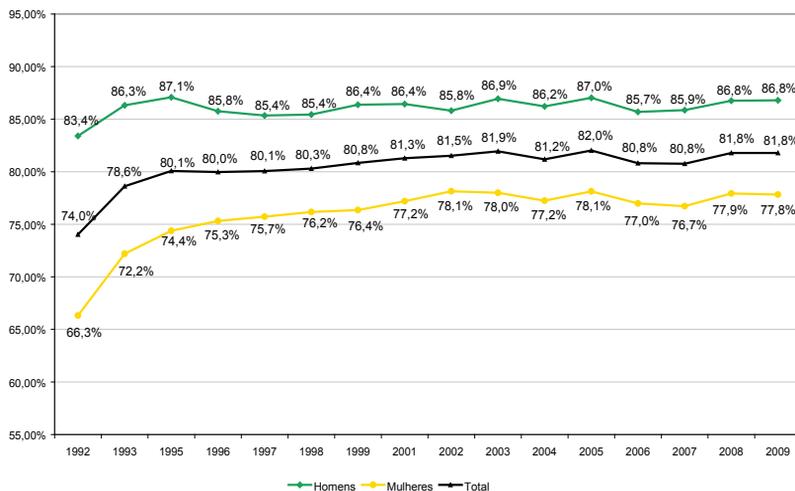
Em relação aos idosos, em que pesem o desequilíbrio que ainda persiste na proteção de homens e mulheres com 60 anos ou mais e algumas oscilações em determinados anos da série, os dados apontam para uma tendência de expansão da proteção previdenciária, ainda que nos anos mais recentes se observe uma relativa estabilidade do indicador (Gráfico 15).

Na série harmonizada, a parcela da população idosa protegida socialmente passou de 74,0% em 1992 para 81,8% em 2009. O recorte de gênero, por sua vez, evidencia que tais melhoras, especialmente aquelas ocorridas nos últimos anos, resultam em grande medida do aumento da proteção de idosos do sexo feminino, uma vez que a série referente aos homens idosos encontra-se relativamente estável desde 1993.

O aumento da cobertura entre as idosas pode ser resultado do incremento na participação das mulheres na população ocupada, fenômeno intensificado nas últimas décadas. No longo prazo, com tudo mais constante, a confirmação desta tendência pode reduzir as disparidades na proteção de homens e mulheres idosos.

A evolução destes indicadores de proteção previdenciária entre os idosos pode estar associada ainda à instituição da categoria de Segurado Especial, regulamentada em 1991, que possibilitou a expansão da cobertura previdenciária no meio rural.

**Gráfico 15 – Idosos de 60 anos ou mais que recebem aposentadoria e/ou pensão ou que contribuem para algum regime previdenciário - 1992 a 2009 (Em %)**



Fonte: PNAD/IBGE – 1992 a 2009 - Elaboração: SPS/MPS.

Além disso, valer mencionar que o comportamento positivo observado no período 1994-2009 pode estar relacionado também ao aumento do número de beneficiários da Lei Orçamentária da Assistência Social - LOAS, alterada pelo Estatuto do Idoso<sup>22</sup>.

Para continuar elevando o índice de cobertura entre as mulheres, foi realizada uma importante mudança legislativa em 2011, visando estimular a formalização de contribuintes facultativos, como é o caso das donas de casa.

A Lei nº 12.470, de agosto de 2011, alterou, dentre outros, o Artigo 21 da Lei nº 8.212 de julho de 1991, que dispõe sobre o Plano de Custeio da Previdência Social. Essa alteração estabelece alíquota diferenciada de contribuição para o segurado facultativo sem renda

<sup>22</sup> O Estatuto, vigente desde janeiro de 2004, reduziu - de 67 para 65 anos - a idade mínima para acesso ao benefício assistencial, além de ter flexibilizado o cálculo do limite máximo de ¼ de salário mínimo de renda familiar per capita, também necessário para a concessão do benefício de prestação continuada previsto na LOAS (Lei 8.472, de 07 de dezembro de 1993).

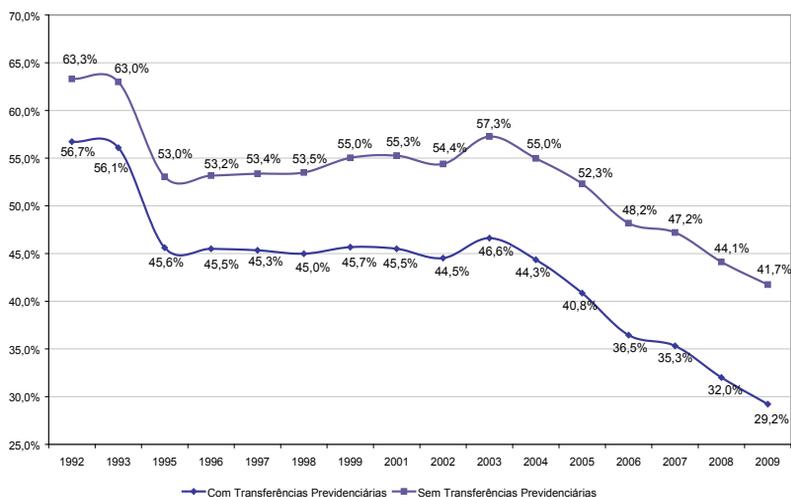
própria que se dedique exclusivamente ao trabalho doméstico no âmbito de sua residência, desde que pertencente a família de baixa renda. Sob essa regra, o segurado abre mão do direito ao benefício de aposentadoria por tempo de contribuição em favor de poder passar a contribuir com apenas 5% do limite mínimo mensal do salário de contribuição, no caso o salário mínimo nacional.

No âmbito dessa nova lei, considera-se família de baixa renda aquela inscrita no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) cuja renda mensal familiar não ultrapasse 2 salários mínimos. Pode-se observar que os benefícios pagos pela Previdência Social produzem impactos significativos sobre o nível de pobreza da população brasileira (assumindo como condição de pobreza a percepção de rendimento domiciliar *per capita* inferior a meio salário mínimo).

O Gráfico 16, baseado na série harmonizada, mostra a evolução proporcional do contingente de pobres desde 1992 até 2009, conforme se considera ou não a renda previdenciária. Em 1992, o percentual de pobres em relação à população de referência, em se considerando a renda proveniente de benefícios previdenciários, era de 56,7%, contra 63,3% excluindo-se o impacto da previdência; em 2009, esses percentuais, respectivamente, passaram a ser de 29,2% e de 41,7%.

A distância entre as duas linhas evidencia o impacto da Previdência sobre a pobreza no período de 1992 a 2009, impacto esse que, com base na evolução positiva dessa distância, tem sido crescente.

**Gráfico 16 - Percentual de Pessoas com menos de ½ salário mínimo de renda domiciliar per capita, com e sem a renda previdenciária – Linha de Pobreza = 1/2 salário mínimo de set/2009 (INPC) – 1992 a 2009**

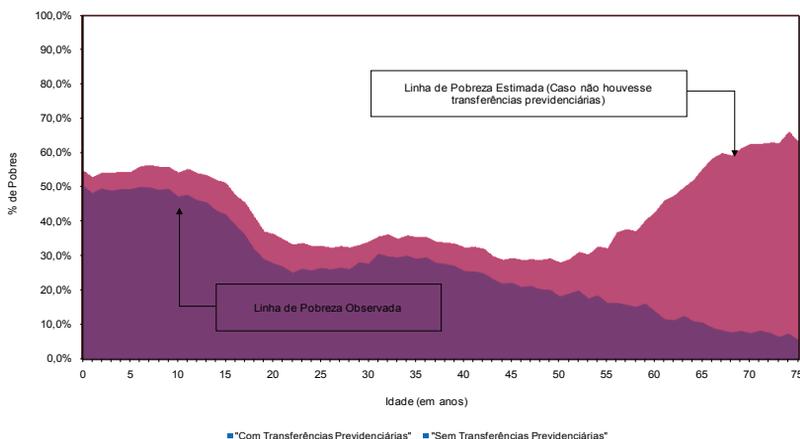


Fonte: PNAD/IBGE – 1992 a 2009. Elaboração: SPS/MPS.

O Gráfico 17, por sua vez, mostra que o impacto das transferências previdenciárias sobre a pobreza se concentra na população idosa, tendo em vista o foco da Previdência Social na garantia de renda para o trabalhador em idade avançada. Portanto, a pobreza diminui com o aumento da idade (área verde inferior), chegando ao limite inferior de 10% para a população com 70 anos de idade ou mais.

Caso as transferências previdenciárias deixassem de ser realizadas, haveria um ponto a partir do qual a pobreza voltaria a aumentar, chegando a quase 70% para a população com idade acima de 70 anos.

**Gráfico 17 - Percentual de Pessoas com menos de ½ salário mínimo de renda domiciliar per capita no Brasil por idade, considerando e não considerando a renda previdenciária.**



Fonte: PNAD/IBGE – 2009. Elaboração: SPS/MPS.

## **Benefícios Não-Contributivos: O Benefício de Prestação Continuada**

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um benefício da Política de Assistência Social, individual, não vitalício e intransferível, que integra a Proteção Social Básica. É um direito de cidadania que garante a proteção social não contributiva da Seguridade Social. 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 ao BPC.

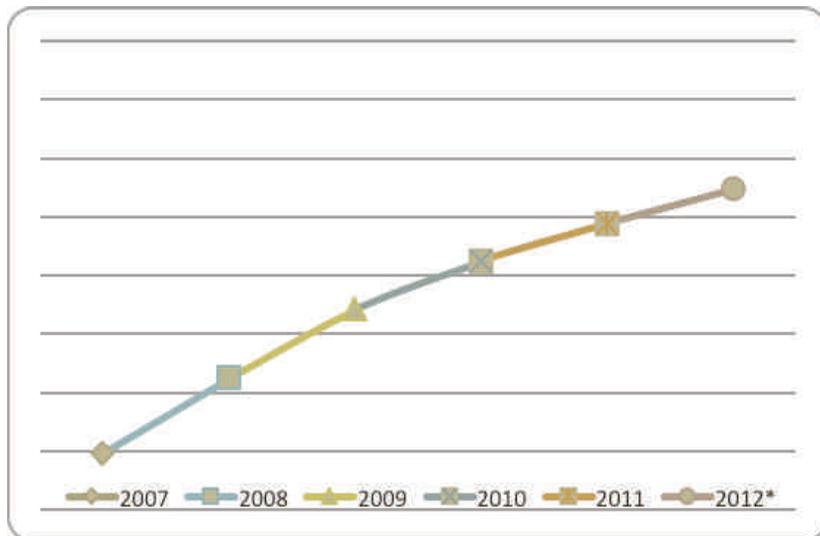
Trata-se de um direito previsto na Constituição Federal de 1988, no valor de um salário mínimo destinado a pessoas idosas, a partir de 65 anos, e a pessoas com deficiência que, em ambos os casos, sejam incapazes de prover a própria manutenção ou tê-la provida por sua família. A renda per capita da família deve ser inferior a ¼ do salário mínimo.

**Tabela 6 - Número de idosos atendidos pelo BPC – BRASIL: 2007 a 2011**

Ano	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
Idosos Atendidos	1.295.716	1.423.790	1.541.220	1.623.196	1.687.826	1.746.808

\*Os dados referentes a 2012 são projeções.

Fonte: SPS/MPS.

**Gráfico 18 - Cobertura do BPC – BRASIL: 2007 a 2012.**

Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Em 2011, o BPC atendeu 1.687.826 beneficiários idosos, repassando cerca de R\$ 10,82 bilhões. Verifica-se grande evolução do volume de gastos com o BPC desde sua criação em 2006 e o aumento da sua cobertura (tanto para idosos quanto para pessoas com deficiência) nos últimos anos. Para o ano de 2012, estima-se que o BPC atenda cerca de 1,75 milhões de idosos, com repasse total de cerca de R\$ 12,83 bilhões.

## Programa Brasil Sem Miséria

Em 2011, foi lançado o Programa Brasil Sem Miséria, que visa reduzir os índices de pobreza extrema no país – definida como a população com rendimento familiar médio per capita de até R\$ 70,00 por mês. O Programa articula as ações de transferência condicional de renda – o Programa Bolsa Família – à capacitação profissional e à ampliação do acesso desses cidadãos aos serviços públicos oferecidos pelo Estado, a partir de uma visão multidimensional e integrada da extrema pobreza.

A ampla cobertura dos benefícios previdenciários e do Benefício de Prestação Continuada, conforme descritos anteriormente, reduz o grau de pobreza entre as pessoas idosas. Muitas delas, inclusive, são os principais provedores em suas famílias, que com frequência têm somente esses benefícios como fonte regular de recursos. Assim, apenas 5,1% das pessoas em situação de extrema pobreza são idosas, conforme os dados da Tabela 7 abaixo. Entretanto, há importantes diferenças regionais, que deverão ser levadas em consideração na implementação do desenho. Esse é o caso, por exemplo, do índice de pessoas idosas em extrema pobreza em áreas urbanas da região sudeste (15% do total regional).

### Equipamentos e Serviços da Assistência Social voltados à Pessoa Idosa

O principal equipamento do Serviço Único de Assistência Social (SUAS) são os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS); são 7.214 unidades em 5.411 municípios do território brasileiro, o que representa 97,2% de cobertura. O CRAS é responsável pela oferta do principal serviço socioassistencial, o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), que visa fortalecer a função protetiva da família, prevenindo a ruptura de vínculos familiares e comunitários. Um dos serviços ofertados pelos CRAS, complementar ao PAIF, é o Serviço de Convivência e

Fortalecimento de Vínculos (SCFV), que visa prevenir as situações de risco social ao ampliar trocas culturais e de vivências, desenvolver o sentimento de pertença e de identidade, fortalecer vínculos familiares e incentivar a socialização e a convivência comunitária. Este serviço é organizado por ciclos de vida.

O SCFV para Idosos tem como foco o desenvolvimento de atividades que contribuam para o processo de envelhecimento saudável, para o desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades, para o fortalecimento dos vínculos familiares e para o convívio comunitário. Incluem atividades artísticas, culturais, esportivas e de lazer que valorizam suas experiências e estimulam e potencializam a condição de escolher e decidir, bem como a participação social. Os usuários do serviço são idosos em situação de vulnerabilidade social.

Segundo o Censo SUAS 2011, o SCFV para idosos está presente em 5.424 Centros de Referência do país. Este total reflete a realidade de todos os estados da federação, cujos CRAS ofertam, em sua grande maioria, o SCFV para idosos, sendo o serviço de convivência mais ofertado pela Proteção Social Básica dos municípios e DF.

Outro serviço ofertado pela assistência social, no âmbito municipal, é o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas, que visa contribuir com a promoção do acesso de pessoas com deficiência e pessoas idosas a toda a rede socioassistencial, bem como aos serviços de outras políticas públicas, entre elas educação, trabalho, saúde, transporte especial e programas de desenvolvimento de acessibilidade, serviços setoriais e de defesa de direitos entre outros. O Serviço também desenvolve ações extensivas aos familiares de informação, orientação e encaminhamento, com foco na inclusão social, ressaltando o caráter preventivo.

Os serviços especializados são oferecidos nos Centros de Referência Especializada da Assistência Social (CREAS), pólos de

referência da proteção social especial de média complexidade. São 2.311 CREAS em todo o país. É o local responsável pela oferta de serviços especializados e continuados de assistência social a indivíduos e famílias com seus direitos violados, incluindo pessoas vítimas de violência e a suas famílias, como a pessoa idosa. Esta camada da população ainda é vitimizada por atos de negligência, abandono, maus tratos, violência institucional, psicológica, física e até sexual. Conforme dados do CENSO SUAS CREAS 2010, 66% dos atendimentos realizados nas unidades de Proteção Social Especial foram feitas a pessoas idosas vítimas de negligência e/ou outras formas de violência.

O Censo CREAS 2011 indica um crescimento na cobertura desses atendimentos. 1.489 centros especializados ofertaram atendimento a pessoas idosas vítimas de negligência e/ou outras formas de violência, o que representa 70% das unidades que responderam ao Censo. O Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias garante a oferta de atendimento especializado a famílias com pessoas com deficiência e idosos com algum grau de dependência, que tiveram suas limitações agravadas por violações de direitos. As ações possibilitam a ampliação da rede de pessoas com quem a família do dependente convive e compartilha cultura, troca vivências e experiências. A partir da identificação das necessidades, é viabilizado o acesso a benefícios, programas de transferência de renda, serviços de políticas públicas setoriais, atividades culturais e de lazer, sempre priorizando o incentivo à autonomia da dupla “cuidador e dependente”. A intervenção é sempre voltada a diminuir a exclusão social tanto do dependente quanto do cuidador, a sobrecarga decorrente da situação de dependência/prestação de cuidados prolongados, bem como a interrupção e superação das violações de direitos que fragilizam a autonomia e intensificam o grau de dependência da pessoa com deficiência ou pessoa idosa.

Existem ainda os Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade, que ofertam proteção integral 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 a 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 são os listados abaixo:

a) Serviço de Acolhimento Institucional

Trata-se de acolhimento para idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, independentes e/ou com diversos graus de dependência. A natureza do acolhimento deverá ser provisória e, excepcionalmente, de longa permanência quando esgotadas todas as possibilidades de autossustento e convívio com os familiares. É previsto para idosos que não dispõem de condições para permanecer com a família, com vivência de situações de violência e negligência, em situação de rua e de abandono, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos. Idosos com vínculo de parentesco ou afinidade – casais, irmãos, amigos, etc., devem ser atendidos na mesma unidade. Preferencialmente, deve ser ofertado aos casais de idosos o compartilhamento do mesmo quarto. Idosos com deficiência devem ser incluídos nesse serviço, de modo a prevenir práticas segregacionistas e o isolamento desse segmento. Inclui as modalidades abrigo institucional (incluem-se as Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI's), casa-lar, casa de passagem e residência inclusiva.

### b) Serviço de Acolhimento em República

Destinado a idosos que tenham capacidade de gestão coletiva da moradia e condições de desenvolver, de forma independente, as atividades da vida diária, mesmo que requeiram o uso de equipamentos de autoajuda. O atendimento apoia a construção e o fortalecimento de vínculos comunitários, a integração e participação social e o desenvolvimento da autonomia das pessoas atendidas. O serviço é desenvolvido em sistema de autogestão ou cogestão, possibilitando gradual autonomia e independência de seus moradores. Conta com equipe técnica de referência para contribuir com a gestão coletiva da moradia (administração financeira e funcionamento) e para acompanhamento psicossocial dos usuários e encaminhamento para outros serviços, programas e benefícios da rede socioassistencial e das demais políticas públicas.

### c) Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências

O serviço promove apoio e proteção à população atingida por situações de emergência e calamidade pública, com a oferta de alojamentos provisórios, atenções e provisões materiais, conforme as necessidades detectadas. Assegura a realização de articulações e a participação em ações conjuntas de caráter intersetorial para a minimização dos danos ocasionados e o provimento das necessidades verificadas.

## Transporte

O artigo 40 do Estatuto do Idoso (Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003) prevê que o sistema de transporte coletivo interestadual, nos modais rodoviário, ferroviário e aquaviário, deverá reservar duas vagas gratuitas por veículo para idosos (pessoa com sessenta anos ou mais), com renda igual ou inferior a 2 (dois) salários mínimos, e quando excedidas as vagas gratuitas, o desconto de 50% (cinquenta por cento), no mínimo, no valor das passagens.

Para viabilizar o acesso ao benefício tarifário referido aos idosos que não têm meios para comprovar renda de até dois salários mínimos, foi implementada a Carteira do Idoso, em agosto de 2007, para aquelas pessoas com 60 anos de idade ou mais (não beneficiárias do BPC) e que não tenham como comprovar a renda necessária para garantir o direito.

Desde 2007, foram emitidas mais de um milhão de Carteiras do Idoso (1.005.776). O documento deve ser gerado pelas secretarias municipais e terá validade de dois anos, contados a partir da data de expedição, em todo território nacional.

## **Moradia**

Em 2009, foi lançado o Programa Minha Casa, Minha Vida, que visa reduzir o déficit habitacional no país por meio do acesso a créditos bancários e subsídios governamentais para a compra de imóveis construídos pela iniciativa privada. Os critérios estabelecidos pelo programa visam favorecer famílias de baixa renda – que recebem de 0 a 3 salários mínimos. No mínimo 3% das unidades habitacionais são reservadas para pessoas idosas e às famílias com pessoas com deficiência.

## **Política Brasileira para a Saúde do Idoso**

No Brasil, o direito universal e integral a saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da lei orgânica da saúde 8.080/90. Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395/99 estabeleceu a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionado ao tema promovam a elaboração ou a adequação de planos, projetos e ações em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Em 19 de outubro de 2006, foi assinada a portaria nº 2.528, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e instaura um novo paradigma para a discussão da saúde dos idosos. Afirma ser indispensável incluir a condição funcional ao se formular políticas para a saúde da população idosa, considerando que existem pessoas idosas independentes e uma parcela da população mais frágil e as ações devem ser pautadas de acordo com estas especificidades. Além disso, faz parte das diretrizes da política a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável, de acordo com as recomendações da Organização das Nações Unidas.<sup>23</sup>

### **Ações da Assistência Farmacêutica**

O Sistema Único de Saúde disponibiliza tratamento para Doença de Alzheimer por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF – sendo oferecidos os principais medicamentos para o manejo da Doença de Alzheimer a todos os pacientes que apresentam os critérios de inclusão. Em 2010, foi publicada portaria que amplia a cobertura do Programa Farmácia Popular do Brasil, através da disponibilização de novos medicamentos e de fraldas geriátricas, em que o MS contribui com 90% do valor e a população com 10%. O SUS também garante tratamento para a diabetes e a osteoporose, por meio do CEAF, tendo acesso aos medicamentos necessários para tratamento.

### **Programa Nacional de Imunização**

O Programa Nacional de Imunização (PNI) é referência mundial devido a sua abrangência e resultados positivos. Desde 1999, o Ministério da Saúde do Brasil decidiu focar investimentos na mobilização da população idosa para a vacinação. A primeira de uma série de campanhas anuais de vacinação foi direcionada aos maiores

---

23 ONU, 2002.

de 65 anos e iniciou em 1999, e a partir de 2000 a abrangência passou a ser a população com 60 anos e mais.

A meta de vacinar a população na faixa de 60 anos e mais contra a influenza é um desafio que vem sendo conquistado desde 2000, e se fundamenta no fato de que essa população apresenta maior risco de adoecer e morrer em decorrência de algumas patologias imunopreveníveis, tais como a gripe e a pneumonia. Em 2011, foram imunizadas 16.399.384 pessoas idosas.

### **Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso**

Os Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso fazem parte, juntamente com os Hospitais Gerais, da Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso, cuja gestão está a cargo das Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito federal e dos municípios em gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

Trata-se de hospitais que disponham de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados para prestar assistência à saúde dos idosos, de forma integral e integrada. Devem dispor, além de internação hospitalar, de ambulatório especializado em saúde do idoso, Hospital-Dia Geriátrico e assistência domiciliar de média complexidade, e a capacidade de se constituir em referência para a Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso. As diretrizes assistenciais dos Centros de Referência devem estar em conformidade com as dispostas pela Política Nacional de Saúde do Idoso.

### **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é uma ferramenta de identificação de situações de risco potenciais para a saúde da pessoa idosa. Este instrumento traz a possibilidade, ao profissional de saúde, de planejar e organizar as ações de promoção, recuperação e manutenção

da capacidade funcional das pessoas assistidas pelas equipes de saúde. A implantação da caderneta, que se deu inicialmente a partir das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi acompanhada por um manual de orientação, voltado para os profissionais de saúde para o correto preenchimento e manuseio da caderneta.

A distribuição das Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa se iniciou em 2007, por meio das Secretarias Estaduais e Municipais (capitais e municípios com mais de 500 mil habitantes) de Saúde. Entre 2007 e 2008 foram disponibilizados 10 milhões de exemplares. Ao final de 2011, totalizaram 18 milhões de exemplares distribuídos, atingindo aproximadamente 68% da população idosa residente em nosso país.

De 2009 a 2011, aliados à caderneta, foram disponibilizados 100 mil exemplares do Caderno de Atenção Básica: “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”. Este caderno é referência para os processos de capacitação dos profissionais que atuam na Atenção Básica.

Entre as políticas de promoção do envelhecimento saudável encontra-se o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das doenças Crônicas não Transmissíveis (dCnT) no Brasil (2011-2022). O Plano aborda as quatro principais doenças (doenças do aparelho circulatório, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e os fatores de risco (tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade). As metas do plano são, entre outras: (i) reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT em 2% ao ano; (ii) deter o crescimento da obesidade em adultos; (iii) reduzir a prevalência de tabagismo em adultos; e (iv) aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos.

### **Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso**

O Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (Sisap-Idoso) é uma ferramenta instituída em 20011 para fornecer aos gestores e profissionais em saúde

informações e indicadores que auxiliem na tomada de decisões e no planejamento de ações voltadas à população idosa. Pelo Sisap-Idoso é possível fazer a consulta online dos indicadores, doenças, decretos, legislação, políticas públicas e programas que contemplam a saúde do idoso em todos os estados e municípios brasileiros.

### **Capacitação de Profissionais da Saúde**

Um dos Programas que vem auxiliando na ampliação do número de profissionais no País com formação na área do envelhecimento é o Programa de Residência Médica em Geriatria. Existem atualmente 21 serviços de residência médica na área e 922 geriatras no Brasil. Os conteúdos do Programa de Residência foram atualizados durante Fórum em 2010.

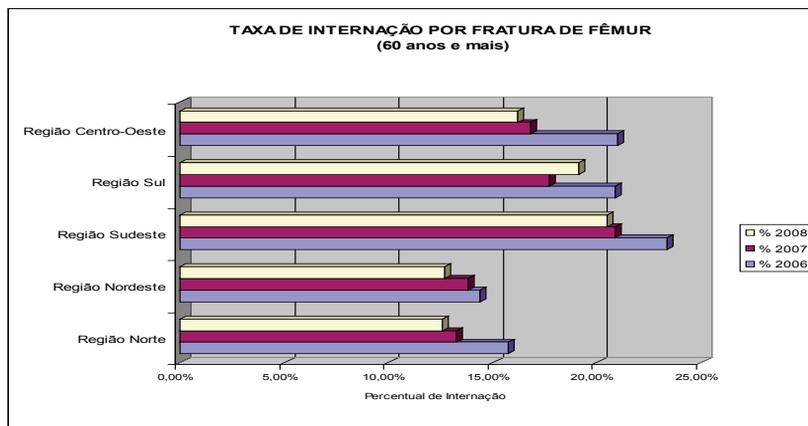
O Ministério da Saúde – MS, por meio da Área Técnica de Saúde do Idoso, firmou convênio com a Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, para capacitar, na modalidade à distância, 500 profissionais que atuam na rede de saúde SUS, nas regiões norte e nordeste do país. A capacitação será estendida às regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, objetivando a capacitação de mais 2.000 profissionais – 1.000 em 2011 e 1.000 em 2012. Foi iniciado em 2007 o Programa Nacional de Formação de Cuidadores de Pessoas Idosas Dependentes na Rede de Escolas Técnicas do SUS. Em 2009, foram capacitados 1.765 cuidadores. Além disso, ofertou-se aos profissionais de nível médio da Atenção Primária (técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, assim como agentes comunitários de saúde) aperfeiçoamento e capacitação em Saúde do Idoso.

Desde 2006 os profissionais da atenção primária vem sendo capacitados com o intuito de sensibilizar e formar os profissionais de saúde e demais pessoas ligadas à temática da violência, inclusive a violência contra pessoas idosas, conforme o Estatuto do Idoso. As capacitações continuam fazendo parte das prioridades do Ministério

da Saúde em 2012. Um grande avanço para a prevenção da violência e promoção da saúde é a instituição dos Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, implantados pelo Ministério da Saúde, abarcam os Estados, Municípios o Distrito Federal, as instituições acadêmicas e organizações não governamentais conveniadas e outras iniciativas dos Municípios e Estados que contribuam para o desenvolvimento do Plano Nacional de Prevenção da Violência. Atualmente existem aproximadamente 250 Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde distribuídos entre os estados, municípios, instituições acadêmicas e organizações não governamentais.

O Ministério da Saúde também vem desenvolvendo Campanhas de Prevenção da Osteoporose e Quedas e a realização de Oficinas Estaduais com o objetivo de sensibilizar e capacitar os profissionais de nível superior, preferencialmente aqueles que atuam na Atenção Primária / Estratégia Saúde da Família, para trabalhar numa linha de cuidado que vise à prevenção da osteoporose e das quedas e à identificação de “idosos caidores”, numa visão multi e interdisciplinar, tendo como instrumento auxiliar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. A abordagem dessas oficinas inclui o diagnóstico, a prevenção e o tratamento da osteoporose; identificação de riscos de quedas, intrínsecos e extrínsecos; a avaliação do nível de funcionalidade da pessoa idosa, além da identificação de idosos que vivem sozinhos, sem familiares ou uma rede de apoio, são os principais temas abordados. A redução das internações por fratura de fêmur é um indicador do sucesso dessas ações preventivas, conforme apresentada no gráfico seguinte.

**Gráfico 19 – Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur - Brasil, 2006 a 2008.**



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS, 2009. Disponível em: <[www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>.

## Educação, Cultura, Esporte e Lazer

O Programa Brasil Alfabetizado (PBA) é o programa de alfabetização de jovens, adultos e idosos, formulado e implementado pelo MEC desde 2003, que tem o objetivo de promover a superação do analfabetismo entre jovens, adultos e idosos e contribuir para a universalização do ensino fundamental no Brasil. Sua concepção reconhece a educação como direito humano e a oferta pública da alfabetização como porta de entrada para a educação e a escolarização das pessoas em qualquer momento da vida. Sua metodologia flexível permite a adequação do processo educativo às diferenças étnicas, regionais, culturais, geracionais e de gênero entre os segmentos sociais atendidos.

Cabe destacar que, no período entre 2008 e 2011, o PBA atendeu a 801.898 pessoas com 65 anos ou mais, o que significa 13% do total de pessoas atendidas pelo programa neste período. Para 2012, prevê-se a ampliação do atendimento de idosos, especialmente

aqueles em situação de vulnerabilidade social, por meio do fortalecimento de ações intersetoriais, visando criar ambientes favoráveis de aprendizagem e melhorar os processos pedagógicos voltados aos idosos nas turmas de alfabetização.

O Programa Escola Aberta incentiva e apoia a abertura, nos finais de semana, de escolas públicas de educação básica localizadas em territórios de vulnerabilidade social. Em parceria, a comunidade escolar e a do entorno ampliam sua integração planejando e executando atividades educativas, culturais, artísticas e esportivas. Ele consiste numa importante ferramenta de integração dos idosos em ações comunitárias e atividades educativas.

As ações dos finais de semana são realizadas a partir de consultas à escola e do diagnóstico da comunidade para identificar demandas locais, pessoas e instituições que se proponham a compartilhar seus conhecimentos, habilidades e competências de forma voluntária. As atividades são organizadas no formato de oficinas, palestras e cursos, envolvendo alunos, jovens, crianças, adultos, pais, responsáveis e idosos.

## **Mulheres Idosas**

Em 2007, foi lançado o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, aprovado pela 2ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres. Em resposta à demanda por políticas voltadas às mulheres idosas, expressa na Conferência, este plano inclui um capítulo dedicado especificamente ao enfrentamento das desigualdades geracionais que atingem as mulheres, com especial atenção às jovens e idosas. O documento se orienta pelas noções de oportunidades e direitos: as mulheres idosas devem ter oportunidades para adquirir capacidades (educação e qualificação profissional), para utilizá-las (acesso ao mercado de trabalho, renda, crédito, cultura etc), e devem ter seus direitos garantidos.

O recorte geracional foi incorporado de forma transversal nas áreas temáticas de atuação da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. Desse modo, todas as ações voltadas para mulheres devem considerá-las em sua diversidade, o que significa que levar em conta as especificidades das mulheres idosas. Cabe salientar que a transversalidade de geração também está prevista no art. 2º da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), principal instrumento legal no combate à violência contra a mulher.

No ano de 2011, o Disque 180 – serviço telefônico de denúncia e encaminhamento de casos de violência contra a mulher – recebeu 10.704 chamadas de mulheres com mais de 60 anos, o que representa 1,6% do total. Contudo, é provável que este número esteja bastante subestimado, uma vez que 54,21% das mulheres não declararam sua idade. Em 2012, de janeiro a março, foram feitos 4.199 atendimentos a mulheres idosas, o que representa um aumento de 52,36% em relação ao mesmo período de 2011. Eles representam 2,08% do total de atendimentos (sendo que em 45,57% deles não foi declarada a idade da mulher atendida). Um aumento tão significativo, num período curto de tempo, deve ser interpretado não como um crescimento no número absoluto de casos de violência contra mulheres idosas, mas como uma melhora na disseminação de informações a respeito dos serviços de denúncia e acolhimento e maior propensão das mulheres idosas a notificar esse tipo de agressão.

O governo brasileiro vem trabalhando para reduzir as altas taxas de analfabetismo entre mulheres idosas no Brasil. As mulheres apresentam menores taxas de analfabetismo que os homens em todas as faixas etárias, exceto entre as mulheres idosas. Entre 2008 e 2011, o Programa Brasil Alfabetizado atendeu 3.073.882 mulheres, das quais 21,6% tinham mais de 60 anos. Contudo, é necessário ampliar a abrangência do Programa, uma vez que 27,71% das mulheres com mais de 60 anos não são alfabetizadas. O governo planeja realizar

busca ativa dos grupos mais atingidos pelo analfabetismo, incluindo mulheres negras, indígenas e com mais de 50 anos, com especial atenção à Região Nordeste.

O Programa Mulheres Mil, instituído em julho de 2011, tem o objetivo de estimular a inclusão educacional, produtiva e social de mulheres em situação de vulnerabilidade, por meio de oportunidades de formação educacional, profissional e tecnológica e acesso ao mercado de trabalho. O programa está inserido no Plano Brasil sem Miséria e integra um conjunto de ações que consolidam as políticas públicas e diretrizes governamentais de inclusão educacional, social e produtiva de mulheres em situação de vulnerabilidade.

Com ações de formação para a cidadania, e articulando com a Educação de Jovens e Adultos, o Programa busca contribuir para a promoção da equidade e igualdade de gênero, reduzir os índices de violência contra a mulher e contribuir para a redução do analfabetismo. Uma vez que entre as mulheres idosas encontram-se os piores índices de escolarização e formação profissional, elas compõem uma grande parcela do público-alvo do programa.

O edital do 7º Prêmio Construindo a Igualdade de Gênero, que visa promover o debate e a reflexão crítica sobre as desigualdades entre homens e mulheres, do ensino médio à pesquisa universitária, prevê em seu artigo 2º contemplar as intersecções da questão de gênero com a abordagem geracional. Os editais do Programa Mulher e Ciência, que oferecem apoio a pesquisas no campo dos estudos de gênero, mulheres e feminismos, também contemplam as mulheres em sua diversidade, inclusive geracional. Em 2012, a SPM pretende propor nos editais linhas de pesquisa sobre questões pertinentes às mulheres idosas. Com isso, são promovidos pesquisas e estudos que abordam as especificidades das mulheres idosas, contribuindo assim para a implementação do item 9 da Declaração de Brasília.<sup>24</sup>

<sup>24</sup> "9. Propomos a realização de estudos e pesquisas que facilitem a adoção de decisões fundamentadas no tema e a elaboração de perfis demográficos e socioeconômicos da população

O governo também tem atuado para combater a feminização da contaminação pelo HIV/Aids. A incidência da doença entre mulheres com mais de 50 anos triplicou entre 1996 e 2006 e o uso de preservativo nessa faixa etária é pouco difundido. Uma vez que as campanhas pelo uso do preservativo eram majoritariamente voltadas para a população jovem, as mulheres dessa faixa etária não se consideravam parte dos chamados grupos de risco. Assim, em 2009, o Ministério da Saúde e a SPM realizaram campanhas educativas durante o Carnaval voltadas para esse público.

As resoluções da 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada em dezembro de 2011, ressaltaram a importância de contemplar as especificidades das mulheres idosas. Entre os temas prioritários, incluem-se a implementação e ampliação de políticas e equipamentos sociais voltados à população idosa; a implementação da lei que prevê notificação compulsória de casos de violência contra mulheres idosas (Lei nº 12.461/2011); e o fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, considerando-se as especificidades das idosas e mulheres no climatério. Cabe ressaltar que a promoção e efetivação dos direitos das mulheres idosas foram incluídas entre as prioridades da atual gestão da Secretaria de Políticas para as Mulheres.

## Indígenas Idosos

Na última década, sobretudo desde 2006, a proteção e a promoção dos direitos dos povos indígenas se tornou a base fundamental de atuação do Estado, e os esforços centraram-se na superação de paradigmas conceituais de tutela e assistencialismo que historicamente referenciaram as ações governamentais com os povos indígenas no Brasil. Com esse propósito, um conjunto de políticas e ações de longo prazo foi desenvolvido, com destaque para

---

de pessoas idosas que nos permitam identificar as brechas na implementação dos direitos humanos e os meios para seu pleno gozo, bem como a ampla e eficaz participação das pessoas idosas no desenvolvimento.”

o Programa de nº 048 - Proteção e Promoção dos Direitos dos Povos Indígenas, componente do Plano Plurianual do governo federal, coordenado pela Fundação Nacional do Índio - Funai desde 2008 com uma perspectiva de articulação e transversalidade das políticas públicas, dando conta de 09 Objetivos, 0943, 0945, 0948, 0949, 0950, 0951, 0952, 0953, 0962.

Deste modo, todos os objetivos contemplam ações que envolvem aos idosos indígenas uma vez que ao longo da atuação da Funai as ações são realizadas com as populações indígenas, ou seja, com a perspectiva coletiva envolvendo crianças, jovens, adultos e idosos. Especificamente, o Objetivo 0948 – “Promover o acesso amplo e qualificado dos povos indígenas aos direitos sociais e de cidadania por meio de iniciativas integradas e articuladas em prol do desenvolvimento sustentável desses povos, respeitando-se sua identidade social e cultural, seus costumes e tradições e suas instituições”.

Para alcance deste Objetivo, a Funai está se empenhando em realizar as seguintes iniciativas, no âmbito do Plano Plurianual – PPA 2012/2015:

- apoio nas ações de transversalização da temática de gênero e geracional na implementação e construção de políticas públicas direcionadas aos povos indígenas;
- articular a adequação do conjunto de políticas públicas e programas de desenvolvimento social e segurança alimentar e nutricional para povos indígenas, considerando as especificidades étnico-culturais e territoriais e as perspectivas de gênero e geracional destes povos;
- articular a promoção da adequação de políticas públicas, programas e ações de combate ao uso de álcool e drogas, considerando as especificidades étnico-cultural e territoriais dos povos indígenas;

- atuar em cooperação entre os países que fazem fronteira com o Brasil, com o intuito de regulamentar e promover políticas de proteção dos direitos sociais dos povos indígenas;
- definir estratégias articuladas entre Estado, sociedade civil e organizações indígenas no desenvolvimento de ações e programas de infraestrutura voltados para os povos indígenas que promovam a sua autonomia, o usufruto exclusivo e a proteção de seus territórios;
- instituir mecanismos de avaliação da situação de segurança alimentar e nutricional dos povos indígenas, incluindo o monitoramento de seus determinantes diversos, orientando o desenvolvimento de políticas e ações norteadas pelo conceito de etnodesenvolvimento, com foco em áreas e grupos vulneráveis;
- promover o acesso às políticas de proteção e promoção social dos povos indígenas, através da gestão compartilhada, articulação intersetorial com participação indígena e da adequação das políticas sociais do Estado brasileiro, considerando-se as especificidades étnico-culturais e territoriais e as perspectivas de gênero e geracional destes povos.

Embora a atribuição referente ao tema geracional seja recente na Funai [o ponto de partida está no teor do recente Estatuto do Órgão, estabelecido pelo Decreto nº 7.056, de 28 de dezembro de 2009], a Funai acompanha as ações na área da cultura, educação e disseminação da informação que visam promover o intercâmbio cultural propiciando um diálogo intergeracional e a troca de experiências entre crianças, jovens, adolescentes, mulheres e idosos indígenas.

Acrescente-se que, além de atender as reivindicações indígenas, a Funai desenvolve, acompanha e monitora ações de promoção dos direitos sociais para os povos indígenas, destacando a erradicação do

subregistro civil de nascimento e acesso à documentação básica, e o acesso ao conjunto dos benefícios sociais e previdenciários.

A Funai, em parceria com outros órgãos, tais como a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, o Conselho Nacional de Justiça e os diversos institutos estaduais e municipais de identificação, entre outras instituições promove mutirões de acesso à Certidão de Nascimento e aos demais documentos básicos da população indígena. O acesso à documentação básica é fundamental, pois condiciona o acesso a outros direitos, tais como os benefícios previdenciários, inserção em programas sociais, Programa Bolsa Família, Programa Luz para Todos, entre outras ações e atendimentos. Historicamente, a parcela de idosos atendidos nos mutirões realizados é alta, ainda que não seja possível quantificar os idosos atendidos. Em relação à previdência social, também não é possível informar quantos indígenas recebem benefícios, entretanto, no exercício de 2010, a Funai intermediou a concessão de 1.983 (mil, novecentos e oitenta e três) benefícios de aposentadoria por idade, e em 2011 somou um total de 3.509 (três mil, quinhentos e nove) benefícios previdenciários.

### **Principais Ações Chave para reforçar a implementação da Declaração de Brasília**

Nos últimos anos, conforme exposto, o governo brasileiro tem promovido avanços institucionais e nas políticas públicas voltadas à promoção dos direitos humanos das pessoas idosas. Devido ao engajamento do governo federal e à mobilização dos próprios idosos e da sociedade civil, foi possível estruturar políticas mais abrangentes para a promoção e efetivação dos direitos dos idosos, e criar instituições adequadas para tal. Ainda assim, para uma política e um direito existirem, não basta estarem descritos na lei, eles precisam

ser apropriados pelos cidadãos e construídos democraticamente<sup>25</sup>. É, portanto, fundamental que a sociedade brasileira se conscientize acerca dos direitos da população idosa e sensibilize cada um dos gestores de políticas públicas, dos três poderes, nas esferas de governo, de que envelhecer é um processo pessoal único, mas é também um direito fundamental da pessoa humana. Dentre as principais reivindicações da sociedade civil brasileira aprovadas como prioridades na 3ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, realizada em novembro de 2011, sobre as quais a política nacional do idoso tem focado suas ações, as quais reforçam a implementação da Declaração de Brasília, convém pontuar:

1. Alterar a legislação para: a) reduzir para 60 anos a idade para acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) (Lei n.º 8742/1993); b) alterar a renda per capita do acesso ao Benefício de Prestação Continuada (Lei n.º 8742/1993) - BPC de inferior a  $\frac{1}{4}$  salário mínimo para até meio salário mínimo; c) não considerar, para efeito de cálculo da renda familiar, os benefícios previdenciários no valor de um salário mínimo, percebidos por outro idoso e pessoa portadora de deficiência; d) em caso de falecimento do beneficiário, que o cônjuge tenha direito ao gozo do benefício de “pensão”;

2. Efetivar e universalizar o direito da pessoa idosa, bem como sua inclusão social, por meio da descentralização das ações resultantes da intersectorialidade ou oriundas de protocolo de gestão integrada, com garantia do cofinanciamento nas três esferas de governo, respeitando a dignidade do cidadão, sua autonomia e seus talentos, favorecendo o acesso à informação, aos benefícios e aos serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária;

3. Ampliar e cofinanciar a criação de: a) Criação da Secretaria Nacional do Idoso, b) Centros de Combate à Violência

<sup>25</sup> FALEIROS, V. P. Cidadania e direitos da pessoa idosa. *Ser Social*, Brasília, n. 20, p. 35-61, jan./jun. 2007.

e Maus Tratos contra a Pessoa Idosa; c) Centros de Referências; d) Delegacias Especializadas, fortalecendo a rede de proteção e defesa das pessoas idosas em situação de violência, buscando a agilidade do Poder Judiciário, com vistas à implementação do Plano de Ação de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa;

4. Formular legislação para bancos e similares (em especial, corretoras e financeiras) referente ao endividamento global, no limite de 30% e a proteção à pessoa idosa na utilização do cartão benefício, de forma que garanta a liberação do empréstimo somente após utilização da senha eletrônica, impressão digital e atendimento individualizado pela instituição financeira, com apresentação da declaração esclarecida da utilização do empréstimo ao idoso;

5. Garantir e ampliar o acesso a programas de prevenção, promoção da saúde, tratamento e reabilitação da pessoa idosa, conforme preconizado na política nacional de saúde da pessoa idosa, nas três esferas de gestão;

6. Implantar e implementar centros especializados de atenção à saúde da pessoa idosa de responsabilidade e financiamento das três esferas de governo, com as seguintes características: a) descentralizados e regionalizados; b) com infraestrutura adequada e equipe multidisciplinar (geriatra, nutricionista, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, enfermeiro, técnico em enfermagem, educador físico, terapeuta ocupacional, odontólogo, protético, incluindo também medicina alternativa); c) que possibilite atendimento integral, humanizado e resolutivo em todos os níveis; d) com acompanhamento das pessoas idosas do ambulatório ao ambiente domiciliar; e) garantia de acesso a medicamentos, exames ou serviço de apoio diagnóstico e fluxo de referência e contrarreferência;

7. Elaborar, implantar e monitorar o Plano Nacional do Idoso, com planejamento e gestão compartilhada entre as diversas políticas públicas, de forma a efetivar programas, projetos e serviços

intersetoriais, envolvendo as áreas de saúde, assistência social, habitação, educação, transporte, cultura, dentre outras;

8. Criar a Secretaria Nacional do Idoso, incentivando os estados e municípios ao mesmo procedimento, visando desenvolver a política da pessoa idosa;

9. Ampliar a política pública de educação para a inclusão da pessoa idosa em todas as fases da educação (alfabetização, ensino fundamental, médio e universitário) bem como das universidades da 3ª Idade, nas escolas das redes pública e privada, garantindo: a) a educação formal, podendo ser pelo PEJA, para pessoas a partir de 60 anos, nos três turnos, b) orientação no sistema Braille e na Linguagem Brasileira de Sinais (LIBRAS); c) em espaços adequados; d) com transporte gratuito; e) com a inserção de conteúdos sobre envelhecimento como temas transversais

10. Garantir a inclusão no Catálogo Nacional do Ministério da Educação MEC – o curso de orientação e formação de cuidador da pessoa idosa e institucionalizar, em nível nacional, o programa;

11. Garantir a participação efetiva da pessoa idosa no planejamento dos programas sociais nas áreas de saúde, educação e assistência social com base no Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento;

12. Divulgar e promover campanhas educativas e informativas sobre o Estatuto do Idoso e demais legislações pertinentes, com linguagem acessível, ilustrações, inclusive em braile, escrita ampliada e LIBRAS para se enfrentar as dificuldades do envelhecimento, a discriminação e a violência, estimulando o processo intergeracional de forma ampla e sistemática, em âmbito nacional e local principalmente na mídia (TV, em horário nobre, rádio, Jornal, revistas, folders, outdoors, materiais educativos etc.);

13. Incentivar, oportunizar e capacitar as pessoas idosas nas três esferas municipal, estadual, distrital e federal do conhecimento e das formas de acesso aos direitos, aos mecanismos e instrumentos de

que dispõem, para garantir a organização social e seu protagonismo social, lazer, trabalho, previdência social, habitação, transporte, participação social, mídia e fóruns de deliberação, dentre outros;

14. Garantir e assegurar o cumprimento como preconiza o Estatuto do Idoso, nas três esferas de governo, espaços de protagonismo nas áreas de saúde, educação, assistência.

15. Exigir o cumprimento da legislação vigente que garante, nas três esferas de governo, a acessibilidade às pessoas idosas, sobretudo nas áreas de transportes, infraestrutura e edificações privadas e públicas;

16. Instituir nos Conselhos Nacional, Estaduais e Distrital, maior interação e participação com os Conselhos Municipais, no intuito de promover o fortalecimento destes últimos, através de fóruns, audiências públicas, debates, seminários, palestras e outros eventos de natureza similar, que estimulem a participação social e capacitação continuada dos Conselheiros, nas três esferas;

17. Criação e manutenção de um sistema de informação específico para cadastramento de todos os conselhos intersetoriais, de forma transparente e com acesso popular, para melhor integração dos mesmos, criando um plano de mídia permanente para Comunicação e publicização das ações, deliberações, informações dos Conselhos das três esferas; criação de um site oficial do CNDI, com link dos Conselhos Estaduais e Conselhos Municipais da Pessoa Idosa;

18. Tornar todos os Conselhos para Pessoas Idosas, nas três esferas governamentais, em deliberativos, consultivos e fiscalizadores, para decidir, opinar, acompanhar e fiscalizar as políticas públicas para as pessoas idosas, divulgando junto à população idosa, suas ações e decisões, principalmente os orçamentos, cofinanciamentos, convênios e todo e qualquer recurso recebidos pelos municípios, destinados às políticas públicas para as Pessoas Idosas;

19. Mobilizar órgãos governamentais e não governamentais, envolvendo os Conselhos, com objetivos de ampliar os orçamentos para implantação de programas, projetos e serviços, com objetivo de fortalecer e implementar a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa –RENADI;

20. Estabelecer estratégias para cumprimento e acompanhamento das deliberações das conferências nos três níveis de governo, garantindo que as mesmas sejam incorporadas nos planos para a execução da política pública da pessoa idosa, estabelecendo encaminhamento das denúncias de violação de direitos aos órgãos competentes;

21. Obrigatoriedade de criação imediata do Conselho e do respectivo Fundo Estadual e Municipal do Idoso, garantindo secretaria executiva, com prazo máximo de 12 meses a partir da 3ª Conferência Nacional do Idoso, bem como a formação e capacitação permanente dos conselheiros nas três esferas de governo, melhoramento da estrutura dos Conselhos existentes, sendo todos equipados com: veículo, linha telefônica, internet e outros equipamentos necessários para o seu bom atendimento/funcionamento;

22. Destinar e garantir recursos, por meio de leis orçamentárias, nas três esferas de Governo, para construir, implementar, manter e/ou reformar todas as modalidades de atendimento previstas na Política Nacional do Idoso, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Política Nacional de Assistência Social, considerando a intersetorialidade, com instalações adequadas e pessoal qualificado por meio de programas, projetos e ações para atendimento integral e integrado à pessoa idosa;

23. Alocar recursos advindos das arrecadações das loterias, percentual de 2% dos Royalties e Pré-Sal, dos crimes ambientais e dos IOFs de empréstimos contraídos por idosos, para custeio da execução de programas, projetos e ações de promoção, proteção e defesa dos

direitos da pessoa idosa, em especial àquela vulnerável ou em situação de risco social, assegurando a ampliação do orçamento (Constituição Federal, art. 194, § único), pela garantia da participação no Plano Plurianual ((PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e na Lei Orçamentária Anual (LOA), definindo e estabelecendo repasses fundo a fundo;

24. Promover a articulação de todas as esferas de governo e da sociedade civil para a regulamentação e implantação dos Fundos Municipais, Estaduais, Distrital e Nacional do Idoso, garantindo que municípios, estados, Distrito Federal e a União destinem, no mínimo, 1% (um por cento) da arrecadação prevista em seus respectivos orçamentos, 2% da arrecadação das loterias federais e estaduais e a totalidade dos recursos arrecadados com as multas previstas nos artigos 56 a 58 do Estatuto do Idoso para investimento com foco no envelhecimento ativo e saudável, devendo a utilização dos recursos ocorrer por deliberação dos seus respectivos conselhos, pautada pela transparência, ampla divulgação nos meios de comunicação, intensificação da divulgação de datas dos processos de elaboração dos orçamentos e planos e a prestação de contas dos recursos recebidos;

25. Estabelecer no planejamento orçamentário que se destine de 5% a 10% de todo recurso público federal repassado aos estados, Distrito Federal e municípios à execução da Política Nacional do Idoso (PNI), garantindo, dessa forma, atender o idoso nas diversas modalidades;

26. Garantir, nas três esferas de governo, recursos para instrumentalização e capacitação continuada na área de ciclo orçamentário (Plano Plurianual - PPA, a Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO, e a Lei Orçamentária Anual – LOA); financiamento; na elaboração de programas, projetos, serviços e no acompanhamento de políticas públicas para os membros dos Conselhos de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, assegurando a função fiscalizadora prevista no Estatuto do Idoso.



# Direitos dos Idosos no Plano Internacional



A VIRGEM E O MENINO  
Maria Lucia Franco Salvetti  
70 anos - São Roque, SP  
Talentos da Maturidade  
Edição: 2010



## **Envelhecimento**

Um dos fenômenos demográficos mais significativos do mundo contemporâneo, o envelhecimento populacional afeta países desenvolvidos e em desenvolvimento. Estima-se que o número atual de pessoas com mais de 60 anos corresponda, atualmente, a 750 milhões. Atualmente, 65% das pessoas idosas vivem em países em desenvolvimento, percentual que atingirá os 80% em 2050, ano em que a população idosa alcançará a marca de dois bilhões, cerca de 22% da população mundial. Todas as regiões do mundo experimentarão, nas próximas décadas, em maior ou menor medida, acelerado processo de envelhecimento populacional em decorrência do aumento da expectativa de vida e do declínio das taxas de fertilidade.

O impacto do envelhecimento e a crescente mobilização social em defesa dos direitos daquele grupo social particularmente vulnerável sobre os sistemas de proteção e assistência social, e de saúde - e, em consequência, sobre as finanças públicas - será tão mais forte quanto menos preparadas estiverem as nações para lidar com a situação. Ou seja, o envelhecimento populacional demandará revisões substanciais nas estruturas trabalhistas, previdenciárias, assistencialistas e sociais de grande parte dos países, especialmente daqueles em desenvolvimento. Além disso, com a expansão do número de pessoas idosas, estima-se que aumentarão as violações aos seus direitos, a menos que esforço concentrado da comunidade internacional busque reverter esse quadro por meio da criação de um conjunto de obrigações para os Estados e da reafirmação e ampliação de direitos para esse segmento da população.

## O Sistema Internacional de Proteção dos Direitos das Pessoas Idosas

Os instrumentos que compõem a chamada Carta Internacional dos Direitos Humanos (a Declaração de 1948 e os dois Pactos Internacionais sobre Direitos Civis e Políticos, e Econômicos Sociais e Culturais) não proíbem explicitamente a discriminação com base na idade. Em seu artigo 2º, a Declaração Universal lista como fatores de discriminação “raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra opinião, origem nacional ou social, propriedade, nascimento ou outro status”. Os dois Pactos da década de 60 consideram como fatores de discriminação igualmente “raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra opinião, origem nacional ou social, propriedade, nascimento ou outro status”.

A I Conferência Internacional sobre Envelhecimento, realizada em 1982, representa um marco no debate internacional sobre a questão do idoso, pois dela resultou o Plano de Ação de Viena sobre Envelhecimento. O plano, primeiro instrumento internacional sobre a questão, se reveste de especial relevância ao enfatizar a necessidade de formulação de políticas públicas específicas para idosos nas áreas de saúde, nutrição, moradia, meio ambiente, família e bem-estar social. Vinte anos depois, a II Conferência Internacional sobre Envelhecimento (2002), aprovou a Declaração Política e o Plano de Ação Internacional de Madrid sobre Envelhecimento. O Plano de Ação de Madrid dedica especial atenção à situação dos países em desenvolvimento e define como prioridades a garantia e promoção das liberdades fundamentais e dos direitos humanos, civis e políticos, bem como a eliminação de todas as formas de violência e discriminação contra pessoas idosas.

Ambos os planos são importantes pelos diagnósticos que realizam da situação dos idosos e pelas recomendações e reivindicações que fazem para o avanço da causa. No entanto, nenhum deles possui caráter vinculante. O relatório do Comitê Consultivo do Conselho

de Direitos Humanos das Nações Unidas intitulado “Necessidade de uma abordagem de direitos humanos e de um mecanismo efetivo das Nações Unidas para os direitos humanos das pessoas idosas” ressalta a importância e a necessidade da criação de convenção internacional especificamente dedicada aos direitos das pessoas idosas e da inclusão, na agenda internacional de direitos humanos, da temática dos idosos.

## **Evolução das Negociações sobre a futura Convenção sobre os Direitos dos Idosos**

No plano internacional, o Brasil tem participado ativamente das discussões e negociações sobre os direitos dos idosos, destacadamente no Mercosul, na Comissão Econômica para a América Latina, na Organização dos Estados Americanos e nas Nações Unidas. Merecem destaque estas duas últimas organizações multilaterais, onde a criação da futura convenção é debatida. Nestas, o Brasil tem se pronunciado firmemente a favor da criação da convenção internacional, pois a mesma representa instrumento de fundamental importância para a efetiva garantia e promoção dos direitos dos idosos, tanto nas nações onde já existe avançado conjunto de normas garantidoras e promotoras daqueles direitos, caso do Brasil, como em países onde aquela proteção é insuficiente ou inexistente.

## **Organização das Nações Unidas**

As negociações já realizadas no âmbito do Grupo de Trabalho Aberto das Nações Unidas em Nova York sobre envelhecimento revelam a falta de consenso, até o momento, sobre a necessidade ou conveniência de convenção específica sobre os direitos dos idosos. Os países da América Latina e Caribe são amplamente favoráveis à negociação da Convenção, enquanto Canadá, EUA, Suíça, EU e Japão se opõem à iniciativa (os opositores à idéia argumentam que já haveria instrumentos internacionais capazes de proteger aquele grupo vulnerável, razão pela

qual a convenção seria desnecessária). Tampouco houve avanço digno de menção no que diz respeito ao interesse de Estados-Membros em conferir mandato, no âmbito dos procedimentos especiais do Conselho de Direitos Humanos, a um Relator Especial sobre o tema.

O GTA decidiu aprovar nova resolução para estender seu mandato por mais um exercício e cogita elevar o GTA à categoria de Comitê Ad Hoc, o que conferiria estrutura mais estável e eficiente para o curso dos trabalhos. Outro ponto positivo foi a maior participação de representantes de países africanos e asiáticos no GTA, o que abre caminho para maior mobilização maior em torno da possibilidade de uma Convenção.

No âmbito do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, em Genebra, o Grupo da América Latina e Caribe GRULAC acordou apresentar conjuntamente, no âmbito da 21ª Sessão daquele Conselho, projeto de resolução sobre os direitos humanos das pessoas idosas. A fim de preservar as discussões em curso nos Grupos de Trabalho sobre o tema nas Nações Unidas e na OEA, a resolução terá como principal objetivo introduzir a temática no CDH, iniciando discussão que poderá, futuramente, levar à criação de procedimento especial (Relator Especial) sobre a questão.

### **Organização dos Estados Americanos**

As negociações sobre a futura convenção interamericana sobre os direitos das pessoas idosas no âmbito da Organização dos Estados Americanos avançaram positivamente desde a criação do Grupo de Trabalho em 2011, fato que revela amplo consenso regional a favor do instrumento. Apenas Estados Unidos e Canadá se opõem às tratativas, por acreditarem que: os instrumentos existentes, ainda que vinculantes, seriam suficientes para garantir e promover os direitos daquele grupo vulnerável; e que a iniciativa na OEA seria inoportuna, dada a existência do GT aberto das Nações Unidas sobre o mesmo tema.

Vale mencionar que a Argentina promoverá, em Buenos Aires, no período de 19 a 21 de setembro, reunião do GT da OEA durante a qual deverão ser negociados os termos finais do projeto da futura convenção. O projeto a ser discutido, para cuja redação o Brasil prestou significativas contribuições, cumpre relevantes e necessárias funções, destacadamente:

- definir conjunto mínimo de direitos humanos, civis, políticos, sociais e econômicos, bem como proibir e combater a violência e a discriminação contra pessoas idosas;
- criar mecanismos de proteção daqueles direitos, de combate à violência e à discriminação contra os idosos e de reparação das vítimas de violações de direitos ou de discriminação;
- estabelecer claramente as obrigações dos Estados Membros em relação à garantia e promoção dos direitos previstos na convenção;
- suprir as deficiências e lacunas de documentos internacionais sobre envelhecimento já existentes;
- servir de referencial para os Estados Partes da convenção na formulação e aprimoramento das normas legais internas relacionadas ao tema;
- conferir, no plano doméstico e internacional, maior visibilidade e reconhecimento à necessidade de proteção e promoção dos direitos das pessoas idosas;
- oferecer aos Estados Partes da convenção plataforma para o intercâmbio de boas práticas em políticas públicas;
- permitir, por meio do encorajamento do diálogo entre os Estados, a sociedade civil, ONGs, o setor privado e as pessoas idosas, o monitoramento da implementação da convenção e a identificação de práticas discriminatórias ou violações dos direitos previstos na convenção.



# Gênero, Envelhecimento e Políticas Públicas



{ ALEGRIA ALEGRIA  
Maria Leonia L Lopes  
72 anos – S. B. do Campo, SP  
Talentos da Maturidade  
Edição: 2011 }



**ELEONORA MENICUCCI OLIVEIRA**

**Ministra Chefe de Estado da Secretaria de Políticas para as Mulheres  
de Presidência da República**

## **Um olhar da Secretaria de Políticas para as Mulheres sobre Gênero, Envelhecimento e as Políticas Públicas**

### **1. Introdução**

No ano de 2012 comemora-se 10 anos da existência do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, e esta data provoca no cenário político-social nacional a reflexão sobre a temática do envelhecimento populacional. Este é um evento demográfico recorrente na maioria dos países, e que já no médio prazo exigirá a implantação de políticas públicas específicas que abordem os temas do cuidado e afeto relacionado com a violência contra idosos.

A literatura nacional destaca que o aumento do envelhecimento populacional está intimamente relacionado à queda da mortalidade e da fertilidade. Outros argumentos são levantados, como a sobrevivência das mulheres; as mudanças no âmbito da família e as condições de vida das pessoas idosas são elementos relevantes deste processo. Há uma carência de estudos sobre esta população, incluindo aspectos da sexualidade, lazer e outras realizações pessoais. E mesmo o pensamento acadêmico feminista mais sensível ao problema ainda tem uma precária reflexão desta temática (Villela & Oliveira, 2011).

Este artigo é fruto tanto destas comemorações como das inquietações sobre esta temática, e está organizado da seguinte maneira: primeiro elabora considerações sobre o envelhecimento da

população brasileira na perspectiva de gênero, em segundo discute o arcabouço institucional e legal das políticas públicas dirigidas às pessoas idosas, em terceiro apresenta a problemática da violência contra as pessoas idosas - particularmente a população feminina - e por último tece suas considerações finais.

## **2. O envelhecimento populacional no Brasil num olhar de gênero**

Os avanços da medicina e indústria farmacêutica e a conseqüente redução da mortalidade, aliada a uma expansiva elevação da fecundidade, fizeram com que ao longo dos últimos cinqüenta anos a população brasileira quase triplicasse: passou de 70 milhões, em 1960, para 190,7 milhões, em 2010. Cresceu e envelheceu. O crescimento do número de pessoas idosas, no entanto, foi maior.

Em 1940, era 4% da população; em 1960, 3,3 milhões de brasileiros tinham 60 anos ou mais e representavam 4,7% da população. Em 2000, 14,5 milhões, ou 8,5% dos brasileiros estavam nessa faixa etária. Na última década, o aumento foi expressivo, e em 2010 a participação passou para 10,8% da população, com 20,5 milhões de pessoas. A expectativa é que em 2020 a população acima de 60 anos seja 14% da população total do País (Beltrão et al., 2004).

Os dados das últimas Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (PNAD/IBGE) dos anos de 2009 e 2011 mostram que esta população acima de 60 anos continua crescendo. Sua participação na população foi de 11,3% para o ano de 2009 e esta taxa de participação em 2011 elevou-se para 12%; aparentemente aproxima-se mais rapidamente da previsão de Beltrão (2004) para o ano de 2020.

Pode-se concluir que se vive mais no Brasil e o IBGE (2011) constata que há quase 30 mil pessoas no país que já passaram dos 100 anos de idade; são, em média, 25 anos a mais do que na década de 1960. E nesta vida mais longa há uma prevalência das mulheres,

tanto é que em 2011 a taxa de participação das mulheres foi de 51,04% da população nacional. Mas esta maioria feminina é de pessoas com mais de 60 anos; segundo os dados da PNAD/IBGE, as mulheres nesta faixa etária são 13.111 milhões, que representam 55,53% das pessoas nesses grupos de idade.

Vários estudos já evidenciaram que as mulheres, mesmo com índices maiores de incapacidades funcionais, vivem mais tempo do que os homens. Ainda mostraram que quanto mais escolarizadas, mais urbanas e com melhores condições econômicas, maior a longevidade das mulheres brasileiras, além de viverem sozinhas. Esta sobrevivência maior das mulheres - em média sete anos a mais do que os homens - leva a outra característica deste grupo populacional: nele existe uma maior proporção de viúvas do que em qualquer outra faixa etária, o que explica em parte o viver sozinha (Salgado, 2002). No entanto, mesmo sendo a maioria, as mulheres que têm acima de sessenta anos não são nomeadas pela sua condição de gênero nos dois documentos ordenadores de boa parte da política para a população idosa.

### **3. O envelhecimento desigual... ou as condições desiguais de envelhecimento**

As mulheres de modo geral apresentam menores taxas de analfabetismo em relação aos homens em todas as faixas etárias, exceto entre as mulheres idosas, que são a maioria entre este segmento populacional. Entre 2008 e 2011, o Programa Brasil Alfabetizado atendeu 3.073.882 mulheres, das quais 21,6% tinham mais de 60 anos. Contudo, faz-se necessário ainda ampliar a abrangência do Programa entre mulheres idosas; de acordo com dados do Censo de 2010, há 3.169 milhões de mulheres com mais de 60 anos não alfabetizadas no país, o que representa 33,77% do total de mulheres não alfabetizadas.

Em contraposição, os benefícios da Previdência Social ainda não alcançam as mulheres na mesma proporção que os homens porque refletem a participação das pessoas no mercado de trabalho, no qual a maior parte das mulheres mais velhas não estava inserida. Como resposta à pressão do movimento de mulheres foi criado um incentivo à contribuição previdenciária para donas de casa, vigente desde 2011, que tem como objetivo reduzir esse déficit no futuro (Soares, 2011).

Atualmente, a feminização do HIV/AIDS tem sido mais intensa junto a dois grupos: mulheres jovens e as com mais de 50 anos. A baixa adesão de mulheres mais velhas ao uso do preservativo é um fator relevante, devido sobretudo à incidência de padrões culturais e à ausência de informações sobre a dupla função do preservativo. Nesses casos, estas informações assumem uma grande magnitude, uma vez que as mulheres cada vez mais prolongam sua vida sexual ativa.

No que toca aos cuidados, são as mulheres - e em boa parte as mulheres idosas - as principais responsáveis por zelar por idosos com algum grau de dependência; a ausência de políticas públicas e equipamentos sociais representam uma carga de trabalho bastante pesada para as mulheres idosas.

Apesar da falta de estudos feministas sobre o tema, as conferências nacionais de mulheres (2004, 2008 e 2011) introduziram o tema no debate político. A Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), no Plano Nacional de Política para as Mulheres, escreve no capítulo 10: “Igualdade para as mulheres jovens, idosas e com deficiência”. Além disso, centraliza ações destinadas a esse segmento, como a expansão da cobertura previdenciária, alfabetização de mulheres idosas e realização de formações junto às mulheres idosas sobre seus direitos.

Isto porque a SPM considera o reconhecimento de que o avanço da idade não homogeneiza homens e mulheres. Ao contrário,

homens e mulheres vivem e envelhecem de maneira diversa. Há situações específicas que os diferenciam e que afetam seus processos de envelhecimento com conseqüências sobre as condições maritais, raciais, de situação sócio-econômica, de saúde, habitacionais, regionais, entre outras. Tais diferenças se manifestam com propriedades específicas na condição de gênero e isso está associado à longevidade, à qualidade de vida e ao comportamento psicológico de homens e de mulheres idosas (Goldani, 1999).

#### **4. A (in)visibilidade das mulheres no arcabouço institucional e legal das políticas públicas destinadas às pessoas idosas**

Nas últimas três décadas, uma série de avanços foram feitos na elaboração e implementação de políticas públicas voltadas para a efetivação dos direitos das pessoas idosas. No plano internacional, desde a realização da I Conferência Mundial do Envelhecimento, em 1982, a necessidade de políticas públicas específicas para esse segmento da população é reconhecida por diversos países.

No Brasil, houve muitos avanços na promoção dos direitos da pessoa idosa, desde as previsões do art. 230 da Constituição Federal de 1988 até as garantias estabelecidas pela Política Nacional do Idoso (1994) e pelo Estatuto do Idoso (2003). A criação do Conselho Nacional do Idoso em 2002 foi um importante marco do processo de institucionalização no Estado brasileiro, designando instâncias capazes de pautar as políticas públicas a partir das especificidades das pessoas idosas. A criação da coordenação do idoso na Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República representa a instauração definitiva de mecanismos institucionais aptos a elaborar e propor políticas públicas transversais para as pessoas idosas. Assim, é possível afirmar que o país hoje dispõe de legislação avançada e espaços institucionais adequados para promover a elaboração e implementação das políticas públicas para as pessoas idosas, garantindo o controle e a participação social.

No entanto, frente a tantas conquistas, é marcante a invisibilidade das mulheres nos mecanismos legais e institucionais voltados para as pessoas idosas. A invisibilidade se manifesta em duas dimensões: na linguagem e na ausência de dispositivos voltados para as suas especificidades.

Ao nomear estas políticas e legislações com o termo “idoso”, supostamente neutro, ocorre na prática um processo de obscurecimento e invisibilização das especificidades e características das mulheres idosas, que por sinal constituem a maioria da população brasileira e da população idosa do país. A invisibilização das mulheres idosas decorre das diversas formas de opressão de gênero que elas vivenciaram ao longo de suas vidas e continuam vivenciando na medida em que envelhecem.

O uso de linguagem inclusiva - referindo-se a essa população como “pessoas idosas” - contribui para preservar as diferenças entre homens e mulheres no processo de envelhecimento, como também para afirmar a necessidade de políticas públicas que deem conta das especificidades das mulheres idosas.

A invisibilidade das mulheres idosas, expressa na linguagem, manifesta a sua invisibilidade do ponto de vista da legislação e das políticas públicas. É importante ressaltar que nenhuma das legislações citadas acima menciona a questão de gênero ou incorpora questões específicas das mulheres. Desafios como a inclusão previdenciária daquelas que não exerceram trabalho remunerado, a promoção da alfabetização, formação educacional e acesso ao mercado de trabalho, particularmente importantes para as mulheres idosas, não são contemplados a partir de um recorte de gênero que dê conta das barreiras que elas enfrentam.

O Estatuto do Idoso, instituído pela Lei nº 10.741/2003, reforça os papéis complementares da família, da comunidade, da sociedade e do Estado na efetivação dos direitos das pessoas idosas:

Art. 3º *É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao Idoso, com absoluta prioridade, 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.*

Este dispositivo já estava presente na Constituição Federal de 1988, que em seu art. 230 estabelece que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”. No entanto, esse está ancorado na divisão sexual tradicional do trabalho, que atribui às mulheres a responsabilidade pela realização das tarefas domésticas e do cuidado no seio da família. São elas as “eternas” encarregadas do cuidado de pessoas dependentes.

Na ausência de equipamentos sociais que desonerem as mulheres, elas se tornam as principais responsáveis pela promoção destes direitos. Além disso, nos espaços públicos em que se realizam atividades relacionadas ao cuidado (como casas de abrigo, serviços de saúde, entre outros), estas atividades continuam sendo exercidas, predominantemente, pelas mulheres. Cabe ressaltar que as mulheres idosas são as principais responsáveis pelo cuidado de cônjuges dependentes, mesmo estando elas mesmas também em situação de maior fragilidade e com necessidades específicas.

O sucesso de políticas voltadas para as pessoas idosas depende da consideração das especificidades das mulheres idosas. Este é o caso, por exemplo, das ações de enfrentamento à violência contra as pessoas idosas, que estão previstas em uma série de instrumentos – que incluem a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001), o Estatuto do Idoso (2003), o Plano de Ação para o Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa (2005), Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006)

(Souza & Minayo, 2010). As mulheres idosas estão expostas a diferentes situações de violência, e entre elas se torna necessário ressaltar a violência econômica - isto é, aquela em que em muitas situações os familiares tentam interditar todas as movimentações bancárias e financeiras da pessoa idosa, retirando sua autonomia. O enfrentamento desta violência depende da articulação do combate aos dois tipos de violência: de gênero e contra a pessoa idosa, tema que será abordado na próxima seção.

## 5. Situação da violência contra as mulheres idosas

A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, estipula sua aplicação para todas as mulheres, independentemente de sua idade:

Art. 2º Toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhe asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social. Assim, os direitos e instrumentos de proteção às mulheres, previstos pela lei, se aplicam integralmente às mulheres idosas.

No ano de 2011, o Disque 180 – serviço telefônico de denúncia e encaminhamento de casos de violência contra a mulher, que é disponibilizado pela SPM – recebeu 10.704 chamadas de mulheres com mais de 60 anos, o que representa 1,6% do total. Contudo, é provável que este número esteja bastante subestimado, uma vez que 54,21% das mulheres que ligam não declararam sua idade.

Em 2012, de janeiro a agosto, foram feitos 10.732 atendimentos a mulheres idosas, o que representa um aumento de 82,64% em relação ao mesmo período de 2011. Estes representam

2,10% do total de atendimentos destes meses. Chamamos atenção para o fato de que caiu para 45,54% o número de ligações em 2012 nas quais a idade da mulher atendida não foi declarada; isto relativiza de certa maneira este crescimento. Todavia, um aumento tão significativo num período curto de tempo deve ser interpretado não como um crescimento no número absoluto de casos de violência contra mulheres idosas, mas como uma melhora na disseminação de informações a respeito dos serviços de denúncia e acolhimento e maior propensão das mulheres idosas a notificar esse tipo de agressão.

Além das práticas de violências físicas que sofrem as mulheres idosas, há outras bem mais sutis e persistentes. Trata-se de situações de gerofobia, termo que se usa para descrever os preconceitos e estereótipos em relação às pessoas idosas, fundados unicamente por sua condição etária. Acredita-se que estas atitudes negativas que provocam violência pela rejeição surgem do medo que as gerações jovens têm do envelhecimento, assim como dos diversos desafios que são postos para relacionar-se com esta população - sendo, neste caso, uma expressão gritante das relações intergeracionais tanto quanto das relações de desigualdade de gênero, porque são exercidas, como vêm demonstrando as pesquisas, majoritariamente por filhos e netos sobre suas mães e avós (Motta, 2009).

Assim, para melhor se entender como o fenômeno da discriminação pela condição de idade (ou gerofobia) afeta as mulheres idosas, deve-se olhar também a persistência do sexismo. Culturalmente, enquanto os homens de idade avançada são reconhecidos como “durões, rudes e viris”, as mulheres são vistas como “enrugadas” e são interdidas para a vida sexual ativa. Ainda como destaca Salgado (2002): *“Os cabelos brancos e a calvície que fazem os homens parecerem ‘distintos e muito atrativos’, nas mulheres representam ‘decadência.’ Ou seja, as mulheres ‘valem’ na medida em que são reconhecidas pelo seu padrão de beleza e de ‘utilidade’ ao homem em relação à reprodução.”* Nesse contexto, conclui a autora: “... tendo

*passado [a mulher] parte de sua vida nesse esforço de corresponder às expectativas do que é belo, a proximidade da velhice resulta, no geral, como ameaçadora e temida”.*

Segundo pesquisas realizadas por Nádia Dumara (2007), em São Paulo, as principais manifestações de violência contra a pessoa idosa respondem a três ‘práticas’ mais expressivas e reconhecidas internacionalmente: estrutural – desigualdades sociais provocadas pela condição de pobreza e discriminação expressadas de múltiplas formas (no Brasil, apenas 25% dos idosos vivem com três salários mínimos ou mais); institucional – aquela levada a efeito pelas instituições assistenciais de longa permanência. Já se constatou que em várias casas de abrigo, asilos e clínicas as pessoas idosas são maltratadas, despersonalizadas, infantilizadas e destituídas de qualquer poder e vontade, faltando-lhes alimentação, higiene e cuidados médicos adequados. A outra seria a interpessoal – ou familiar, que se refere às interações e sociabilidades da vida no cotidiano. Ou seja, a prevalência de abusos e negligências, problemas de espaço físico nas residências e dificuldades econômicas, somadas a um imaginário social que considera a velhice como “decadência”, são particularmente relevantes na vida das pessoas.

Também destaca esta autora que há outras manifestações de violências praticadas contra a pessoa idosa. São elas: abuso, maus tratos ou violência física – uso da força física para obrigar os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocando incapacidade ou morte. Abuso, violência ou maus tratos psicológicos – agressões verbais que visam aterrorizar os idosos, humilhar, restringir sua liberdade e isolá-los da convivência social. Abuso ou violência sexual – ato sexual com pessoas idosas por meio de violência física ou ameaças. Abandono – violência que se manifesta pela deserção ou ausência dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem assistência a uma pessoa idosa que necessita de proteção. Negligência – recusa ou omissão de cuidados básicos,

devidos e necessários aos idosos pela família ou instituições. Abuso financeiro e econômico – exploração ilegal ou imprópria dos idosos ou utilização não consentida por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais. Autonegligência – diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança devido à recusa de cuidar de si mesma. É importante frisar que a violência doméstica e os maus-tratos a idosos não devem ser entendidos fora do contexto da violência social/estrutural em que os indivíduos e as comunidades estão inseridos.

Por fim, vale destacar que o medo da mulher idosa em denunciar a violência doméstica pode estar relacionado ao fator “perda dos laços afetivos com a família”. A resistência à violência doméstica de 91,8% dos entrevistados ultrapassa os limites do suportável, de acordo com os relatos dos entrevistados (Dumara, 2007). As pessoas idosas são capazes de contar suas histórias de angústia com riqueza de detalhes; porém, dirigirem-se a uma Unidade Policial para registrar a denúncia de um fato delituoso contra sua própria prole é algo que lhes causa mais dor que as agressões físicas, psicológicas, econômicas e negligenciais sofridas no dia-a-dia, conforme destacou Dumara (2007).

## 6. Considerações finais

Nos últimos 18 anos, uma série de avanços importantes foram feitos com relação às políticas públicas voltadas para pessoas idosas. A criação do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, em 2002, representa um importante avanço. Desde 2009, a coordenação da Política Nacional do Idoso está sob a responsabilidade da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. A realização de três Conferências Nacionais dos Direitos da Pessoa Idosa (em 2006, 2009 e 2011) reforçou as demandas sociais por políticas públicas específicas para a população idosa.

Contudo, percebe-se uma incorporação ainda tímida da questão de gênero nos instrumentos legislativos e nas políticas públicas. Este é um desafio a ser enfrentado para garantir maior efetividade a estas políticas públicas.

Em primeiro lugar, o recorte de gênero na elaboração de políticas para as pessoas idosas é fundamental para garantir igualdade de acesso a direitos e serviços públicos. Entre as mulheres idosas encontram-se os piores níveis de escolaridade e de inserção no mercado de trabalho, quando comparados com os homens idosos e com homens e mulheres de outras faixas etárias. A cobertura previdenciária das mulheres permanece inferior àquela registrada entre os homens, embora os índices venham se aproximando nos últimos anos (Camarano, Kanso & Fernandes, 2012).

Em segundo lugar, a distribuição de responsabilidades entre família, sociedade e Estado pela promoção dos direitos das pessoas idosas obscurece o fato de que as mulheres, no interior das famílias, são as principais responsáveis pelo cuidado de pessoas idosas com algum grau de dependência. Não raro, os principais cuidadores de pessoas idosas dependentes são também mulheres idosas.

Os próximos avanços na promoção dos direitos das pessoas idosas deverão passar por mudanças na questão do cuidado e da distribuição dessas responsabilidades entre os membros da unidade familiar, com o apoio de políticas públicas e equipamentos sociais que estendam o compartilhamento dessas responsabilidades para além do núcleo familiar.

Pode-se assinalar, sem dúvida, que a velhice se feminilizou, converteu-se em um assunto de mulheres, mas sobretudo de políticas públicas. O fato mais significativo e simples sobre a velhice é que a população idosa é predominantemente feminina. Estas enfrentam uma problemática muito particular na sociedade atual, o que as coloca em uma posição de maior fragilidade. Como já mencionado,

por suas especificidades 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 possui menor qualificação para conseguir empregos do que os grupos mais jovens ou de homens idosos. Diferem em relação ao estado civil, sendo na sua maioria viúvas, separadas e, portanto, muitas vezes, chefes de família. Chegam a uma idade em que a probabilidade de doenças de cuidado prolongado é maior e diferem dos membros da família, por que têm sido evidenciados que são as mais agredidas, seja pelo marido/companheiro, seja pelos filhos, ou pelo preconceito social e pela violência institucional.

Destaca-se ainda a falta de preparo da maioria dos cuidadores que se ocupam desse segmento, e torna-se necessário que haja mais investimento na formação destes profissionais. É importante a criação de uma política de formação de cuidadores para conscientizar a sociedade de que as pessoas idosas são dependentes em diferentes condições, seja essa dependência emocional ou física, e têm que ter um tratamento que não seja infantilizado e desrespeitoso.

É fundamental que exista uma política de construção de casas de abrigamento que saiam dessa dimensão puramente benévola e religiosa. Essa é uma tarefa fundamental das políticas públicas, cujo engajamento da SPM vem se afirmando desde a segunda Conferência Nacional de Mulheres em 2008, escrita no II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (II PNPM) e no momento ampliada no PNPM 2012-2015.

Nas palavras da presidente do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, Karla Giacomini, um dos principais desafios do Brasil é levar o envelhecimento em conta nas diretrizes das políticas públicas. “O envelhecimento muda tudo em termos de políticas públicas. Mas o Brasil parece que não quer acreditar que está envelhecendo, não enxerga esse processo que está diante dos nossos

olhos. A gente precisa modificar essa cultura que discrimina o idoso, precisa chamar a sociedade brasileira para reconhecer que estamos envelhecendo”.

Esta é uma das tarefas e desafios da SPM.

### **Referências bibliográficas**

BELTRÃO, K Beltrão, K. I. et al (2004). “Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX”. Rio de Janeiro: IPEA, Texto para discussão n. 1034.

CAMARAN, Ana M., (1999), Muito Além dos sessenta. Os novos idosos brasileiros. IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro.

CAMARANO, Ana. A., KANSO, S. & FERNANDES, D. (2002), Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica. Mimeo. IPEA. Brasília.

DUMARA, Nádia. (2007), A Violência contra o Idoso. n: Curso de Especialização: “Políticas de Gestão em Segurança Pública”. Núcleo de Trabalhos Comunitários. Coordenadoria Geral de Especialização, Aperfeiçoamento e Extensão PUC/São Paulo, Junho.

GOLDANI, Ana M. (1999), Mulheres e Envelhecimento:Desafios para novos contratos intergeracionais e de gênero. In: <http://www.un-instraw.org/data/media/documents/publications/sc-age-IPEAcapitulo.pdf>.

LEMOS, Náira de Fátima D. & MEDEIROS, S.L., (2011), Suporte Social ao Idosos Dependente, in FREITAS, E.V.F, PY, L., CANÇADO, F.A.X., DOLL, J., GORZONI, M.L., (organizadores), (2011), Tratado de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 3º ed.,

MOTTA, Alda Britto da. (2009), Violência contra as mulheres idosas: questão feminista ou questão de gênero? Texto apresentado no Congresso de 2009 da LASA-Associação de Estudos Latino-Americanos), no Rio de Janeiro, de 11 a 14 de junho.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. (2003), Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 783-791, maio/jun.

SALGADO, Carmen D. S. (2002), MULHER IDOSA: a feminização

da velhice. In: Estudos Interdisciplinares Envelhecimento., Porto Alegre, v. 4, p. 7-19.

SOARES, Cristiane, (2011 “Envelhecimento populacional e as condições de rendimento das idosas no Brasil”, Revista Gênero, NUTEG/UFF, no prelo.

SOUZA, Edinilsa Ramos de & MINAYO, Maria. Cecília de Souza (2010). Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (6), pp. 2659-2668.

VILLELA, Wilza V., & OLIVEIRA, Eleonora M. (2011), “O envelhecimento na perspectiva feminista: Simone de Beauvoir, Germaine Greer e o Coletivo de Boston”, in TRENCH, B. & ROSA, T.E. da Costa , *Nós e o Outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa*, São Paulo, Instituto de Saúde.

### **Legislação consultada:**

Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842, 4 de janeiro de 1994).

Regulamentação da Política Nacional do Idoso (Decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1996).

Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003).

### **Sites consultados:**

BRASIL, Ministério da Saúde: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/papel\\_do\\_cndi\\_na\\_defesa\\_dos\\_direitos.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/papel_do_cndi_na_defesa_dos_direitos.pdf) (acesso em 31 de maio de 2012).

BRASIL, IBGE, PNAD, acesso no dia 22 de setembro de 2012.



# Artigos



{ O CELESTIAL SORRISO DA IRA  
Nerino de Campos  
64 anos - Belo Horizonte, MG  
Talentos da Maturidade  
Edição: 2011 }



## A Nova Velhice

LÉA MARIA AARÃO REIS

**Jornalista e autora dos livros *Maturidade, Além da idade do Lobo* e *Cada um Envelhece como Quer (e como Pode)* (Editora Campus Elsevier) e *Novos Velhos – Viver e Envelhecer Bem* (Editora Record)**

*“A maioria dos velhos exclui o tempo porque não querem decair. Alguns tendem a pensar que são imutáveis por não evocarem o passado.”*

Jean-Paul Sartre

Com o avanço da Medicina e a melhoria nas condições da vida humana – nas áreas da saúde, da educação e, no caso do nosso país, no que diz respeito à estabilização da economia-, surgiu, em todo o mundo, uma nova faixa etária, uma população consumidora e participante, com mais de 60 anos e com saúde para aproveitar os anos que lhes restam. Indivíduos antes marginalizados, hoje ajudam a movimentar a economia do Brasil.

O ser humano costuma-se dizer, de uma geração para cá, ganhou, de modo geral, 30 anos de vida. Somente no Brasil, 22 milhões de pessoas se encaixam nesse perfil ainda pouco conhecido apesar do constante crescimento deste segmento populacional e embora a grande mídia tradicional – jornais, revistas e televisão – focalize o tema de modo superficial, estereotipado e, muitas vezes, infantil e infantilizante.

Para uma ideia aproximada do aumento acelerado da população idosa, no país, apenas em Copacabana, na Zona Sul do Rio de Janeiro, 47 mil cidadãos, moradores do bairro, têm mais de 60 anos. Trata-se da maior concentração de idosos do Brasil – um

terço da população da comunidade - e uma das maiores do mundo, tendo ultrapassado a da Flórida, nos Estados Unidos. Por outro lado, a bibliografia sobre a nova velhice vai aumentando e um maior número de pesquisadores, médicos, analistas políticos, demógrafos e cientistas sociais, cada vez mais, se dedicam ao estudo do assunto, desmistificando a imagem de um Brasil, país jovem. O médico Renato Veras, diretor da Universidade da Terceira Idade (Unati) da Universidade do estado do Rio de Janeiro (Uerj) – com mais de dois mil alunos idosos – cunhou a expressão “Brasil, país jovem de cabelos brancos”.

Estes novos velhos brasileiros constituem um desafio às políticas públicas e ingressam no âmbito da vida privada e das relações sociais e familiares como um fator novo – às vezes desestabilizador justamente porque é novidade; outras vezes como vetor de complementaridade às estruturas vigentes.

Trata-se de uma população de indivíduos que, tanto no espaço público como no privado requerem proteção e pelas quais a família e o estado – além do próprio cidadão - são responsáveis.

Esta mudança mais radical nos extratos populacionais do país e do mundo se iniciou nos anos 90 com homens e mulheres que pertencem a uma geração de contracultura, de ruptura e de contra valores que envelheceu segundo novos padrões e sem ter modelos prévios a seguir. Nasceram com o baby boom do pós-guerra, nos anos 40/50, e viveram as grandes mudanças de comportamento da década de 60. Muitos se tornaram adultos e envelheceram sem adotar os paradigmas de seus pais e avós, ainda embebidos de ranço conservador e vitoriano. Hoje, são os chamados novos velhos e promovem, pela segunda vez, outra fascinante revolução de costumes. A primeira foi a da contracultura. Agora, a revolução dos idosos.

Os termos terceira idade, melhor idade e feliz idade denominam a nova velhice de modo hipócrita. O objetivo, uma

manobra da publicidade e pressão do consumismo, é o de mostrar que ser velho é ótimo. Assim fazendo infantilizam os idosos tornando mais fácil sua manipulação. A realidade é que a velhice é difícil – não podemos perder de vista esta ideia -, especialmente em uma sociedade como a nossa que, a todo instante, desrespeita os mais velhos, obcecada que é pelo mito da eterna juventude.

No caso brasileiro, as transformações na vida dos idosos acontecem nos seguintes aspectos: no mercado, no papel social e nos arranjos familiares. A vulnerabilidade física e mental é uma das diferenças existentes entre os idosos e os demais, propiciando discriminações. O culto à juventude e o programa de prevenção à AIDS - que vai dos 18 aos 49 anos-, por exemplo, são caminhos de discriminação que a sociedade impõe ao idoso. Porém, mesmo sofrendo com discriminações, o idoso perde papéis sociais, mas ganha outros. E a velhice se insere cada vez mais na modernidade.

Na ciranda das idades e do passar do tempo, e para aplacar a angústia de morte e da finitude, os indivíduos têm necessidade de conviver, cada vez mais, com números, estatísticas, datas, marcos e slogans definidos, colocados à sua frente, servindo de referências que proporcionem a ilusão de conforto e segurança à existência.

Quando o ser humano começa a “envelhecer”? Todos se perguntam.

Ao iniciar-se o processo de decadência física e mental – este é o sinal do começo do término do prazo de validade da existência. Por outro lado, o homem e a mulher de 60/70 anos de hoje é o que era aquela outra pessoa, de 50 anos, pouco tempo atrás. Ganhou-se, assim, uma vida nova. Nela, por exemplo, centenas de aposentados continuam trabalhando e produzindo – o que é bom por um lado; são profissionais que se mantêm ativos e relacionando-se com o Outro através do mundo do trabalho. Mas nocivo e perverso, porque, por necessidade econômica, não podem parar para, enfim, descansar.

Deste modo, não se deve assegurar que há uma idade definida para dizer: “aquele entrou na velhice” inclusive porque, com o avanço da Medicina, que contribui para uma maior expectativa de vida, disseminou-se a espécie de obsessão (principalmente entre os das classes médias) de se manter jovem, ainda que na aparência – uma das características fortes da cultura nacional. É a fantasia de que somos todos “idealmente astronautas a flutuar em um mundo anti-gravitacional de beleza etérea de eternos Gianechinis e Giseles”, numa juventude sem fim, como diz o jornalista e publicitário Paulo Maldonado. Uma ideia perniciosa para os idosos.

De qualquer modo, mudou a forma de encarar a vida e também a morte. A morte, embora ainda difícil de aceitação, começa, porém, a ser pensada com certa leveza. O desenvolvimento, o apuro, o cultivo e o aprofundamento da espiritualidade é marca poderosa na vida dos idosos de hoje. Não a religião; a espiritualidade. Aliás, leveza e senso de humor são outras marcas da geração que foi jovem nos anos 60. Apesar do mau humor, da irritabilidade e do conservadorismo dos muitos (ainda) velhos-velhos e dos muitos (já) jovens-velhos.

O maior acesso ao conhecimento, processo crescente e em andamento – acelerado pela disseminação e popularização das tecnologias da informação - é outro canal que propicia maior longevidade da população para mais além do avanço vertiginoso, verificado nos últimos 50 anos, das pesquisas e descobertas científicas no campo da Medicina. As campanhas em prol da saúde pública são amplas. Um exemplo, as que denunciam os males provenientes do tabagismo e do uso indiscriminado do álcool. Aquelas que preconizam os benefícios de uma alimentação balanceada e cuidados higiênicos básicos. As campanhas de vacinação e de aleitamento. A medicina preventiva atuando e sendo divulgada, celebrando a vida e a saúde. O anúncio da criação de novos equipamentos de monitoramento de doenças

com os sofisticados exames que permitem descobrir moléstias ainda em estado inicial e até passíveis de cura. Notícias sobre tratamentos para distúrbios crônicos: diabetes, hipertensão, distúrbios cardiorrespiratórios, câncer, disfunções degenerativas, reumatismo, artrose, artrite. E sobre as pesquisas sobre Alzheimer que avançam. Na França, apenas em dez meses de 2011 mais de mil matérias foram produzidas pela mídia sobre o andamento das pesquisas do Mal de Alzheimer.

Mas os desafios estão aí: o aprimoramento da rede de saúde, que deve ser pública e universal. A regulação estrita e severa de operadoras de saúde privada através da fiscalização do estado. A urbanização de áreas degradadas onde vivem populações pobres. Há que garantir às classes populares os recursos mínimos para acesso aos medicamentos – em especial os de uso contínuo como já se faz -, e às vitaminas, aos cuidados fisioterápicos, esportes, sessões de exercícios físicos e acesso a uma alimentação saudável.

O Estatuto do Idoso é outro avanço na rede de proteção do idoso. Impressionante como ainda é conhecido por poucos, no Brasil, embora seja um exemplo para outros países, até para países centrais, cujos governos não contemplam, de modo tão amplo, a legislação relacionada aos indivíduos idosos no que se refere à cultura e ao entretenimento, por exemplo.

É claro que para o indivíduo que vive mais vinte, trinta anos do que no passado, como ocorre hoje, aumentam as chances de contrair moléstias. Mas o problema não é o aumento da incidência de doenças. A questão é garantir qualidade a esta expectativa de vida que se apresenta aos novos velhos. Longevidade sem bem-estar nem cuidados médicos básicos pode ser um tormento.

Os desafios são imensos, principalmente num país continental e ainda desigual como nosso, cuja população se aproxima da marca dos 200 milhões de habitantes. Pergunta-se: devemos, cada vez mais,

destinar recursos às crianças, aos jovens? À educação, por exemplo? Ou, na outra ponta, precisamos, hoje e no futuro, favorecer e proteger de modo eficaz, os mais velhos, os aposentados? Haverá recursos para todos? É uma escolha de Sofia.

A pirâmide populacional, no Brasil, tende a assumir a forma retangular, com taxa de reposição zero – para cada indivíduo que morre lá em cima, no topo, um indivíduo nasce na base, aqui em baixo; é o que ocorre em alguns países europeus, como a Itália. Então, os investimentos nas duas pontas da população poderão ser mais equilibrados. Aqui, estamos em fase de transição da representação da pirâmide para a forma retangular. Mas chegaremos lá, e não levará muito tempo porque a expectativa de vida, no país, está se alongando rapidamente.

Bem ou mal, mesmo que lentamente, há um avanço na rede de proteção aos idosos. Veja-se a implementação recente de políticas de previdência social. Para a demógrafa Ana Amélia Camarano, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea) e para a psicóloga social Teresa Creuza Negreiros, da PUC/ Rio de Janeiro, pesquisadoras das populações de idosos, no Brasil, há sinais claros apontando para um número maior de velhos aposentados, dentro da família, auxiliando financeiramente os mais moços (filhos e netos) do que o contrário.

O fenômeno ocorre em todas as classes sociais. Isto é novo e surpreende. Mas ainda é urgente e necessário aumentar o número de abrigos públicos para os velhos pobres, criar e multiplicar os centros de convivência, aprofundar e fiscalizar severamente o cumprimento das leis contidas no Estatuto do Idoso assim como regulamentar cursos de cuidadores, estimular a assistência social e fomentar a assistência médica aos mais velhos em seus próprios domicílios – como ocorre na França, por exemplo.

Porque se ao indivíduo cabe cuidar da sua saúde em caráter preventivo, à sociedade (família) cabe o respeito ao idoso sendo o

Estado o responsável por ele – como dissemos acima. Isto está dito na nossa Constituição.

Uma velhice economicamente ativa pode se refletir e se projetar na vida sexual dos novos velhos? É uma pergunta recorrente que nos fazem, quando somos chamadas a falar para os mais velhos. Pois a questão não é ser ou não ativo sexualmente, mas sim ser ativo ou passivo do ponto de vista econômico. Quem é ativo neste sentido é mais seguro de si, nutre autorrespeito e, portanto, é mais livre para o exercício não só da sexualidade, mas da cidadania em todos os seus aspectos e em todas as suas dimensões.

A sexualidade dos idosos, no caso das mulheres, ainda é assunto abordado com extrema discricção, vergonha até, porque envolve a consciência da contemplação do envelhecimento do corpo pelo Outro, como registrou a escritora francesa Simone de Beauvoir. Acrescentamos: especialmente numa cultura que invoca a beleza e a juventude feminina como valores máximos de sedução, o corpo que envelhece passa a não ter valor. Artificialmente a sexualidade se encerra, envergonhada. Já os homens velhos contam com os estimulantes à sua disposição no mercado para se reposicionarem sexualmente. E, se por acaso gozam de prestígio econômico e profissional, têm o valor social reconhecido: é o que a cultura machista, capitalista e paternalista dispõe.

O importante é saber aproveitar este “tempo que resta”. Trata-se de um tempo extra. É necessário saber administrá-lo sem a pretensão de controlá-lo. Não deixar para fazer amanhã, como dizia a publicidade, aquilo que se pode fazer hoje - o tempo vai ficando curto.

Em pesquisa realizada entre idosos, pela PUC/RJ, e coordenada pela professora e psicóloga Teresa Creuza Negreiros, alguns dos itens abordados pelos entrevistados foram estes:

1. O idoso não deve esperar que os outros cuidem de si.

2. É fundamental manter a independência, na medida do possível e até onde der. 3. O idoso deve aprender também a dizer não. 4. Deve ser solidário. 5. Deixar aflorar a sua doçura e sua humanidade. 6. E deve brigar, se necessário, para manter-se produtivo e no mercado de trabalho que, não raro, tenta expulsá-lo da cena, prematuramente.

Há testemunhos de indivíduos mais velhos, no seu cotidiano, com estilos de vida diversos, de várias tribos e pertencentes a classes econômicas e sociais com diferenças abissais, que mostram, justamente, como eles, hoje, vivenciam, aproveitam e refletem sobre a sua condição. Um traço forte nestes depoimentos: nas classes populares, a solidariedade está sempre presente. Os velhos são mais respeitados. Nas classes médias altas, nas elites, os idosos são mais bem cuidados do ponto-de-vista material (há recursos para isso: aparato médico, acompanhantes, serviços domésticos, casas geriátricas cinco estrelas), mas a solidão, com frequência, é contundente. Conversando e pesquisando essas populações, a teoria e as estatísticas acabam em segundo plano - entramos na vida real com toda sua riqueza, acertos, desacertos e contradições.

Preocupações principais dos idosos e anseios apresentados por essa faixa da população, em qualquer classe socioeconômica: refinar e proporcionar um acabamento requintado à própria existência neste mundo, cada um ao seu modo. E projetos: todos os idosos, cada qual à sua maneira, falam sobre seus projetos. Isto é emocionante.

Com estes e outros dados valiosos na mão e com o permanente avanço científico, a tendência é que a expectativa de vida aumente ainda mais. Quais seriam os desafios para o futuro?

Não é de hoje que os governos precisam estudar, seriamente e com profundidade, a questão da aposentadoria da população idosa. Não apenas no Brasil. Nos Estados Unidos e na Europa mesmo empobrecida – segunda região do mundo com maior índice de

longevidade (a primeira é o Japão). Atualmente, um dos temas dos protestos que levam multidões às ruas é, justamente, a discussão sobre o adiamento da idade da aposentadoria. A conta da previdência social não fecha, com a longevidade cada vez maior. O que demonstra que o envelhecimento global, em todo o Ocidente, é um aspecto da vida do século XXI tão importante quanto o desequilíbrio ecológico e o superaquecimento do planeta.

Assim, o tema da velhice nunca foi tão discutido como diz o escritor, poeta e jornalista Celso Japiassu.

“Raras são as edições de jornais e revistas que não tragam matérias sobre como envelhecer com saúde ou de que forma tornar mais leve esta pesada fase da vida. Na internet, sítios especializados avivam a discussão, dão receitas, defendem direitos e se transformam em plataformas de vendas de produtos para os idosos. Alguns políticos elegem-se com os votos da chamada terceira idade. Agências de turismo lançam programas específicos de passeios e viagens pelo mundo. As novas técnicas de marketing descobriram na velhice um valioso segmento de novos consumidores.”

“É uma fase,” escreve Japiassu, “que leva o indivíduo a uma reflexão sobre a vida e a sua fase mais complexa e mais dramática, a que antecede a morte. A revolução dos jovens parecia mesmo uma revolução até que John Lennon percebeu que o sonho havia acabado. E aqueles jovens que haviam decretado o surgimento do Poder Jovem, da Jovem Guarda, finalmente envelheceram.”

Algo da sua inquietação, no entanto, permaneceu nos velhos de hoje – ele conclui e nós concordamos.

## BIBLIOGRAFIA

HEMINGWAY, Ernest. O velho e o Mar. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil. 2005

TOLSTÓI, Liev. Khadji Murát. São Paulo. Cosac Naify. 2010

MARQUEZ, Gabriel Garcia. O Amor Nos Tempos Do Cólera. Rio de Janeiro. Record. 1985

MARQUEZ, Gabriel Garcia. O Outono do Patriarca. Rio de Janeiro. Record, 1993.

MARQUEZ, Gabriel Garcia. Ninguém Escreve ao Coronel. Rio de Janeiro: Record, 1996

BEGLEY, Louis. Confissões de Schmidt. São Paulo: Companhia das Letras, 1999

BEGLEY, Louis. Despedida em Veneza. São Paulo: Companhia das Letras, 2000

BEAUVOIR, Simone. A Velhice. Rio de Janeiro. Record, 1990

SILVA, Marleth. Quem Vai Cuidar dos Nossos Pais? Rio de Janeiro. Record. 2010

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi. Corpos de Passagem. São Paulo. Estação Liberdade, 2001

SCHIRRMACHER, Frank. A Revolução dos Idosos. Elsevier, 2005

## Os Conselhos e as Narrativas sobre a Velhice

**GUITA GRIN DEBERT (UNICAMP)**

**GLAUCIA DA SILVA DESTRO DE OLIVEIRA (UNICAMP)**

Pensar em conselhos de direitos dos idosos é testemunhar o modo pelo qual a velhice, que até muito recentemente era vista como uma questão própria da esfera privada e familiar, uma questão de previdência individual ou de associações filantrópicas se transforma numa questão política. Nesse processo de politização, o idoso passa a ser um novo ator que requer um tratamento específico por parte do estado, das empresas privadas e das organizações da sociedade civil.

Um conjunto de orientações e intervenções, muitas vezes contraditório, é definido e um campo de saber específico - a Gerontologia - é criado com profissionais encarregados de compreender e definir os problemas que afetam os velhos e promover a formação de outros especialistas nessa área de estudos. Como consequência, tentativas de homogeneização das representações sobre esse segmento populacional são acionadas e uma nova categoria cultural é produzida: os idosos, como um conjunto autônomo e coerente que impõe outro recorte à geografia social, autorizando a colocação em prática de modos específicos de gestão para garantir um envelhecimento com dignidade e segurança.

A representação do avanço da idade como um processo contínuo de perdas - em que os indivíduos ficariam relegados a uma situação de abandono, de desprezo e de ausência de papéis sociais - acompanha o processo de constituição da velhice numa preocupação social e política. Essa visão de uma experiência homogênea de perdas

funda a Gerontologia e legitima a atribuição de direitos como a universalização da aposentadoria, o conjunto de leis protetivas dos idosos e as conferências e planos de ação internacionais para o envelhecimento.

O Brasil teve um papel ativo na criação de propostas, leis, decretos e medidas voltados para esse segmento da população. Nossa Carta Constitucional e o nosso Estatuto de Idoso são, certamente, dos mais avançados no mundo. Essas leis abrangem temas, propõem medidas e estabelecem direitos segundo concepção inegavelmente integradora de setores sociais tidos como vulneráveis, e envolveram na sua elaboração instituições governamentais, organismos da sociedade civil e movimentos sociais atuantes na área. No entanto, vivemos em meio a uma persistente desigualdade social no acesso aos direitos da cidadania, e este é, nas palavras de Maria Filomena Gregori (2006), nosso intrincado paradoxo. Sabemos que o sistema legal é uma dimensão constitutiva da ordem e que garante que as relações sociais, mesmo implicadas em tramas assimétricas, sigam um curso de aquiescência e compromissos mútuos.

Sabemos também que igualdade perante a lei não foi inteiramente alcançada por nenhuma nação, mas, em determinados países, as desigualdades se apresentam de forma marcante atravessando todo o território nacional e acentuando as diferenças concernentes a gênero, raça, idade entre outras clivagens sociais. Países como o Brasil apresentam essa desigualdade de modo acirrado e crônico, posto que suas burocracias estatais são muitas vezes incapazes de cumprir suas obrigações com eficiência razoável. Esse quadro acaba por determinar um tipo de estado que mistura características democráticas e autoritárias. Essa mistura, como mostra com razão Gregori, resulta numa espécie de truncamento do exercício pleno da cidadania, tão bem qualificado por expressões como “cidadania contraditória” (SANTOS, 1979), ou ainda cidadania em meio a uma “democracia disjuntiva” (CALDEIRA e HOLSTON, 1999).

Se esse é o contexto mais amplo em que se delineiam dilemas de difícil solução, ele impõe aos estudiosos empreendimentos cada vez mais detalhados no sentido de entender os meandros concretos e as relações sistemáticas que compõem o campo da autoridade pública no que concerne à defesa de direitos “garantidos pela lei, contudo, ainda não inteiramente assegurados na prática da cidadania””. (Ibid, p.59).

O objetivo deste artigo é discutir a trama de questões e demandas envolvidas no funcionamento dos Conselhos. Para pensar nessas questões tomamos como base dados etnográficos levantados em três conselhos que atuam em cidades de grande porte no estado de São Paulo. Interessa mostrar que a criação dos conselhos só pode ser entendida levando em conta um duplo movimento que marca a sociedade brasileira contemporânea. Por um lado, um interesse crescente pela definição de mecanismos capazes de promover a qualidade de vida e a dignidade na velhice e, por outro lado, o empenho na criação de equipamentos voltados para o alargamento e a potencialização das formas democráticas de participação política. Esses movimentos, no entanto, não se fazem sem problemas. Com base na bibliografia voltada para a análise dos dilemas envolvidos na implantação e na dinâmica dos conselhos gestores de políticas públicas criados no Brasil na última década, procuramos apontar para a especificidade dos conselhos dos direitos do idoso. O argumento central é que nesses conselhos convivem narrativas distintas sobre a velhice, que visam a compreender um segmento amplo da população, envolvendo os indivíduos com 60 anos. Essas narrativas distintas dão uma dinâmica muito específica às propostas de políticas de interesse público e aos conflitos e divergências entre os conselheiros.

## **Os Conselhos no Contexto das Políticas de Proteção ao Idoso**

Os Conselhos são parte constitutiva das políticas de proteção ao idoso que ganham força no contexto brasileiro a partir da

década de 80, sobretudo em razão da nova ênfase dada ao tema na constituição de 1988, momento a partir do qual a questão da velhice ganha importância na formulação de políticas públicas. Esse momento é marcado pela preocupação da sociedade brasileira com o reconhecimento dos direitos sociais de um modo geral, mas também e especialmente no que diz respeito às minorias discriminadas. Prevalece no país a consideração de que a universalidade dos direitos só pode ser conquistada se a luta pela democratização da sociedade contemplar também as formas específicas de opressão que incidiam sobre as minorias desprivilegiadas, como é o caso dos mais velhos.

No plano internacional também ganha destaque a preocupação social com o envelhecimento. Merece destaque a Assembleia Mundial de Viena, em 1982, que tinha como meta “fortalecer a capacidade dos países para abordar de maneira efetiva o envelhecimento de sua população e atender às preocupações e necessidades especiais das pessoas de mais idade, e fomentar uma resposta internacional adequada aos problemas do envelhecimento com medidas para o estabelecimento da nova ordem econômica internacional e o aumento das atividades internacionais de cooperação técnica, em particular entre os próprios países em desenvolvimento.” Esse foi o primeiro documento da ONU sobre a questão do envelhecimento de repercussão mundial, e pode ser visto como marco inicial para o desenvolvimento de uma agenda de políticas públicas para a população idosa não só no Brasil como na esfera internacional.

Da mesma forma, o Brasil foi signatário do Plano de Ação internacional para o Envelhecimento, resultado da II Assembleia Mundial do Envelhecimento, promovida pela ONU e realizada em Madri em 2002, que tinha como objetivo: “responder às oportunidades que oferece e os desafios feitos pelo envelhecimento da população no século XXI e para promover o desenvolvimento de uma sociedade para todas as idades.”

Esses planos internacionais reconhecem que o envelhecimento representa uma experiência específica que não é contemplada pelas declarações e tratados de cunho universalista. Por essa razão um amplo debate sobre direitos diferenciados e políticas de reconhecimento tem marcado as reflexões sobre os desafios da igualdade e da democracia. Os próprios órgãos regionais ligados às Nações Unidas, por reconhecerem a grande diversidade do processo de envelhecimento, elaboraram estratégias para a implementação do Plano de Madri que levassem em conta as especificidades regionais e fossem menos generalizantes. Em 2007, ocorreu em Brasília a 2ª Conferência sobre Envelhecimento na América Latina e Caribe, que tinha como primeiro objetivo:

“identificar as prioridades futuras de aplicação da Estratégia regional de implementação para a América Latina e o Caribe do Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento, responder às oportunidades e aos desafios que o envelhecimento da população suscitar nas próximas décadas e promover uma sociedade para todas as idades,”

As convenções e os tratados internacionais têm um impacto nos contextos nacionais, particularmente para os países signatários, posto que o interesse na arena internacional é um estímulo fundamental para o sucesso das lutas pelo reconhecimento e legitimação e também da pressão para que medidas específicas sejam tomadas pelo aparelho estatal.

A Política Nacional do Idoso de 1994 e o Estatuto do Idoso de 2003 são exemplos importantes dos avanços que o Brasil fez nessa área. O idoso, além dos direitos de todo o cidadão, passou a gozar, em princípio, de direitos específicos. A Política Nacional do Idoso segue uma série de outras regulamentações que, no início dos anos 90, sucederam à constituição de 1988. Ela reitera alguns princípios constitucionais básicos, como o direito à vida, à dignidade humana e à cidadania, e acrescenta outros direitos específicos.

A política estabelece, entre suas principais diretrizes, a viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações; a participação do idoso, e da sociedade civil na formulação das políticas a serem desenvolvidas; a priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar; capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços; priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família; apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento.

O Estatuto do Idoso, aprovado em 2003 após longo período de tramitação do Congresso Nacional, reuniu em um documento legal extenso uma série de leis e políticas já existentes e regulamentou novas medidas que colocam o idoso como sujeito de direitos específicos, que contemplem as formas específicas pelas quais a discriminação os atinge. O estatuto estabelece, entre outras precedências, que os mais velhos devam ter atendimento preferencial em órgãos públicos e privados; prioridade na tramitação de processos judiciais e administrativos; meia entrada em atividades culturais e de lazer; Benefício de Prestação Continuada – correspondente ao valor de um salário mínimo para os maiores de 65 anos que não puderem prover a própria subsistência; reserva de 3% das unidades nos programas habitacionais públicos; gratuidade no transporte municipal; assentos reservados no transporte coletivo; vagas reservadas em estacionamentos; medidas de proteção ao idoso que se encontrar em situação de risco, atendimento geriátrico e gerontológico.

O Conselho Nacional do Idoso integra a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República – SDH/PR, e que tem por finalidade elaborar as diretrizes para a formulação e implementação da Política Nacional do Idoso de acordo com as diretrizes do Estatuto

do Idoso, acompanhando e avaliando sua execução e a quase totalidade dos estados e em boa parte dos municípios há conselhos do idoso com representantes do estado e da sociedade civil.

Contudo, é parte do nosso intrincado paradoxo a dificuldade de implementação das diretrizes legalmente estabelecidas. Por exemplo, a quantidade diminuta de geriatras que praticamente não ultrapassa o número de mil, torna inviável o direito ao atendimento geriátrico nos ambulatórios. As dificuldades na implantação e no funcionamento dos Conselhos tornam esses dilemas mais evidentes.

### **As Velhices e as Políticas Públicas**

A transformação da velhice em problema social não pode ser compreendida como o resultado mecânico do aumento da população idosa. Como mostrou Remi Lenoir (1979), um problema social é uma construção social e não o puro resultado do mau funcionamento da sociedade. A constituição de um problema social supõe um trabalho em que, segundo esse autor, estão envolvidas quatro dimensões: reconhecimento, legitimação, pressão e expressão.

O reconhecimento implica tornar visível uma situação particular. É a conquista de uma atenção pública, e supõe a ação de grupos socialmente interessados em produzir uma nova categoria de percepção do mundo social, a fim de agir sobre ele. A legitimação não é consequência automática do reconhecimento público do problema. Ao contrário, ela supõe o esforço para promovê-lo e inseri-lo no campo das preocupações sociais do momento.

Em outras palavras, às transformações objetivas, sem as quais um problema social não teria sido colocado, soma-se um trabalho específico de enunciação e de formulação pública, ou seja, uma empresa de mobilização capaz de promover sua integração às preocupações do momento e incorporá-lo como objeto de luta política.

No caso da transformação da velhice em problema social, essa questão é, segundo Lenoir, especialmente importante. Diferentemente de outras categorias, os velhos não dispõem de meios sociais nem de instrumentos de acesso à expressão pública. Os representantes que se colocam como porta-vozes das pessoas idosas são, atualmente, “experts”, cuja competência é oficialmente reconhecida pela referência a uma especialidade científica: a Gerontologia.

As formas de pressão se traduzem em formas de expressão que consagram determinadas convenções sobre a velhice, período que é, certamente, o estágio mais longo da vida.

Os primeiros estudos sobre esse segmento populacional caracterizavam a velhice como uma situação marcada pela decadência física e perdas de papéis sociais, posto que as sociedades modernas não previam um papel específico ou uma atividade para os velhos, abandonando-os a uma existência sem significado. Nessa mesma linha, os velhos eram tidos como uma minoria desprivilegiada nas sociedades industrializadas - baixa renda e baixo status seriam o destino inevitável daqueles que atingem os 60 anos, e, nesse sentido, seriam uma minoria estigmatizada como qualquer outra e formariam um grupo com um estilo próprio de vida que se sobrepõe às diferenças de ocupação, sexo, religião e identidade étnica.

Os estudos realizados a partir dos anos 70 procuraram caracterizar a diversidade no interior deste segmento, chamando a atenção para a heterogeneidade das experiências de envelhecimento no que diz respeito particularmente às diferenças socioeconômicas, étnicas, de gênero e de religião, mostrando como essas clivagens sociais levam a formas e experiências de discriminação e estigma distintas .

Uma nova face da velhice emerge a partir desses estudos. Contra a visão da velhice como uma situação de perdas e os estereótipos negativos sobre a velhice que ela reproduzia, os

gerontólogos procuraram realçar os ganhos que o envelhecimento traz. Dessa perspectiva, os estágios mais avançados da vida passam a ser tratados como momentos privilegiados para novas conquistas guiadas pela busca do prazer, da satisfação e da realização pessoal. As experiências vividas e os saberes acumulados propiciariam aos mais velhos oportunidades de explorar novas identidades, realizar projetos abandonados em outras etapas da vida, estabelecer relações mais profícuas com o mundo dos mais jovens e dos mais velhos. Essas novas imagens acompanham a construção da “terceira idade” como uma etapa gratificante e abrem espaço para que experiências de envelhecimento bem-sucedidas possam ser vividas coletivamente.

No Brasil, a terceira idade é uma expressão que com muita rapidez se popularizou como uma forma de tratamento das pessoas de mais idade. Nos últimos anos, tem crescido o número de grupos de convivência de idosos e de universidades para a terceira idade que marcam presença mesmo em municípios em que a população idosa é relativamente pequena. Com uma capacidade de mobilização impressionante essas iniciativas têm promovido de maneira muito evidente a redefinição de valores, atitudes e comportamentos dos grupos mobilizados. Debert (1999), ao analisar essa nova face da velhice, aponta para o processo de reprivatização nela implicado. A imagem da terceira idade bem-sucedida não oferece instrumentos capazes de enfrentar os problemas envolvidos na perda de habilidades cognitivas e dos controles físicos e emocionais que estigmatizam o velho e que são fundamentais, na nossa sociedade, para que um indivíduo seja reconhecido como um ser autônomo, capaz de um exercício pleno dos direitos de cidadania. A velhice se transforma num problema de consumidores que falharam porque não souberam se envolver em atividades motivadoras e adotar estilos de vida e formas de consumo capazes de evitar ou retardar a velhice.

Para alguns autores, a visão da velhice como uma situação de perdas e dependência foi substituída por uma visão mais positiva do

envelhecimento. É, no entanto, preciso atentar para a coexistência dessas faces distintas da velhice e para o modo através do qual as políticas públicas consagram uma ou outra dessas faces.

Em outras palavras, num artigo sobre as narrativas da velhice nas políticas públicas, Simon Biggs (2001) opõe a visão da velhice como uma situação caracterizada pela ausência de produtividade e dependência crescente, que organiza as políticas que prevaleceram na Inglaterra nos anos do governo Thatcher, às políticas do governo Blair, em que as iniciativas voltadas para promover um envelhecimento ativo celebram os atributos positivos da velhice. Em nome da inclusão e da igualdade de oportunidades, esses atributos promovem um ideal de produtividade, desconhecendo os limites que a velhice impõe e a diversidade no interior desse segmento da população.

Considerar que as políticas públicas não são apenas respostas aos problemas sociais, mas são ativas na produção de convenções sobre a definição de seu público alvo, exige um olhar atento para o modo como concepções muito distintas do que é a velhice podem conviver em um mesmo contexto nacional e dar dinâmicas distintas ao funcionamento de diferentes instituições. Isso pode ser percebido com clareza nos dilemas e embates vividos nos Conselhos.

### **Significados e Dilemas dos Conselhos**

Não são poucos os pesquisadores que se debruçaram sobre os conselhos para avaliar o funcionamento desses equipamentos que são tidos como avanços nos dispositivos democráticos de uma sociedade. Essas pesquisas procuraram descrever o perfil social dos conselheiros e discutir o caráter da sua participação nas tomadas de decisão do governo, bem como as formas de controle social acionadas em cada caso. Os estudos oferecem ainda descrições sobre infraestrutura e organização dos diferentes conselhos .

Institucionalizados na primeira metade dos anos 90, o Brasil conta com mais de 10 mil conselhos. Como mostram Almeida e Tatagiba (2012), o Munic/IBGE, de 2001, informa que mais de 90% dos municípios brasileiros registravam a presença de conselhos nas áreas da saúde, assistência e criança e adolescente. A pesquisa realizada por Tatagiba identificou um total de 541 conselhos em funcionamento na esfera estadual, com uma média de vinte conselhos por estado. A pesquisa mostra ainda que oito conselhos atingiram uma cobertura de 100%: alimentação escolar, assistência social, criança e adolescente, educação, saúde, meio ambiente, idoso e segurança alimentar. Outros conselhos também atingiram uma cobertura muito significativa, como no caso dos conselhos de cultura (presentes em 92% dos estados), deficiente (88%), desenvolvimento agrário (88%), antidrogas, mulher (77%) e cidades (70%). Esses números indicam a forte institucionalização dos conselhos no Brasil e sua diversificação temática (Tatagiba, 2011). É importante registrar ainda que as duas últimas gestões do governo federal destacam-se pelo forte ritmo de criação de conselhos num conjunto muito diversificado de áreas de políticas, com impactos também sobre os demais níveis da federação. Nos oito anos de governo Lula, foram criados dezesseis novos conselhos nacionais, número que corresponde a mais da metade dos então existentes no país (Mateos, 2011; Avritzer, 2009). Tendo em vista esse mapa da arquitetura da participação, podemos hoje falar num exército de conselheiros espalhados pelos quatro cantos do Brasil.

Há um consenso entre os autores de que os conselhos representam um dos avanços mais significativos da democracia brasileira, posto que possibilitam o aumento da influência da sociedade civil institucionalizada sobre o Estado na elaboração de políticas públicas; a ampliação da inclusão social; o aumento de controle público e a supervisão dos serviços prestados pelo

Estado. A essas vantagens se somam a estrutura horizontalizada de tomada de decisões e a existência de câmaras técnicas e de planos anuais de governo.

Ernesto Isunza Vera e Adrian Gurza Lavalle, em “Arquitetura da participação e controles democráticos no Brasil e no México” (2012), analisam qualitativamente experiências participativas visando o controle social das políticas públicas nos dois países da América Latina para decifrar, em uma perspectiva mais ampla, o caráter dessas inovações na construção do regime democrático.

Segundo os autores, o conselho é marcado pelo predomínio de consensos. Sua estrutura possibilita a participação de diferentes atores nos diversos níveis e nas diferentes instâncias, permitindo efeitos de controle, direto e indireto, através de sua dinâmica, e também pelos fóruns e conferências realizados periodicamente. Nesse sentido, sinergias entre dispositivos de controle democráticos transversais, horizontais, sociais e internos seriam realizados.

Outros elementos importantes da organização política na consolidação de avanços democráticos na sociedade brasileira, realçados pelos autores, são: a federalização e municipalização combinados entre si como importante inovação no controle democrático no Brasil; a institucionalização estatal ou incorporação da questão dos controles democráticos sociais na agenda do Estado; a presença de agentes estatais de diferentes instâncias atuando no controle horizontal; a densidade organizacional da sociedade civil; e a articulação entre agendas do Estado e da sociedade civil. Esses elementos tornam os controles democráticos sociais mais amplos, policêntricos, capilares e horizontais. É nesse sentido que os autores acreditam que a experiência da democracia brasileira seja bastante exitosa, mas apontam, no entanto, para o risco da hipertrofia dos chamados efeitos e fatores múltiplos.

Nessa direção de identificar os riscos e problemas no funcionamento dos conselhos, outras pesquisas têm chamado atenção e apontado os limites que restringem os potenciais democráticos dessas novas formas de participação, particularmente no que diz respeito ao perfil social dos conselheiros; ao modo como são escolhidos; à baixa capacidade para incidir nas correlações de força que conformam o jogo político em suas áreas específicas; à frágil ancoragem institucional e societária dessas instâncias e ao fato das disputas travadas no interior dos conselhos não extrapolem suas fronteiras de modo a repercutir no ambiente político-societal e político-institucional de forma mais ampla.

Maria Eliana Labra e Jorge St. Aubyn de Figueiredo, em “Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde” (2002), tratam do Conselho de Saúde do Rio de Janeiro, apontando o perfil dos conselheiros marcado pelas seguintes características: predominância de homens, na meia idade que estão ou estiveram inseridos no mercado formal de trabalho e, entre os quais, quase a metade, (43,3%) possui curso superior completo ou incompleto. Para os autores esses dados indicam que as associações escolhem pessoas mais velhas, melhor capacitadas e que façam parte da cúpula dirigente da organização que representam. Ou seja, ressaltam que há uma tendência à elitização e profissionalização dos conselheiros.

Nos estudos feitos sobre conselhos gestores do Paraná publicados na coletânea “Democracia e participação: os conselhos gestores do Paraná”, organizado por Mário Fuks, Renato M. Perissinotto e Nelson R. Souza (2004), fica evidente que o perfil dos conselheiros está muito acima da média nacional no que se refere a renda, escolaridade e ao engajamento político-partidário: em sua maioria são brancos, com leve preponderância das mulheres, têm mais de 30 anos, casados, de religião católica, com alta escolaridade, sendo predominantes aqueles com nível superior. Estão inseridos no

mercado formal de trabalho, ganham mensalmente cinco salários mínimos ou mais, e mesmo aqueles que representam no conselho o segmento da sociedade civil, estão empregados no serviço público municipal. Trata-se, portanto, de um perfil muito próximo ao apresentado por Labra e Figueiredo (2002) e por eles considerado elitista. Outros autores, no entanto, tendem a ver como um dos maiores problemas dos conselhos o baixo nível educacional e a falta de capacidade técnica do corpo de conselheiros representantes da sociedade civil, o que os impede de exercer um protagonismo ativo nas tomadas de decisão.

Almeida e Tabagiba (2012) realçam que os conselhos não estão cumprindo sua vocação deliberativa, em razão da centralidade estatal na elaboração das pautas de discussão e pela falta de capacidade técnica dos conselheiros, particularmente no que diz respeito ao orçamento, conhecimento da legislação, funcionamento da máquina estatal, entre outros temas que exigem competências técnicas. Apontam ainda para questões relacionadas com a representatividade, a dificuldade em lidar com a pluralidade de interesses, a manutenção de padrões clientelistas na relação com o Estado, a fragilidade deliberativa dos conselhos, a ambígua inserção no conjunto de institucionalidades, debates e negociações que levam à imposição unilateral dos interesses temáticos do Estado. As autoras ressaltam o alcance limitado dos debates e disputas travados nas assembleias e a dinâmica própria do funcionamento da burocracia que, institucionaliza a luta política, e, assim, afasta-a dos movimentos sociais. O conselho é ainda marcado por decisões tomadas por consensos com poucas discussões e enfrentamentos e foi observada a tendência a deslocar encaminhamentos próprios do conselho para outras instâncias governamentais e não governamentais.

Fuks e Perissonotto, no artigo “Recursos, decisão e poder: conselhos gestores de políticas públicas de Curitiba” (2006), desenvolvem uma análise sobre conselhos municipais de Saúde e

Assistência Social de Curitiba e apontam problemas semelhantes na dinâmica de funcionamento dos conselhos.

Comparando esses dois conselhos municipais, os autores notam: a existência de arenas alternativas e paralelas às institucionais e a interferências do governo na eleição dos representantes não governamentais. Concluem, então, que há mais interação e complementaridade do que oposição entre sociedade civil e Estado e que constrangimentos socioeconômicos, simbólicos e políticos podem funcionar como poderosos obstáculos à participação ou até mesmo aprofundar a desigualdade política. Os autores afirmam que a existência de conselhos aponta uma conquista política, na medida em que se abriram espaços para novos atores nos processos de tomada de decisão que antes estavam limitados à burocracia estatal. O artigo apresenta pontos positivos e negativos, mas os autores parecem estar pouco convencidos da efetividade do sucesso dos conselhos.

Nesse sentido, é possível afirmar que análises e interpretações sobre os conselhos são pouco consensuais. Ainda que os dados levantados em diferentes pesquisas possam coincidir, a forma de apresentá-los já implica em modos distintos de interpretações. Se, por um lado, alguns autores apontaram o perfil elitizado dos conselheiros, outros identificaram sua pouca habilidade com procedimentos burocráticos e a falta de conhecimentos técnicos como empecilhos para a participação efetiva da sociedade civil. Para determinados analistas, a diversidade de conselheiros, vista por alguns como um ganho democrático acarretaria constrangimentos socioeconômicos, simbólicos e políticos, impedindo uma participação plena de todos envolvidos.

É importante lembrar que a discussão apresentada tratou, sobretudo, de conselhos gestores, o que não invalida a reflexão sobre o funcionamento de conselhos de direitos, como é o caso dos conselhos de idosos.

Estes conselhos são temáticos e contemplam minorias que compõem movimentos sociais e estão, portanto, envolvidos na luta política de reivindicação de seus direitos. Como já foi mostrado, é comum nos municípios de médio e grande porte a existência de conselhos como, por exemplo, da juventude, dos direitos das pessoas com deficiência, dos direitos da mulher, entre outros. Seus temas, nomenclaturas e sua diversidade variam conforme a cidade, estado ou região em que estão inseridos. Os conselhos de direitos são diferentes dos gestores, pois esses últimos têm como objetivo gerenciar um equipamento, uma área da administração pública, como são os conselhos da assistência social ou os conselhos da saúde.

Os conselhos de direitos de idosos dinamizam as reivindicações da pessoa idosa e são formados por um colegiado de representantes do poder público e da sociedade civil.

Trata-se de um espaço criado para a articulação da representatividade da sociedade em sua diversidade, de autonomia para deliberar e definir diretrizes de políticas sociais, fiscalizar serviços e atendimentos de entidades públicas e privadas.

Nos casos investigados por Destro de Oliveira (2012) - Conselhos Municipais do Idoso de Santos (CMI), Conselho Municipal de São Paulo (GCMI) e Conselho Estadual de Idoso de São Paulo (CEI) - é possível afirmar que são concepções - de conselho, de participação democrática e de velhice diversas entre si, o que implica em atuações, projetos políticos e até mesmo ideais distintos. O mesmo conselho em gestões diferentes também sofre alterações no seu modo de operacionalização.

Apesar das diferenças, há muitas semelhanças. Em todos os casos, a instância de legitimidade mais importante é o plenário, portanto, essas particularidades não apontam um problema de funcionamento. São as especificidades locais de entendimento,

particularmente o modo como definem luta política e a agenda e os temas presentes, que marcam as diferenças entre eles.

O Conselho Municipal do Idoso santista (CMI), por exemplo, é “um órgão deliberativo, consultivo, normativo, controlador e fiscalizador das ações voltadas à política de atendimento e defesa do idoso do Município de Santos” (Relatório Anual do Conselho Municipal do Idoso de Santos, 2010). É composto por:

“um órgão permanente e tripartite, constituído por 39 (trinte e nove) membros denominados Conselheiros, e respectivos Suplentes, representantes dos seguintes segmentos: 13 (treze) representantes da população idosa de Santos; 13 (treze) representantes da Sociedade Civil e 13 (treze) representantes de órgãos governamentais” (Relatório Anual do Conselho Municipal do Idoso de Santos, 2010);

o que quer dizer que, em sua composição, entidades de atendimento e serviços à população envelhecida são separadas do segmento idoso, composto de pessoas com 60 anos ou mais que representam a população idosa do município. Seus objetivos são

“deliberar, normatizar, constituir um espaço de representatividade sobre interesses e demandas de idosos” e, ainda, “controlar e fiscalizar serviços, atendimentos e políticas desenvolvidas na sociedade civil e poder público” (Relatório Anual do Conselho Municipal do Idoso de Santos, 2010).

O Grande Conselho Municipal do Idoso de São Paulo (GCMI) não é deliberativo, mas sim consultivo. É composto por:

“30 (trinta) idosos titulares e 15 (quinze) suplentes, eleitos nas Assembleias Regionais, respeitadas a representatividade de 06 (seis) titulares e 03 (três) suplentes para cada uma das seis regiões do município e também um representante e respectivo

suplente designados pelas secretarias municipais, mediante indicação de seus titulares.” (Regimento Interno do GCMI).

O que quer dizer que, além dos representantes do poder público, este conselho é formado por representantes de idosos das diferentes regiões da cidade: indivíduos de 60 anos ou mais que representam a sociedade civil. Seu objetivo e atuação são bem delineados nas próximas linhas:

“O Grande Conselho Municipal do Idoso atua, principalmente, na área da preservação e afirmação da identidade do idoso. O Conselho existe para defender a causa dos idosos de forma abrangente, entre outros, nos campos de Governo, Habitação, Saúde, Transporte, Assistência Social, Segurança e da Cultura, recebendo sugestões e recomendações quanto ao funcionamento de asilos e casas especializadas em abrigar idosos, orientando a população idosa sobre seus direitos e procurando restabelecer a história dos idosos no País e no Mundo” (Prefeitura Municipal de São Paulo).

A definição do Conselho Estadual do Idoso (CEI-SP) se trata de um:

“órgão de caráter permanente, deliberativo, paritário e de interlocução sem caráter executivo entre os Idosos, o Poder Público e a Sociedade Civil, sendo legitimado pela representatividade de seus membros” (Regimento Interno do CEI, 2009).

É formado por:

“26 (vinte e seis) membros titulares e respectivos suplentes, nomeados pelo Governador do Estado, por ele empossados, tendo a seguinte composição: 13 (treze) representantes da Sociedade Civil; 10 (dez) representantes dos órgãos Públicos

Estaduais (Secretarias de Estado); 01 (um) representante do Fundo Social de Solidariedade do Estado de São Paulo; 01 (um) representante da Defensoria Pública” (Regimento Interno do CEI, 2009).

Nesse caso, a sociedade civil é composta por entidades de atendimento ao idoso. O CEI se volta para as políticas estadual e nacional e suas diretrizes, enquanto os programas são realizados pelos conselhos municipais. Por isso, neles não é frequente a realização de atendimento à população, recebimento e verificação de denúncias, como ocorre com as entidades municipais.

Ou seja, em cada caso, a parcela da sociedade civil remete a um grupo específico. No CEI-São Paulo são funcionários de entidades que oferecem serviços e atendimentos à população envelhecida. No GCMI-São Paulo, moradores da cidade paulistana de sessenta anos ou mais escolhidos em eleições regionais. No CMI-Santos, como no CEI, são assim chamados os representantes das entidades, mas, no caso santista, o conselho é dividido em três segmentos, sendo o segmento idoso o terceiro. Três casos e três sentidos. A composição é apenas uma das faces que marcam as peculiaridades de cada conselho.

Apesar das diferenças de concepções e práticas que o modo de organização implica, é certamente possível nos três conselhos apresentados acima constatar boa parte dos problemas identificados nas pesquisas sobre os conselhos gestores, como a relação de interdependência com o poder público na obtenção de recursos e a dificuldade na manutenção da autonomia dos conselhos, que também nesses casos correm o risco de estar atrelado às demandas e interesses do governo ou aos entraves no funcionamento da burocracia.

Além dos problemas próprios aos conselhos setoriais e de direito, o conselho do idoso convive com convenções e narrativas muito distintas do que são as fases mais avançadas da vida, seus

problemas e formas de solucioná-los. No tratamento do ser idoso coexistem as ideias da velhice ativa com a visão de que essa é uma etapa marcada por perdas de controles físicos e emocionais. Para atacar o primeiro item, deve-se combater preconceitos e criar espaços de lazer e também oportunidades para expressão dos saberes acumulados ao longo dos anos vividos pela população mais velha. De acordo com a segunda visão, é preciso criar instituições capazes de abrigar com dignidade os idosos e uma infraestrutura urbana que permita a circulação segura dos mais velhos vítimas de perdas e vulnerabilidades maiores, por conta dos quais os custos das políticas seriam muito mais altos. O desafio é propor políticas capazes de responder a essas imagens diversas do que seja o desejo dos velhos e a conquista de qualidade de vida para segmentos da população com níveis de autonomia funcional muito distintos e cujos direitos merecem ser contemplados de forma diferencial.

Os conselhos devem ser e são formados majoritariamente por pessoas com 60 anos ou mais – idade que marca a entrada na velhice. O perfil socioeconômico dos conselheiros representantes da sociedade civil, tal como ocorre nos demais conselhos, é bastante distinto e, como sabemos, a idade cronológica não garante uma identidade ideológica ou uma visão homogênea dos problemas que afetam os diferentes segmentos da população e os deveres do Estado.

Esses conselheiros, representantes dos idosos, têm uma participação intensa, dinamizam a luta a favor desse segmento, produzem discursos muito bem articulados e possuem autoridade e legitimidade na representatividade e em torno do debate sobre as fronteiras, delimitações e definições de envelhecer. Têm, portanto, um desempenho e um perfil que contrasta com a imagem da velhice como uma situação de perdas físicas e sociais. Estar no conselho é, ora representar seus próprios interesses como pessoa idosa a ser beneficiado por políticas específicas, ora tratar dos interesses de um outro, que vive num estágio mais avançado do envelhecimento e numa

situação em que a participação em conselhos fica indiscutivelmente barrada. É também defender interesses dos que terão que zelar pelos cuidados dos idosos gravemente fragilizados.

As diferentes formas de se conceber o que é a velhice bem-sucedida e os impasses que essa visão traz para os mais velhos podem ser exemplificados nas Repúblicas de Idosos. Esse é um projeto promovido pela prefeitura municipal de Santos (SP) em que dez idosos dividem uma casa, gerenciam suas contas e as tarefas domésticas e possuem a chave de casa. Essas são as vantagens ressaltadas pelos agentes da prefeitura. Mais do que uma moradia, trata-se de um estilo de vida em que protagonismo, autonomia e independência são valorizados. Essa compreensão requer um modelo muito bem definido de perfil do candidato na medida em que um grau elevado de autonomia funcional é requerido dos moradores das Repúblicas que devem cuidar de sua casa, responsabilizando-se pela limpeza, compra e preparo de sua alimentação, pagamento de aluguel e divisão das contas da casa num valor que corresponde aproximadamente a metade do montante de sua renda mensal.

A valorização do projeto da moradia coletiva está pautada no interesse por uma política habitacional alternativa à institucionalização do idoso, a partir da imagem promovida pela velhice bem-sucedida. Nesse sentido, o projeto valoriza aspectos como vida ativa, em contraposição à ideia de abandono e dependência própria do asilamento, presente no modelo anterior, em que as políticas públicas para a velhice praticamente se resumiam aos asilos, que hoje são denominados instituições de longa permanência.

Dito de outro modo, as repúblicas instauram a concepção de velhice positiva em uma política habitacional alternativa.

Contudo, boa parte dos moradores das repúblicas, apesar de terem um alto nível de autonomia, reclama da ausência de serviços que o Estado deveria oferecer quando afirmam que “já não tenho

mais idade para lavar banheiro e abaixar para limpar o chão”. Os moradores que optavam por uma rotina mais caseira evitando sair dos alojamentos eram vistos como necessitando de cuidados médicos por suspeita de depressão (DESTRO DE OLIVEIRA, 2009). Ou seja, se as repúblicas são conhecidas por ser uma iniciativa voltada para garantir a autonomia para a população idosa, os residentes reclamam que na velhice gostariam de não ter que se encarregar de tantas funções e obrigações domésticas.

### Considerações finais

O Brasil teve um papel ativo na criação de propostas, leis, decretos e medidas voltados para esse segmento da população idosa. Nossa Carta Constitucional e o nosso Estatuto de Idoso são, certamente, dos mais avançados no mundo. Essas leis abrangem temas, propõem medidas e estabelecem direitos segundo uma concepção inegavelmente de inclusão de setores sociais tidos como vulneráveis, e envolveram na sua elaboração instituições governamentais, organismos da sociedade civil e movimentos sociais atuantes na área. No entanto, vivemos em meio a uma persistente desigualdade social no acesso aos direitos da cidadania, e este é, nas palavras de Maria Filomena Gregori, nosso intrincado paradoxo.

A implementação dos conselhos foi acompanhada do processo de descentralização que demandou por parte do Estado o estabelecimento de um conjunto de incentivos para a sua institucionalização. A legislação estabeleceu para vários setores que o repasse de recursos da união aos estados e municípios estaria vinculado ao estabelecimento do respectivo conselho. Essa vinculação promoveu uma corrida por parte dos gestores governamentais pela regulamentação dessas instituições.

Pesquisas sobre a dinâmica dos diferentes conselhos, como mostramos, têm apontado os limites que restringem os potenciais

democráticos dessas novas formas de participação, particularmente no que diz respeito ao perfil social dos conselheiros; ao modo como são escolhidos; à baixa capacidade para incidir nas correlações de força que conformam o jogo político em suas áreas específicas; à frágil ancoragem institucional e societária dessas instâncias, e ao fato de as disputas travadas no interior dos conselhos não extrapolarem suas fronteiras de modo a repercutir de forma mais ampla.

Essas questões que de maneira mais ou menos aguda estão presente em todos os conselhos se agravam quando pensamos nos conselhos dos idosos e nas diferentes narrativas sobre a velhice, que levam a definições contrastantes no que diz respeito a quais são os seus problemas e as formas de solucionar as dificuldades envolvidas na pluralidade de situações que compreendem esse período que é, certamente, o mais longo da vida.

Como pudemos observar nas diferentes composições nos casos pesquisados, a representatividade direta nos conselhos de idosos se dá através da presença no colegiado de instituições voltadas para o trabalho com essa população e/ou da população com sessenta anos ou mais. A participação dos mais velhos é marcada pela heterogeneidade de repertórios, carreira profissional e nível de escolaridade, no entanto, ao mesmo tempo, são indivíduos providos de autonomia, protagonismo e independência. São essas as qualidades que constituem a figura de cidadão e também de idoso que vivencia a velhice ativa. De certa forma, os valores democráticos e de velhice positivada estão combinados produzindo a imagem do conselheiro idoso. Em oposição, os envelhecidos usuários de políticas públicas são considerados o outro. É, nesse sentido, que eles, os conselheiros idosos, não se reconhecem como objeto de política pública. Os usuários das políticas são os outros que não se envolveram na luta pelos direitos dos idosos, porque estão exclusivamente empenhados em usufruir os benefícios da terceira idade ou assoberbados pelo conjunto de tarefas de cuidado dos netos, cônjuges ou filhos dependentes. Mas são, sobretudo, os residentes nas

instituições os beneficiários privilegiados de sua ação. Isso é possível de ser observado quando a discussão se refere às condições de instituições das longas permanências, em que seus moradores são chamados de “velhinhos” ou “idosinhos” pelos conselheiros mais velhos. Nesses casos, não se trata apenas da diferença da idade ou condição de saúde mas também do estilo de vida a que estão submetidos. Os asilados são frágeis, dependentes, acamados, doentes, abandonados, tutelados; isto é, são velhos. Os conselheiros, por sua vez, são ativos, engajados e protagonistas na luta política por direitos, o que consolida a imagem de idoso, inversa ao velho. Essas diferenças sutis produzem um vão entre noções de velhice que legitima a ideia de representatividade dos conselheiros e do conselho.

Em outras palavras, a representatividade envolve imagens distintas da velhice que precisam conviver para constituir os velhos em sujeitos de direitos: o idoso atuante politicamente que é o representante autêntico dos direitos da velhice; a perda da autonomia funcional que é o objeto privilegiado da solidariedade social; e, ainda, os outros velhos com autonomia funcional que, apesar de não atuarem politicamente, têm direito de usufruir dos benefícios direcionados para a terceira idade, que vão desde as Repúblicas até os bailes e outras atividades de condicionamento físico.

É inegável o potencial dos conselhos no sentido de proporcionar uma dinâmica mais democrática no estabelecimento de prioridades na alocação de recursos públicos e nas formas de controle das políticas públicas. Uma definição mais precisa de qual é o público alvo das políticas para a velhice é fundamental para direcionar a implementação de serviços específicos. Mas, na ausência desta definição, a ironicamente chamada de “selva institucional” ou “exercito de conselheiros espalhados pelos quatro cantos do Brasil” é, certamente, uma oportunidade para a reflexão e a criação de iniciativas inovadoras para uma sociedade mais solidária com o envelhecimento que é o destino de todos os seus cidadãos.

## Referências

- ABRANCHES, M.; AZEVEDO, S. A capacidade dos conselhos setoriais em influenciar políticas públicas: realidade ou mito? In: SANTOS JÚNIOR, O.; AZEVEDO, S.; RIBEIRO, L. C. Q. (orgs.). Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.
- ALMEIDA, C. C. R. Conselhos gestores e regulação: a assistência social em tempos de transição. In: Política & Sociedade. Florianópolis, v. 8, n. 15, p. 251-269, 2009.
- ALMEIDA, C.; TATAGIBA, L.. Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas. In: Serviço Social & Sociedade. São Paulo, n. 109, Março 2012.
- AVRITZER, L. Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autorização à legitimação da ação. In: Dados, revista de Ciências Sociais. Rio de Janeiro, v. 50, n. 3, p. 443-464, 2007.
- \_\_\_\_\_ et al. Conselho Nacional de Saúde: histórico, papel institucional e atores estatais e societários. In: CÔRTEZ, S. V. (Org.). Participação e saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- BIGGS, S. Toward critical narrativity: stories of aging in contemporary social policy. In: Journal of Aging Studies, n. 15, p. 303-316, 2001.
- CUNHA, E. S. M. Metamorfose da representação política: lições práticas dos conselhos municipais de Saúde no Brasil. In: AVRITZER, L. A dinâmica da participação local no Brasil. São Paulo: Cortez, 2011.
- CALDEIRA, T. P. R.; HOLSTON, J. Democracy and Violence in Brazil. In: Comparative Studies in Society and History, v. 41, n. 4, p. 691-729, 1999.
- DEBERT, G. G.. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Edusp, Fapesp, 1999.
- DESTRO DE OLIVEIRA, G. S. (2009). Gestão e vivências de velhices nas Repúblicas de Idosos de Santos. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (FFLCH). São Paulo. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-24112009-133920/>.

\_\_\_\_\_. Idoso, Conselhos de Idosos e Políticas Públicas. In: 28ª Reunião Brasileira de Antropologia. São Paulo, 02 - 05 de julho de 2012.

FUKS, M.; PERISSINOTTO, R.. Recursos, Decisão e Poder. Conselhos Gestores de Políticas Públicas de Curitiba” in: Revista Brasileira de Ciências Sociais: fevereiro de 2006, nº60. São Paulo, Brasil.

\_\_\_\_\_; SOUZA, N. R. (org). Democracia e participação: os gestores do Paraná. Curitiba: UFPR, 2004.

GREGORI, M. F. Delegacias de defesa da mulher de São Paulo e as instituições: paradoxos e paralelismos. In: DEBERT, G. G. et. al. (orgs.) Gênero e Distribuição da Justiça: as Delegacias de Defesa da Mulher e a construção das diferenças. Coleção Encontros, Campinas: PAGU, Núcleo de Estudos de Gênero, UNICAMP, 2006.

GURZA LAVALLE, A.; FIGUEIREDO, J. St. A.. Arquitetura da participação e controles democráticos no Brasil e no México. In: Novos Estudos – CEBRAP. São Paulo, n.92, março de 2012.

\_\_\_\_., HOUTZAGER, P. P.; CASTELLO, G. Democracia, pluralização da representação e sociedade civil. In: Lua Nova, São Paulo, v. 67, n. 67, p. 49-103, 2006.

LABRA, M.; FIGUEIREDO, I. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos Conselhos de Saúde. In: Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.

LASLETT, P. The emergence on the Third Age. In: Ageing and society, n.7, p. 133-160, 1987.

LENOIR, Remi. L'invention du troisième **âge** et la constitution du champs des agents de gestion de la vieillesse. In: Actes de la Recherche em Sciences Sociales, n.26-27, p.57-82, 1979.

LÜCHMANN, L. H. A representação no interior das experiências de participação. In: Lua Nova. São Paulo, n.70, p. 139-170, 2007.

MATEOS, S. B. A construção da democracia participativa. In: Desafios do Desenvolvimento. Brasília, ano 8, n. 65, p. 18-33, 2011.

MOTTA, A. B. As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento. In: Cadernos Pagu. São Paulo: UNICAMP, n. 13, p. 191-221, 1999.

SANTOS, W. G. Cidadania e justiça. Rio de Janeiro, Campus, 1979.

SANTOS JÚNIOR, O.; AZEVEDO, S.; RIBEIRO, L. C. Q. Democracia e gestão local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. In: Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.

SIMÕES, J. A.. Provedores e militantes: imagens de homens aposentados na família e na vida pública. In: PEIXOTO, C. E. (org.). Família e Envelhecimento. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004.

TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (org.). Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

\_\_\_\_\_. A institucionalização da participação: os conselhos municipais de políticas públicas na cidade de São Paulo. In: AVRITZER, L. (org.). A participação em São Paulo. São Paulo: Unesp, 2004.

\_\_\_\_\_. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. In: Revista de Sociologia e Política. Curitiba, n.25, novembro 2005.

\_\_\_\_\_. A questão dos atores, seus repertórios de ação e implicações para o processo participativo. In: PIRES, R. R. C. (org.). Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação. Brasília: Ipea, v. 7, p. 171-186, 2011.

\_\_\_\_\_; TEIXEIRA, A. C. C. O papel do CMDCA na política de criança e adolescente em São Paulo. São Paulo: Pólis/PUC-SP, 2007a. (Cadernos do Observatório, v. 28).

\_\_\_\_\_. O papel do Comas na política de assistência social em São Paulo. São Paulo: Pólis/PUC-SP, 2007b.

TÓTORA, S.; CHAIA, V. Conselhos municipais e a institucionalização da participação política: a região metropolitana de São Paulo. In: SANTOS JÚNIOR, O.; AZEVEDO, S.; RIBEIRO, L. C. Q. (orgs.). Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.

VIDAL, L. de F. A prática conselhistas e a representação política: um estudo de caso sobre o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e

do Adolescente. Maringá. 2011. Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

### **Fontes pesquisadas**

BRASIL, Estatuto do Idoso, 2002.

BRASIL, A Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

CONSELHO ESTADUAL DO IDOSO DE SÃO PAULO, Regimento Interno do Conselho, sem ano.

CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO DE SANTOS, Regimento Interno do Conselho, sem ano.

CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO DE SANTOS, Relatório Anual do Conselho Municipal do Idoso de Santos no Exercício 2010, 2011.

GRANDE CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO DE SANTOS, Regimento Interno do Conselho, sem ano.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento. Madrid, 2002.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. GCM: Grande Conselho Municipal do Idoso. (panfleto), sem ano.

# Artigos- ex presidentes do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI



OS GUARDAS CHUVAS DO IMBASSAHY  
Luis Ignacio Yamamura Hinostroza  
63 anos - Salvador, BA  
Talentos da Maturidade  
Edição: 2011





## Maria José Lima de Carvalho Rocha Barroso (Mariazinha)

**Ex Presidente do Conselho  
Nacional dos Direitos do Idoso  
2002 - 2004**

### Homenagem à Mariazinha

*Marcelo Antônio Salgado  
Conselheiro Titular - CNDI*

Quando se escreve sobre alguém é natural que sejam citados alguns dados de sua biografia e suas principais contribuições no campo profissional, exaltando suas qualidades e comentando alguns traços de sua personalidade. Entretanto, não é tarefa fácil escrever sobre uma pessoa conhecida e reconhecida por seu trabalho, pois fico com a responsabilidade de expressar um pouco do muito que todos gostariam de dizer. Mais difícil ainda é quando essa pessoa é uma amiga, com quem convivi intensamente por mais de trinta anos, compartilhando tantas emoções.

Conheci Mariazinha no ano de 1975 em uma reunião na Secretaria de Assistência Social do recém-criado Ministério da Previdência e Assistência Social. Por minha experiência de trabalho com pessoas idosas fui convidado por aquele Ministério, para prestar uma consultoria na construção da Política Nacional de Assistência e na elaboração de um programa de atividades e serviços

destinados à população idosa. Mariazinha e os demais profissionais participantes representavam as delegacias estaduais do INPS e da LBA, instituições do governo federal que teriam a responsabilidade de desenvolverem as ações.

As propostas apresentadas naquela reunião eram absolutamente novas, sendo um acréscimo de tarefas ao trabalho cotidiano, e nenhum dos profissionais presentes tinha experiência no trato de questões referentes ao idoso. Entretanto, a adesão foi imediata, e todos assumiram o compromisso da divulgação daqueles projetos em seus respectivos estados, bem como de realizarem um levantamento das condições de vida daquele grupo etário e dos recursos institucionais existentes, informações essas que comporiam um diagnóstico para elaboração de uma proposta de política social para aquele setor. Foram realizados três seminários regionais nas cidades de São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza e um seminário nacional em Brasília, resultando no primeiro documento do governo federal contendo algumas diretrizes de uma política social para a população idosa, editado pelo MPAS em 1976.

Em todo esse processo a participação de Mariazinha foi fundamental, responsabilizando-se pela coordenação do seminário regional realizado em Fortaleza e participando ativamente nos demais seminários. A partir daí esteve engajada em muitas ações.

Em 1977 fundou a Associação Cearense Pro Idosos-ACEPI que até os dias atuais vem prestando relevantes serviços ao Estado do Ceará. Colaborou na organização de instituições semelhante em outros estados, coordenou a realização de inúmeros congressos e seminários de gerontologia em Fortaleza. Junto com outros profissionais fundou a Associação Nacional de Gerontologia-ANG e foi sua primeira presidente.

Teve uma participação expressiva em todos os movimentos e ações que resultaram na elaboração do Estatuto do Idoso (Lei 10741 de 01/10/ 2003) e na criação do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, sendo sua primeira presidente no biênio 2002-2004. Foi o período de estruturação destacando-se nessa gestão a incorporação da função deliberativa do CNDI, a ampliação do número dos órgãos governamentais e entidades civis integrantes do Conselho e a realização do II Encontro do Mercosul da 3ª Idade.

Mariazinha é assistente social e advogada, com alguns cursos de especialização em gerontologia social. Exerceu inúmeras funções no Instituto Nacional de Previdência Social no Estado do Ceará, bem como integrou comissões e grupos de trabalhos nacionais em diversas questões referentes a assistência social.

Muito embora tenha sido uma das pioneiras da gerontologia social no Brasil, sempre manteve grande naturalidade ao expor sua larga experiência e a humildade de se colocar na condição de aprendiz em todos os eventos científicos dos quais participava. Lembro-me da grandeza contida na expressão de sua simplicidade, da forma tímida e gentil com que se comportava e da forte convicção com que defendia suas opiniões.

Como muitas mulheres de sua geração ela se empenhou numa discussão íntima na busca pela libertação de muitos grilhões propostos por sua educação tradicional e a construção de outros valores orientados pela modernidade dos costumes com que convivia no cotidiano, incorporando novas e próprias vivências como mulher e profissional. Grande guerreira, que com competência e astúcia, sempre soube reconhecer os momentos certos de esperar e o tempo propício para avançar, mas nunca retrocedeu na luta pela conquista de seus ideais.

Acima das referências teóricas, o seu modo de ser foi o maior testemunho de que para bem envelhecer é necessário manter um

projeto de vida que assegure o sentido de utilidade existencial. Sempre demonstrou respeito pelos anos que acrescentava a sua idade e orgulhava-se pelo espírito jovial de suas emoções. Não via na velhice nenhuma calamidade, mas uma etapa do ciclo de vida sujeita a conquistas e limitações.

Mariazinha, ainda que já seja longo o tempo de seu afastamento, nunca nos esqueceremos de você e jamais deixaremos de celebrar cada uma de suas contribuições à gerontologia social. Você ajudou a construir páginas memoráveis na política social do idoso que fazem parte da história.

Hoje, ainda que na incomunicabilidade de seu silêncio, você permanece em meu coração e na lembrança e de todos que a conheceram, por sua competência, grandeza de caráter e extraordinária dignidade. Mesmo distante e ausente de nosso convívio você sempre estará presente.



## Prof. Álvaro Fontes da Silva Neto

Ex Presidente do Conselho  
Nacional dos Direitos do Idoso  
2002 - 2004

### Conquistas do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso e Novos Desafios

O Conselho Nacional dos Direitos do Idoso no Brasil completa 10 anos e durante esse tempo uma série de conquistas podem ser contabilizadas. A primeira delas, e de suma importância, foi a criação dos Conselhos Estaduais, que possibilitou, por sua vez, a criação dos Conselhos Municipais - descentralizando, desta forma, as ações voltadas para para os idosos. Tais ações motivaram a criação de Centros de Referência onde os idosos buscaram apoio e puderam externar suas dificuldades.

A população tem envelhecido de forma rápida e a criação do CNDI foi um divisor de águas, principalmente na busca do planejamento de ações a fim de prevenir o caos civil e de saúde.

Entre tais ações apresenta-se o conjunto de leis e normas a favor da pessoa idosa e de proteção contra violências. Pessoalmente considero que o que está instituído é suficiente, pois temos uma das legislações mais completas a esse respeito. O grande desafio da última década é a necessidade premente de cumprimento dessa legislação,

pois é exatamente o não cumprimento do que está legalmente instituído que gera a demanda de criação de normatizações para garantia da proteção aos direitos dos idosos. O Estatuto do Idoso precisa é de visibilidade. Não podemos negar que o CNDI, com suas ações, reuniões e planejamentos, exerceu um papel fundamental nesse processo, mas ainda não é suficiente.

Foram identificadas, durante as atividades do CNDI, demandas prioritárias. Entre elas, a necessidade de criação de Centros de Referência de Saúde para os Idosos e a implantação de Casas Lares que funcionariam em consonância com as ações do Programa de Saúde na Família e desafogariam a demanda reprimida dos asilos. Hoje, as necessidades se ampliam e novos problemas se apresentam.

O primeiro problema diz respeito à fragilidade na questão do funcionamento dos Conselhos Municipais, que precisam de maior apoio e de maior visibilidade de suas ações, para que - na ponta - os objetivos do CNDI e Conselhos Estaduais não sejam perdidos.

O segundo desafio diz respeito à necessidade de planejamento de ações educativas para um bom envelhecimento humano, um envelhecimento saudável. Propostas de soluções - como a inserção de currículos específicos na educação sobre os processos de envelhecimento - precisam ser colocadas em prática, possibilitando a efetivação de ações educativas preventivas a fim de alcançar, a curto e médio prazo, uma melhor qualidade de vida dos idosos. Tais ações poderiam ser desenvolvidas, principalmente, pelas universidades que possuem as condições para a identificação dos pontos nevrálgicos, para o delineamento de um retrato dos modelos que estão sendo desenvolvidos e a efetivação de propostas educativas voltadas para a promoção do bom envelhecimento.

O terceiro desafio contemporâneo apresenta-se como violação dos direitos das pessoas idosas. Considero que um dos maiores agressores é a violência, principalmente aquela apresentada

na forma de negligência: dos serviços públicos, da sociedade e dos familiares. Essa realidade poderia ser radicalmente modificada por meio de processos formativos e informativos sobre o envelhecimento humano realizados pelas escolas e veículos de informação.

O maior desafio do CNDI em 2002 era a falta de divulgação de sua existência e de suas ações. Hoje, apesar dos avanços, ainda lutamos por maior visibilidade, pelo cumprimento dos benefícios conquistados e pelo envelhecimento digno de nossa população.

Há motivos para comemoração dos dez anos do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso? Claro, pois houveram conquistas significativas! Mas a construção de uma nova visão sobre o envelhecimento é um processo contínuo, e que ainda tem um longo caminho a ser percorrido.





## Dr. Perly Cipriano

Ex Presidente do Conselho  
Nacional dos Direitos do Idoso  
2004 - 2006

### O Papel dos Conselhos como Controle Democrático

A idéia de “Conselho” tem avançado no Brasil. Desde a criação do Conselho de Defesa da Pessoa Humana em 1964 passando pelo período de Ditadura Militar, no qual os conselhos que existiam foram apagados, desapareceram ou foram desativados até posteriormente, com o processo de luta social e de redemocratização, quando começaram a surgir formas novas de participação. A idéia primordial que deve ser enfatizada é a de que os Conselhos têm um papel extremamente importante no Brasil: de discussão, debate, deliberação e fiscalização, e portanto devem se capacitar e estabelecer diálogo entre si.

É necessário estabelecer um diálogo com os Conselhos voltados para os idosos e ainda os outros Conselhos como os de Assistência social, de Saúde ou de Educação, fomentando discussões que são comuns a todos. Grande parte das pessoas idosas, com determinada idade, tornam-se pessoas com algum tipo de deficiência. Então, não pode haver uma separação entre o Conselho do Idoso e o Conselho das Pessoas com Deficiência. No Conselho da Mulher,

o envelhecimento é fundamentalmente feminino. O Conselho da Mulher tem que discutir a questão do idoso. O Conselho de Combate à Discriminação também. A discriminação é contra índios, negros, ciganos, judeus, árabes, palestinos, italianos etc. Tem preconceito para todo lado. Portanto, é preciso também trazer esse Conselho para essa discussão. Será que o idoso não precisa discutir a questão do transporte para os idosos no Conselho dos Transportes? Precisa sim. Então, apresenta-se a necessidade de estabelecer agentes nos municípios no sentido de estabelecer um diálogo entre os Conselhos e capacitá-los.

A capacitação dos Conselhos, entretanto, não é uma coisa simples. Não é uma coisa acadêmica em que você chega, dá uma aula e o Conselheiro sai funcionando. Se quem elege o Conselheiro não faz o acompanhamento, esse Conselheiro vai e volta sem fazer muita coisa. Então, é preciso estabelecer o diálogo dos Conselhos nos municípios, nos estados e no nível nacional. Existem avanços, mas ainda existem dificuldades de diálogos dos Conselhos a nível nacional. É preciso trabalhar essas questões e muitas outras, como a necessidade de criação de uma legislação voltada para a pessoa idosa, mas também voltada para a mulher e para os direitos humanos. Qual é a violência contra o idoso? É a discriminação, é o preconceito – no rádio, jornal, televisão, na escola, nas ruas, no local de trabalho. Então, os Direitos Humanos têm que estar junto. O Brasil tem uma legislação avançada em muitas áreas. Não é só o Estatuto do Idoso: nós já temos uma Política Nacional do Idoso, que é antiga, e a nossa Constituição também.

Mas não basta ter uma lei importante. Nós temos que ter muitas leis. Mas para que essas leis se estabeleçam é preciso o conhecimento dos Estatutos, dos Decretos, das Leis Orgânicas, enfim, todas elas são importantes. Por isso a necessidade de realização de capacitações e treinamentos, inclusive no Poder Público, criando instrumentos de verificação e acompanhamento.

É preciso enfatizar que os Conselhos e o Controle têm que estar atentos às demandas e especificidades dos diferentes tipo de idosos. No idoso que está preso, no idoso que está na cadeira de rodas, no idoso que está numa Instituição de Longa Permanência. Para isso é preciso primeiro capacitar os Conselhos; estabelecer o diálogo dos Conselhos, porque não tem o idoso, mas, tem outro; precisamos verificar qual é a legislação que precisamos saber. Isso vale para o Poder Público e para a sociedade civil.

Outra questão fundamental e decisiva é a mobilização da sociedade. Os idosos foram para a rua protestar, reclamar, brigaram e estão conquistando seu espaço; mas, mesmo assim, ainda existe um grande preconceito. É preciso, portanto, começar essa discussão dentro de casa e ampliar essa discussão para os estados. A mobilização é o centro do funcionamento dos Conselhos.





## Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos<sup>1</sup>

Ex Presidente do Conselho  
Nacional dos Direitos do Idoso  
2006 - 2008

### Os Principais Instrumentos Legais de Garantia dos Direitos da Pessoa Idosa

Não há dúvida de que o envelhecimento populacional na atualidade é uma variável muito importante para o estabelecimento de prioridades capazes de assegurar o bem-estar de toda a humanidade nas próximas décadas.

Inicialmente experimentado em larga escala apenas nos países desenvolvidos, o envelhecimento populacional hoje é uma realidade também nos países em desenvolvimento, os quais, reunidos, possuem mais de 1/3 da população mundial.

Diferentemente dos países mais ao norte da Europa e da América, além do Japão, aqueles em desenvolvimento do sul do planeta não se prepararam para o acelerado processo de envelhecimento, bem como para as suas implicações em um contexto de capitalismo globalizado.

---

<sup>1</sup> Professor Associado do Departamento de Direito da UFMA. Pós-Doutor em Direito Constitucional pela Universidade de Granada – Espanha. Doutor em Direito

Se por um lado os atuais países considerados em desenvolvimento passaram a usufruir dos avanços tecnológicos produzidos no norte do planeta, notadamente na área médica, o que possibilitou contingentes cada vez maiores de idosos em suas comunidades, por outro os seus modelos de organização social sofreram fortes modificações, as quais alteraram dramaticamente as relações até então mantidas com as pessoas de idade avançada, que no passado faziam parte de um contingente numericamente inexpressivo.

Se antes as famílias possuíam uma estrutura capaz de acomodar aqueles que por conta da idade não conseguiam mais desempenhar regularmente atividades produtivas, com os novos papéis impostos aos entes da família, especialmente às mulheres, os velhos perderam a garantia de acomodação certa no seio familiar.

Com o incremento da engrenagem capitalista nos países em desenvolvimento, as relações familiares anteriores, típicas de comunidades rurais, semi-urbanas e até mesmo tribais, sustentadas em bases patriarcais, transformaram-se gravemente, impondo, assim, novos papéis aos seus integrantes, os quais passaram a desempenhar funções principalmente fora de casa.

Diante dessa nova realidade, as pessoas que passaram a acumular muitos anos deixaram de ter um meio ambiente familiar certo dentro do qual pudessem ser assistidas. Ora, se a família como instituição deixou de possuir a mesma dinâmica, as pessoas envelhecidas, agora em número infinitamente maior, passaram a necessitar de apoio externo.

Sendo assim, cabe perguntar como garantir apoio a pessoas idosas que não podem mais ser adequadamente assistidas pela família? Qual a responsabilidade do Estado diante desse novo contexto social?

Cabe destacar que, a exemplo dos demais países em desenvolvimento, o Brasil recentemente se inseriu no processo de

globalização em todos os aspectos, o que produziu e vem produzindo impactos em todo o seu tecido social. Destaca-se ainda que a história do compromisso estatal em relação às pessoas idosas no Brasil é recente, registrando-se que na década de 1990 é que começaram a ser instituídos os primeiros Conselhos Estaduais do Idoso com o objetivo de assegurar os direitos sociais do idoso, criando as condições para promover sua autonomia, integração e participação na sociedade, bem como definir, acompanhar e avaliar a política estadual do idoso.

Entretanto, a criação de Promotorias de Justiça Especializadas criou as condições de possibilidade para que os direitos das pessoas efetivamente passassem a fazer parte do leque de atenção dos vários atores estatais. Um exemplo é o Estado do Maranhão que criou sua Promotoria Especializada em 1998 (Resolução nº 001/1998/PGJ), com base em leis específicas e nas Constituições Federal e Estadual, passando a exigir uma atuação positiva do Estado, em todos os âmbitos, para garantir os direitos fundamentais das pessoas idosas.

### **Principais Instrumentos Legais**

Tratando especificamente dos instrumentos legais de garantia dos direitos da pessoa idosa no Brasil, destaca-se que o primeiro grande instrumento legal foi a Constituição de 1988, a qual deixou claro no seu art. 3º, IV, que é objetivo da República Federativa do Brasil promover o bem de todos, sem preconceitos por conta da idade e, especialmente no seu art. 230, no qual pode ser lido que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhe o direito à vida.

Depois da Constituição Federal de 1988 foi sancionada em 1994 a Política Nacional do Idoso, a qual dispõe sobre os direitos sociais do idoso. A referida lei estabelece que aos idosos devem ser

assegurados os direitos fundamentais já previstos na Constituição de 1988, ao mesmo tempo em que ratifica a necessidade de que o idoso esteja integrado na família, dentro da qual deve estar protegido de toda forma de violência.

Para os casos de violência contra as pessoas idosas ou incapacidade financeira de suas famílias, o ordenamento jurídico brasileiro impõe ao Estado o dever de disponibilizar recursos, serviços e espaços para abrigar a população idosa envelhecida que deles necessite. Justamente por isso o Decreto 1.948/96, que regulamenta a lei 8.842/94 (Política Nacional do Idoso), estabelece no seu art. 4º vários serviços que devem ser oferecidos pelo Estado, a exemplo dos centros de convivência, local destinado à permanência diurna do idoso, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania; centro de cuidados diurno (hospital-dia e centro-dia), local destinado à permanência diurna do idoso dependente ou que possua deficiência temporária e necessite de assistência médica ou de assistência multiprofissional; casa-lar, residência, em sistema de participativo, cedida por instituições públicas ou privadas, destinada a idosos detentores de renda insuficiente para a sua manutenção e sem família; oficina abrigada de trabalho, local destinado ao desenvolvimento, pelo idoso, de atividades produtivas, proporcionando-lhe oportunidade de elevar sua renda, sendo regida por normas específicas; atendimento domiciliar, serviço prestado ao idoso que viva só e seja dependente, a fim de suprir as suas necessidades da vida diária. Este último serviço é prestado no próprio lar da pessoa idosa por profissionais da área de saúde ou por pessoas da própria comunidade; outras formas de atendimento, iniciativas surgidas na própria comunidade, que visem à promoção e à integração da pessoa idosa na família e na sociedade.

O mesmo Decreto nº 1.948/96 também estabelece no seu art. 17 que nos casos em que o idoso não tenha meios de prover a 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, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, na forma da lei.

Não se pode esquecer que a Lei 8.742/93 (organiza a assistência social), no seu inciso V, art. 2º, garante o benefício de prestação continuada às pessoas idosas no valor de um salário mínimo, desde que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou tê-la provida por sua família.

Com o advento do Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741/03, pessoa idosa, à exceção daquela que reivindica benefício de assistência social e transporte coletivo urbano gratuito, este último por força constitucional (§ 2º do art. 230), passou a ser aquela com idade igual ou superior a 60 anos. Com isso, um grupo maior de pessoas foi contemplado no que se refere ao exercício de direitos os quais passaram a poder reivindicar com prioridade.

Importante ressaltar que o Estatuto do Idoso, ao mesmo tempo em que criou uma idade padrão a partir da qual a pessoa é considerada idosa, para fins do benefício de assistência social reduziu a idade para que dele se possa usufruir de 70 para 65 anos. Tratou-se de um grande avanço, na medida em que um número maior de pessoas poderá ser contemplado com esse benefício, especialmente as pessoas mais pobres. Esse comando legal encontra-se registrado no art. 34 do referido estatuto legal, revogando, portanto, aquele estabelecido no art. 20 da Lei nº 7.842/93, que estabelecia a idade de 70 anos.

Noutra ponta, o Estatuto do Idoso estabeleceu, no parágrafo único do art. 34, que o benefício de prestação continuada já concedido a qualquer membro da família não será computado para fins do cálculo de renda familiar per capita a que se refere a Lei nº 7.842/93. Objetivou-se com isso evitar que em existindo mais de um idoso na família (especialmente casal), todos possam usufruir desse benefício.

A renda per capita a que se refere o artigo antes mencionado é aquela estabelecida no § 3º do art. 20 da Lei 7.842/93, vazado nos seguintes termos: considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa portadora de deficiência ou idosa a família cuja renda mensal per capita seja inferior a  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo.

Vale ressaltar que o Estatuto do Idoso representou um dos maiores avanços em perspectiva legal para a população envelhecida, porquanto em um único estatuto legal está inserida não somente a declaração dos principais direitos fundamentais das pessoas idosas, a exemplo do direito à vida, alimentos, saúde, educação, cultura, esporte, lazer, profissionalização e do trabalho, previdência social, assistência social, transporte, como também estabelecidas medidas de proteção, decorrentes de ação ou omissão da sociedade ou do Estado, omissão ou abuso da família, curador ou entidade de atendimento ou mesmo em razão da condição pessoal da própria pessoa idosa que pode se colocar em situação de risco por conta dos seus comportamentos, e ainda política de atendimento, disposições sobre acesso à justiça e definidos crimes dos quais os idosos são vítimas preferenciais.

Por conta disso, em um único estatuto legal, as pessoas idosas tiveram reconhecidos em todo o território nacional conquistas que durante muito tempo estavam reconhecidas apenas em alguns municípios ou estados da Federação e incorporaram novas, como o direito a gratuidade em 2 assentos no transporte interestadual e desconto de 50% nos demais, desde que comprovem renda de até dois salários, tudo em consonância com o art. 40.

Mais recentemente foi aprimorada a Lei. 8.742/93, por meio da lei 12.435/2011, estabelecendo no seu § 2º do art. 24 que os programas voltados para o idoso e a integração da pessoa idosa com deficiência serão devidamente articulados com o benefício de prestação continuada, o que representa um grande avanço, na

medida em que a assistência às pessoas idosas pobres não irá se restringir a mera concessão de um benefício pecuniário, devendo expandir-se a um conjunto de serviços que deverão ser prestados por serviços articulados, com o objetivo de realmente criar as condições de dignidade para esses seres humanos.

Têm início na década de 1990 a criação dos Primeiros Conselhos Estaduais dos Idosos que, depois de estruturados, contribuíram com o sancionamento de leis instituindo Políticas Estaduais do Idoso. Citamos por exemplo o Estado do Maranhão que sancionou a Lei 8.368/06, na qual foram ratificados os direitos já registrados na Constituição Federal e leis nacionais e na própria Constituição Estadual, além de terem ficado estabelecidas estratégias por meio das quais o poder público estadual deverá considerar no desenvolvimento das políticas públicas.

### **Considerações finais**

A intenção desse texto foi resgatar, mesmo que sumariamente, a história dos avanços em termo de políticas públicas para as pessoas idosas no Brasil.

Ficou claro que a construção da ideia de uma rede de proteção da pessoa idosa nasceu das próprias demandas da população envelhecida e de reflexões desenvolvidas por vários atores do processo, especialmente dos Conselhos de Direito e da Promotoria de Justiça, os quais passaram a atuar em parceria e de forma articulada, de modo a assegurar mais serviços para atender as necessidades das pessoas idosas.

Os serviços, por conta das cobranças, foram surgindo e, ao mesmo tempo, novas demandas aparecendo, exigindo dos novos atores um processo constante de reflexão e aprimoramento dos serviços.

## Referências

BALERA, Wagner. Sistema de seguridade social. 2ª ed. São Paulo: LTr, 2002.

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

GODINHO, Robson Renault. A proteção processual dos direitos dos idosos. Ministério Público, tutela de direitos individuais e coletivos e acesso à justiça. Rio de Janeiro: Lumen Juris Editora, 2007.

PERES, Ana Paula Ariston Barion. Proteção aos idosos. Curitiba: Juruá, 2007.

PÉREZ, José Luis Monereo et al. Manual de derecho de la dependência. Madrid: Tecnos, 2010.

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. Direito Humanos e Ministério Público. In: MATTOS NETO, Antonio José de (Org.). Estado democrático de direito e direitos humanos. São Paulo: Saraiva, 2010.

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. A velhice no século XXI. Considerações preliminares sobre os desafios dos velhos no século XXI para o reconhecimento de sua dignidade e garantia de seus direitos fundamentais. In: NOVELINO, Marcelo (Org.). Leituras complementares de Direito Constitucional. 4ª ed. Salvador: JusPodivm, 2010



## Dra. Karla Cristina Giacomin

Ex Presidente do Conselho  
Nacional dos Direitos do Idoso  
2010 - 2012

### Panorama dos 10 Anos do Conselho Nacional dos Direitos Do Idoso

*“No reino dos fins, tudo tem ou um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem um preço, pode-se pôr em vez dela qualquer outra equivalente; mas quando uma coisa está acima de todo o preço, e portanto não permite equivalente, então tem ela dignidade”.*

*Immanuel Kant*

#### Introdução

O Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI) foi criado em 1994, no texto da Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/1994). Porém, com o veto à sua criação nesta lei, somente veio a ser criado de fato e de direito em 2002 por Decreto Presidencial do então Presidente da República, Sr. Fernando Henrique Cardoso (Decreto nº 4.227/2002, revogado pelo decreto nº 5.109 de 2004).

Além disso, a promulgação em 1º de outubro de 2003 do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) serviu de estímulo e de instrumento para a atuação do CNDI e dos demais conselhos de idosos em todo o país.

Nestes dez anos, a Política Nacional do Idoso (PNI), e por conseguinte o CNDI, já mudou de gestor federal quatro vezes. Ela nasce sob a coordenação do Ministério da Previdência e Assistência Social, mas o desmembramento daquele Ministério em dois, um da Previdência Social e outro do Desenvolvimento Social e Combate à Fome coloca a política do idoso sob a coordenação deste último. Em 2009, a coordenação da Política Nacional do Idoso muda de mãos e é repassada ao Ministério da Justiça, junto à Secretaria Especial de Direitos Humanos, hoje Secretaria de Direitos Humanos, órgão diretamente ligado à Presidência da República. Esta mudança, justificada pela abrangência dos direitos da pessoa idosa que ultrapassam uma única política, não vem acompanhada da estruturação necessária para que a Secretaria possa agir a contento na defesa dos direitos dos idosos, tampouco o organograma e o regimento interno da Secretaria construído em 2010 incluem, entre as competências daquele órgão, coordenar a Política Nacional do Idoso.

Este percurso histórico reflete a dificuldade de implementação da PNI e repercute negativamente na visibilidade e na eficiência do próprio Conselho Nacional. Vários gestores já se seguiram, mas a implementação da PNI e do Estatuto do Idoso ainda é precária e, a cada mudança, o CNDI tem tido seu funcionamento prejudicado, por períodos de descontinuidade da gestão federal da Política Nacional do Idoso, à revelia das manifestações contrárias do Conselho.

Ademais, da mesma forma não há entendimento sobre o quê e a quem compete a gestão da política do idoso, no âmbito dos Estados e municípios brasileiros. Nesses locais, a política do idoso ora está na área de Direitos Humanos ou de Cidadania, ora na gestão

do Trabalho, na Justiça, na Segurança Pública, na Assistência Social, na pasta da Mulher ou em qualquer pasta, a depender da opinião do chefe do Executivo. Recentemente têm surgido Secretarias específicas, mas muda a gestão, muda o gestor, muda a equipe de referência, o trabalho é descontinuado e o Conselho de idosos muda de lugar, mas permanece sem o devido respaldo institucional e sem a autonomia que o seu papel de controle social pressupõe.

Apesar disso, a existência do CNDI deve ser comemorada, pois significa que o dispositivo constitucional que prevê o controle do Estado pelo povo está sendo reconhecido também para o segmento idoso. Porém, o fato de o CNDI não dispor de uma lei de criação é outro ponto de fragilidade do ponto de vista administrativo e legal. A fragilidade administrativa do Conselho é patente: o CNDI depende para funcionar da estrutura administrativa que lhe oferece o órgão gestor da Política que ele deve fiscalizar, o que reduz consideravelmente a capacidade de atuação e a autonomia do Conselho. Prova disso, é que o conselho delibera, mas há uma lentidão na publicação de resoluções que compromete a eficiência do Conselho, como se a capacidade de resolução do Conselho ficasse submissa ao gestor, o que fere frontalmente o papel de controle democrático reservado ao conselho. Para corrigir essas distorções, a lei de criação do Conselho deveria assegurar sua autonomia plena com garantia de estrutura administrativa e técnica própria para atuar em consonância com os interesses do Conselho e da pessoa idosa.

Desde a criação do CNDI, o Brasil realizou três Conferências Nacionais de Direitos da Pessoa Idosa (2006; 2009; 2011), cujas deliberações cobram o cumprimento do Estatuto e a implementação da PNI.

Mais recentemente foi criado o Fundo Nacional do Idoso (Lei nº 12.213/2010), cuja gestão é do CNDI, mas contrariamente aos anseios da população idosa, apesar de o CNDI ter editado resoluções

com o intuito de viabilizá-lo, ele ainda não está devidamente operacionalizado.

O presente artigo se propõe a debater essas contradições e a contribuir para um melhor entendimento acerca do papel do CNDI na defesa dos direitos das pessoas idosas e dos cidadãos brasileiros em seu direito de envelhecer com dignidade.

A desconcertante negação institucional do envelhecimento rápido e intenso por que passa o Brasil

Atualmente, 20 milhões de brasileiros são idosos. Dentro de 30 anos, de cada quatro brasileiros, um será idoso. Esses idosos do futuro já nasceram e têm atualmente 30 anos de idade. No entanto, a velhice ainda não está na agenda das políticas públicas, comprometendo o presente e o futuro de todos os brasileiros.

O envelhecimento populacional brasileiro representa uma grande conquista para toda a sociedade (ONU, 1982; 2002); porém, essa boa nova tem sido compreendida mais como um ônus para as políticas públicas do que como vantagem. Ora, a abrangência do fenômeno do envelhecimento ultrapassa a Política Nacional do Idoso – PNI (Brasil, 1994) e exige a construção de políticas para pessoas de todas as idades, gêneros e condição social, cujas dimensões devam ser ao mesmo tempo verticais - isto é, eficientes ao longo de todo o curso da vida, desde o pré-natal à velhice - e transversais – inclusivas, intergeracionais e de caráter intersetorial . Porém, nosso país não se enxerga envelhecido e não reconhece a pessoa idosa como um cidadão pleno de direitos.

O CNDI está convencido de que informações acerca do rápido e intenso processo de envelhecimento populacional do Brasil estão disponíveis e acessíveis ao Estado brasileiro. Há décadas, alertas sobre este tema vêm sendo divulgados em documentos de organismos internacionais, como a Organização das Nações Unidas e suas agências, bem como por institutos

nacionais, como o IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, o IPEA – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, dentre outros . Além disso, há uma ampla produção de pesquisadores brasileiros de grande credibilidade, nos vários campos das Ciências Sociais, Humanas, Biológicas, Exatas, que afirmam que o Brasil está envelhecendo em um contexto de forte desigualdade social e de gênero.

Porém, de modo desconcertante e arriscado, o Brasil insiste em negar este processo de envelhecimento populacional. A cada nova política lançada, a cada novo plano intersetorial, a cada Plano Plurianual Orçamentário, o CNDI procura o que está reservado à parcela idosa e à perspectiva de envelhecimento populacional e é com perplexidade e frustração que o Conselho reiteradas vezes não encontra sequer citados neste documentos a pessoa idosa e o envelhecimento.

Se o princípio constitucional da equidade manda tratar de modo desigual os desiguais na medida de suas desigualdades; se a lei (Estatuto do Idoso) estabelece que o envelhecimento deva ser considerado na formulação e dimensionamento de políticas de forma prioritária e se existem dados disponíveis, o que pode explicar esse fenômeno? O que falta para que o país considere este processo de envelhecimento populacional anunciado e percebido em pesquisas nacionais como o Censo 2010 e as PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), dentre outros?

Essa opção política de desvalorizar a pessoa idosa e de desconhecer o impacto do envelhecimento nas políticas públicas fragiliza o papel de liderança internacional que o país tem assumido, enquanto uma das maiores economias mundiais, pois demonstra que o Brasil não tem correspondido às demandas educacionais, culturais, previdenciárias, sociais e sanitárias que sua população envelhecida e envelhecete introduz.

## Envelhecer no Brasil pós-moderno

Envelhecer é uma novidade que acontece em um Brasil que também está se transformando. Nos últimos 50 anos, a globalização, a urbanização intensa, as mudanças nas famílias e nos papéis da mulher e do homem são fenômenos que afetam o modo como o povo brasileiro experimenta e percebe o envelhecimento. Neste tempo de transição em que o mundo se modifica rapidamente, a velhice é heterogênea, havendo uma diversidade de comportamentos e formas de envelhecer que podem resultar na inclusão ou exclusão social de quem os pratica.

Por sua vez, a família brasileira também mudou muito (Camarano, 2010). Nessa sociedade pós-moderna, a idade cronológica deixa de ser relevante para marcar os momentos de formação pessoal e das famílias. Observa-se uma ampla variedade nas idades do casamento, do nascimento dos filhos e nas diferenças de idades de pais e filhos, colaborando para um distanciamento entre as gerações e para a falta de solidariedade entre elas. As famílias são menores e os vínculos familiares mais frágeis.

Como agravante, prevalece uma cultura individualista com a compreensão do envelhecimento bem-sucedido como sendo resultado de comportamentos adequados ao longo da vida, responsabilizando e “culpabilizando” a parcela da população idosa que evolui com algum grau de fragilidade, incapacidade e/ou dependência. Essa visão contribui para o que a antropóloga Guita Debert chamou de “reprivatização da velhice”, ou seja, “(...) que transformam a velhice numa responsabilidade individual – e, nesses termos, ela poderia então desaparecer do nosso leque de preocupações sociais” (DEBERT, 2002: 14). A mesma autora insiste:

Em outras palavras, do tratamento das mudanças no curso da vida e das novas imagens da velhice, não está ausente a sugestão de redefinições de políticas públicas que podem acirrar hierarquias

sociais e responsabilizar os indivíduos por sua própria miséria e sofrimento.

Ao louvar as pessoas saudáveis e bem-sucedidas que aderiram aos estilos de vida e à parafernália de técnicas de manutenção corporal sugeridas pelos gerontólogos e amplamente veiculadas pela mídia, assistimos à emergência de novos estereótipos. Se um indivíduo não é ativo, não está envolvido em programas de rejuvenescimento, atinge a velhice no isolamento e na doença, a culpa é exclusivamente dele.

Na prática, a sociedade e o Estado brasileiros somente enxergam a velhice pela sua identificação com a morte e a finitude. Mas é da condição humana a perspectiva de fragilidade e de finitude! Ao invés de reconhecer a velhice como fase natural da vida e da condição humana, refutam essa perspectiva e preferem desconhecer a velhice como futuro potencial de todos os que estão vivos. Um futuro que costuma chegar bem mais depressa do que as pessoas imaginam. Cabe o alerta: esta não é a melhor estratégia para lidar com a questão. É urgente e necessário que o cidadão brasileiro compreenda a velhice digna como um direito fundamental e exija políticas que invistam na perspectiva de envelhecer com dignidade, reforcem a participação dos idosos na vida da comunidade, sem deixar de assistir em suas demandas a parcela de idosos que envelhece com qualquer grau ou tipo de incapacidade.

Por outro lado, essa falta de identificação com o segmento idoso da população também pode ter origem em negar o que a pessoa não deseja ser, não apenas pela finitude, mas pela condição social que os idosos de hoje vivenciam: um terço não sabe ler nem escrever, dois terços são analfabetos funcionais, e menos de 5% conseguiram graduar-se; cerca de 70% têm como renda até 2 salários mínimos. Os idosos de hoje testemunharam a história brasileira e trazem marcas profundas de como a falta de exercício de cidadania ao longo de toda a sua vida deixaram-nos submissos às autoridades instituídas

e descrentes de políticas de direitos. A geração atual de idosos não teve acesso a direitos básicos como Educação, Saúde, Previdência, Trabalho, Cultura, dentre outros e não aprendeu a reconhecer o Estado como seu servidor. A falta de direito de expressão durante a juventude e a vida adulta dificulta sobremaneira que os idosos de hoje se expressem e se organizem em defesa de seus direitos.

### **A cultura das políticas públicas**

Para alterar este quadro desfavorável será necessário mudar comportamentos. Ora, o melhor preditor de sucesso para a mudança de comportamentos a longo prazo é agir na “cultura” na qual as pessoas vivem. Para influir na cultura brasileira para que assuma o envelhecer como uma conquista é importante que a velhice deixe de ser vista como um problema particular de cada um e passe a ser entendida como um direito e ao mesmo tempo como uma fase natural e desejável da vida, em que cabem investimentos pessoais, familiares e das políticas públicas.

Portanto, não basta agir no comportamento individual e garantir que as pessoas admitam as rugas com mais naturalidade, é preciso também romper com um ciclo vicioso perverso: como no planejamento do Estado não há o reconhecimento do envelhecimento populacional, não há previsão orçamentária para o investimento em políticas que promovam a velhice com dignidade. Como não há políticas específicas, o Estado só conhece a parcela idosa pelos “problemas” e demandas que ela traz, o que aumenta a resistência diante dela e realimenta o ciclo de negação da velhice como perspectiva de futuro para todos. É urgente conhecer e atuar na “cultura” vigente das políticas públicas brasileiras, em todas as esferas de governo, pois, nota-se que os serviços ainda apresentam muitas dificuldades para reconhecer, incluir e abordar a pessoa idosa. Atuam com procedimentos muito mais reativos - respondem tardiamente aos problemas, apenas quando e se forem solicitados - do que pró-

ativos e apresentam grande resistência em incluir a parcela idosa como um público sob sua responsabilidade, para o qual são necessárias políticas específicas. Preconceitos diante da pessoa idosa e da velhice resultam em práticas de discriminação e de violência na forma de burocracia e omissão, que sequer são percebidas e ou questionadas pela sociedade, além da lentidão para responder às necessidades mais urgentes da população idosa, especialmente daquela que envelhece adocida e com algum grau de incapacidade e fragilidade.

Portanto, a gestão da política do idoso deve estar integrada nos três níveis de governo, com o diálogo permanente entre as diversas políticas públicas que concebam a pessoa humana como um ser integral e a velhice como um direito. Neste sentido, a 3ª Conferência estabeleceu como deliberação prioritária a criação de uma Secretaria Nacional do Idoso. Pois, ao contrário do que ocorre nas políticas voltadas à criança, ao adolescente, à juventude, à mulher, à igualdade racial, aos direitos humanos, inexistente uma secretaria no âmbito federal específica para cuidar dos direitos do idoso. A criação dessa Secretaria do Idoso com a devida participação de equipe técnica vocacionada e competente, com orçamento próprio e com interesse na efetivação da PNI é crucial para defender os interesses da pessoa idosa e para incluir o envelhecimento populacional nas agendas, de forma responsável e eficiente.

### **As diferenças entre a teoria e a prática**

Está amplamente demonstrado que quanto maior o compromisso do setor público com o problema que deseja resolver, maiores serão as chances de canalizar os recursos sociais existentes e maiores as oportunidades de proposição de soluções. Porém, o que se observa, no Brasil, é a grande diferença entre a lei que estabelece o direito e as políticas que garantem os direitos. Por exemplo, a lei (Lei nº 8.842/1994) define que:

- compete aos conselhos a formulação, coordenação, supervisão e avaliação da política nacional do idoso, no âmbito das respectivas instâncias administrativas (federal, estadual/distrital e municipal);
- à União, por intermédio do ministério responsável (hoje a Secretaria de Direitos Humanos - SDH), compete: coordenar as ações relativas à Política Nacional do Idoso - PNI; participar na formulação, acompanhamento e avaliação da Política Nacional do Idoso; promover as articulações intraministeriais e interministeriais necessárias à implementação da política nacional do idoso; elaborar a proposta orçamentária no âmbito da promoção e assistência social e submetê-la ao CNDI;
- os ministérios das áreas de saúde, educação, trabalho, previdência social, cultura, esporte e lazer devem elaborar proposta orçamentária, no âmbito de suas competências, visando ao financiamento de programas nacionais compatíveis com a Política Nacional do Idoso.

No entanto, estes dispositivos legais estão sendo descumpridos e muitas vezes é o Estado quem comete essas transgressões e se mostra um opressor violento e cruel, em razão de sua burocracia e lentidão quando as pessoas idosas precisam dele. Portanto, para efetivar direitos e tornar a sociedade brasileira menos injusta é preciso garantir acesso a políticas efetivas de cuidados, a serviços articulados, com participação (protagonismo) da própria pessoa idosa, com recursos e pessoal, e com compromissos dos gestores na redução das iniquidades (Faleiros, 2007).

A lei também estabelece que nenhum idoso será objeto de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão (Estatuto do Idoso) e que todos são iguais perante a lei.

Porém, apesar de os idosos brasileiros terem muito a contribuir com o país, as pessoas idosas têm sido sistematicamente excluídas e discriminadas porque estão idosas, em várias situações, inclusive em situações previstas na Constituição Federal. Por exemplo, o que representa dispensar de votar uma pessoa que chega aos 70 anos? O que significa recomendar a aposentadoria compulsória de servidores públicos aos 70 anos e retirar da vida ativa pessoas que têm muito a contribuir e que poderiam/deveriam continuar a trabalhar, se assim o desejassem? Em tempos de envelhecimento progressivo e de ganhos em expectativa e qualidade de vida, estes dispositivos legais discriminatórios devem ser questionados e revistos.

### **O exemplo das Conferências Nacionais de Direitos da Pessoa Idosa**

Uma das formas de diálogo privilegiadas para a formulação de políticas e para o diálogo entre os representantes governamentais e não governamentais tem sido a realização de Conferências setoriais e de direitos. Desde a criação do CNDI, aconteceram três Conferências nacionais que mobilizaram milhares de pessoas em todo o país, nos três níveis de governo. A 1ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (Brasília, 2006) teve como tema “A Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – Renadi”; a 2ª Conferência (Brasília, 2009), a “Avaliação da Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – Avanços e Desafios” e a 3ª Conferência (Brasília, 2011) discutiu “O Compromisso de Todos por um Envelhecimento Digno no Brasil”.

No entanto, as conferências de idosos ainda não fazem parte do calendário oficial do poder público e o envelhecimento não está na pauta de prioridades e agendas dos gestores e das políticas setoriais, nas três esferas de governo. Na última Conferência, não compareceram: a Presidente Dilma na etapa nacional e todos os governadores estaduais e distrital, nas respectivas etapas. Raros parlamentares e prefeitos estiveram presentes às etapas municipais.

Enquanto, do ponto de vista dos movimentos sociais, a participação dos conselhos na elaboração da 3ª Conferência foi pequena, apesar do envio de documentos em consulta, sendo também pequeno o número de movimentos sociais organizados e liderados por idosos envolvidos em conselhos.

Por sua vez, como não há respeito às deliberações das três Conferências, a cada edição, reiteradas vezes elas deliberam ações para cada uma das políticas citadas na Política Nacional do Idoso. Neste aspecto, as três conferências exigem a construção de políticas públicas que ultrapassem o segmento idoso, embora insistam na necessidade de respeito à especificidade da pessoa idosa, à sua prioridade, especialmente nas questões de violência, políticas de cuidado, direitos previdenciários e recursos orçamentários.

Quanto à violência contra idosos, as três conferências reclamam os equipamentos sociais e de saúde para apoiar as vítimas e as famílias com idosos nesta condição. É importante afirmar que embora a 1ª Conferência trate da Renadi e a 2ª Conferência tenha se proposto a avaliar esta rede de proteção e defesa do idoso, o que se observa é que existem grandes lacunas e nós críticos neste sistema. Os órgãos e entidades atuam de modo isolado e desarticulado; não há clareza sobre atribuições e competências; os fluxos estão muito mais dependentes de pessoas e de favores do que institucionalmente estabelecidos. Há conselhos de idosos sem possibilidades de tomar lugar na rede por falta de estrutura administrativa, jurídica e técnica, além da pouca capacitação dos conselheiros sobre o tema. Além disso, os mecanismos de denúncia e de proteção precisam ser mais bem conhecidos e divulgados junto aos principais interessados: as pessoas idosas e a sociedade brasileira.

No que se refere à necessidade de uma política de cuidados continuados para a pessoa idosa frágil, as Conferências cobram a criação de estruturas intermediárias de cuidado previstas nas políticas

de Assistência Social e de Saúde, e de humanização e a melhoria das condições de cuidado nas instituições de longa permanência para idosos, as quais carecem historicamente de investimentos. No caso das instituições filantrópicas, apesar de prevista em lei sua assimilação pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS) como equipamento de alta complexidade desta política e de a Constituição Federal afirmar que a Assistência Social é uma política não contributiva, essas entidades ainda dependem fundamentalmente e de modo bastante questionável da renda dos internos.

As Conferências denunciam a falta de apoio à família e à pessoa idosa que dependem de cuidados. Um contingente que, se considerados apenas os idosos acamados, são quase 700 mil; se incluídos os idosos com alguma dificuldade para o auto-cuidado, estima-se que sejam mais de 3 milhões idosos em todo o país. Novamente, a Constituição Federal estabelece no Art. 230 que, a família, a sociedade e o Estado são responsáveis pelo amparo à pessoa idosa em caso de necessidade. Porém, no âmbito das pessoas idosas que necessitam de cuidados, ao final, quem cuida, mal ou bem, é a família. A responsabilidade da família em oferecer atenção e cuidado aos idosos também está enunciada no Artigo 299 da lei magna: “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”, e no Parágrafo 1º, quando determina que: “os programas de amparo ao idoso serão executados preferencialmente em seus lares”, direcionando o cuidado para a esfera doméstica.

Ressalte-se como enunciado que a família brasileira experimenta profundas transformações na sua dinâmica, decorrentes das mudanças no papel social da mulher, dos valores na sociedade e no trabalho e da desvalorização da pessoa mais velha nos grupos sociais e nas famílias. Assim, as políticas sociais definem a família como instituição matriz para suas ações, mas devem reconhecer que as “famílias” são uma construção social que varia segundo as épocas,

espaço privilegiado de sobrevivência e de proteção integral dos filhos e demais membros, espaço de cuidado, mas também espaço onde podem acontecer conflitos.

Portanto, a cada dia, o Sistema Único de Saúde - SUS e o Sistema Único de Assistência Social - SUAS (em seu processo mais recente de descentralização) estão sendo desafiados a cuidar de idosos frágeis, com e sem família, que poderiam/deveriam estar sendo apoiados pelo Estado. O Programa Nacional de Cuidadores de Idosos (Portaria Interministerial 5.153/1999) não saiu do papel tampouco os cuidadores foram incorporados às políticas sociais. A profissão de cuidador ainda não está regulamentada, enquanto em todo o país, milhares de pessoas exercem essa função. Muitas das quais estão sendo formadas em cursos cujos conteúdos, cargas horárias, qualificação de professores, estágios, ficam a cargo da lisura – ou da falta dela - dos responsáveis pelas instituições de ensino.

Dessa forma, as Conferências expõem as fragilidades da Política do Idoso que, dezoito anos depois de sua criação, ainda não foi incorporada pelas várias pastas; dos movimentos sociais e dos Conselhos que não conseguem fazer acontecer o que as Conferências definiram e o que está na lei. Políticas de cuidados pressupõem o diálogo e a divisão de responsabilidades, papéis e recursos entre os vários ministérios e gestores da PNI, nos três níveis de governo: Educação, Saúde, Trabalho e Emprego, Previdência Social, Assistência Social, Cidades, Transportes, Secretaria de Direitos Humanos. O que pode explicar esse descompasso? Não encontramos respostas que nos satisfaçam. Enquanto isso, a população brasileira envelhece e, principalmente no caso do idoso frágil e pobre, cuja falta de cidadania já o acompanha desde a infância, agora o alcança na perspectiva de uma velhice mais uma vez desamparada.

Infelizmente, falta educação para o exercício do controle democrático. O país tolera o não cumprimento das leis que protegem

os idosos e a cultura discriminatória vigente na sociedade, nos serviços e entre os próprios idosos que não se reconhecem nem desejam ser identificados na condição de pessoas idosas. Falta politização do segmento idoso, decorrente do menor acesso a informações e à falta de prática associativa e de expressão de opiniões da geração idosa atual, formada pelos adultos que mais fortemente vivenciaram o período de ditadura militar e, portanto, não puderam exercer os seus direitos democráticos. Possivelmente, tudo isso deve mudar com o envelhecimento das gerações mais escolarizadas e que tiveram mais oportunidades de acesso ao mundo do trabalho, aos movimentos sociais e às informações sobre seus direitos.

### **A realidade dos Conselhos de Idosos**

Os Conselhos têm seu lugar garantido na Constituição Federal de 1988 como espaços em que a sociedade civil e o governo se articulam e negociam em favor do bem comum, por meio do exercício democrático do controle social. Todo Conselho deve funcionar como uma ponte entre os interesses da pessoa idosa e o poder público, pois na condição de Conselho, governo e sociedade devem debater e deliberar sobre as políticas e práticas do Estado.

Portanto, é papel do Conselho Nacional ser gregário e articular-se com os conselhos de idosos, como ouvinte interessado em conhecer as realidades e como parceiro na defesa dos interesses do público idoso e dos próprios conselhos. Porém, vale dizer que até 2010 os conselhos de idosos trabalhavam de forma absolutamente independente e distanciada. A gestão 2010-2012 do CNDI tem buscado aumentar a articulação e a integração entre os Conselhos, bem como estabelecer mecanismos presenciais e virtuais de diálogo entre eles, nas três esferas de governo. Antes da 3ª Conferência, o CNDI (Gestão 2010-2012) promoveu os dois primeiros Encontros de Articulação entre o Conselho Nacional e os Conselhos Estaduais e Distrital de Idosos para organizar de forma democrática a

metodologia do evento. Após a Conferência, já foram realizados dois outros Encontros Macro-regionais de Conselhos para fomentar a efetivação das deliberações.

Ao longo de todo o processo de mobilização da 3ª Conferência e nestes encontros de articulação, ficaram evidentes a incompreensão acerca do papel do Conselho de Idosos, nas três esferas de governo, e as graves dificuldades de funcionamento por que passam os Conselhos, expressos na falta de autonomia e de apoio administrativo e técnico dos governos. Alguns conselhos estaduais não têm sede e os presidentes levam para a casa deles os documentos e arquivos do conselho. A interação entre os Conselhos e os movimentos sociais no âmbito federal, estadual, distrital e municipal é falha, uma vez que os cadastros junto ao CNDI não são atualizados e as comunicações se perdem com a mudança de gestão ou de endereço. Em tempos de internet, chama atenção o fato de o CNDI não conseguir atualizar suas informações na página eletrônica da SDH e vários Conselhos Estaduais e municipais sequer possuem um endereço eletrônico institucional, ficando dependentes de endereços alternativos que acabam quando termina a gestão daquele Conselho. Recentemente o CNDI e os Conselhos estaduais e distrital acordaram a participação conjunta em um sistema de informação com o intuito de fortalecer os conselhos, aumentar a participação e a visibilidades de suas ações.

Quanto ao envolvimento dos movimentos sociais de idosos, ele ainda é pequeno, pouco articulado nacionalmente e mais restrito às cidades de médio e grande porte. Os conselhos têm dificuldade em garantir a liderança da sociedade civil e ainda existem conselhos presididos apenas pelo representante do governo. Tudo isso colabora para que a renovação e a qualificação de lideranças sejam escassas: há conselhos com gestões que se repetem e se alternam de forma quase vitalícia.

Outra constatação é que a capacitação dos conselheiros sobre os direitos dos idosos e sobre a política do idoso é largamente insuficiente. Para que os conselhos assumam seu papel, é necessário, nos três níveis, melhorar a formação sobre democracia, direitos, fiscalização e vigilância sobre o poder público. É muito desejável a participação dos órgãos de defesa, como as Promotorias Públicas e o Ministério Público, em oportunidades de debates, como as audiências públicas e o questionamento sobre o papel do Estado na promoção, defesa e garantia de direitos.

Assim, falar de controle democrático significa falar de canais institucionais de participação na gestão governamental, não de uma forma burocrática e executiva, mas como um processo contínuo de democratização, em que o cidadão avalia as ações do poder público e exerce democraticamente esse direito/dever. Aos conselhos está colocado o desafio de se constituírem em espaço democrático destinado ao exercício e à construção da cidadania, à educação política e ao controle social sobre as políticas públicas, incluindo a responsabilização dos governantes, em um ambiente que propicie um diálogo aberto necessário à efetiva participação do controle social para balizar a formatação das políticas.

Por sua vez, a criação do Fundo Nacional do Idoso (Lei nº 12.213/2010) revigora as expectativas de mudança da realidade e tem sido objeto de debates e de estudo no próprio CNDI, nos últimos três anos. O CNDI definiu grupos de trabalho que subsidiaram a elaboração de resoluções que estabelecem os os parâmetros para a implementação e funcionamento dos Fundos do Idoso em todo o território nacional. O Conselho entende que o Fundo Nacional e os fundos congêneres de Estados, Distrito Federal e municípios devam ser vinculados aos respectivos conselhos de idosos. Enquanto órgãos de supervisão, acompanhamento, fiscalização e avaliação da Política Nacional do Idoso, os Conselhos são responsáveis por gerir os fundos, fixar critérios de utilização e o plano de aplicação dos seus

recursos, conforme o disposto na Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 e na Lei nº 12.213 de 20 de janeiro de 2010. Essa decisão é fruto de ampla pesquisa jurídica e de discussões com órgãos como a Receita Federal e outros conselhos que administram fundos de direitos. Infelizmente, a gestão atual não conseguiu operacionalizar o Fundo, apesar da urgente carência em utilizar os recursos em favor da estruturação e fortalecimento de uma rede integrada de conselhos de idosos em todo o Brasil. Espera-se que a publicação da Resolução com os critérios para utilização do Fundo seja publicada, que haja divulgação sobre as formas de destinação de recursos para o Fundo e que essa captação seja pródiga. A próxima gestão deverá inaugurar a utilização dos recursos do Fundo.

Fora do âmbito interno, o CNDI também tem participado de debates no Congresso Nacional e opinado sobre vários temas e projetos de lei de interesse da pessoa idosa, como por exemplo, o Plano Nacional de Educação, o novo Código Penal, a regulamentação da profissão de cuidador, os empréstimos consignados para idosos, dentre outros.

No âmbito internacional, o Conselho esteve presente em alguns eventos na ONU e na OEA defendendo a realização de uma convenção da ONU sobre envelhecimento e direitos de idosos.

### **Considerações Finais**

Após ter estado nos últimos quatro anos na condição de conselheira nacional e como Presidente do CNDI na gestão 2010-2012, entendo que o primeiro passo para modificar a realidade e caminhar no sentido de que as conquistas democráticas que a Constituição de 1988 estruturou sejam efetivadas é tomar consciência deste panorama dos 10 anos do CNDI e de como a Política do Idoso foi tratada no mesmo período. Dou testemunho da dura realidade por que passam os Conselhos e as pessoas idosas em nosso país e

torno público meu agradecimento a todos aqueles que participam e trabalham em conselhos, que defendem os interesses públicos. Tenho certeza de que essa participação em muito contribuirá para o aprimoramento da cidadania brasileira e para o reconhecimento do envelhecimento como conquista social e como um direito fundamental da pessoa humana.

Envelhecer em um país com alto índice de desigualdade social e de gênero e ainda com grandes dificuldades para assumir o envelhecimento como uma prioridade política representa o maior desafio ao qual o Conselho Nacional é instado a responder. O CNDI vivencia um processo de amadurecimento e fortalecimento contínuo, ao longo do qual busca atingir sua visão estratégica de ser referência nacional na promoção, defesa e garantia dos direitos dos idosos.

É certo que nenhum conselho sozinho é suficiente para construir uma política de direitos, mas é dever do Conselho fazer cumprir a lei. Nenhuma lei é suficiente para reduzir desigualdades, mas a lei é um dispositivo necessário para controlar o poder do Estado sobre o cidadão e para que o Estado proteja os que estejam em condição de vulnerabilidade social, respeitando os direitos a liberdade, igualdade, respeito, dignidade. Nenhuma Conferência é suficiente para modificar a realidade de um país, mas se construída democraticamente e de forma representativa, certamente ela traz a voz dos principais interessados e por isso deve ter suas deliberações consideradas e efetivadas.

Acredito que o momento é de criar a Secretaria Nacional do Idoso para fortalecer a Política do Idoso. Enquanto, no âmbito do CNDI, buscar aperfeiçoar todos os processos internos e externos, fluxos e encaminhamentos por meio dos quais o Conselho se relaciona com os vários públicos de seu interesse, dentro e fora das esferas governamentais. A criação de conselhos de idosos com autonomia

e estrutura administrativa em todos os municípios brasileiros deve ser considerada uma meta do CNDI. Por sua vez, a integração com outros conselhos e instituições nacionais e estrangeiras que defendem os direitos dos idosos precisa ser estimulada, bem como a ampliação da participação das pessoas idosas nos movimentos sociais e nos conselhos.

O que o CNDI deseja? O cumprimento das leis pelo Estado brasileiro. Isso pressupõe o respeito à Constituição, à Política Nacional do Idoso e ao Estatuto do Idoso dentro de todo serviço público. Porém, concordo com Sposati (2007) quando ela afirma que a construção de uma política não é papel exclusivo do poder Executivo:

Pratica o reducionismo aquele que analisa a política social tão só a partir do executivo. É o Poder Legislativo que torna a política ‘de Estado’ quando a reconhece como lei duradoura e contínua. É por sua vez o Poder Judiciário que a confirma como direito de cidadania ao reconhecer a violação de direitos do cidadão ou a omissão do Estado em sua prática. Sem esses trânsitos, ‘morreremos na praia’ do discurso, sem efetividade para o cidadão que quer ter certeza da atenção social e de sua cidadania reconhecida.

Finalmente, se apesar de todas essas tentativas e estratégias, o Conselho não conseguir por seus próprios meios obter o controle social que almeja, a Constituição de 1988 reserva ao Ministério Público o papel de órgão fiscalizador dos poderes constituídos, sendo uma instituição que intermedeia de forma autônoma as demandas da sociedade civil perante o Judiciário, o Executivo e o Legislativo. O Ministério Público pode enfrentar em igualdade de condições o Poder Executivo, que muitas vezes não cumpre o previsto nas políticas públicas, e também é dele a fiscalização da legalidade do funcionamento dos conselhos. Por isso, este órgão não deve ser visto como inimigo do governo ou como um competidor com os interesses do Conselho, mas como guardião dos interesses do povo e do cumprimento da lei.

## Referências Bibliográficas

1. BRASIL (1994). Lei n.º 8.842 de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.
2. BRASIL (1988) Constituição da República Federativa do Brasil. Texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de nº1, de 1992, a nº 32, de 2001, e pelas Emendas Constitucionais de Revisão de nº 1 a nº 6, de 1994, – 17. Ed. Brasília, 1988. 405p. (Série Textos Básicos, n. 25).
3. BRASIL (1999). Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Saúde. Portaria no 5153/1999. Institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos. Brasília: MPAS/SAS.
4. BRASIL (2003). Lei no 10.741, de 1 de outubro 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Alterado pela Lei no 11.765, de 5 de agosto de 2008, e pela Lei no 11.737, de 14 julho de 2008.
5. BRASIL (2004). Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, Nov. 2004.
6. CAMARANO, A. A. (org). Cuidados de Longa Duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA, 2010, 350 p.
7. DEBERT, G. G. A dissolução da vida adulta e a juventude como valor. Horiz. antropol., Porto Alegre, v. 16, n. 34, Dec. 2010. 10.  
FALEIROS, V. P. Cidadania e direitos da pessoa idosa. Ser Social, Brasília, n. 20, p. 35-61, jan./jun. 2007.
8. ONU. Plan Internacional de accion sobre el envejecimento 1982. Asamblea Mundial sobre elEnvejecimento, 1982, Viena (Áustria): Viena;1982.
9. ONU. Plan Internacional de accion sobre el envejecimento 1982. Asamblea Mundial sobre El Envejecimento, 2002, Madrid (Espanha): Madrid;2002.
10. SPOSATI A. Assistência Social: de ação individual a direito social. Revista Brasileira de Direito Constitucional – RBDC n. 10 – jul./dez. 2007



# Textos de Conselheiros do CNDI



PELOURINHO

Vicente Paulo da Silva

76 anos - Patrocínio Paulista, SP

Talentos da Maturidade

Edição: 2011



## A Inclusão Cultural da Pessoa Idosa

**ANA MARIA ANGELA BRAVO VILLALBA**

**Secretaria da Cidadania e da Diversidade Cultural Ministério da Cultura**

Segundo a constituição brasileira, a cultura é um direito da sociedade e, nesse sentido, cabe ao Estado buscar as formas de proteger e incentivar a produção, difusão, valorização e proteção da sua cultura, dos seus artistas. Embora a cultura seja um direito, na prática esse direito está muito distante da grande maioria da população brasileira, em função da enorme desigualdade social que gera a desigualdade cultural.

Tendo esses elementos como parâmetros, a sociedade brasileira moderna vive intensamente a chamada *cultura de massa* e a necessidade de ajustar-se à realidade do envelhecimento na era tecnológica.

Atualmente as políticas culturais brasileiras tendem a diversificar a atenção para as diferentes culturas, buscando apoiar a diversidade cultural como bens simbólicos vinculados a identidade e não mais como mercadorias. Essa mudança de atitude e abertura em relação ao valor da diversidade cultural se fortalece no reconhecimento mundial da necessidade de valorização e preservação da diversidade cultural. Em 2005 a UNESCO adotou a Convenção sobre a Proteção e Promoção da Diversidade das Expressões Culturais, que o Brasil ratificou em 2007. Trata-se de um marco histórico que objetiva, dentre vários aspectos, proteger o mundo da massificação imposta pela indústria cultural.

As tendências, mudanças e ações propostas refletem o complexo encadeamento que envolve a economia da cultura

brasileira e a relação entre a sua produção cultural, o consumo cultural e os direitos culturais; O diagnóstico sobre todos os interesses que mobilizam as ações dessa área, incluindo a questão do envelhecimento, é urgente.

A questão do envelhecimento é transversal, devendo estar presente em todas as ações, planejamentos e políticas públicas. A compreensão desse fato, aliada ao reconhecimento de que a cultura representa bem mais que a possibilidade de consumo cultural, apresenta-se como um instrumento poderoso de conhecimento, trabalho, geração de renda, de inclusão social e de Paz.

### **1. O que representa a cultura para as pessoas idosas e para a sociedade**

Para a pessoa idosa a cultura representa a oportunidade de divulgar sua criação, de encontrar-se com seus pares, de compartilhar sua experiência, de ensinar e ser reconhecido. Para o mestre da cultura popular, representa a sua razão de viver. Para o artista, a concretização de um sonho, além de um meio de (sobre)viver pela arte e para a arte. Para o grande público a possibilidade de se surpreender, de comungar com o belo, de recuperar o equilíbrio, a saúde. Para os profissionais que dependem das ações culturais significa também trabalho, meio de vida. Para os pesquisadores o estímulo, a reflexão, oferecendo ferramentas de conhecimento. Para a economia, o aquecimento da circulação de produção, através do movimento indústria, emprego, produto. Para os países estrangeiros, a oportunidade de conhecerem a arte brasileira. Para o jovem a proximidade com a história, com o possível. Para algumas instituições públicas representam uma forma de angariar impostos, que uma vez produzidos são transformados em recursos a serem revertidos em ações sociais, sanitárias e educacionais. Para os servidores da cultura, a concretização dos seus esforços. Para a pessoa física e o empresário que patrocinam projetos culturais a possibilidade de obtenção de vantagens fiscais e ainda de atuação como incentivador do crescimento cultural do país. Para o brasileiro, o reconhecimento de seu valor.

## 2.0 conselho nacional dos direitos do idoso (CNDI) influenciando o MINC

A representação do MinC no CNDI trouxe novos elementos e informações relevantes que provocaram a inclusão da pessoa idosa em seu programas e ações. Com base nas diretrizes do CNDI, o Ministério da Cultura, inicialmente por intermédio da Secretaria da Identidade e da Diversidade Cultural e, atualmente, pela Secretaria da Cidadania e da Diversidade Cultural, passou a intervir intersetorialmente com indicações no sentido de promover a inclusão do idoso nas políticas públicas. Tal inclusão apoia-se no artigo 3º da Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, que estabelece a importância da contribuição cultural da pessoa idosa, apoiando e incentivando sua iniciativa e participação cultural e promovendo seu acesso a espetáculos, a recursos públicos e privados.

Com o objetivo de estimular o protagonismo da pessoa idosa, o Ministério da Cultura formalizou seu comprometimento criando o Programa de Fomento e Valorização às Expressões Culturais da Pessoa Idosa. (Portaria nº 41/2007). O programa é voltado para a valorização e ampliação do reconhecimento e da visibilidade das expressões culturais promovidas por esse grupo etário, e apoia e estimula iniciativas, projetos culturais e ações dessa população brasileira.

Embora as ações realizadas não tragam números significativos, representam um começo no sentido de despertar para um novo olhar em direção ao idoso e o aumento da previsão orçamentária para uma produção, que aos poucos vem garantindo espaço:

- Pontos de Memória - SCDC/MinC.
- Ação Griô – Bolsas voltadas para idosos que se proponham a realizar trabalho sistemático nas Escolas, disseminando os saberes tradicionais - SCDC/MinC.
- Editais Prêmio Culturas Populares – Edições 2007, 2008 e 2009 – premiando os Mestres das Culturas Populares – SCDC/MinC.

- Editais Prêmio Culturas Indígenas – Edições 2006, 2007 e 2010 – premiando os anciãos detentores dos saberes - SID/MinC
- Programa de Incentivo ao Voluntariado de Idosos nos Museus Brasileiros – Valorização do idoso como agente de ação cultural – Depto. de Museus e Centros Culturais – IPHAN/MinC, em parceria com o Ministério de Previdência Social
- Encontro da Diversidade – Presença de 50 representantes idosos, alguns deles destacados para participarem como palestrantes nas Rodas de Conversa. O evento foi realizado em 2010, na cidade do Rio de Janeiro.
- O Prêmio Inclusão Cultural da Pessoa Idosa II levou o nome de Inezita Barroso em homenagem a sua arte, persistência, dedicação à música e abertura de espaço para novas gerações. Mas no Brasil podemos também homenagear outras tantas vidas dedicadas à cultura, que são idosas e continuam ativas, produtivas e fonte de inspiração para nós e para outras gerações.

## Alguns dos nossos exemplos de vida ativa, produtiva e criativa na área cultural:

Tomie Otake, Nélida Piñon, Juca de Oliveira, Antonio Abujamra, Altamiro Carrilho, Manuel de Barros, Rolando Boldrin, Milton Gonçalves, Edino Krieger, Fernanda Montenegro, Stenio Garcia, Boni, Hermeto Pascoal, Bibi Ferreira, Adélia Prado.



Sérgio Mamberti



Dona Selma do Coco



Inezita Barroso



Isabel Mendes da Cunha

## • O Prêmio Inclusão Cultural da Pessoa Idosa

Esse prêmio buscou contribuir para a preservação e difusão das expressões culturais criadas por pessoas idosas e para elas, na medida em que procurou valorizar seus atores. Além disso contribuiu para o mapeamento parcial das iniciativas culturais existentes no país, revelando os atores e suas práticas, demandas, localização e potenciais parceiros, oportunizando reavaliações e novas orientações para as políticas voltadas para o setor.

Tanto na 1ª como na 2ª edições, o MinC contou com a participação de diversas entidades representativas nas Comissões de Seleção dos Prêmios e com a valiosa parceria do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa e da Associação Nacional de Gerontologia, que nos legaram informações importantes para o aprimoramento da segunda edição, das nossas ações e políticas públicas para os idosos.



**PRÊMIO  
INCLUSÃO CULTURAL  
DA PESSOA IDOSA**

### Algumas das iniciativas premiadas

#### *a) Ciranda dos Contos – a história continua-*

Prefeitura Municipal de Ibotirama/BA

*O espaço da biblioteca pública municipal recebe a “Ciranda de Contos”, que retoma a tradição oral de contar histórias, contadas por membros dos grupos de convivência da terceira idade e acompanhadas por violeiros da cidade e de grupos de jovens e adolescentes.*

#### *b) Projeto Valdivino: Valorização da Memória Cultural dos Idosos na Vila Vicentina*

Fundação Educacional de Divinópolis – FUNEDI -  
Universidade do Estado de Minas Gerais – UEMG Divinópolis/MG

*Com o objetivo principal de sensibilizar a todos para a prática de um novo projeto de vida por meio da música e de trabalhos manuais, inserindo no cotidiano o resgate e a rotina de produção artística, os idosos foram encorajados a retomar suas referências culturais através da seleção de músicas que fizeram parte de suas vidas, em forma de CD, também com repertório novo retratando a cultura popular.*

### ***c) Samba de Roda Suerdieck***

Associação Cultural do Samba de Roda Dalva Damiana de Freitas - Cachoeira/BA

*O Samba de Roda Suerdieck é um dos belos e tradicionais sambas de roda do Recôncavo e abriga quatro gerações. Os idosos são as bases sólidas, matrizes da formação de jovens e sambadoras mirins. O grupo teve início em 1961, por iniciativa de Dalva Damiana, operária da fábrica de charutos Suerdieck, contando com a participação das demais operárias. Ao longo do período de sua existência, 77 pessoas dessa faixa etária participaram do Grupo.*

### ***d) Banda de Pifanos Cantores da Colina***

José João da Silva - Campina Grande/PB

*A Banda de Pifanos, fiel representação do povo nordestino, é fruto do trabalho de um grupo de 30 pessoas idosas, cujo líder é também da mesma faixa etária. Os participantes tocam e dançam, levando alegria e qualidade para a vida dos seus membros e para a comunidade.*

### ***e) Projeto Saúde e Vida***

Janice Kawero Cautu - Paranatinga/MT

*O projeto Saúde e Vida, iniciado em janeiro de 2006, objetiva conservar, valorizar e repassar a cultura indígena às novas gerações por meio da interação entre jovens e idosos. A transmissão dos conhecimentos*

*acontece em reuniões semanais, nas quais os idosos contam histórias, falam sobre rituais e ensinam aos jovens técnicas de artesanato, cantos, danças e alimentos tradicionais.*

#### *f) Projeto Retalhos de Memória*

Mariana de Souza Guimarães - Rio de Janeiro/RJ

*O projeto teve o objetivo de solidificar identidades, recuperar histórias e proporcionar a inclusão cultural por meio de trabalho artesanal: o bordado e a costura. O resultado desse fazer coletivo foi um painel de 28 metros, por meio do qual se pode conhecer um pouco da história de suas autoras.*

#### *g) Marias do Brasil*

Centro de Teatro do Oprimido – CTO

Rio de Janeiro/RJ

*As Marias do Brasil é um grupo composto por atrizes migrantes nordestinas, trabalhadoras domésticas ligadas ao sindicato, que cantam (músicas próprias ou do cancionero popular) e representam suas vidas em cenas teatrais com textos escritos a partir de suas histórias de vida. A iniciativa é desenvolvida nas áreas trabalhistas, com população de baixa renda e migrantes.*

#### *h) Projeto Fotos e Olhares*

Fundação Patrimônio Histórico da Energia e Saneamento/SP

*Esse é um trabalho de pesquisa histórica, por meio da fotografia, através da técnica “câmara escura”, com o objetivo de registrar, analisar e expor as evoluções paisagísticas, históricas e sociais da cidade de Itu, a partir da comparação de fotografias antigas pertencentes às famílias locais, com as fotografias em preto e branco, feitas por pessoas idosas que passaram por capacitação.*

*i) Encontro Estadual de Benzedeiros, Rezadores e Mateiros*

Prefeitura Municipal de São Miguel das Missões/RS

*O Encontro foi realizado em abril de 2007, tendo como objetivo a preservação da identidade cultural, pela transmissão dos conhecimentos sobre “benzimentos”, rezas, conhecimento de ervas, herdados dos pajés das antigas tribos indígenas que habitavam a região. Existem, hoje, cadastrados no município, praticantes dessas tradições.*

*j) Projeto Vovô Sabe Tudo*

Secretaria Municipal de Cultura de Santos/SP

*O objetivo do projeto é valorizar a experiência adquirida pela pessoa idosa por meio da transmissão de seus conhecimentos a crianças e adolescentes, num processo de fortalecimento, troca afetiva e cultural entre as gerações. Os encontros acontecem em 16 horas semanais, nos quais são realizados cursos e oficinas de caráter social e, pelos quais, os idosos recebem ajuda de custo correspondente a um salário mínimo.*

*k) Se Tivéssemos Tempo*

José Eduardo de Oliveira - Mogi das Cruzes/SP

*O filme Se Tivéssemos Tempo foi protagonizado por atores idosos, Roberto Torres e Liselote Castiglioni, e conta a história de duas pessoas enclausuradas em suas mágoas que, no decorrer da história, se tornam ferramentas para que ambos ultrapassem seus limites de respeitabilidade, amor e ódio. Busca trazer à pauta questões relacionadas com as pessoas idosas.*

*l) ZAMA – História do Nascimento do Rio Amazonas*

Associação de Amigos da Cultura - Manaus/AM

*A peça Zama é uma dramaturgia amazonense poética e retrata lendas e hábitos, e leva ao conhecimento da sociedade o tema da poluição*

*dos rios e desmatamento das florestas daquela região. É encenada pelo Grupo de Teatro da Melhor Idade, com 28 integrantes e conta com o apoio da Secretaria de Estado da Cultura, que através do ensino das artes, tem buscado recuperar a memória da cultura local, promovendo o espírito de cidadania e consciência ética da comunidade.*

## **Ações culturais**

### *Bolsa de Incentivo - Ação Griô*

A Ação Griô Nacional é compartilhada com o MinC, através do Ponto de Cultura Grãos de Luz, em Lençóis/BA, e visa a preservação das tradições orais das comunidades e a valorização dos Griôs, Mestres e Aprendizes, enquanto patrimônio cultural brasileiro. Até o momento a ação contemplou 650 bolsistas, entre Griôs Mestres e Griôs Aprendizes das tradições orais de diversos grupos culturais, indígenas, quilombolas, povos de terreiro, mestres e outros.

### *A Voz das Avós no Fluir das Águas*

As treze avós tradicionais representam o conhecimento ancestral do mundo e, em março de 2012, estiveram em Brasília participando ativamente do encontro e trazendo, cada uma com sua própria linguagem e ao seu modo, mensagens de todos os cantos do planeta, especialmente para as crianças e jovens. Essas mensagens na essência se traduzem no significado do amor pelas crianças e o profundo respeito pela água, pelo planeta, pela origem do universo. Ao apoiar a realização do projeto “A Voz das Avós”, a Secretaria da Cidadania e da Diversidade Cultural do Ministério da Cultura teve como objetivo fomentar e estimular programas e ações que priorizem o respeito à contribuição da pessoa idosa, ao meio ambiente, a inclusão cultural.

## **3. Considerações**

O entendimento de que o território nacional é composto por diferentes Brasis oportuniza o reconhecimento e valorização

de nossa própria diversidade e por extensão nossa própria cultura. Identificamos que a pessoa idosa é produtiva, criativa e possui um potencial para a formulação de propostas ampliado pela experiência. Entretanto, é urgente a definição de instrumentos e ações efetivas para sua inserção e atualização.



# Pastoral da Pessoa Idosa

**IR. TEREZINHA TORTELLI**

**Conselheira no CNDI de 2004 a 2008,  
Coordenadora Nacional da Pastoral da Pessoa Idosa/ 2010.**

## **Introdução**

A Pastoral da Pessoa Idosa (PPI) é um Organismo vinculado à CNBB e foi fundada no dia 05 de novembro de 2004. Atua diretamente junto às famílias através de líderes comunitários que voluntariamente fazem visitas domiciliares mensais às pessoas idosas, preferencialmente às mais vulnerabilizadas por sua fragilidade física ou por situações de risco social, independentemente de seu credo religioso ou tendência política.

Esta Pastoral surgiu de uma necessidade sentida bem antes de sua fundação em 2004. Em meados da década de 90, a Dra. Zilda Arns, na ocasião Coordenadora Nacional da Pastoral da Criança, era sempre questionada pelos líderes comunitários que visitavam mensalmente as famílias para acompanhar gestantes e crianças de 0 a 6 anos de idade. Esses líderes comentavam com a Dra. Zilda: “Nas visitas domiciliares, sabemos tudo sobre crianças e gestantes; e geralmente nas casas que visitamos, encontramos também pessoas idosas e estas nos perguntam sobre questões do envelhecimento que nós não sabemos responder”. Com estes questionamentos e sempre atenta às novas necessidades detectadas pelos Líderes nas visitas domiciliares, Dra. Zilda deu início a mais esta Pastoral, seguindo a mesma metodologia da Pastoral da Criança, que vinha dando certo desde 1983.

## Objetivos

O objetivo da Pastoral da Pessoa Idosa é formar redes de solidariedade humana, fortalecendo o tecido social e contribuindo para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas na família, buscando a compreensão de todas as dimensões do envelhecimento (física, psicológica, social e espiritual), gerando uma cultura de cuidado do ser humano em sua plenitude para a construção de uma sociedade mais justa e solidária.

## Metodologia

O trabalho essencial é a organização da comunidade e a capacitação de líderes comunitários que ali vivem, para que cada líder capacitado, fortalecido em sua fé e no seu compromisso social, assuma voluntariamente o acompanhamento por meio da visita domiciliar a uma média de 10 pessoas idosas nas famílias vizinhas, em ações preventivas, adotando bons hábitos na área da saúde, nutrição, educação e cidadania. O líder comunitário faz a ponte entre a pessoa idosa e sua família, com os serviços existentes na comunidade voltados à pessoa idosa. Onde tais serviços não existem, as lideranças da Pastoral mobilizam a comunidade para exigir do poder público sua criação.

Para identificar os voluntários de uma comunidade, iniciamos com um momento de sensibilização, apresentando a Pastoral da Pessoa Idosa, sua metodologia, sua proposta de trabalho voluntário na comunidade e convidando quem queira vir fazer a experiência. Aos que estiverem dispostos a assumir o compromisso de visitar a uma média de 10 pessoas idosas todos os meses, convidamos para fazer a capacitação básica.

## A formação dos voluntários

A capacitação básica dos voluntários, que chamamos de líderes comunitários, é composta de 6 etapas de 4 horas cada,

nas quais são tratados os seguintes temas: Histórico, Missão, Mística e Metodologia da Pastoral da Pessoa Idosa; Perfil e Missão do Líder comunitário; O envelhecimento populacional brasileiro; O curso da vida – valor de cada fase da existência humana; Visita domiciliar; Indicadores de acompanhamento: Atividade física, Nutrição e Hidratação, Vacinas contra gripe e contra pneumonia, Prevenção de quedas, Incontinência urinária, Dependência para as ABVDs (Atividades Básicas da Vida Diária); O material educativo – Caderno do Líder e FADI (Folha de Acompanhamento Domiciliar do Idoso).

### **O dia a dia do líder comunitário**

Após passar pela capacitação básica, cada líder comunitário assume o compromisso de visitar mensalmente, de forma voluntária, a uma média de 10 pessoas idosas, residentes próximas à sua casa ou que pertençam à mesma comunidade. Cada uma dessas pessoas idosas são cadastradas no Caderno do Líder onde constam os indicadores de acompanhamento e espaço para as anotações em cada mês.

Além da capacitação básica, os líderes comunitários de cada comunidade reúnem-se mensalmente para uma reunião de avaliação e reflexão. Essa reunião é um espaço para a formação contínua dos líderes, troca de experiências, partilha de como foram as visitas às pessoas idosas, quais dificuldades encontradas, o que merece atenção especial, casos que necessitam ser encaminhados, como e onde buscar apoio etc. Outro objetivo dessa reunião de avaliação e reflexão é o preenchimento da FADI. Nela são incluídas todas as pessoas idosas que estão cadastradas no caderno de cada líder comunitário e que foram por eles visitadas. Assim, a cada mês, cada comunidade preenche e envia para a Coordenação Nacional uma FADI.

## **Indicadores de acompanhamento**

A OMS – Organização Mundial da Saúde, desde a década de 1980, tem dito que as ações sobre o envelhecimento devem contemplar a prevenção e a promoção de saúde. No último dia mundial da Saúde (dia 7 de abril de 2012), a OMS falou mais uma vez a esse respeito. Uma das razões, deve-se a alta prevalência de doenças crônicas no grupo dos idosos. Assim, ações devem ser promovidas no sentido de preservar a funcionalidade da pessoa que envelhece.

Os indicadores de acompanhamento da Pastoral da Pessoa Idosa são voltados à estimulação de hábitos saudáveis, com o propósito de favorecer a pessoa idosa e manter pelo maior tempo possível sua autonomia e independência funcional, postergando o aparecimento das doenças crônicas não transmissíveis e com elas o quadro de dependência e fragilidades. A manutenção da independência funcional e da autonomia pode ser preservada na família e na comunidade, desde que as pessoas e seus familiares aprendam a prevenir danos e a procurar recursos disponíveis o mais precocemente possível.

## **Benefícios da visita domiciliar**

Líderes da Pastoral da Pessoa Idosa relatam que observam uma melhora sensível na capacidade física, cognitiva e emocional das pessoas idosas acompanhadas. É freqüente o fato de pessoas que eram acompanhadas na visita domiciliar passarem a solicitar a capacitação e transformarem-se em líderes comunitários. E o testemunho dos próprios líderes descreve o benefício da visita domiciliar para eles próprios que, além das caminhadas para ir até as casas das pessoas idosas, trazendo-lhes o bem estar físico, encontram ainda nesta prática uma grande satisfação.

O fato da visita domiciliar acontecer todos os meses resulta em uma atmosfera de confiança entre o líder comunitário e a pessoa

idosa visitada e seus familiares. Com isto, cria-se um ambiente doméstico mais propício a uma melhor convivência intergeracional, com mais respeito, superando situações de negligência ou outros tipos de maus tratos.

## Resultados

A Pastoral da Pessoa Idosa (PPI) mantém um sistema de informação que é alimentado de forma constante pelas FADIs (Folha de Acompanhamento Domiciliar das pessoas Idosas) que chegam mensalmente de cada comunidade. De acordo com os dados do segundo trimestre de 2011, são acompanhadas uma média mensal de 180 mil pessoas idosas, através de 21.435 líderes comunitários que atuam em 5.275 comunidades de 879 municípios do Brasil.

Além de acompanhar os indicadores constantes no caderno, o líder comunitário faz também o encaminhamento aos serviços de assistência e previdência social e órgãos públicos em geral na busca de direitos existentes que, na maioria das vezes, não são conhecidos e por isso não são reclamados. Além dos indicadores específicos há outros, embora ainda não mensuráveis, mas que para uma análise mais profunda pode-se comprovar os bons resultados, como por exemplo: o relacionamento familiar menos hostil, reduzindo com isso os maus tratos ao idoso por familiares ou por cuidadores; melhora da auto estima, a pessoa idosa passa a se cuidar mais, melhorando sua socialização. Tantos fatos, histórias e testemunhos ouvidos ou presenciados pelos líderes comunitários merecem uma pesquisa na área para aprofundar a questão.

Dos indicadores mensuráveis, apenas a título de exemplo de resultados positivos do acompanhamento, citamos aqui um dos indicadores - prevenção de quedas. Tomando por base o 4º trimestre de 2010 comparado ao 4º trimestre de 2005, ou seja, em 5 anos de atuação da PPI, podemos confirmar o seguinte resultado:

O indicador aponta as pessoas idosas acompanhadas pelos líderes comunitários e que “caíram nos últimos 30 dias”. Como a visita domiciliar é mensal, a cada mês é possível saber se a pessoa idosa caiu desde a última visita. Analisando os dois trimestres em questão, verificamos que no 4º trimestre de 2005, ou seja, quando a Pastoral da Pessoa Idosa completava seu primeiro ano de existência, o percentual de quedas era de 4,2%. Cinco anos após, no 4º trimestre de 2010, o percentual de quedas nas pessoas idosas acompanhadas pelos líderes comunitários, foi de 2,7%, uma diminuição de 34,5% (esses dados estão disponíveis no site da PPI: [www.pastoraldapessoaidosa.org.br](http://www.pastoraldapessoaidosa.org.br)).

Por tratar-se de um indicador 100% mensurável, podemos concluir que este resultado nos sugere as seguintes questões: Qual o benefício dessa redução de quedas para os cofres públicos? Com toda certeza o resultado será o de menos pessoas buscando os serviços de saúde, menos internações hospitalares, menos cirurgias, menos próteses e órteses, menos sobrecarga nos serviços de reabilitação e nos serviços de assistência social.

Estes resultados certamente demonstram a grande importância do trabalho voluntário, realizado com muita dedicação pelas lideranças da Pastoral da Pessoa Idosa, pelo impacto positivo na qualidade de vida das pessoas idosas e pela economia dos recursos públicos.

### **Aprimorando os indicadores**

Após 7 anos de existência da PPI e já com resultados comprovados da eficácia do acompanhamento domiciliar, a Pastoral da Pessoa Idosa tem agora como meta o aprimoramento de suas ações, que se dará através do cruzamento entre alguns dos indicadores de acompanhamento.

Trata-se de uma avaliação anual e se dará através do preenchimento de um instrumento em cada comunidade com PPI.

Cada instrumento terá o campo de identificação contemplando: Comunidade/ Paróquia/ Diocese /Município/ Estado. Todos os dados que compõem este instrumento, constam do caderno do líder. No primeiro campo solicita-se o número de pessoas idosas acompanhadas naquela comunidade, por sexo e por faixa etária: 60 a 74 anos/ 75 a 89 anos/ 90 a 99 anos/ centenários. Portanto, uma avaliação quantitativa. Os demais campos contemplam as seguintes alternativas: Mora sozinha na casa/ Caiu no ano anterior/ Está com incontinência urinária/ É dependente. Cada uma dessas alternativas deverá estar indicada para qual sexo e qual faixa etária.

Com este resultado esperamos poder traçar a cada ano, o perfil de fragilidade das pessoas idosas acompanhadas pela PPI. E de posse dessa informação, poder influenciar nas políticas públicas e perceber a necessidade de construir e fortalecer a cada dia a rede de apoio às pessoas idosas em cada município.

## **Custos e Recursos**

O maior dos recursos que a Pastoral da Pessoa Idosa consegue é a força do voluntariado que se dedica, doa de seu tempo, se empenha de todas as maneiras para desenvolver as ações da Pastoral em suas comunidades. Porém, existem gastos que são inevitáveis, por exemplo: para elaboração/ impressão e transporte dos materiais educativos que devem chegar até as comunidades onde residem os líderes comunitários (Guia do líder, caderno e as FADIs). Gastos com as capacitações, que basicamente consistem na alimentação e transporte dos capacitados e dos capacitadores; e um material básico, como bloco para anotações, caneta, lápis, borracha e uma pasta ou sacola de pano para o líder comunitário guardar seus materiais.

Para estes gastos contamos com recursos públicos a nível federal através de convênios com o Ministério da Saúde. Em 2005, quando do início da PPI, celebrou-se o primeiro convênio

e correspondia a R\$ 0,97/idoso/mês (noventa e sete centavos por idoso por mês); o convênio seguinte em 2006, o valor foi de R\$ 0,59/idoso/mês; em 2007, R\$ 0,57/idoso/mês; em 2008 houve uma recuperação e o valor superou o do primeiro convênio, foi de R\$ 1,00/idoso/mês (um real); em 2009 o convênio caiu para 0,27/idoso/mês. Em 2010 o recurso do convênio só entrou em janeiro de 2011 e foi de R\$ 0,19/idoso/mês.

Apesar de tão poucos recursos, a PPI continuou se expandindo. Em 2005 acompanhava 34.059 pessoas idosas; em 2006 - 77.383 pessoas, um aumento de mais de 100%; em 2007 - 116.006 pessoas idosas acompanhadas; em 2008 - 147.229 pessoas; em 2009 - 181.243; em 2010 - 192.345; e em 2011, infelizmente contamos com um decréscimo de 8,2%, acompanhando a 179.429 pessoas idosas.

Embora o recurso recebido seja quase insignificante, a ausência deste pouco faz falta, pois os voluntários que se dedicam realmente com muita boa vontade passam a assumir também os gastos pelo trabalho que eles próprios desenvolvem gratuitamente.

Certamente fica a interrogação: então, como a Pastoral da Pessoa Idosa consegue sobreviver? Primeiramente pela força e convicção dos próprios voluntários que acreditam na causa e que acreditam também que, aos poucos, é possível criar uma nova mentalidade na sociedade e principalmente nos governantes, que são os que detém o poder sobre o destino dos recursos públicos.

A Pastoral conta também com a ajuda das igrejas locais: paróquias, dioceses, que cedem espaços sem cobrar aluguel pelo uso de salas, as vezes de telefone, gás, outros equipamentos como computador, impressora, xerox etc.

Conta ainda com outros doadores anônimos que mensalmente depositam um valor para o desenvolvimento das ações da PPI. As vezes são empresas que, por terem seus administradores sensíveis às

causas do envelhecimento, compreendem e de fato desempenham seu papel de responsabilidade social. A estas nós chamamos de “Empresa Amiga da Pastoral da Pessoa Idosa”.

## **Motivação**

Faz-se necessário alimentar de forma constante o ânimo e o entusiasmo dos voluntários. Para isso a PPI realiza Encontros Regionais, dos quais participam os coordenadores estaduais e diocesanos. Por sua vez, estes coordenadores realizam também encontros e assembléias a nível diocesano e paroquial dos quais participam os coordenadores paroquiais e os líderes comunitários. Sem esta motivação permanente é impossível manter a perseverança de qualquer trabalho voluntário.

## **Prioridades no Brasil**

Durante a primeira década do século XXI, o Brasil, pela primeira vez em sua história, deparou-se com mais pessoas com idade superior a 60 anos, do que pessoas de 0 a 6 anos de idade. Fato realmente inédito! Nós brasileiros (as) sempre acostumados com a expressão: “O Brasil é um país jovem” e de repente nos percebemos num país em franco envelhecimento.

Como não nos preparamos para esta virada tão brusca, era de se esperar que também as políticas públicas não acompanhassem esse processo segundo as necessidades. Apenas um exemplo desse descompasso: para crianças existem creches ao alcance da grande maioria das famílias em todo o país. Dessa forma, seus pais podem com segurança deixar seus filhos nesses espaços e seguir para seu trabalho diário, retornando no final da tarde para buscá-los.

Para as famílias que têm um e as vezes mais de um familiar idoso em casa, os filhos com o compromisso de trabalhar fora o dia todo e não tendo ninguém para cuidar de seu familiar idoso,

como fazer? Existem cuidadores suficientes e capacitados para cuidar, quando estes idosos já necessitam de cuidados? As famílias têm condições de pagar por esse serviço de cuidador? Existem nas comunidades e municípios lugares próprios onde a família possa deixar seu familiar idoso para passar o dia, em lugar seguro, com pessoas preparadas para cuidar dele, com alimentação, atividades, outros serviços? Espaços estes que, reservadas as diferenças, seriam similares às creches para as crianças.

Esta é apenas uma pequena ponta de uma grande questão a ser trazida à tona para ser conhecida, discutida, compreendida e assumida de fato pelo poder público. Por enquanto, percebem-se apenas algumas poucas iniciativas da sociedade civil, que vem se organizando, embora com muito esforço devido à falta de recursos financeiros, físicos, materiais e humanos.

### **Visão equivocada**

Talvez em função da rapidez com que se deu o processo de envelhecimento no Brasil, ainda com o conceito tão arraigado sobre um “país jovem”, somando-se a falta de preparo para esta mudança do perfil demográfico, são percebidos alguns equívocos na compreensão dessas questões. Um exemplo desse equívoco é acreditar que todas as pessoas envelhecem bem e aí usa-se e abusa-se de expressões como: “melhor idade”, “idade de ouro”, “juventude acumulada”, entre outras expressões que com certeza não traduzem a realidade.

E então poderemos perguntar se todos os que chegam aos 60, 70, 80, 90, 100 anos estão na melhor idade? O que essa expressão “melhor idade” e outras citadas acima, querem esconder? A não aceitação da velhice? Esconder uma realidade de “faz de conta” que não existe?

Refiro-me à realidade de milhares de pessoas idosas vivendo em situação calamitosa em seu estado de isolamento, abandono, em situação de risco social, fragilidades físicas, vulnerabilidades por várias

situações, entre elas a pobreza extrema, a negligência (do Estado, da sociedade e da própria família), a violência e maus tratos sofridos por muitas pessoas idosas. Podemos afirmar que nestas situações, por já ter completado 60 anos, a pessoa está em sua “melhor idade”?

São estas as razões que me fazem crer que há uma visão equivocada, míope, irreal do envelhecimento hoje no Brasil. Talvez seja por estarmos na fase de transição demográfica, entre país jovem e país envelhecido.

### **Situação de fragilidade**

Gosto de sentar com os líderes comunitários e ouvir deles as histórias de vida que encontram no dia a dia em suas visitas domiciliares. Quantas situações de fragilidade eles nos contam! Descrevo aqui alguns testemunhos.

O da líder Marlene, uma senhora de 60 anos de idade, iniciando sua capacitação de líder comunitário e que em suas primeiras visitas ficou impressionada e assim se expressou: “Como eu poderia imaginar que no prédio em frente ao meu eu encontraria um casal de idosos morando sozinhos e que há 3 anos não conseguiam mais sair do seu apartamento, pela debilidade em que se encontravam. Vez por outra uma vizinha se oferecia para fazer algumas compras”. E claro que, ao contar esse fato, Dna. Marlene já havia tomado as providências de encaminhamentos que a situação exigia.

Ou a história da líder Dulce que, em pleno centro de uma capital, encontrou uma idosa muito debilitada num pequeno cômodo construído no fundo do quintal de uma casa luxuosa, que pertencia a ela mesma, mas de que a filha tomava conta. Perguntando a filha o porquê a mãe não residia dentro da casa, recebeu a resposta: “Porque os gritos dela e o mau cheiro incomodam”.

As histórias e situações de fragilidade encontradas em pequenas comunidades do interior são também muito penosas. Os

líderes descrevem a situação de isolamento e de quase abandono de pessoas idosas, na maioria dos casos porque os filhos saíram e foram buscar fazer a vida (estudo, emprego) e já se estabeleceram na cidade. Os pais já idosos não contam com mais ninguém para atender às suas necessidades.

E foi numa dessas comunidades do interior que me encontrei com a líder comunitária Dona Regina, que, convicta de sua missão, quis aos 82 anos de idade ser também capacitada para fazer visitas domiciliares às pessoas idosas. Pela metodologia da Pastoral, orienta-se que cada líder acompanhe a uma média de 10 pessoas idosas mensalmente, podendo ser menos, mas recomenda-se que não ultrapassem esta média para não sobrecarregarem-se e não comprometerem a qualidade das visitas.

Numa reunião mensal de líderes, percebi que Dona Regina tinha 2 cadernos do líder; em cada caderno há espaço para cadastrar até 26 pessoas. O objetivo é que o caderno dure 2 anos. Dando-me conta de que esta líder acompanhava muito mais do que 10 pessoas idosas, quis eu reforçar a importância de seguir a metodologia e fui argumentando mais ou menos assim: convém não ultrapassar o número de pessoas acompanhadas para que seja possível fazer um bom acompanhamento; que as visitas tenham um tempo razoável, já que as pessoas idosas gostam ou precisam contar suas histórias de vida; enfim, tentei justificar as razões para os líderes não terem tantas pessoas idosas cadastradas para visitar a cada mês.

Dona Regina se levantou da cadeira em que estava sentada e com segurança assim se expressou: “Eu visito todos os meses 40 pessoas idosas. Por favor não me tirem o que eu mais gosto de fazer. A Pastoral da Pessoa Idosa é a minha vida. Eu vivia isolada e curti minha solidão. Hoje eu me sinto útil, me sinto feliz. Moro sozinha, tenho boa saúde e tenho todo o tempo do mundo. Visito uma pessoa pela manhã e outra à tarde. No dia seguinte, mais uma de manhã

e outra de tarde”. E seguiu argumentando e justificando que além de fazer muito bem a ela, também percebia que fazia muito bem às pessoas que ela visitava. Além da percepção que tinha de que algo deveria ser feito para amenizar o sofrimento, o isolamento e tantas fragilidades que ela mesma havia detectado ao fazer as visitas.

É através da visita domiciliar feita de maneira organizada e permanente que estes (as) valentes líderes comunitários descobrem milhares de situações de fragilidade e vulnerabilidade vividas por pessoas idosas em seus domicílios e que ainda são desconhecidas.

O Brasil vive sim uma situação muito desigual. Será que é pela percepção equivocada de que os maiores recursos são destinados aos que estão na “melhor idade” em detrimento aos que vivem em situação de fragilidade? Que tipo de ações concretas estão sendo desenvolvidas para atender a este grande contingente de pessoas idosas frágeis no Brasil?

### **Acreditar na mudança**

Se por um lado percebemos tantas fragilidades e infelizmente ainda tantas desigualdades, é certo também que percebemos muita esperança. A Pastoral da Pessoa Idosa está fazendo a sua parte. Já somos um verdadeiro batalhão! Mais de 25 mil voluntários - somados os líderes comunitários que fazem as visitas domiciliares mensalmente às pessoas idosas, os capacitadores que formam os líderes, os multiplicadores que formam os capacitadores, os coordenadores comunitários, paroquiais, diocesanos e estaduais, cada um em sua instância de atuação.

Temos consciência de que ainda fazemos muito pouco, pois 180 mil pessoas idosas acompanhadas pela PPI ainda somam menos de 1% dos 21 milhões de brasileiros (as) com idade superior a 60 anos de idade.



# Envelhecimento Digno no Brasil

## Um Desafio para o Século XXI

**MARCOS WANDRESEN**  
**CONSELHEIRO TITULAR CNDI/COBAP**

No final do século XX, assistimos no Brasil a um crescimento acentuado da população idosa, o que requer novas atenções e um novo planejamento de como atender a toda essa população. São hoje no Brasil 21 milhões de idosos.

A ausência de condições de apoio familiar, a pobreza material e a quase absoluta falta de programas, projetos, ações e mecanismos apropriados bem como de serviços institucionais fazem com que a fragilidade natural do envelhecimento se acentue cada vez mais, requisitando urgentes medidas de proteção integral, o que demanda despesa maior e requer novas fontes de recursos.

É urgente que a administração municipal, por excelência o governo do Estado, garanta a municipalização do atendimento conforme previsto em lei, o que novamente depende de incentivo financeiro e, portanto, também de vontade política para a implementação desenvolvimento integrado dos programas de atenção a pessoa idosa. Assim, novas ações também têm que ser desenvolvidas no sentido de não só resgatar o nível econômico dos idosos, mas particularmente o dos aposentados e pensionistas, na maioria idosos, pelo aumento significativo de sua remuneração e programas subsidiados de atenção à saúde, à habitação e outras necessidades sociais. Do contrário, a marginalização social passa a ser mais um grave problema. É imprescindível que a administração,

apoiada na integração de ações e de recursos a nível municipal, estadual/DF e federal, assegure no plano integrado de proteção integral do idoso e no orçamento público anual e plurianual, recursos financeiros para ações integradas – governo e sociedade, através de projetos e atividades em todos os campos de atividade previstos em lei (saúde, educação, assistência social, cultura, esporte, previdência, alimentação...) de atenção à pessoa idosa. Em síntese, é imperioso assegurar no orçamento os recursos que a legislação prevê, seguindo as prioridades estabelecidas e aprovadas em Assembléia Geral do Conselho de Direitos do Idoso.

Os dispositivos legais e regulamentares que norteiam a Política de Direitos da Pessoa Idosa já estabeleceram a ação integrada – Governo e Sociedade civil organizada, como também as conferências realizadas dos direitos da pessoa idosa construíram para o Brasil, Estados – Distrito Federal e os Municípios indicativos riquíssimos que, muito bem poderiam estar sendo mais privilegiado pelo governo tanto no Executivo – Legislativo e Judiciário nos três níveis para poder atender direta ou indiretamente os direitos dos 21 milhões de pessoas idosas brasileiras na busca de vida digna e de qualidade como é a proposta do tema central da III CNDPI – Conferencia Nacional dos direitos da pessoa idosa.

### **“O compromisso de todos por um envelhecimento digno no Brasil.”**

A população brasileira está vivendo mais e melhor - é o que dizem as estatísticas e os constantes informes da imprensa em jornais, rádio, TV e outros meios de comunicação. Portanto, há de se tornar digno o envelhecimento e as condições de envelhecer em todas as fases da vida.

Assim, a política de direitos da pessoa idosa, extraordinária em seu alcance, é o instrumento de garantia e acesso aos direitos sociais a serem assegurados pelas organizações governamentais e

não governamentais à pessoa idosa, bem como a classificação dos papéis a serem desempenhados pelas entidades e organizações que promovem o direito, que exercem vigilância para que ela aconteça e aquelas a quem compete responsabilizar para que o direito se verifique, neste ultimo caso, o Ministério Público.

A atenção das políticas para com o idoso não é mais uma questão de Assistência Social, mas de um conjunto articulado de políticas publicas que irão propiciar ao idoso a conquista da sua cidadania social, econômica e política, em condições de dignidade, “Idoso – Cidadão de Direitos.”

Assim, abrem-se novos espaços e novas oportunidades de articulação de solução dos problemas.

Começam a surgir novos programas e novas ações, como também vão sendo aprimorados e adequados projetos exitosos, como novas fontes de receita e rubricas de despesa de atenção à pessoa idosa vão ocupando os espaços quase vazios nas diretrizes orçamentárias e orçamentos públicos nos três poderes do governo, e especialmente no Plano Integrado dos Direitos da pessoa idosa – municipal, estadual – DF e nacional.

Este é, sem duvida alguma, o grande momento da História brasileira, de fazer valer a vida digna de cada brasileiro(a). Esta rica oportunidade da III CNDPI – Conferencia Nacional dos Direitos da pessoa idosa que busca, nas propostas a partir dos Municípios, Estados – Distrito Federal e da União, indicativos e propostas para uma vida digna dos atuais 21 milhões de idosos no Brasil e das gerações vindouras. É este também o momento impar para a consolidação das Políticas de Direitos do Idoso com propostas de avanços na conquista do envelhecimento com dignidade, e efetivo compromisso de todos, mediante a construção de um Pacto por um Envelhecimento Digno no Brasil – governo e Sociedade que é para todos.

## Estatuto do Idoso - antes de tudo uma conquista de cidadania

### LEI Nº 10.741 DE 01/10/2003

O Estatuto do Idoso, queremos crer, significa uma grande mudança na vida de 21 milhões de brasileiros, na maioria aposentados e pensionistas. Em vigor a partir de 01 de janeiro de 2003, o texto foi sancionado pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, após mais de 10 anos de tramitação no Congresso Nacional. Para o Senador Paulo Paim (PT-RS), autor do projeto e um dos defensores da classe há muito tempo, o Estatuto é uma “conquista da cidadania”.

Uma das melhores notícias relacionadas ao Estatuto é que com a aprovação do texto, a legislação que trata do idoso no Brasil foi enriquecida e valorizada. Dentre os artigos do Estatuto nem mesmo a discriminação, muitas vezes velada e cruel, foi esquecida. E agora ela é passível de punição severa pela justiça. De acordo com a nova lei, qualquer crime cometido contra maiores de 60 anos, passa a ser agravado com o aumento da pena estabelecida para crimes comuns. Também foram tipificados como crime o abandono e os maus-tratos de idosos em asilos.

Fica garantida também a gratuidade e o desconto, dependendo da situação, para acesso aos transportes públicos e eventos culturais. São garantidos ainda benefícios importantes, como o pagamento de meia entrada em cinemas, shows e diversos eventos esportivos e de lazer de desconto de 50% (cinquenta por cento), no mínimo, no valor das passagens, em ônibus interestaduais. As estimativas indicam que em 2025 o Brasil terá cerca de 32 milhões de idosos.

Entre os principais benefícios do texto, está a concessão de um salário mínimo para pessoas acima de 60 anos que não podem obter seu próprio sustento ou que a família comprove não ter renda para esse objetivo. Ao contrário do que ocorria até então, esse benefício será concedido mesmo que outro membro da família já receba.

Segundo o Estatuto do Idoso, os planos de saúde não podem cobrar mensalidades mais caras do que as aplicadas aos mais jovens, como ocorria até hoje. O Estatuto prevê atenção integral ao idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, assegurada por meio de cadastramento e de ações e serviços alternativos que estimulem a não hospitalização e a manutenção do idoso junto a sua família e comunidade. Conforme estudos, a grande maioria (mais de 85%) dos idosos no Brasil apresenta pelo menos uma enfermidade crônica e cerca de 15% têm pelo menos cinco dessas doenças, como a hipertensão e a diabetes.

O estudo estabelece, ainda, a atenção médica e odontológica, em serviços ambulatoriais, às doenças e agravos que afetam preferencialmente os idosos; fornecimento obrigatório de vacina conforme recomendação da autoridade sanitária; e a reabilitação para redução das sequelas decorrentes de agravos à saúde. Também é prevista a distribuição gratuita de medicamentos de uso continuado e a obrigatoriedade dos profissionais de saúde notificarem aos órgãos competentes casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos aos mais velhos.

Enfim, agora aposentados e pensionistas em todas as regiões do país, sem distinção, têm um instrumento jurídico sem igual para cobrar seus direitos e ter a vida digna com que todos sonhamos, porque merecemos.

### **Destaques especiais**

01. Regula os direitos assegurados a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos (Art. 18).
02. Assegura os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana.
03. Garante atendimento preferencial, imediato e individualizado

- junto aos Órgãos Públicos e Privados prestadores de serviços à população.
04. Veda a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade e assegura a atenção integral à saúde, por intermédio do SUS – Sistema Único de Saúde.
  05. Garante prioridade de atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto das que a não possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência.
  06. Atribui aos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal zelar pelo cumprimento dos direitos do idoso (Lei nº. 8.842/94 e Lei 10.741 de 01/10/2003).
  07. Garante a concessão dos benefícios de aposentadoria e pensão da Previdência Social pelo valor real dos salários sobre os quais incidiu a contribuição.
  08. Garante o direitos de acompanhante com permanência integral segundo critério médico em internação hospitalar pelo SUS.
  09. Assegura prioridade na tramitação de processos judiciais em qualquer instância.
  10. Assegura a participação do idoso em atividades culturais, lazer e eventos artísticos e esportivos mediante descontos de pelo menos 50% (cinquenta por cento) nos ingressos e acesso preferencial aos respectivos locais.
  11. Assegura gratuidade nos transportes coletivos públicos – urbano e suburbano aos idosos maiores de 65 anos, exceto os especiais e seletivos, limitados a 10% (dez por cento) dos assentos devidamente identificados com placa “reservado” preferencialmente para idosos.

12. Para idosos de 60 a 65 anos ficará a critério da legislação local dispor sobre as condições para o exercício da gratuidade nos meios de transporte previsto no Art. 39 da referida Lei:
- a) Reserva de 02 vagas gratuitas;
  - b) 50% de desconto no mínimo para excedentes.
- Descumprimento do estatuto do idoso

### **I. Entidades governamentais de atendimento**

- a) Advertência
- b) Afastamento provisório de seus dirigentes
- c) Afastamento definitivo de seus dirigentes
- d) Fechamento de unidade ou interdição de programa.

### **II. Entidades governamentais de atendimento**

- a) Advertência
- b) Multa
- c) Repasse de verbas públicas
- d) Interdição de unidade ou suspensão de programa
- e) Proibição de atendimento a idosos a bem do interesse público.

## **Programas temáticos**

### **01. Política Nacional dos Direitos do Idoso**

#### **1.1 Finalidade:**

Atender direta ou indiretamente os direitos dos 21 milhões de pessoas idosas brasileiras na busca de vida digna e de qualidade.

## 1.2 Metas prioritárias:

- Inclusão das diretrizes orçamentárias da Política Nacional dos Direitos do Idoso na LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias da União.
- Definição das fontes de receitas no orçamento público da União anual e plurianual, assegurando o direito aos recursos financeiros que a legislação definiu ou virá a definir para o atendimento, defesa e garantia dos direitos dos idosos.
- Definição das rubricas de despesas no orçamento público da União – anual e plurianual, para dar suporte financeiro para a manutenção e desenvolvimento dos mecanismos, procedimentos e ações integradas – CNDI/SDH/PR governo e sociedade para proteção integral da pessoa idosa na forma da legislação vigente.
- Inclusão de recursos especiais para investimento prioritário no orçamento público da União – anual e plurianual para implementação da Política Nacional do Idoso conforme legislação pertinente ao idoso para desenvolvimento de ações integradas governo e sociedade nas três esferas – União, Estado, DF e Município (Centros de Convivência, Centros Dia, Hospital Dia Idoso, além de outros).

### **Programa Fundo Nacional do Idoso – FNI**

Inclusão do Fundo Nacional do Idoso – FNI no conjunto de programas temáticos – PPA 2012/2015.

Finalidade: Financiar os programas e as ações relativas ao idoso com o intuito de assegurar os seus direitos sociais e criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Inclusão do Programa manutenção do CNDI e desenvolvimento de suas ações integradas. Tem por finalidade atender, no que couber à

Política Nacional dos Direitos do Idoso, na condição de órgão vinculado a SDH/PR de ações articuladas e integradas visando o atendimento ao Art. 2º da Lei nº. 6.800 de 18/03/2009 e demais Organizações Governamentais cujo orçamento deve ter assegurado recursos para atendimento, defesa e garantia dos direitos na área da pessoa idosa.

Estas são as propostas especiais que, salvo melhor juízo, merecem atenção prioritária como também as definições de metas com o respectivo recurso a ser proposto aos Órgãos de Planejamento, Orçamento e Gestão da União.



# 50 Anos de Trabalho Social com Idosos e 10 anos de CNDI: Conquistas na Área do Envelhecimento

MARIA CLOTILDE BARBOSA N. M. DE CARVALHO

CLAIRE DA CUNHA BERALDO

RITA DE CÁSSIA GONZAGA MARTORELLI

Confederação Nacional do Comércio de Bens Serviços e Turismo (CNC)

Serviço Social do Comércio (SESC)

## Origens e breve histórico do trabalho com idosos no Sesc

As ações realizadas pelo Sesc na Atividade Trabalho Social com Idosos (TSI) tiveram seu início na década de 60, na Unidade do Carmo, na cidade de São Paulo, onde idosos procuravam por atividades que ocupassem seu tempo livre e os retirassem do isolamento. A percepção da presença de idosos, num espaço predominantemente ocupado por jovens e adultos, levou o Sesc a organizar um trabalho de caráter socioeducativo e cultural voltado exclusivamente para o atendimento dessa clientela.

Posteriormente, as ações originais do trabalho - que objetivavam diminuir o isolamento social do velho - se juntaram a atividades de natureza diversas e com intenções mais amplas, resultando num programa mais abrangente de atendimento à velhice por meio dos Grupos de Convivência.

A partir de 1970, o Sesc São Paulo reorganizou e sistematizou o Trabalho Social com Idosos (TSI), possibilitando assim o crescimento significativo de grupos e o número de novos integrantes, além da diversificação e da qualidade das ações.

Essa nova abordagem definiu o Grupo de Convivência como a ação básica para nortear o TSI. Através do desenvolvimento de atividades sistemáticas pautadas na metodologia de grupo, o objetivo passou a ser o estímulo à participação social do idoso, colocando-o em contato com um maior número de pessoas da sua idade e de outras gerações.

Ainda na década de 1970, surge a Escola Aberta da 3ª Idade no Sesc em São Paulo, com objetivo de capacitar o idoso por meio de cursos de atualização de conhecimentos.

Os anos 1980 registram a difusão nacional do TSI, com a abertura de grupos de convivência, escolas para o idoso, realização de palestras, seminários e encontros nacionais, além de esporte adaptado para os idosos.

Em setembro de 1988, o Sesc São Paulo lança publicação especializada em assuntos do idoso: a revista “A Terceira Idade”.

Buscando diversificar e ampliar os trabalhos desenvolvidos com os grupos de idosos e apoiado no artº 4, inciso I, da Política Nacional do Idoso que regulamenta formas alternativas de participação do idoso que proporcionem a integração com outras gerações, o Sesc criou em 1994 o Projeto Intergeracional: “Era Uma Vez ... Atividades Intergeracionais”.

A Organização das Nações Unidas - ONU declarou 1999 como sendo o Ano Internacional do Idoso e o Sesc Departamento Nacional foi convidado a integrar a agenda comemorativa do País, realizando um Seminário sobre Intergeracionalidade, no Sesc Copacabana, com a participação de instituições de todo o Brasil. A partir desse evento, constatou-se a difusão da proposta de trabalho intergeracional, por meio do Projeto “Era Uma Vez... Atividades Intergeracionais”.

Percurso do Sesc e da CNC na institucionalização de políticas públicas para o idoso.

Em 2002, o Sesc é convidado a participar do Processo Eleitoral do CNDI, concorrendo a uma vaga das instituições não governamentais, e desde então sempre esteve presente no Conselho.

A Confederação Nacional do Comércio de Bens Serviços e Turismo (CNC) sempre apoiou esta iniciativa. Visando cumprir sua missão de representar a sensibilidade social do empresariado do comércio brasileiro, se fez representar neste Conselho, no segmento “Organização de Empregadores”, na segunda, terceira e quinta gestões.

O Sesc participou das Assembleias Mundiais do Envelhecimento em Viena, em 1982 e Madri, em 2002 e dedicou-se ativamente à realização dos Fóruns das Instituições não governamentais.

Após a 2ª Assembleia Mundial do Envelhecimento, em Madri, foi estabelecido pelos participantes dos países signatários o Plano Internacional de Ação. Os países da América Latina e Caribe têm desde então concentrado esforços para desenvolver estratégias regionais de modo a obter avanços nas áreas prioritárias - pessoas idosas e o desenvolvimento, promoção de saúde e bem-estar na velhice e criação de ambientes propícios e favoráveis. Estão envolvidos na implementação do Plano os governos, centros acadêmicos e organizações da sociedade civil que se reúnem, através de Fóruns e Seminários, visando troca de experiências e a criação de indicadores que possam avaliar os avanços obtidos, bem como traçar novas estratégias.

Em 2007 o Sesc participou, a convite do CNDI, do Seminário Internacional “Camino a Madrid +5 Experiencias de Iniciativas Productivas para Adultos Mayores: Una Respuesta a la Generación de Ingresos”, ocorrido no Chile, em Santiago, no dias 19 e 20 de abril.

Ainda em 2007, o Sesc apoiou o CNDI e realizou o Fórum Regional das Organizações da Sociedade Civil da América Latina

e Caribe sobre o Envelhecimento, que antecedeu a Conferência Regional sobre o Envelhecimento, em Brasília. O Fórum ocorreu em Brasília no período de 1º a 3 de dezembro daquele ano.

Em 2009 o Sesc integrou novamente o grupo de instituições brasileiras que participaram da Reunião Regional Sociedad Civil+10: Aportes y Desafios al Desarrollo de las Personas Mayores, ocorrido na CEPAL, no Chile, em comemoração aos 10 anos da Declaração de Madrid (1999-2009).

Apoiado pela CNC, o Sesc tem buscado contribuir para a concretização dos valores e práticas discutidos no âmbito do CNDI e, para tanto, conta com a participação de seus Departamentos Regionais nos Conselhos Estaduais e Municipais do Idoso, fortalecendo a rede e contribuindo na articulação para a implementação das Políticas voltadas ao segmento idoso.

### **Fundamentos e características da ação do Sesc**

Às ações originais do trabalho que objetivavam diminuir o isolamento social do velho, juntaram-se outras atividades de naturezas diversas e com intenções mais ambiciosas, resultando em um programa mais amplo de atendimento à velhice. Outras ações foram implantadas e estão voltadas ao atendimento dos principais interesses dos idosos. Como exemplo, citamos a promoção da saúde, socialização, promoção da autoestima, sempre no intuito de um maior desenvolvimento pessoal e social e uma maior integração à comunidade.

As áreas de atuação do Trabalho Social com Idosos - TSI no Sesc são:

- Grupo de Convivência - apresenta uma resposta efetiva e imediata ao isolamento social, questão fundamental da problemática do idoso, resgatando seu papel social: desenvolvido em 23 Estados e no Distrito Federal;

- Escolas Abertas da Terceira Idade – têm o objetivo de oferecer aquisição de conhecimentos e a troca de experiências, proporcionando um novo aprendizado, e a construção do saber aliada à experiência de vida de cada integrante. Os cursos são desenvolvidos de acordo com o interesse dos idosos;
- Projeto “Era Uma Vez... Atividades Intergeracionais” - é uma ação socioeducativa que consiste em atividades pedagógicas e culturais, desenvolvidas através da realização de ações em grupo com a participação de crianças, adolescentes e idosos, que utilizam a literatura infantil como eixo condutor do processo de conscientização dos problemas da velhice e do envelhecimento.

Posteriormente, esse programa foi amplamente incorporando-se aos demais Departamentos Regionais do Sesc, que através da vocação local, considerando a cultura e a realidade de cada comunidade, desenvolveram trabalhos que guardam o pioneirismo, assim como mantém até hoje a possibilidade de transformação social.

A partir do ano 2000, o Sesc vem desenvolvendo atividades socioeducativas voltadas para a pessoa idosa que visam estimular o exercício da cidadania, por meio de ações que criam condições para promover sua autonomia, integração e participação na sociedade, conforme preconizam o Plano Internacional de Madrid e as leis brasileiras voltadas para esse segmento populacional: a Política Nacional do Idoso (PNI) e o Estatuto do Idoso.

O sucesso inicial alcançado pelo TSI ensejou uma presença maior de idosos nos Centros de Atividades do Sesc e a necessidade de uma ampliação dos objetivos deste trabalho social e, portanto, o envolvimento das diversas áreas de atuação do Sesc no atendimento ao idoso, como por exemplo:

- Ações de Formação Continuada por videoconferência, veiculadas pela Rede de Desenvolvimento Técnico, para os técnicos do Sesc diretamente envolvidos na execução das atividades com os idosos, além de convidarmos profissionais da comunidade e instituições parceiras que atuam com a população idosa usuária dos serviços oferecidos em todo o Brasil, visando à melhoria do atendimento ao idoso;
- Encontros Regionais Norte e Nordeste, presenciais, que agregam ações de capacitação para os coordenadores e técnicos dos Departamentos Regionais da Região Norte e Nordeste que executam ações com a clientela idosa do Grupo de Convivência, e ampliam para a participação de técnicos de instituições do Estado que trabalham com idosos, além de ter palestras, oficinas, atividades recreativas e culturais voltadas para os idosos do Sesc e de instituições parceiras convidadas;
- Turismo social, onde os idosos têm uma participação maciça nas atividades turísticas, representando 33% da clientela do turismo;
- Alfabetização e escolarização para jovens, adultos e idosos nas escolas da rede Sesc, de acordo com os princípios do “Direito à Educação” e do “Direito a Aprender por Toda Vida”, conforme preconizados na Declaração de Hamburgo sobre a Educação de Adultos, 1997. Os índices de analfabetismo funcional ou absoluto são maiores entre as pessoas idosas que expressam expectativas, necessidades, interesses e desejos de aprender a ler e escrever, ampliar a comunicação oral e aquisição de conhecimentos gerais, resultando em transformações de atitudes em relação à vida, aos cuidados pessoais, às

relações, com maior consciência dos seus direitos, mais atentos e críticos aos acontecimentos no mundo;

- Cursos de Valorização Social, que objetivam proporcionar o aperfeiçoamento e a atualização periódica de sua clientela-alvo e, portanto, a complementação das atividades profissionais e domésticas nas suas diversas modalidades, onde há participação ativa dos idosos;
- Atividades esportivas, em que os idosos se integram às ações desenvolvidas para toda a clientela do Sesc, mas há algumas que são voltadas exclusivamente aos idosos, como a realização de esporte adaptado, hidroginástica, dança e outras;
- Educação em Saúde, por meio de oficinas, palestras e campanhas educativas;
- Aprendizado musical destacando os grupos de Coral de idosos, que oportunizam o desenvolvimento das aptidões musicais, além de contribuir para a socialização, a cooperação, afetividade e respeito pelo próximo.

Destaca-se, ainda, a grande participação dos idosos em atividades de recreação e culturais desenvolvidas em todo o Brasil.

Em 2009, seguindo as orientações do Plano de Ação de Madrid na execução da Atividade Trabalho Social com Idosos – TSI, e fundamentando suas ações socioeducativas nos três eixos de orientações prioritárias, o Sesc cria uma Política de Atenção aos Idosos – Módulo Político do TSI, documento que dá suporte teórico-metodológico ao trabalho com idosos, norteando as ações para que estas não tenham um fim em si mesmas, mas que proporcionem o desenvolvimento pessoal e social da clientela idosa.

A lógica da política social de atenção à pessoa idosa do Sesc é desenvolver, por meio dos grupos de convivência, ações socioeducativas que permitam ao idoso ter uma melhor compreensão

de sua cidadania, do seu papel social, promovendo sua autoestima e autonomia, contribuindo para o seu desenvolvimento pessoal, onde o idoso pode se colocar como sujeito de sua história de vida, interferindo e contribuindo para mudanças na comunidade.

Por meio do Grupo de Convivência, os idosos são inseridos nas atividades no Sesc, sendo a porta de entrada para a socialização e integração do idoso. O grupo é considerado como um espaço de acolhimento, apoio e debate sobre temas do cotidiano do idoso. As ações desenvolvidas procuram favorecer o acesso ao conhecimento das grandes questões da atualidade, aumentando o nível de informação e, conseqüentemente, a formulação de novas expectativas vivenciais.

Também se valoriza o convívio intergeracional, que é percebido como possibilidade de diálogo entre as gerações, não se resumindo, apenas, à transmissão linear de conhecimento do idoso para o jovem, mas ao movimento de interação e transformação recíproca. E, ainda, realizam ações que favoreçam o acesso ao conhecimento das grandes questões da atualidade, aumentando o nível de informação e, conseqüentemente, a formulação de novas expectativas vivenciais.

As diretrizes que orientam as ações propostas pelo TSI estão em consonância com as três orientações prioritárias contidas no Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, elaborado na última Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. Essas três orientações – Pessoa Idosa e Desenvolvimento, Saúde e Bem-estar e Moradia e Idoso – buscam equacionar soluções para que a população idosa de cada país possa encontrar e contribuir para a construção de uma sociedade para todas as idades, onde a pessoa idosa possa viver num ambiente propício e favorável, com acesso à saúde, sendo reconhecido pela sua possibilidade de cooperar com sua comunidade.

## **Primeira Diretriz: Relações Intergeracionais**

A sociedade atual tende a excluir os idosos, que acabam segregados e se fecham para o contato com outras gerações, contribuindo para o seu isolamento social e para o esvaziamento de relações intergeracionais. O trabalho intergeracional surge como uma resposta à discriminação relativa à velhice, apresentando-se como uma proposta socioeducativa que viabiliza uma sociedade para todas as idades, evitando a segregação e a formação de guetos geracionais, levando à construção de uma sociedade em que todas as gerações contribuam para uma cultura solidária.

O grande desafio contemporâneo é criar condições para fortalecer as políticas e programas de promoção de uma sociedade inclusiva para todas as faixas etárias, reconhecendo os direitos fundamentais à vida, à dignidade e à longevidade.

## **Segunda Diretriz: Gerontologia como tema transversal**

Gerontologia como tema transversal perpassa as ações socioeducativas propostas à clientela do Sesc. O foco é permitir que todos possam vivenciar e perceber a velhice como um processo do ciclo de vida, onde há possibilidade de uma existência plena, contribuindo para a diminuição da exclusão social, política e econômica dos idosos, favorecendo a sua organização e atuação nos espaços sociopolíticos, visando sua mobilização na defesa de seus direitos. O Sesc pauta sua atuação em torno de políticas socioeducacionais e socioculturais, visando contribuir na melhoria do bem-estar social dos trabalhadores do comércio e, também, da comunidade em geral através do desenvolvimento de atividades e projetos nas áreas da educação, cultura, saúde, lazer e assistência. Dessa forma, as ações educativas devem contribuir para a promoção do envelhecimento saudável, intervindo junto à sociedade na construção de valores e atitudes positivas em relação ao velho e à velhice.

### **Terceira Diretriz: Protagonismo do Idoso**

A perspectiva da terceira diretriz tem o foco nas ações voltadas para a comunidade, onde os idosos tornam-se multiplicadores das atividades promovidas pelo Sesc. A intenção é capacitar a clientela, a partir dos conhecimentos e vivências no TSI, para desenvolver ações em seus locais de convivência e em outras comunidades, promovendo o protagonismo do idoso e ao mesmo tempo estimulando o desenvolvimento de transformações sociais. Nessa interação entre os idosos e comunidades, cresce o respeito aos mais velhos e estreita-se o laço entre eles e as pessoas com as quais convivem cotidianamente. A reinserção do idoso em sua comunidade e em outras mais carentes através da implantação de projetos que visem à melhoria das condições de vida das comunidades permite o fortalecimento dos vínculos sociais e das trocas geracionais. Acredita-se que, com o exercício do protagonismo, o idoso possa desenvolver seu potencial de empreendedor, criando espaço para novas aprendizagens e redimensionando a vida a partir de vivências mais participativas e significativas.

### **Quarta Diretriz: Envelhecimento ativo.**

O termo “Envelhecimento Ativo” foi adotado pela Organização Mundial de Saúde - OMS para expressar o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem.

As atividades oferecidas pelo Sesc ao idoso visam alcançar um envelhecimento ativo e mais saudável, através do desenvolvimento de ações socioeducativas e em saúde, com intuito de aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo.

## Considerações finais

O Sesc, como instituição pioneira na promoção social da velhice, tem buscado contribuir positivamente para realização das ações propostas e implementadas pelo CNDI e na articulação para a efetivação do Estatuto do Idoso. Durante esses anos, pôde colaborar nas ações de capacitação dos conselheiros estaduais, em fóruns nacionais e internacionais, com destaque para o Fórum Regional de Organizações da Sociedade Civil da América Latina e Caribe sobre o Envelhecimento, ocorrido em Brasília, e nas Conferências Nacionais dos Direitos da Pessoa Idosa.

No dia 14 de junho de 2012, durante evento de comemoração aos 10 anos do CNDI, ocorrido em Brasília, o Sesc recebeu da Ministra-Chefe da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, Maria do Rosário Nunes, o Certificado de reconhecimento pelo seu trabalho na área do envelhecimento, por meio do Trabalho Social com Idosos.

Atualmente, o Trabalho com Idosos é desenvolvido em 23 Estados e no Distrito Federal, em 182 Unidades Operacionais, por meio de Grupos de Convivência, atendendo a aproximadamente 70 mil idosos. O Projeto “Era Uma Vez... Atividades Intergeracionais” é desenvolvido em 11 Estados, em 15 Unidades Operacionais, por meio de 19 grupos intergeracionais.

O papel do CNDI na construção de uma sociedade mais igualitária para o idoso, com a implementação e regulamentação do Estatuto do Idoso, tem incentivado a participação da CNC e do Sesc, e estimula a colaboração por muitas outras décadas, dando continuidade na trajetória de conquistas para elevar a qualidade de vida dos idosos brasileiros.



# Documentos Legais



{  
GERMINAÇÃO  
Helena Ribeiro  
65 anos - São Paulo, SP  
Talentos da Maturidade  
Edição: 2011  
}



## Contextualização e Documentos Legais

Num primeiro momento contextualiza-se o tema Direitos da Pessoa Idosa em um marco mais amplo, já que o percurso da construção desses direitos coincide com o desenvolvimento dos direitos humanos no Brasil.

A década de 1968 foi um período de expansão das práticas assistenciais realizadas pelo Estado. Um exemplo dessa prática foi a assinatura da primeira medida normatizadora da assistência aos idosos, restrita aos beneficiários do sistema previdenciário o “amparo previdenciário para maiores de setenta anos de idade<sup>1</sup>”.

Em 1979 a pessoa idosa não-previdenciária passa também a contar, pelo menos na lei<sup>2</sup>, com essa assistência social. Entretanto, no final da década de 1970 a expectativa de vida do brasileiro era de pouco mais de 62 anos e seu crescimento populacional representava um aumento mais significativo em relação ao restante da população (PNAD).

Em 1982, ocorreu em Viena a Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, organizada pela ONU e teve por objetivo iniciar um programa internacional de ação para garantir a seguridade econômica e social das pessoas idosas, assim como oportunidades para que estas pessoas contribuam para o desenvolvimento de seus países (ONU, 1982, p. 4). O Plano de Ação de Viena<sup>3</sup> salientou a importância de se formular e aplicar políticas específicas para os idosos, incorporando-lhes uma série de direitos que não estavam sendo supridos.

---

1 Lei nº 6.179, de 11 de dezembro de 1974 (pg. )

2 Portaria 25, de 09 de Novembro de 1979 (pg. )

3 Plano de Ação de Viena, 1982 (pg. )

No Brasil esse plano não teve uma repercussão imediata, porém, com a elaboração da Constituição Federal de 1988, demarca-se o fortalecimento da democracia no país. É nesse momento que o debate sobre direitos humanos se amplia e toma frente como princípio fundamental para a constituição de uma sociedade livre e justa. O texto constitucional faz referência ao idoso nos artigos 229 e 230 sendo que nesse último “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” (BRASIL, 1988).

Entretanto direitos elementares deixam de ser cumpridos para a população idosa evidenciando sua exclusão social. Sem a efetivação do Estado Democrático de Direito para a população idosa, desvela-se a necessidade da criação de ações governamentais que supram esta carência, destacando-se as políticas públicas.

Nesse contexto criam-se as condições de possibilidade para que se definam estratégias que garantam direitos fundamentais também para os idosos, referenciados em instrumentos internacionais das Nações Unidas e da Organização dos Estados Americanos. No ano de 1990, foi criado no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a saúde como direito fundamental do homem e dever do Estado<sup>4</sup>. Mesmo sem ter sido citado especificamente na lei o idoso é inserido como beneficiário já que a lei não traz distinção de idade.

Em 1992, durante a Assembléia Geral da ONU, foram definidos princípios que favorecem especificamente a pessoa idosa como: independência, participação, cuidados, auto-realização e dignidade<sup>5</sup>. Foram estabelecidas ainda diretrizes que oportunizam a inserção social, política, econômica e cultural dos idosos, garantindo assim uma melhor qualidade de vida.

---

4 Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080/90 (pg )

5 Resolución 46/91 (pg )

Tais princípios e diretrizes tiveram uma repercussão direta no Brasil, que no ano seguinte (1993) sanciona a Lei Orgânica de Assistência Social<sup>6</sup>. A LOAS passa a assegurar benefícios importantes aos idosos como o Benefício de Prestação Continuada (artigo 20) que substitui a renda mensal vitalícia de 1974, garantindo a pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 65 anos ou mais um salário mínimo mensal, desde que comprovem não possuir meios de promover a própria manutenção, nem de tê-la provida por sua família. O idoso poderá receber ainda um benefício adicional, caso esteja em situação de vulnerabilidade temporária. Até 1993 não existia no Brasil uma política nacional para os idosos, apesar da crescente mobilização da comunidade acadêmica e da sociedade reivindicando a garantia de condições mínimas de sobrevivência e cidadania a todos os brasileiros com mais de 60 anos. O Estado brasileiro tinha acumulado um pequeno rol de medidas públicas, que foram consubstanciadas em programas destinados a idosos carentes.

## Marco Histórico

O marco histórico dos direitos da população idosa no Brasil se dá no ano de 1994 por meio da criação do Conselho Nacional do Idoso e da promulgação da Política Nacional do Idoso<sup>7</sup>, que tem por objetivo “*assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade*” (art. 1). Entre os 22 artigos que compõem os seis capítulos desta lei, destacam-se:

- os direitos à cidadania,
- respeito,
- não discriminação,
- informações sobre o envelhecimento,
- participação,

6 Lei Nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (pg )

7 Lei Nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 (pg )

- capacitação,
- atualização,
- cultura,
- esporte,
- lazer, saúde,
- educação,
- previdência,
- trabalho,
- habitação e
- assistência social.

Em 1996 a Lei nº 8.842 é regulamentada pelo Decreto Nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Em comemoração ao Ano Internacional da Pessoa Idosa (1999) o Comitê das Nações Unidas preparou um documento<sup>8</sup> orientando que cada país defina por si mesmo uma política voltada aos idosos, baseada em propriedades, objetivos e planos nacionais, estruturando programas dirigidos a ações que solucionem os problemas e necessidades dos idosos e dos efeitos do envelhecimento nas sociedades.

No Brasil, vindo de encontro às necessidades específicas do segmento dos idosos, é aprovada em 1999 a Política de Saúde do Idoso<sup>9</sup> que traz como diretrizes:

- a promoção do envelhecimento saudável;
- assistência às necessidades de saúde do idoso;
- reabilitação da capacidade funcional comprometida;
- a capacitação de recursos humanos especializados;
- o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e
- o apoio a estudos e pesquisas.

8 Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, 1999 (pg )

9 Portaria 1395/GM do Ministério da Saúde, 1999 (pg )



## Lei nº 6.179 de 11 de dezembro de 1974 - dou de 12/12/74

*Institui amparo previdenciário para maiores de setenta anos de idade e para inválidos, e dá outras providências.*

### **O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os maiores de 70 (setenta) anos de idade e os inválidos, definitivamente incapacitados para o trabalho, que, num ou noutro caso, não exerçam atividade remunerada, não aufram rendimento, sob qualquer forma, superior ao valor da renda mensal fixada no artigo 2º, não sejam mantidos por pessoa de quem dependam obrigatoriamente e não tenham outro meio de prover ao próprio sustento, passam a ser amparados pela Previdência Social, urbana ou rural, conforme o caso, desde que:

I - tenham sido filiados ao regime do INPS, em qualquer época, no mínimo por 12(doze) meses, consecutivos ou não, vindo a perder a qualidade de segurado; ou

II - tenham exercido atividade remunerada atualmente Incluída no regime do INPS ou do FUNRURAL, mesmo sem filiação à Previdência Social, no o mínimo por 5 (cinco) anos, consecutivos ou não, ou ainda:

III - tenham ingressado no regime do INPS, após complementar 60 (sessenta) anos de idade sem direito aos benefícios regulamentares.

Art. 2º As pessoas que se enquadrem em qualquer das situações previstas nos itens I a III, do artigo 1º, terão direito a:

I - Renda mensal vitalícia, a cargo do INPS ou do FUNRURAL, conforme o caso, devida a partir da data de apresentação do requerimento e Igual à metade do maior salário mínimo vigente no País, arredondada para a unidade de cruzeiro imediatamente superior, não podendo ultrapassar 60% (sessenta por cento) do valor do salário mínimo do local do pagamento.

II - Assistência médica nos mesmos moldes da prestada aos demais beneficiários da Previdência Social urbana ou rural, conforme o caso.

§ 1º A renda mensal de que trata este artigo não poderá ser acumulada com qualquer tipo de benefício concedido pela Previdência Social urbana ou rural, ou por outro regime, salvo, na hipótese do item III, do artigo 1º, o pecúlio de que trata o § 3º, do artigo 5º, da Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, na redação dada pelo artigo 1º, da Lei nº 5.890, de 8 de junho de 1973.

§ 2º Será facultada a opção, se for o caso, pelo benefício da Previdência Social urbana ou rural, ou de outro regime, a que venha a fazer jus o titular da renda mensal.

Art. 3º A prova de idade será feita mediante certidão do registro civil ou por outro meio de prova admitido em direito, inclusive assento religioso ou carteira profissional emitida há mais de 10 (dez) anos.

Art. 4º A verificação da invalidez será feita em exame médico-pericial a cargo da Previdência Social urbana ou rural.

Art. 5º A prova da inatividade e de inexistência de renda ou de meios de subsistência poderá ser feita mediante atestado de autoridade

administrativa ou judiciária local identificada e qualificada que conheça pessoalmente há mais de 5 (cinco) anos o pretendente à renda mensal ora instituída.

Art. 6º A prova de filiação à Previdência Social ou da inclusão em seu âmbito, assim como a do tempo de atividade remunerada, será feita por meio de Carteira Profissional ou de Trabalho e Previdência Social ou por qualquer outro elemento de convicção, inclusive declaração firmada pela empresa empregadora ou sócio remanescente, identificado e qualificado, na qual expressamente afirme o conhecimento pessoal do fato declarado, assumindo a responsabilidade pela declaração, sob as penas da Lei.

Art. 7º O pagamento da renda mensal obedecerá às mesmas normas e condição vigentes no INPS e no FUNRURAL.

§ 1º O valor da renda mensal em manutenção acompanhará automaticamente as alteração do salário mínimo, respeitada sempre a base estabelecida no item I, do artigo 2º.

§ 2º A renda mensal não estará sujeita ao desconto de qualquer contribuição, nem gerará direito ao abono anual ou a qualquer outra prestação assegurada pela Previdência Social urbana ou rural.

Art. 8º O custeio do amparo estabelecido nesta Lei será atendido, sem aumento de contribuições, pelo destaque de uma parcela da receita do INPS e do FUNRURAL correspondente a 0,4% (quatro décimos por cento) da folha de salários de contribuição, onerando em partes iguais cada uma dessas entidades.

Art. 9º Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposição em contrário.

Brasília, 11 de dezembro de 1974;  
153º da Independência e 86º da República.





## Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

*Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.*

### **O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

### **DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

### **TÍTULO I**

#### **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que

visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

## **TÍTULO II**

### **DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

#### **DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

## **CAPÍTULO I**

### **Dos Objetivos e Atribuições**

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos,

imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das

ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitadas os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou

de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

## **CAPÍTULO II**

### **Dos Princípios e Diretrizes**

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

### **CAPÍTULO III**

#### **Da Organização, da Direção e da Gestão**

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e
- III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- I - alimentação e nutrição;
- II - saneamento e meio ambiente;
- III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV - recursos humanos;
- V - ciência e tecnologia; e
- VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do

Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Art. 14-B. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

§ 1º O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

§ 2º Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

## **CAPÍTULO IV**

### **Da Competência e das Atribuições**

#### **Seção I**

##### **Das Atribuições Comuns**

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;
- V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

- VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;
- XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
- XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

- XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
- XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

## **Seção II**

### **Da Competência**

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

- I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- II - participar na formulação e na implementação das políticas:
  - a) de controle das agressões ao meio ambiente;
  - b) de saneamento básico; e
  - c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
- III - definir e coordenar os sistemas:
  - a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
  - b) de rede de laboratórios de saúde pública;
  - c) de vigilância epidemiológica; e
  - d) vigilância sanitária;
- IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
- V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;
- VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

- VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
- IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;
- X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;
- XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
- XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;
- XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
- XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;
- XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. (Vide Decreto nº 1.651, de 1995)

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

- a) de vigilância epidemiológica;
- b) de vigilância sanitária;
- c) de alimentação e nutrição; e
- d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações

de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

- a) de vigilância epidemiológica;
- b) vigilância sanitária;
- c) de alimentação e nutrição;
- d) de saneamento básico; e
- e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

## CAPÍTULO V

### Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 1º O Subsistema de que trata o caput deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999).

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

## **CAPÍTULO VI**

### **DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR**

(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos,

psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

## **CAPÍTULO VII**

### **DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO**

(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

Art. 19-L. (VETADO) (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

## CAPÍTULO VIII

(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

### **DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE”**

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea d do inciso I do art. 6º consiste em: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.

Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão

estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o caput deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite;

(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite;

(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde.

(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como

a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina.

(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 1º O processo de que trata o caput deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei no 9.784, de 29 de janeiro de

1999, e as seguintes determinações especiais: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2o do art. 19-Q; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - (VETADO); (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 2o (VETADO). (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-S. (VETADO). (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa.”

Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

## TÍTULO III

### DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

#### CAPÍTULO I

##### Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

## CAPÍTULO II

### Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (Vetado).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

## TÍTULO IV

### DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída

de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

## **TÍTULO V**

### **DO FINANCIAMENTO**

#### **CAPÍTULO I**

##### **Dos Recursos**

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (Vetado)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º (Vetado).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

## CAPÍTULO II

### Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

(Revogado pela Lei Complementar nº 141, de 2012)

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório

processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

### **CAPÍTULO III**

#### **Do Planejamento e do Orçamento**

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

## **DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS**

Art. 39. (Vetado).

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros

§ 7º (Vetado).

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerencia informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (Vetado)

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vetado).

Art. 49. (Vetado).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. (Vetado).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (Vetado).

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990;  
169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR

Alceni Guerra

Este texto não substitui o publicado no DOU de 20.9.1990





## Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas

*Adotados pela resolução 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 16 de Dezembro de 1991.*

### **A Assembleia Geral,**

Apreciando a contribuição dada pelas pessoas idosas às suas sociedades,

Reconhecendo que, na Carta das Nações Unidas, os povos das Nações Unidas se declaram, nomeadamente, decididos a reafirmar a fé nos direitos humanos fundamentais, na dignidade e no valor da pessoa humana, na igualdade de direitos dos homens e das mulheres, assim como das nações, grandes e pequenas, e a promover o progresso social e melhores condições de vida dentro de um conceito mais amplo de liberdade,

Observando o desenvolvimento desses direitos na Declaração Universal dos Direitos do Homem, no Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais, no Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos e em outras declarações com vista a garantir a aplicação de normas universais a grupos concretos,

Em conformidade com o Plano de Acção Internacional sobre os Idosos, adoptado pela Assembleia Mundial sobre os Idosos e endossado pela Assembleia Geral na sua resolução 37/51, de 3 de Dezembro de 1982,

Reconhecendo a enorme diversidade na situação das pessoas idosas, não apenas entre os vários países, mas também dentro do mesmo país e entre indivíduos, a qual exige uma série de diferentes respostas políticas,

Consciente de que, em todos os países, as pessoas estão a atingir uma idade avançada em maior número e em melhor estado de saúde do que alguma vez sucedeu,

Consciente dos estudos científicos que contrariam muitos estereótipos sobre declínios inevitáveis e irreversíveis com a idade,

Convencida de que, num mundo caracterizado por um número e uma percentagem crescentes de pessoas idosas, deverão ser dadas oportunidades para que as pessoas idosas capazes, e que o desejem fazer, participem nas actividades em curso da sociedade e contribuam para as mesmas,

Tendo presente que as dificuldades da vida familiar nos países desenvolvidos e em desenvolvimento exigem que os que prestam assistência às pessoas idosas frágeis recebam apoio,

Tendo presentes as normas já estabelecidas pelo Plano de Acção Internacional sobre os Idosos e as convenções, recomendações e resoluções da Organização Internacional do Trabalho, da Organização Mundial de Saúde e de outros organismos das Nações Unidas,

Encoraja os Governos a incorporar os seguintes princípios nos seus programas nacionais, sempre que possível:

## **Independência**

1. Os idosos devem ter acesso a alimentação, água, alojamento, vestuário e cuidados de saúde adequados, através da garantia de rendimentos, do apoio familiar e comunitário e da auto-ajuda.
2. Os idosos devem ter a possibilidade de trabalhar ou de ter acesso a outras fontes de rendimento.
3. Os idosos devem ter a possibilidade de participar na decisão que determina quando e a que ritmo tem lugar a retirada da vida activa.
4. Os idosos devem ter acesso a programas adequados de educação e formação.
5. Os idosos devem ter a possibilidade de viver em ambientes que sejam seguros e adaptáveis às suas preferências pessoais e capacidades em transformação.
6. Os idosos devem ter a possibilidade de residir no seu domicílio tanto tempo quanto possível.

## **Participação**

7. Os idosos devem permanecer integrados na sociedade, participar activamente na formulação e execução de políticas que afectem directamente o seu bem-estar e partilhar os seus conhecimentos e aptidões com as gerações mais jovens.
8. Os idosos devem ter a possibilidade de procurar e desenvolver oportunidades para prestar serviços à comunidade e para trabalhar como voluntários em tarefas adequadas aos seus interesses e capacidades.
9. Os idosos devem ter a possibilidade de constituir movimentos ou associações de idosos.

## Assistência

10. Os idosos devem beneficiar dos cuidados e da protecção da família e da comunidade em conformidade com o sistema de valores culturais de cada sociedade.
11. Os idosos devem ter acesso a cuidados de saúde que os ajudem a manter ou a readquirir um nível óptimo de bem-estar físico, mental e emocional e que previnam ou atrasem o surgimento de doenças.
12. Os idosos devem ter acesso a serviços sociais e jurídicos que reforcem a respectiva autonomia, protecção e assistência.
13. Os idosos devem ter a possibilidade de utilizar meios adequados de assistência em meio institucional que lhes proporcionem protecção, reabilitação e estimulação social e mental numa atmosfera humana e segura.
14. Os idosos devem ter a possibilidade de gozar os direitos humanos e liberdades fundamentais quando residam em qualquer lar ou instituição de assistência ou tratamento, incluindo a garantia do pleno respeito da sua dignidade, convicções, necessidades e privacidade e do direito de tomar decisões acerca do seu cuidado e da qualidade das suas vidas.

## Realização pessoal

15. Os idosos devem ter a possibilidade de procurar oportunidades com vista ao pleno desenvolvimento do seu potencial.
16. Os idosos devem ter acesso aos recursos educativos, culturais, espirituais e recreativos da sociedade.

## Dignidade

17. Os idosos devem ter a possibilidade de viver com dignidade e segurança, sem serem explorados ou maltratados física ou mentalmente.
18. Os idosos devem ser tratados de forma justa, independentemente da sua idade, género, origem racial ou étnica, deficiência ou outra condição, e ser valorizados independentemente da sua contribuição económica.





**Presidência da República**  
**Casa Civil**  
**Subchefia para Assuntos Jurídicos**  
**Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**

**Vide Decreto nº 7.788, de 2012 (Regulamenta o Fundo Nacional de Assistência Social)**

*Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.*

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

**LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL**

**CAPÍTULO I**

**Das Definições e dos Objetivos**

Art. 1º 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 integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Art. 2º A assistência social tem por objetivos:

- I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;
- III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;
- IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
- V - a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família.

Parágrafo único. A assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais.

Art. 2º A assistência social tem por objetivos: (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

- I - a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente: (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)
  - a) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)
  - b) o amparo às crianças e aos adolescentes carentes; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)
  - c) a promoção da integração ao mercado de trabalho; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)
  - d) a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; e (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

e) a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

II - a vigilância socioassistencial, que visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos; (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

III - a defesa de direitos, que visa a garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

Parágrafo único. Para o enfrentamento da pobreza, a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e promovendo a universalização dos direitos sociais. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

Art. 3º Consideram-se entidades e organizações de assistência social aquelas que prestam, sem fins lucrativos, atendimento e assessoramento aos beneficiários abrangidos por esta lei, bem como as que atuam na defesa e garantia de seus direitos.

Art. 3º Consideram-se entidades e organizações de assistência social aquelas sem fins lucrativos que, isolada ou cumulativamente, prestam atendimento e assessoramento aos beneficiários abrangidos por esta Lei, bem como as que atuam na defesa e garantia de direitos. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 1º São de atendimento aquelas entidades que, de forma continuada, permanente e planejada, prestam serviços, executam programas ou projetos e concedem benefícios de prestação social básica ou especial, dirigidos às famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e

pessoal, nos termos desta Lei, e respeitadas as deliberações do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), de que tratam os incisos I e II do art. 18. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 2º São de assessoramento aquelas que, de forma continuada, permanente e planejada, prestam serviços e executam programas ou projetos voltados prioritariamente para o fortalecimento dos movimentos sociais e das organizações de usuários, formação e capacitação de lideranças, dirigidos ao público da política de assistência social, nos termos desta Lei, e respeitadas as deliberações do CNAS, de que tratam os incisos I e II do art. 18. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 3º São de defesa e garantia de direitos aquelas que, de forma continuada, permanente e planejada, prestam serviços e executam programas e projetos voltados prioritariamente para a defesa e efetivação dos direitos socioassistenciais, construção de novos direitos, promoção da cidadania, enfrentamento das desigualdades sociais, articulação com órgãos públicos de defesa de direitos, dirigidos ao público da política de assistência social, nos termos desta Lei, e respeitadas as deliberações do CNAS, de que tratam os incisos I e II do art. 18. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

## **CAPÍTULO II**

### **Dos Princípios e das Diretrizes**

#### **SEÇÃO I**

##### **Dos Princípios**

Art. 4º A assistência social rege-se pelos seguintes princípios:

- I - supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica;
- II - universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;
- III - respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;
- IV - igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais;
- V - divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão.

#### **SEÇÃO II**

##### **Das Diretrizes**

Art. 5º A organização da assistência social tem como base as seguintes diretrizes:

- I - descentralização político-administrativa para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e comando único das ações em cada esfera de governo;

II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis;

III - primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social em cada esfera de governo.

### **CAPÍTULO III**

#### **Da Organização e da Gestão**

Art. 6º As ações na área de assistência social são organizadas em sistema descentralizado e participativo, constituído pelas entidades e organizações de assistência social abrangidas por esta lei, que articule meios, esforços e recursos, e por um conjunto de instâncias deliberativas compostas pelos diversos setores envolvidos na área.

Parágrafo único. A instância coordenadora da Política Nacional de Assistência Social é o Ministério do Bem-Estar Social.

Art. 6º A gestão das ações na área de assistência social fica organizada sob a forma de sistema descentralizado e participativo, denominado Sistema Único de Assistência Social (Suas), com os seguintes objetivos: (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

I - consolidar a gestão compartilhada, o cofinanciamento e a cooperação técnica entre os entes federativos que, de modo articulado, operam a proteção social não contributiva; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

II - integrar a rede pública e privada de serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social, na forma do art. 6º-C; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

III - estabelecer as responsabilidades dos entes federativos na organização, regulação, manutenção e expansão das ações de assistência social;

IV - definir os níveis de gestão, respeitadas as diversidades regionais e municipais; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

V - implementar a gestão do trabalho e a educação permanente na assistência social; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

VI - estabelecer a gestão integrada de serviços e benefícios; e (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

VII - afiançar a vigilância socioassistencial e a garantia de direitos. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 1º As ações ofertadas no âmbito do Suas têm por objetivo a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice e, como base de organização, o território. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 2º O Suas é integrado pelos entes federativos, pelos respectivos conselhos de assistência social e pelas entidades e organizações de assistência social abrangidas por esta Lei. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 3º A instância coordenadora da Política Nacional de Assistência Social é o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

Art. 6º-A. A assistência social organiza-se pelos seguintes tipos de proteção: (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

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; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

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. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

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. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

Art. 6º-B. As proteções sociais básica e especial serão ofertadas pela rede socioassistencial, de forma integrada, diretamente pelos entes públicos e/ou pelas entidades e organizações de assistência social vinculadas ao Suas, respeitadas as especificidades de cada ação. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 1º A vinculação ao Suas é o reconhecimento pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome de que a entidade de assistência social integra a rede socioassistencial. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 2º Para o reconhecimento referido no § 1º, a entidade deverá cumprir os seguintes requisitos: (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

I - constituir-se em conformidade com o disposto no art. 3º; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

II - inscrever-se em Conselho Municipal ou do Distrito Federal, na forma do art. 9º; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

III - integrar o sistema de cadastro de entidades de que trata o inciso XI do art. 19. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 3º As entidades e organizações de assistência social vinculadas ao Suas celebrarão convênios, contratos, acordos ou ajustes com o poder público para a execução, garantido financiamento integral, pelo Estado, de serviços, programas, projetos e ações de assistência social, nos limites da capacidade instalada, aos beneficiários abrangidos por esta Lei, observando-se as disponibilidades orçamentárias. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 4º O cumprimento do disposto no § 3º será informado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome pelo órgão gestor local da assistência social. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

Art. 6º-C. As proteções sociais, básica e especial, serão ofertadas precipuamente no Centro de Referência de Assistência Social (Cras) e no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), respectivamente, e pelas entidades sem fins lucrativos de assistência social de que trata o art. 3º desta Lei. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 1º O Cras é a unidade pública municipal, de base territorial, localizada em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinada à articulação dos serviços socioassistenciais no seu território de abrangência e à prestação de serviços, programas e projetos socioassistenciais de proteção social básica às famílias. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 2º O Creas é a unidade pública de abrangência e gestão municipal, estadual ou regional, destinada à prestação de serviços a indivíduos e famílias que se encontram em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos ou contingência, que demandam intervenções especializadas da proteção social especial. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 3º Os Cras e os Creas são unidades públicas estatais instituídas no âmbito do Suas, que possuem interface com as demais políticas públicas e articulam, coordenam e ofertam os serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

Art. 6º-D. As instalações dos Cras e dos Creas devem ser compatíveis com os serviços neles ofertados, com espaços para trabalhos em grupo e ambientes específicos para recepção e atendimento reservado das

famílias e indivíduos, assegurada a acessibilidade às pessoas idosas e com deficiência. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

Art. 6º-E. Os recursos do cofinanciamento do Suas, destinados à execução das ações continuadas de assistência social, poderão ser aplicados no pagamento dos profissionais que integrem 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. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

Parágrafo único. A formação das equipes de referência deverá considerar o número de famílias e indivíduos referenciados, os tipos e modalidades de atendimento e as aquisições que devem ser garantidas aos usuários, conforme deliberações do CNAS. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

Art. 7º As ações de assistência social, no âmbito das entidades e organizações de assistência social, observarão as normas expedidas pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), de que trata o art. 17 desta lei.

Art. 8º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, observados os princípios e diretrizes estabelecidos nesta lei, fixarão suas respectivas Políticas de Assistência Social.

Art. 9º O funcionamento das entidades e organizações de assistência social depende de prévia inscrição no respectivo Conselho Municipal de Assistência Social, ou no Conselho de Assistência Social do Distrito Federal, conforme o caso.

§ 1º A regulamentação desta lei definirá os critérios de inscrição e funcionamento das entidades com atuação em mais de um município no mesmo Estado, ou em mais de um Estado ou Distrito Federal.

§ 2º Cabe ao Conselho Municipal de Assistência Social e ao Conselho de Assistência Social do Distrito Federal a

fiscalização das entidades referidas no caput na forma prevista em lei ou regulamento.

§ 3º A inscrição da entidade no Conselho Municipal de Assistência Social, ou no Conselho de Assistência Social do Distrito Federal, é condição essencial para o encaminhamento de pedido de registro e de certificado de entidade de fins filantrópicos junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).

§ 3o A inscrição da entidade no Conselho Municipal de Assistência Social, ou no Conselho de Assistência Social do Distrito Federal, é condição essencial para o encaminhamento de pedido de registro e de certificado de entidade beneficente de assistência social junto ao Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.187-13, de 2001) (Revogado pela Medida Provisória nº 446, de 2008) Rejeitada

§ 3o A inscrição da entidade no Conselho Municipal de Assistência Social, ou no Conselho de Assistência Social do Distrito Federal, é condição essencial para o encaminhamento de pedido de registro e de certificado de entidade beneficente de assistência social junto ao Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.187-13, de 2001) (Revogado pela Lei nº 12.101, de 2009)

§ 4º As entidades e organizações de assistência social podem, para defesa de seus direitos referentes à inscrição e ao funcionamento, recorrer aos Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal.

Art. 10. A União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal podem celebrar convênios com entidades e organizações de assistência social, em conformidade com os Planos aprovados pelos respectivos Conselhos.

Art. 11. As ações das três esferas de governo na área de assistência social realizam-se de forma articulada, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e execução dos programas, em suas respectivas esferas, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios.

Art. 12. Compete à União:

I - responder pela concessão e manutenção dos benefícios de prestação continuada definidos no art. 203 da Constituição Federal;

II - apoiar técnica e financeiramente os serviços, os programas e os projetos de enfrentamento da pobreza em âmbito nacional;

II - cofinanciar, por meio de transferência automática, o aprimoramento da gestão, os serviços, os programas e os projetos de assistência social em âmbito nacional; (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

III - atender, em conjunto com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, às ações assistenciais de caráter de emergência.

IV - realizar o monitoramento e a avaliação da política de assistência social e assessorar Estados, Distrito Federal e Municípios para seu desenvolvimento. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

Art. 12-A. A União apoiará financeiramente o aprimoramento à gestão descentralizada dos serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social, por meio do Índice de Gestão Descentralizada (IGD) do Sistema Único de Assistência Social (Suas), para a utilização no âmbito dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, destinado, sem prejuízo de outras ações a serem definidas em regulamento, a: (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

I - medir os resultados da gestão descentralizada do Suas, com base na atuação do gestor estadual, municipal e do Distrito Federal na implementação, execução e monitoramento dos serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social,

bem como na articulação intersetorial; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

II - incentivar a obtenção de resultados qualitativos na gestão estadual, municipal e do Distrito Federal do Suas; e (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

III - calcular o montante de recursos a serem repassados aos entes federados a título de apoio financeiro à gestão do Suas. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 1º Os resultados alcançados pelo ente federado na gestão do Suas, aferidos na forma de regulamento, serão considerados como prestação de contas dos recursos a serem transferidos a título de apoio financeiro. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 2º As transferências para apoio à gestão descentralizada do Suas adotarão a sistemática do Índice de Gestão Descentralizada do Programa Bolsa Família, previsto no art. 8º da Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e serão efetivadas por meio de procedimento integrado àquele índice. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 3º (VETADO). (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 4º Para fins de fortalecimento dos Conselhos de Assistência Social dos Estados, Municípios e Distrito Federal, percentual dos recursos transferidos deverá ser gasto com atividades de apoio técnico e operacional àqueles colegiados, na forma fixada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, sendo vedada a utilização dos recursos para pagamento de pessoal efetivo e de gratificações de qualquer natureza a servidor público estadual, municipal ou do Distrito Federal. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

Art. 13. Compete aos Estados:

I - destinar recursos financeiros aos Municípios, a título de participação no custeio do pagamento dos auxílios natalidade

e funeral, mediante critérios estabelecidos pelos Conselhos Estaduais de Assistência Social;

II - apoiar técnica e financeiramente os serviços, os programas e os projetos de enfrentamento da pobreza em âmbito regional ou local;

I - destinar recursos financeiros aos Municípios, a título de participação no custeio do pagamento dos benefícios eventuais de que trata o art. 22, mediante critérios estabelecidos pelos Conselhos Estaduais de Assistência Social; (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

II - cofinanciar, por meio de transferência automática, o aprimoramento da gestão, os serviços, os programas e os projetos de assistência social em âmbito regional ou local; (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

III - atender, em conjunto com os Municípios, às ações assistenciais de caráter de emergência;

IV - estimular e apoiar técnica e financeiramente as associações e consórcios municipais na prestação de serviços de assistência social;

V - prestar os serviços assistenciais cujos custos ou ausência de demanda municipal justifiquem uma rede regional de serviços, desconcentrada, no âmbito do respectivo Estado.

VI - realizar o monitoramento e a avaliação da política de assistência social e assessorar os Municípios para seu desenvolvimento. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

Art. 14. Compete ao Distrito Federal:

I - destinar recursos financeiros para o custeio do pagamento dos auxílios natalidade e funeral, mediante critérios estabelecidos pelo Conselho de Assistência Social do Distrito Federal;

I - destinar recursos financeiros para custeio do pagamento dos benefícios eventuais de que trata o art. 22, mediante critérios

estabelecidos pelos Conselhos de Assistência Social do Distrito Federal; (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

II - efetuar o pagamento dos auxílios natalidade e funeral;

III - executar os projetos de enfrentamento da pobreza, incluindo a parceria com organizações da sociedade civil;

IV - atender às ações assistenciais de caráter de emergência;

V - prestar os serviços assistenciais de que trata o art. 23 desta lei.

VI - cofinanciar o aprimoramento da gestão, os serviços, os programas e os projetos de assistência social em âmbito local; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

VII - realizar o monitoramento e a avaliação da política de assistência social em seu âmbito. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

#### Art. 15. Compete aos Municípios:

I - destinar recursos financeiros para custeio do pagamento dos auxílios natalidade e funeral, mediante critérios estabelecidas pelos Conselhos Municipais de Assistência Social;

I - destinar recursos financeiros para custeio do pagamento dos benefícios eventuais de que trata o art. 22, mediante critérios estabelecidos pelos Conselhos Municipais de Assistência Social; (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

II - efetuar o pagamento dos auxílios natalidade e funeral;

III - executar os projetos de enfrentamento da pobreza, incluindo a parceria com organizações da sociedade civil;

IV - atender às ações assistenciais de caráter de emergência;

V - prestar os serviços assistenciais de que trata o art. 23 desta lei.

VI - cofinanciar o aprimoramento da gestão, os serviços, os programas e os projetos de assistência social em âmbito local; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

VII - realizar o monitoramento e a avaliação da política de assistência social em seu âmbito. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

Art. 16. As instâncias deliberativas do sistema descentralizado e participativo de assistência social, de caráter permanente e composição paritária entre governo e sociedade civil, são:

Art. 16. As instâncias deliberativas do Suas, de caráter permanente e composição paritária entre governo e sociedade civil, são: (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

I - o Conselho Nacional de Assistência Social;

II - os Conselhos Estaduais de Assistência Social;

III - o Conselho de Assistência Social do Distrito Federal;

IV - os Conselhos Municipais de Assistência Social.

Parágrafo único. Os Conselhos de Assistência Social estão vinculados ao órgão gestor de assistência social, que deve prover a infraestrutura necessária ao seu funcionamento, garantindo recursos materiais, humanos e financeiros, inclusive com despesas referentes a passagens e diárias de conselheiros representantes do governo ou da sociedade civil, quando estiverem no exercício de suas atribuições. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

Art. 17. Fica instituído o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), órgão superior de deliberação colegiada, vinculado à estrutura do órgão da Administração Pública Federal responsável pela coordenação da Política Nacional de Assistência Social, cujos membros, nomeados pelo Presidente da República, têm mandato de 2 (dois) anos, permitida uma única recondução por igual período.

§ 1º O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) é composto por 18 (dezoito) membros e respectivos suplentes, cujos nomes são indicados ao órgão da Administração Pública Federal responsável pela coordenação da Política Nacional de Assistência Social, de acordo com os critérios seguintes:

I - 9 (nove) representantes governamentais, incluindo 1 (um) representante dos Estados e 1 (um) dos Municípios;

II - 9 (nove) representantes da sociedade civil, dentre representantes dos usuários ou de organizações de usuários, das entidades e organizações de assistência social e dos trabalhadores do setor, escolhidos em foro próprio sob fiscalização do Ministério Público Federal.

§ 2º O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) é presidido por um de seus integrantes, eleito dentre seus membros, para mandato de 1 (um) ano, permitida uma única recondução por igual período.

§ 3º O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) contará com uma Secretaria Executiva, a qual terá sua estrutura disciplinada em ato do Poder Executivo.

§ 4º Os Conselhos de que tratam os incisos II, III e IV do art. 16 deverão ser instituídos, respectivamente, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, mediante lei específica.

§ 4o Os Conselhos de que tratam os incisos II, III e IV do art. 16, com competência para acompanhar a execução da política de assistência social, apreciar e aprovar a proposta orçamentária, em consonância com as diretrizes das conferências nacionais, estaduais, distrital e municipais, de acordo com seu âmbito de atuação, deverão ser instituídos, respectivamente, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, mediante lei específica. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

Art. 18. Compete ao Conselho Nacional de Assistência Social:

I - aprovar a Política Nacional de Assistência Social;

II - normatizar as ações e regular a prestação de serviços de natureza pública e privada no campo da assistência social;

III - fixar normas para a concessão de registro e certificado de

fins filantrópicos às entidades privadas prestadoras de serviços e assessoramento de assistência social;

IV - conceder atestado de registro e certificado de entidades de fins filantrópicos, na forma do regulamento a ser fixado, observado o disposto no art. 9º desta lei;

III - observado o disposto em regulamento, estabelecer procedimentos para concessão de registro e certificado de entidade beneficente de assistência social às instituições privadas prestadoras de serviços e assessoramento de assistência social que prestem serviços relacionados com seus objetivos institucionais; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.187-13, de 2001)

IV - conceder registro e certificado de entidade beneficente de assistência social; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.187-13, de 2001)

III - acompanhar e fiscalizar o processo de certificação das entidades e organizações de assistência social junto ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; (Redação dada pela Medida Provisória nº 446, de 2008) Rejeitada

IV - apreciar relatório anual que conterà a relação de entidades e organizações de assistência social certificadas como beneficentes e encaminhá-lo para conhecimento dos Conselhos de Assistência Social dos Estados, Municípios e do Distrito Federal; (Redação dada pela Medida Provisória nº 446, de 2008) Rejeitada

III - observado o disposto em regulamento, estabelecer procedimentos para concessão de registro e certificado de entidade beneficente de assistência social às instituições privadas prestadoras de serviços e assessoramento de assistência social que prestem serviços relacionados com seus objetivos institucionais; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.187-13, de 2001)

IV - conceder registro e certificado de entidade beneficente de assistência social; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.187-13, de 2001)

III - acompanhar e fiscalizar o processo de certificação das entidades e organizações de assistência social no Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; (Redação dada pela Lei nº 12.101, de 2009)

IV - apreciar relatório anual que conterà a relação de entidades e organizações de assistência social certificadas como beneficentes e encaminhá-lo para conhecimento dos Conselhos de Assistência Social dos Estados, Municípios e do Distrito Federal; (Redação dada pela Lei nº 12.101, de 2009)

V - zelar pela efetivação do sistema descentralizado e participativo de assistência social;

VI - convocar ordinariamente a cada 2 (dois) anos, ou extraordinariamente, por maioria absoluta de seus membros, a Conferência Nacional de Assistência Social, que terá a atribuição de avaliar a situação da assistência social e propor diretrizes para o aperfeiçoamento do sistema;

VI - a partir da realização da II Conferência Nacional de Assistência Social em 1997, convocar ordinariamente a cada quatro anos a Conferência Nacional de Assistência Social, que terá a atribuição de avaliar a situação da assistência social e propor diretrizes para o aperfeiçoamento do sistema; (Redação dada pela Lei nº 9.720, de 26.4.1991)

VII - (Vetado.)

VIII - apreciar e aprovar a proposta orçamentária da Assistência Social a ser encaminhada pelo órgão da Administração Pública Federal responsável pela coordenação da Política Nacional de Assistência Social;

IX - aprovar critérios de transferência de recursos para os

Estados, Municípios e Distrito Federal, considerando, para tanto, indicadores que informem sua regionalização mais equitativa, tais como: população, renda per capita, mortalidade infantil e concentração de renda, além de disciplinar os procedimentos de repasse de recursos para as entidades e organizações de assistência social, sem prejuízo das disposições da Lei de Diretrizes Orçamentárias;

X - acompanhar e avaliar a gestão dos recursos, bem como os ganhos sociais e o desempenho dos programas e projetos aprovados;

XI - estabelecer diretrizes, apreciar e aprovar os programas anuais e plurianuais do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS);

XII - indicar o representante do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) junto ao Conselho Nacional da Seguridade Social;

XIII - elaborar e aprovar seu regimento interno;

XIV - divulgar, no Diário Oficial da União, todas as suas decisões, bem como as contas do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) e os respectivos pareceres emitidos.

Parágrafo único. Das decisões finais do Conselho Nacional de Assistência Social, vinculado ao Ministério da Assistência e Promoção Social, relativas à concessão ou renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, caberá recurso ao Ministro de Estado da Previdência Social, no prazo de trinta dias, contados da data da publicação do ato no Diário Oficial da União, por parte da entidade interessada, do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS ou da Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda. (Incluído pela Lei nº 10.684, de 30.5.2003) (Revogado pela Medida Provisória nº 446, de 2008)

Parágrafo único. Das decisões finais do Conselho Nacional de Assistência Social, vinculado ao Ministério da Assistência

e Promoção Social, relativas à concessão ou renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, caberá recurso ao Ministro de Estado da Previdência Social, no prazo de trinta dias, contados da data da publicação do ato no Diário Oficial da União, por parte da entidade interessada, do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS ou da Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda. (Incluído pela Lei nº 10.684, de 30.5.2003) (Revogado pela Lei nº 12.101, de 2009)

Art. 19. Compete ao órgão da Administração Pública Federal responsável pela coordenação da Política Nacional de Assistência Social:

- I - coordenar e articular as ações no campo da assistência social;
- II - propor ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) a Política Nacional de Assistência Social, suas normas gerais, bem como os critérios de prioridade e de elegibilidade, além de padrões de qualidade na prestação de benefícios, serviços, programas e projetos;
- III - prover recursos para o pagamento dos benefícios de prestação continuada definidos nesta lei;
- IV - elaborar e encaminhar a proposta orçamentária da assistência social, em conjunto com as demais da Seguridade Social;
- V - propor os critérios de transferência dos recursos de que trata esta lei;
- VI - proceder à transferência dos recursos destinados à assistência social, na forma prevista nesta lei;
- VII - encaminhar à apreciação do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) relatórios trimestrais e anuais de atividades e de realização financeira dos recursos;
- VIII - prestar assessoramento técnico aos Estados, ao Distrito

Federal, aos Municípios e às entidades e organizações de assistência social;

IX - formular política para a qualificação sistemática e continuada de recursos humanos no campo da assistência social;

X - desenvolver estudos e pesquisas para fundamentar as análises de necessidades e formulação de proposições para a área;

XI - coordenar e manter atualizado o sistema de cadastro de entidades e organizações de assistência social, em articulação com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal;

XII - articular-se com os órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e previdência social, bem como com os demais responsáveis pelas políticas sócio-econômicas setoriais, visando à elevação do patamar mínimo de atendimento às necessidades básicas;

XIII - expedir os atos normativos necessários à gestão do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS), de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS);

XIV - elaborar e submeter ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) os programas anuais e plurianuais de aplicação dos recursos do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS).

## CAPÍTULO IV

### Dos Benefícios, dos Serviços, dos Programas e dos Projetos de Assistência Social

#### SEÇÃO I

##### Do Benefício de Prestação Continuada

Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de 1 (um) salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 70 (setenta) anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.

§ 1º Para os efeitos do disposto no caput, entende-se por família a unidade mononuclear, vivendo sob o mesmo teto, cuja economia é mantida pela contribuição de seus integrantes.

§ 1º Para os efeitos do disposto no caput, entende-se como família o conjunto de pessoas elencadas no art. 16 da Lei no 8.213, de 24 de julho de 1991, desde que vivam sob o mesmo teto. (Redação dada pela Lei nº 9.720, de 30.11.1998)

§ 2º Para efeito de concessão deste benefício, a pessoa portadora de deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho.

§ 3º Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa portadora de deficiência ou idosa a família cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo.

§ 4º O benefício de que trata este artigo não pode ser acumulado pelo beneficiário com qualquer outro no âmbito da seguridade social ou de outro regime, salvo o da assistência médica.

§ 5º A situação de internado não prejudica o direito do idoso ou do portador de deficiência ao benefício.

§ 6º A deficiência será comprovada através de avaliação e laudo expedido por serviço que conte com equipe multiprofissional

do Sistema Único de Saúde (SUS) ou do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), credenciados para esse fim pelo Conselho Municipal de Assistência Social.

§ 7º Na hipótese de não existirem serviços credenciados no Município de residência do beneficiário, fica assegurado o seu encaminhamento ao Município mais próximo que contar com tal estrutura.

§ 6º A concessão do benefício ficará sujeita a exame médico pericial e laudo realizados pelos serviços de perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS. (Redação dada pela Lei nº 9.720, de 30.11.1998) (Vide Lei nº 9.720, de 30.11.1998)

Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 1º Para os efeitos do disposto no caput, a família é composta pelo requerente, o cônjuge ou companheiro, os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou o padrasto, os irmãos solteiros, os filhos e enteados solteiros e os menores tutelados, desde que vivam sob o mesmo teto. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 2º Para efeito de concessão deste benefício, considera-se: (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

I - pessoa com deficiência: aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas; (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

II - impedimentos de longo prazo: aqueles que incapacitam a

pessoa com deficiência para a vida independente e para o trabalho pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 2º Para efeito de concessão deste benefício, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. (Redação dada pela Lei nº 12.470, de 2011)

§ 3º Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa com deficiência ou idosa a família cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário-mínimo. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 4º O benefício de que trata este artigo não pode ser acumulado pelo beneficiário com qualquer outro no âmbito da seguridade social ou de outro regime, salvo os da assistência médica e da pensão especial de natureza indenizatória. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 5º A condição de acolhimento em instituições de longa permanência não prejudica o direito do idoso ou da pessoa com deficiência ao benefício de prestação continuada. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 6º A concessão do benefício ficará sujeita à avaliação da deficiência e do grau de incapacidade, composta por avaliação médica e avaliação social realizadas por médicos peritos e por assistentes sociais do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 6º A concessão do benefício ficará sujeita à avaliação da deficiência e do grau de impedimento de que trata o § 2o, composta por avaliação médica e avaliação social realizadas por

médicos peritos e por assistentes sociais do Instituto Nacional de Seguro Social - INSS. (Redação dada pela Lei nº 12.470, de 2011)

§ 7º Na hipótese de não existirem serviços no município de residência do beneficiário, fica assegurado, na forma prevista em regulamento, o seu encaminhamento ao município mais próximo que contar com tal estrutura. (Incluído pela Lei nº 9.720, de 30.11.1998)

§ 8º A renda familiar mensal a que se refere o § 3º deverá ser declarada pelo requerente ou seu representante legal, sujeitando-se aos demais procedimentos previstos no regulamento para o deferimento do pedido. (Incluído pela Lei nº 9.720, de 30.11.1998)

§ 9º A remuneração da pessoa com deficiência na condição de aprendiz não será considerada para fins do cálculo a que se refere o § 3º deste artigo. (Incluído pela Lei nº 12.470, de 2011)

§ 10. Considera-se impedimento de longo prazo, para os fins do § 2º deste artigo, aquele que produza efeitos pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos. (Incluído pela Lei nº 12.470, de 2011)

Art. 21. O benefício de prestação continuada deve ser revisto a cada 2 (dois) anos para avaliação da continuidade das condições que lhe deram origem. (Vide Lei nº 9.720, de 30.11.1998)

§ 1º O pagamento do benefício cessa no momento em que forem superadas as condições referidas no caput, ou em caso de morte do beneficiário.

§ 2º O benefício será cancelado quando se constatar irregularidade na sua concessão ou utilização.

§ 3º O desenvolvimento das capacidades cognitivas, motoras ou educacionais e a realização de atividades não remuneradas de habilitação e reabilitação, entre outras, não constituem motivo de suspensão ou cessação do benefício da pessoa com deficiência. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 4º A cessação do benefício de prestação continuada concedido à pessoa com deficiência, inclusive em razão do seu ingresso no mercado de trabalho, não impede nova concessão do benefício, desde que atendidos os requisitos definidos em regulamento. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 5º A cessação do benefício de prestação continuada concedido à pessoa com deficiência não impede nova concessão do benefício, desde que atendidos os requisitos definidos em regulamento. (Redação dada pela Lei nº 12.470, de 2011)

Art. 21-A. O benefício de prestação continuada será suspenso pelo órgão concedente quando a pessoa com deficiência exercer atividade remunerada, inclusive na condição de microempreendedor individual. (Incluído pela Lei nº 12.470, de 2011)

§ 1º Extinta a relação trabalhista ou a atividade empreendedora de que trata o caput deste artigo e, quando for o caso, encerrado o prazo de pagamento do seguro-desemprego e não tendo o beneficiário adquirido direito a qualquer benefício previdenciário, poderá ser requerida a continuidade do pagamento do benefício suspenso, sem necessidade de realização de perícia médica ou reavaliação da deficiência e do grau de incapacidade para esse fim, respeitado o período de revisão previsto no caput do art. 21. (Incluído pela Lei nº 12.470, de 2011)

§ 2º A contratação de pessoa com deficiência como aprendiz não acarreta a suspensão do benefício de prestação continuada, limitado a 2 (dois) anos o recebimento concomitante da remuneração e do benefício. (Incluído pela Lei nº 12.470, de 2011)

## SEÇÃO II

### Dos Benefícios Eventuais

Art. 22. Entendem-se por benefícios eventuais aqueles que visam ao pagamento de auxílio por natalidade ou morte às famílias cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo.

§ 1º A concessão e o valor dos benefícios de que trata este artigo serão regulamentados pelos Conselhos de Assistência Social dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, mediante critérios e prazos definidos pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).

§ 2º Poderão ser estabelecidos outros benefícios eventuais para atender necessidades advindas de situações de vulnerabilidade temporária, com prioridade para a criança, a família, o idoso, a pessoa portadora de deficiência, a gestante, a nutriz e nos casos de calamidade pública.

§ 3º O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), ouvidas as respectivas representações de Estados e Municípios dele participantes, poderá propor, na medida das disponibilidades orçamentárias das três esferas de governo, a instituição de benefícios subsidiários no valor de até 25% (vinte e cinco por cento) do salário mínimo para cada criança de até 6 (seis) anos de idade, nos termos da renda mensal familiar estabelecida no caput.

Art. 22. Entendem-se por benefícios eventuais as provisões suplementares e provisórias que integram organicamente as garantias do Suas e são prestadas aos cidadãos e às famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 1º A concessão e o valor dos benefícios de que trata este artigo serão definidos pelos Estados, Distrito Federal e Municípios e previstos nas respectivas leis orçamentárias anuais, com base

em critérios e prazos definidos pelos respectivos Conselhos de Assistência Social. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 2º O CNAS, ouvidas as respectivas representações de Estados e Municípios dele participantes, poderá propor, na medida das disponibilidades orçamentárias das 3 (três) esferas de governo, a instituição de benefícios subsidiários no valor de até 25% (vinte e cinco por cento) do salário-mínimo para cada criança de até 6 (seis) anos de idade. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 3º Os benefícios eventuais subsidiários não poderão ser cumulados com aqueles instituídos pelas Leis no 10.954, de 29 de setembro de 2004, e no 10.458, de 14 de maio de 2002. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

### **SEÇÃO III**

#### **Dos Serviços**

Art. 23. Entendem-se por serviços assistenciais as atividades continuadas que visem à melhoria de vida da população e cujas ações, voltadas para as necessidades básicas, observem os objetivos, princípios e diretrizes estabelecidas nesta lei.

Parágrafo único. Na organização dos serviços será dada prioridade à infância e à adolescência em situação de risco pessoal e social, objetivando cumprir o disposto no art. 227 da Constituição Federal e na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

Parágrafo único. Na organização dos serviços da Assistência Social serão criados programas de amparo: (Redação dada pela Lei nº 11.258, de 2005)

I – às crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social, em cumprimento ao disposto no art. 227 da Constituição Federal e na Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990; (Incluído pela Lei nº 11.258, de 2005)

II – às pessoas que vivem em situação de rua. (Incluído pela Lei nº 11.258, de 2005)

Art. 23. Entendem-se por serviços socioassistenciais as atividades continuadas que visem à melhoria de vida da população e cujas ações, voltadas para as necessidades básicas, observem os objetivos, princípios e diretrizes estabelecidos nesta Lei. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 1º O regulamento instituirá os serviços socioassistenciais. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 2º Na organização dos serviços da assistência social serão criados programas de amparo, entre outros: (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

I - às crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social, em cumprimento ao disposto no art. 227 da Constituição Federal e na Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

II - às pessoas que vivem em situação de rua. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

## SEÇÃO IV

### Dos Programas de Assistência Social

Art. 24. Os programas de assistência social compreendem ações integradas e complementares com objetivos, tempo e área de abrangência definidos para qualificar, incentivar e melhorar os benefícios e os serviços assistenciais.

§ 1º Os programas de que trata este artigo serão definidos pelos respectivos Conselhos de Assistência Social, obedecidos os objetivos e princípios que regem esta lei, com prioridade para a inserção profissional e social.

§ 2º Os programas voltados ao idoso e à integração da pessoa

portadora de deficiência serão devidamente articulados com o benefício de prestação continuada estabelecido no art. 20 desta lei.

§ 3º Os programas voltados para o idoso e a integração da pessoa com deficiência serão devidamente articulados com o benefício de prestação continuada estabelecido no art. 20 desta Lei. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

Art. 24-A. Fica instituído o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif), que integra a proteção social básica e consiste na oferta de ações e serviços socioassistenciais de prestação continuada, nos Cras, por meio do trabalho social com famílias em situação de vulnerabilidade social, com o objetivo de prevenir o rompimento dos vínculos familiares e a violência no âmbito de suas relações, garantindo o direito à convivência familiar e comunitária. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

Parágrafo único. Regulamento definirá as diretrizes e os procedimentos do Paif. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

Art. 24-B. Fica instituído o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (Paefi), que integra a proteção social especial e consiste no apoio, orientação e acompanhamento a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos, articulando os serviços socioassistenciais com as diversas políticas públicas e com órgãos do sistema de garantia de direitos. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

Parágrafo único. Regulamento definirá as diretrizes e os procedimentos do Paefi. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

Art. 24-C. Fica instituído o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti), de caráter intersetorial, integrante da Política Nacional de Assistência Social, que, no âmbito do Suas, compreende transferências de renda, trabalho social com famílias e oferta de serviços socioeducativos para crianças e adolescentes que se encontrem em situação de trabalho. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 1º O Peti tem abrangência nacional e será desenvolvido de forma articulada pelos entes federados, com a participação da sociedade civil, e tem como objetivo contribuir para a retirada de crianças e adolescentes com idade inferior a 16 (dezesseis) anos em situação de trabalho, ressalvada a condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 2º As crianças e os adolescentes em situação de trabalho deverão ser identificados e ter os seus dados inseridos no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), com a devida identificação das situações de trabalho infantil. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

## **SEÇÃO V**

### **Dos Projetos de Enfrentamento da Pobreza**

Art. 25. Os projetos de enfrentamento da pobreza compreendem a instituição de investimento econômico-social nos grupos populares, buscando subsidiar, financeira e tecnicamente, iniciativas que lhes garantam meios, capacidade produtiva e de gestão para melhoria das condições gerais de subsistência, elevação do padrão da qualidade de vida, a preservação do meio-ambiente e sua organização social.

Art. 26. O incentivo a projetos de enfrentamento da pobreza assentará em mecanismos de articulação e de participação de diferentes áreas governamentais e em sistema de cooperação entre organismos governamentais, não governamentais e da sociedade civil.

## **CAPÍTULO V**

### **Do Financiamento da Assistência Social**

Art. 27. Fica o Fundo Nacional de Ação Comunitária (Funac), instituído pelo Decreto nº 91.970, de 22 de novembro de 1985,

ratificado pelo Decreto Legislativo nº 66, de 18 de dezembro de 1990, transformado no Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS).

Art. 28. O financiamento dos benefícios, serviços, programas e projetos estabelecidos nesta lei far-se-á com os recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, das demais contribuições sociais previstas no art. 195 da Constituição Federal, além daqueles que compõem o Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS).

§ 1º Cabe ao órgão da Administração Pública Federal responsável pela coordenação da Política Nacional de Assistência Social gerir o Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) sob a orientação e controle do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).

§ 1º Cabe ao órgão da Administração Pública responsável pela coordenação da Política de Assistência Social nas 3 (três) esferas de governo gerir o Fundo de Assistência Social, sob orientação e controle dos respectivos Conselhos de Assistência Social. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 2º O Poder Executivo disporá, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias a contar da data de publicação desta lei, sobre o regulamento e funcionamento do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS).

§ 3º O financiamento da assistência social no Suas deve ser efetuado mediante cofinanciamento dos 3 (três) entes federados, devendo os recursos alocados nos fundos de assistência social ser voltados à operacionalização, prestação, aprimoramento e viabilização dos serviços, programas, projetos e benefícios desta política. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

Art. 28-A. Constitui receita do Fundo Nacional de Assistência Social, o produto da alienação dos bens imóveis da extinta Fundação Legião Brasileira de Assistência. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.187-13, de 2001)

Art. 29. Os recursos de responsabilidade da União destinados à assistência social serão automaticamente repassados ao Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS), à medida que se forem realizando as receitas.

Parágrafo único. Os recursos de responsabilidade da União destinados ao financiamento dos benefícios de prestação continuada, previstos no art. 20, poderão ser repassados pelo Ministério da Previdência e Assistência Social diretamente ao INSS, órgão responsável pela sua execução e manutenção. (Incluído pela Lei nº 9.720, de 30.11.1998)

Art. 30. É condição para os repasses, aos Municípios, aos Estados e ao Distrito Federal, dos recursos de que trata esta lei, a efetiva instituição e funcionamento de:

- I - Conselho de Assistência Social, de composição paritária entre governo e sociedade civil;
- II - Fundo de Assistência Social, com orientação e controle dos respectivos Conselhos de Assistência Social;
- III - Plano de Assistência Social.

Parágrafo único. É, ainda, condição para transferência de recursos do FNAS aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a comprovação orçamentária dos recursos próprios destinados à Assistência Social, alocados em seus respectivos Fundos de Assistência Social, a partir do exercício de 1999. (Incluído pela Lei nº 9.720, de 30.11.1998)

Art. 30-A. O cofinanciamento dos serviços, programas, projetos e benefícios eventuais, no que couber, e o aprimoramento da gestão da política de assistência social no Suas se efetuam por meio de transferências automáticas entre os fundos de assistência social e mediante alocação de recursos próprios nesses fundos nas 3 (três) esferas de governo. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

Parágrafo único. As transferências automáticas de recursos entre os fundos de assistência social efetuadas à conta

do orçamento da seguridade social, conforme o art. 204 da Constituição Federal, caracterizam-se como despesa pública com a seguridade social, na forma do art. 24 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

Art. 30-B. Caberá ao ente federado responsável pela utilização dos recursos do respectivo Fundo de Assistência Social o controle e o acompanhamento dos serviços, programas, projetos e benefícios, por meio dos respectivos órgãos de controle, independentemente de ações do órgão repassador dos recursos. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

Art. 30-C. A utilização dos recursos federais descentralizados para os fundos de assistência social dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal será declarada pelos entes recebedores ao ente transferidor, anualmente, mediante relatório de gestão submetido à apreciação do respectivo Conselho de Assistência Social, que comprove a execução das ações na forma de regulamento. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

Parágrafo único. Os entes transferidores poderão requisitar informações referentes à aplicação dos recursos oriundos do seu fundo de assistência social, para fins de análise e acompanhamento de sua boa e regular utilização. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

## **CAPÍTULO VI**

### **Das Disposições Gerais e Transitórias**

Art. 31. Cabe ao Ministério Público zelar pelo efetivo respeito aos direitos estabelecidos nesta lei.

Art. 32. O Poder Executivo terá o prazo de 60 (sessenta) dias, a partir da publicação desta lei, obedecidas as normas por ela instituídas, para elaborar e encaminhar projeto de lei dispondo sobre a extinção e reordenamento dos órgãos de assistência social do Ministério do Bem-Estar Social.

§ 1º O projeto de que trata este artigo definirá formas de transferências de benefícios, serviços, programas, projetos, pessoal, bens móveis e imóveis para a esfera municipal.

§ 2º O Ministro de Estado do Bem-Estar Social indicará Comissão encarregada de elaborar o projeto de lei de que trata este artigo, que contará com a participação das organizações dos usuários, de trabalhadores do setor e de entidades e organizações de assistência social.

Art. 33. Decorrido o prazo de 120 (cento e vinte) dias da promulgação desta lei, fica extinto o Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS), revogando-se, em consequência, os Decretos-Lei nºs 525, de 1º de julho de 1938, e 657, de 22 de julho de 1943.

§ 1º O Poder Executivo tomará as providências necessárias para a instalação do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e a transferência das atividades que passarão à sua competência dentro do prazo estabelecido no caput, de forma a assegurar não haja solução de continuidade.

§ 2º O acervo do órgão de que trata o caput será transferido, no prazo de 60 (sessenta) dias, para o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), que promoverá, mediante critérios e prazos a serem fixados, a revisão dos processos de registro e certificado de entidade de fins filantrópicos das entidades e organização de assistência social, observado o disposto no art. 3º desta lei.

Art. 34. A União continuará exercendo papel supletivo nas ações de assistência social, por ela atualmente executadas diretamente no âmbito dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, visando à implementação do disposto nesta lei, por prazo máximo de 12 (doze) meses, contados a partir da data da publicação desta lei.

Art. 35. Cabe ao órgão da Administração Pública Federal responsável

pela coordenação da Política Nacional de Assistência Social operar os benefícios de prestação continuada de que trata esta lei, podendo, para tanto, contar com o concurso de outros órgãos do Governo Federal, na forma a ser estabelecida em regulamento.

Parágrafo único. O regulamento de que trata o caput definirá as formas de comprovação do direito ao benefício, as condições de sua suspensão, os procedimentos em casos de curatela e tutela e o órgão de credenciamento, de pagamento e de fiscalização, dentre outros aspectos.

Art. 36. As entidades e organizações de assistência social que incorrerem em irregularidades na aplicação dos recursos que lhes forem repassados pelos poderes públicos terão cancelado seu registro no Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), sem prejuízo de ações cíveis e penais.

Art. 36. As entidades e organizações de assistência social que incorrerem em irregularidades na aplicação dos recursos que lhes foram repassados pelos poderes públicos terão a sua vinculação ao Suas cancelada, sem prejuízo de responsabilidade civil e penal. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

Art. 37. Os benefícios de prestação continuada serão concedidos, a partir da publicação desta lei, gradualmente e no máximo em até:

I - 12 (doze) meses, para os portadores de deficiência;

II - 18 (dezoito) meses, para os idosos.

Art. 37. O benefício de prestação continuada será devido após o cumprimento, pelo requerente, de todos os requisitos legais e regulamentares exigidos para a sua concessão, inclusive apresentação da documentação necessária, devendo o seu pagamento ser efetuado em até quarenta e cinco dias após cumpridas as exigências de que trata este artigo. (Redação dada pela Lei nº 9.720, de 30.11.1998) (Vide Lei nº 9.720, de 30.11.1998)

Parágrafo único. No caso de o primeiro pagamento ser feito

após o prazo previsto no caput, aplicar-se-á na sua atualização o mesmo critério adotado pelo INSS na atualização do primeiro pagamento de benefício previdenciário em atraso. (Incluído pela Lei nº 9.720, de 30.11.1998)

Art. 38. A idade prevista no art. 20 desta lei reduzir-se-á, respectivamente, para 67 (sessenta e sete) e 65 (sessenta e cinco) anos após 24 (vinte e quatro) e 48 (quarenta e oito) meses do início da concessão.

Art. 38. A idade prevista no art. 20 desta Lei reduzir-se-á para sessenta e sete anos a partir de 1º de janeiro de 1998. (Redação dada pela Lei nº 9.720, de 30.11.1998) (Revogado pela Lei nº 12.435, de 2011)

Art. 39. O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), por decisão da maioria absoluta de seus membros, respeitados o orçamento da seguridade social e a disponibilidade do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS), poderá propor ao Poder Executivo a alteração dos limites de renda mensal per capita definidos no § 3º do art. 20 e caput do art. 22.

Art. 40. Com a implantação dos benefícios previstos nos arts. 20 e 22 desta lei, extinguem-se a renda mensal vitalícia, o auxílio-natalidade e o auxílio-funeral existentes no âmbito da Previdência Social, conforme o disposto na Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.

Parágrafo único. A transferência dos beneficiários do sistema previdenciário para a assistência social deve ser estabelecida de forma que o atendimento à população não sofra solução de continuidade.

§ 1º A transferência dos beneficiários do sistema previdenciário para a assistência social deve ser estabelecida de forma que o atendimento à população não sofra solução de continuidade. (Redação dada pela Lei nº 9.711, de 20.11.1998)

§ 2º É assegurado ao maior de setenta anos e ao inválido o

direito de requerer a renda mensal vitalícia junto ao INSS até 31 de dezembro de 1995, desde que atenda, alternativamente, aos requisitos estabelecidos nos incisos I, II ou III do § 1º do art. 139 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. (Redação dada pela Lei nº 9.711, de 20.11.1998)

Art. 41. Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

Art. 42. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 7 de dezembro de 1993,  
172º da Independência e 105º da República.

**ITAMAR FRANCO**

Jutahy Magalhães Júnior

Este texto não substitui o publicado no D.O.U de 8.12.1998





**Presidência da República**  
**Casa Civil**  
**Subchefia para Assuntos Jurídicos**  
**Lei nº 8.842 - de 04 de janeiro de 1994**  
Alterada pela Lei nº 10.741, de 1º/10/2003

*Dispõe sobre a política nacional do idoso cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.*

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**CAPÍTULO I - DA FINALIDADE**

Art. 1º A política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Art. 2º Considera-se idoso, para os efeitos desta Lei, a pessoas maiores de sessenta anos de idade.

**CAPÍTULO II - DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES**

**SEÇÃO I - DOS PRINCÍPIOS**

Art. 3º A política nacional do idoso reger-se-á pelos seguintes princípios:

I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;

II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;

III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;

IV - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;

V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta Lei.

## SEÇÃO II - DAS DIRETRIZES

Art. 4º Constituem diretrizes da política nacional do idoso:

I - viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações;

II - participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;

III - 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;

IV - descentralização político-administrativa;

V - capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços;

VI - implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo;

VII - estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;

VIII - priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços quando desabrigados e sem família;

IX - apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento.

Parágrafo único. É vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social.

### **CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO E GESTÃO**

Art. 5º Competirá ao órgão ministerial responsável pela assistência e promoção social a coordenação geral da política nacional do idoso, com a participação dos conselhos nacionais, estaduais, do Distrito Federal e municipais do idoso .

Art. 6º Os conselhos nacionais, 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.

Art. 7º Compete aos Conselhos de que trata o art. 6º desta Lei a supervisão, o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação da política nacional do idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas. (Nova redação dada pela LEI Nº 10.741 - DE 1º DE OUTUBRO DE 2003 - DOU DE 03/10/2003)

Redação original:

Art. 7º Compete aos conselhos de que trata o artigo anterior a formulação, coordenação, supervisão e avaliação da política nacional do idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas.

Art. 8º À União, por intermédio do ministério responsável pela assistência e promoção social, compete:

I - coordenar as ações relativas à política nacional do idoso;

II - participar na formulação, acompanhamento e avaliação da política nacional do idoso;

III - promover as articulações intraministeriais necessárias à implementação da política nacional do idoso;

IV - (VETADO)

V - elaborar a proposta orçamentário no âmbito da promoção e assistência social e submetê-la ao Conselho Nacional do Idoso.

Parágrafo único. Os ministérios das áreas de saúde, educação, trabalho, previdência social, cultura, esporte e lazer devem elaborar proposta orçamentária no âmbito de suas assistências, visando ao financiamento de programas nacionais compatíveis com a política nacional do idoso.

Art. 9º (VETADO)

Parágrafo único. (VETADO)

#### **CAPÍTULO IV - DAS AÇÕES GOVERNAMENTAIS**

Art. 10. Na implementação da política nacional do idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos:

I - na área de promoção e assistência social:

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.

- 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;
- c) promover simpósios, seminários e encontros específicos;
- d) planejar, coordenar, supervisionar e financiar estudos, levantamentos, pesquisas e publicações sobre a situação social do idoso;
- e) promover a capacitação de recursos para atendimentos ao idoso;

II - na área de saúde:

- a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde;
- b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas;
- c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde;
- d) elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares;
- e) desenvolver formas de cooperação entre as secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referências em geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais;
- f) incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais;
- g) realizar estudos para o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação; e
- h) criar serviços alternativos de saúde para idoso;

### III - na área de educação:

- a) adequar currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais destinados ao idoso;
- b) inserir nos currículos mínimos, nos diversos níveis do ensino formal, conteúdos voltados para o processo de envelhecimento, de forma a eliminar preconceitos e a produzir conhecimentos sobre o assunto;
- c) incluir a Gerontologia e a Geriatria como disciplinas curriculares nos casos superiores;
- d) desenvolver programas educativos, especialmente nos meios de comunicação, a fim de informar a população sobre o processo de envelhecimento;
- e) desenvolver programas que adotem modalidades de ensino à distância, adequados às condições do idoso;
- f) apoiar a criação de universidade aberta para a terceira idade, como meio de universalizar o acesso às diferentes formas do saber;

### IV - na área de trabalho e previdência social:

- a) garantir mecanismos que impeçam a discriminação do idoso quanto a sua participação no mercado de trabalho, no setor público e privado;
- b) priorizar o atendimento do idoso nos benefícios previdenciários;
- c) criar e estimular a manutenção de programas de preparação para aposentadoria nos setores públicos e privado com antecedência mínima de dois anos antes do afastamento;

### V - na área de habitação e urbanismo:

- a) destinar, nos programas habitacionais, unidades em regime de comodato ao idoso, na modalidade de casas-lares;
- b) incluir nos programas de assistência ao idoso formas de melhoria de condições de habitabilidade e adaptação de moradia, considerando seu estado físico e sua independência de locomoção;

c) elaborar critérios que garantam o acesso da pessoa idosa à habitação popular;

d) diminuir barreiras arquitetônicas e urbanas;

VI - na área de justiça:

a) promover e defender os direitos da pessoa idosa;

b) zelar pela aplicação das normas sobre o idoso determinando ações para evitar abusos e lesões a seus direitos;

VII - na área de cultura, esporte e lazer:

a) garantir ao idoso a participação no processo de produção, reelaboração e fruição dos bens culturais;

b) propiciar ao idoso o acesso aos locais e eventos culturais, mediante preços reduzidos, em âmbito nacional;

c) incentivar os movimentos de idosos a desenvolver atividade culturais;

d) valorizar o registro da memória e a transmissão de informações e habilidades do idoso aos mais jovens, como meio de garantir a continuidade e a identidade cultural;

e) incentivar e criar programas de lazer, esporte e atividade físicas que proporcionem a melhoria da qualidade de vida do idoso e estimulem sua participação na comunidade.

§ 1º É assegurado ao idoso o direito de dispor de seus bens, proventos, pensões e benefícios, salvo nos casos de incapacidade judicialmente comprovada.

§ 2º Nos casos de comprovada incapacidade do idoso para gerir seus bens, ser-lhe-á nomeado Curador especial em Juízo.

## **CAPÍTULO V - DO CONSELHO NACIONAL**

Art. 11. (VETADO)

Art. 12. (VETADO)

Art. 13. (VETADO)

Art. 14. (VETADO)

Art. 15. (VETADO)

Art. 16. (VETADO)

Art. 17. (VETADO)

Art. 18. (VETADO)

## **CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 19. Os recursos financeiros necessários à implantação das ações às áreas de competência dos governos federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais serão consignados em seus respectivos orçamentos.

Art. 20. O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de sessenta dias, a partir da data de sua publicação.

Art. 21. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 22. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 4 de janeiro de 1994;  
173º da Independência e 106º da República.

**ITAMAR FRANCO**

Leonor Barreto Franco

Este texto não substitui o publicado no

DOU DE 05/01/1994 - seção 1.



**Presidência da República**  
**Casa Civil**  
**Subchefia para Assuntos Jurídicos**  
**Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996.**

*Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências.*

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA,**

No uso das atribuições que lhe confere o art. 84, inciso IV e VI, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994,

**DECRETA:**

Art. 1º Na implementação da Política Nacional do Idoso, as competências dos órgãos e entidades públicas são as estabelecidas neste Decreto.

Art. 2º À Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República compete: (Redação dada pelo Decreto nº 6.800, de 2009)

I - coordenar a Política Nacional do Idoso; (Redação dada pelo Decreto nº 6.800, de 2009)

II - articular e apoiar a estruturação de rede nacional de proteção e defesa dos direitos da pessoa idosa; (Redação dada pelo Decreto nº 6.800, de 2009)

III - apoiar a capacitação de recursos humanos para atendimento ao idoso, junto aos demais órgãos governamentais; (Redação dada pelo Decreto nº 6.800, de 2009)

IV - participar, em conjunto com os demais entes e órgãos referidos neste Decreto, da formulação, acompanhamento e avaliação da Política Nacional do Idoso; (Redação dada pelo Decreto nº 6.800, de 2009)

V - promover eventos específicos para discussão de questões relativas ao envelhecimento e à velhice; (Redação dada pelo Decreto nº 6.800, de 2009)

VI - coordenar, financiar e apoiar estudos, levantamentos, pesquisas e publicações sobre a situação do idoso, diretamente ou em parceria com outros órgãos; (Redação dada pelo Decreto nº 6.800, de 2009)

VII - encaminhar as denúncias relacionadas à violação dos direitos da pessoa idosa aos órgãos públicos competentes; e (Redação dada pelo Decreto nº 6.800, de 2009)

VIII - zelar em conjunto com o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso pela aplicação das normas de proteção da pessoa idosa. (Redação dada pelo Decreto nº 6.800, de 2009)

Art. 3º Entende-se por modalidade asilar o atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover à própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social.

Parágrafo único. A assistência na modalidade asilar ocorre no caso da inexistência do grupo familiar, abandono, carência de recursos financeiros próprios ou da própria família.

Art. 4º Entende-se por modalidade não-asilar de atendimento:

I - Centro de Convivência: local destinado à permanência diurna do idoso, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania;

II - Centro de Cuidados Diurno: Hospital-Dia e Centro-Dia - local destinado à permanência diurna do idoso dependente ou que possua deficiência temporária e necessite de assistência médica ou de assistência multiprofissional;

III - Casa-Lar: residência, em sistema participativo, cedida por instituições públicas ou privadas, destinada a idosos detentores de renda insuficiente para sua manutenção e sem família;

IV - Oficina Abrigada de Trabalho: local destinado ao desenvolvimento, pelo idoso, de atividades produtivas, proporcionando-lhe oportunidade de elevar sua renda, sendo regida por normas específicas;

V - atendimento domiciliar: é o serviço prestado ao idoso que vive só e seja dependente, a fim de suprir as suas necessidades da vida diária. Esse serviço é prestado em seu próprio lar, por profissionais da área de saúde ou por pessoas da própria comunidade;

VI - outras formas de atendimento: iniciativas surgidas na própria comunidade, que visem à promoção e à integração da pessoa idosa na família e na sociedade.

Art. 5º Ao Instituto Nacional do Seguro Social-INSS compete:

I - dar atendimento preferencial ao idoso, especificamente nas áreas do Seguro Social, visando à habilitação e à manutenção dos benefícios, exame médico pericial, inscrição de beneficiários, serviço social e setores de informações;

II - prestar atendimento, preferencialmente, nas áreas da arrecadação e fiscalização, visando à prestação de informações e ao cálculo de contribuições individuais;

III - estabelecer critérios para viabilizar o atendimento preferencial ao idoso.

Art. 6º Compete ao INSS esclarecer o idoso sobre os seus direitos previdenciários e os meios de exercê-los.

§ 1º O serviço social atenderá, prioritariamente, nos Postos do Seguro Social, os beneficiários idosos em via de aposentadoria.

§ 2º O serviço social, em parceria com os órgãos governamentais e não-governamentais, estimulará a criação e a manutenção de programas de preparação para aposentadorias, por meio de assessoramento às entidades de classes, instituições de natureza social, empresas e órgãos públicos, por intermédio das suas respectivas unidades de recursos humanos.

Art. 7º Ao idoso aposentado, exceto por invalidez, que retornar ao trabalho nas atividades abrangidas pelo Regime Geral de Previdência Social, quando acidentado no trabalho, será encaminhado ao Programa de Reabilitação do INSS, não fazendo jus a outras prestações de serviço, salvo às decorrentes de sua condição de aposentado.

Art. 8º Ao Ministério do Planejamento e Orçamento, por intermédio da Secretaria de Política Urbana, compete:

I - buscar, nos programas habitacionais com recursos da União ou por ela geridos, a observância dos seguintes critérios:

- a) identificação, dentro da população alvo destes programas, da população idosa e suas necessidades habitacionais;
- b) alternativas habitacionais adequadas para a população idosa identificada;
- c) previsão de equipamentos urbanos de uso público que também atendam as necessidades da população idosa;
- d) estabelecimento de diretrizes para que os projetos eliminem barreiras arquitetônicas e urbanas, que utilizam tipologias habitacionais adequadas para a população idosa identificada;

II - promover gestões para viabilizar linhas de crédito visando ao acesso a moradias para o idoso, junto:

- a) às entidades de crédito habitacional;
- b) aos Governos Estaduais e do Distrito Federal;
- c) a outras entidades, públicas ou privadas, relacionadas com os investimentos habitacionais;

III - incentivar e promover, em articulação com os Ministérios da Educação e do Desporto, da Ciência e Tecnologia, da Saúde e junto às instituições de ensino e pesquisa, estudos para aprimorar as condições de habitabilidade para os idosos, bem como sua divulgação e aplicação aos padrões habitacionais vigentes;

IV - estimular a inclusão na legislação de:

- a) mecanismos que induzam a eliminação de barreiras arquitetônicas para o idoso, em equipamentos urbanos de uso público;
- b) adaptação, em programas habitacionais no seu âmbito de atuação, dos critérios estabelecidos no inciso I deste artigo.

Art. 9º Ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Assistência à Saúde, em articulação com as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, compete:

I - garantir ao idoso a assistência integral à saúde, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, nos diversos níveis de atendimento do Sistema único de Saúde - SUS;

II - hierarquizar o atendimento ao idoso a partir das Unidades Básicas e da implantação da Unidade de Referência, com equipe multiprofissional e interdisciplinar de acordo com as normas específicas do Ministério da Saúde;

III - estruturar Centros de Referência de acordo com as normas específicas do Ministério da Saúde com características de assistência à saúde, de pesquisa, de avaliação e de treinamento;

- IV - garantir o acesso à assistência hospitalar;
- V - fornecer medicamentos, órteses e próteses, necessários à recuperação e reabilitação da saúde do idoso;
- VI - estimular a participação do idoso nas diversas instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde;
- VII - desenvolver política de prevenção para que a população envelheça mantendo um bom estado de saúde;
- VIII - desenvolver e apoiar programas de prevenção, educação e promoção da saúde do idoso de forma a:
- a) estimular a permanência do idoso na comunidade, junto à família, desempenhando papel social ativo, com a autonomia e independência que lhe for própria;
  - b) estimular o auto-cuidado e o cuidado informal;
  - c) envolver a população nas ações de promoção da saúde do idoso;
  - d) estimular a formação de grupos de auto-ajuda, de grupos de convivência, em integração com outras instituições que atuam no campo social;
  - e) produzir e difundir material educativo sobre a saúde do idoso;
- IX - adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde;
- X - elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares e acompanhar a sua implementação;
- XI - desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios, as organizações não-governamentais e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia, para treinamento dos profissionais de saúde;
- XII - incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais;

XIII - realizar e apoiar estudos e pesquisas de caráter epidemiológico visando a ampliação do conhecimento sobre o idoso e subsidiar as ações de prevenção, tratamento e reabilitação;

XIV - estimular a criação, na rede de serviços do Sistema Único de Saúde, de Unidades de Cuidados Diurnos (Hospital-Dia, Centro-Dia), de atendimento domiciliar e outros serviços alternativos para o idoso.

Art. 10. Ao Ministério da Educação e do Desporto, em articulação com órgãos federais, estaduais e municipais de educação, compete:

I - viabilizar a implantação de programa educacional voltado para o idoso, de modo a atender o inciso III do Art. 10 da Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994;

II - incentivar a inclusão nos programas educacionais de conteúdos sobre o processo de envelhecimento;

III - estimular e apoiar a admissão do idoso na universidade, propiciando a integração intergeracional;

IV - incentivar o desenvolvimento de programas educativos voltados para a comunidade, ao idoso e sua família, mediante os meios de comunicação de massa;

V - incentivar a inclusão de disciplinas de Gerontologia e Geriatria nos currículos dos cursos superiores.

Art. 11. Ao Ministério do Trabalho, por meio de seus órgãos, compete garantir mecanismos que impeçam a discriminação do idoso quanto à sua participação no mercado de trabalho.

Art. 12. Ao Ministério da Cultura compete, em conjunto com seus órgãos e entidades vinculadas, criar programa de âmbito nacional, visando à:

I - garantir ao idoso a participação no processo de produção, reelaboração e fruição dos bens culturais;

II - propiciar ao idoso o acesso aos locais e eventos culturais, mediante preços reduzidos;

III - valorizar o registro da memória e a transmissão de informações e habilidades do idoso aos mais jovens, como meio de garantir a continuidade e a identidade cultural;

IV - incentivar os movimentos de idosos a desenvolver atividades culturais.

Parágrafo único. Às entidades vinculadas do Ministério da Cultura, no âmbito de suas respectivas áreas afins, compete a implementação de atividades específicas, conjugadas à Política Nacional do Idoso.

Art. 13. Ao Ministério da Justiça, por intermédio da Secretaria dos Direitos da Cidadania, compete:

I - encaminhar as denúncias ao órgão competente do Poder Executivo ou do Ministério Público para defender os direitos da pessoa idosa junto ao Poder Judiciário;

II - zelar pela aplicação das normas sobre o idoso determinando ações para evitar abusos e lesões a seus direitos.

Parágrafo único. Todo cidadão tem o dever de denunciar à autoridade competente qualquer forma de negligência ou desrespeito ao idoso. (Revogado pelo Decreto nº 6.800, de 2009)

Art. 14. Os Ministérios que atuam nas áreas de habitação e urbanismo, de saúde, de educação e desporto, de trabalho, de previdência e assistência social, de cultura e da justiça deverão elaborar proposta orçamentaria, no âmbito de suas competências, visando ao financiamento de programas compatíveis com a Política Nacional do Idoso.

Art. 15. Compete aos Ministérios envolvidos na Política Nacional do Idoso, dentro das suas competências, promover a capacitação de recursos humanos voltados ao atendimento do idoso.

Parágrafo único. Para viabilizar a capacitação de recursos humanos, os Ministérios poderão firmar convênios com instituições governamentais e não-governamentais, nacionais, estrangeiras ou internacionais.

Art. 16. Compete ao Conselho Nacional da Seguridade Social e aos conselhos setoriais, no âmbito da seguridade, a formulação, coordenação, supervisão e avaliação da Política Nacional do Idoso, respeitadas as respectivas esferas de atribuições administrativas.

Art. 17. O idoso terá atendimento preferencial nos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população.

Parágrafo único. 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.

Art. 18. Fica proibida a permanência em instituições asilares, de caráter social, de idosos portadores de doenças que exijam assistência médica permanente ou de assistência de enfermagem intensiva, cuja falta possa agravar ou por em risco sua vida ou a vida de terceiros.

Parágrafo único. A permanência ou não do idoso doente em instituições asilares, de caráter social, dependerá de avaliação médica prestada pelo serviço de saúde local.

Art. 19. Para implementar as condições estabelecidas no artigo anterior, as instituições asilares poderão firmar contratos ou convênios com o Sistema de Saúde local.

Art. 20. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 3 de Julho de 1996;

175° da Independência e 108° da República.

**FERNANDO HENRIQUE CARDOSO**

Nelson A. Jobim

Paulo Renato Souza

Francisco Weffort

Paulo Paiva

Reinhold Stephanes

Adib Jatene

Antonio Kandir





## POLÍTICA DE SAÚDE DO IDOSO

Portaria n.º 1.395/GM

Em 10 de dezembro de 1999.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando a necessidade de o setor saúde dispor de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do idoso; a conclusão do processo de elaboração da referida política, que envolveu consultas a diferentes segmentos direta e indiretamente envolvidos com o tema; e a aprovação da proposta da política mencionada pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde, resolve:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Saúde do Idoso, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante.

Art. 2º Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**JOSÉ SERRA**

## ANEXO

### POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO

#### 1. INTRODUÇÃO

Parte essencial da Política Nacional de Saúde, a presente Política fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e àquela em processo de envelhecimento, na conformidade do que determinam a Lei Orgânica da Saúde – N.º 8.080/90 – e a Lei 8.842/94, que assegura os direitos deste segmento populacional.

No conjunto dos princípios definidos pela Lei Orgânica, destaca-se o relativo à “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”, que constitui uma das questões essenciais enfocadas nesta Política, ao lado daqueles inerentes à integralidade da assistência e ao uso da epidemiologia para a fixação de prioridades (Art. 7º, incisos III, II e VII, respectivamente).

Por sua vez, a Lei N.º 8.842 – regulamentada pelo Decreto N.º 1.948, de 3 de julho de 1996 –, ao definir a atuação do Governo, indicando as ações específicas das áreas envolvidas, busca criar condições para que sejam promovidas a autonomia, a integração e a participação dos idosos na sociedade, assim consideradas as pessoas com 60 anos de idade ou mais.

Segundo essa Lei, cabe ao setor saúde, em síntese, prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante o estabelecimento de normas específicas para tal; o desenvolvimento da cooperação entre as esferas de governo e entre centros de referência em geriatria e gerontologia; e a inclusão da geriatria como especialidade clínica para efeito de concursos públicos, além da realização de estudos e pesquisas na área (inciso II do Art. 10).

Ao lado das determinações legais, há que se considerar, por outro lado, que a população idosa brasileira tem se ampliado rapidamente. Em termos proporcionais, a faixa etária a partir de 60 anos de idade é a que mais cresce. No período de 1950 a 2025, segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde – OMS –, o grupo de idosos no Brasil deverá ter aumentado em 15 vezes, enquanto a população total em cinco. O País ocupará, assim, o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade.

O processo de transição demográfica no Brasil caracteriza-se pela rapidez com que o aumento absoluto e relativo das populações adulta e idosa modificaram a pirâmide populacional. Até os anos 60, todos os grupos etários registravam um crescimento quase igual; a partir daí, o grupo de idosos passou a liderar esse crescimento.

Nos países desenvolvidos, essa transição ocorreu lentamente, realizando-se ao longo de mais de cem anos. Alguns desses países, hoje, apresentam um crescimento negativo da sua população, com a taxa de nascimentos mais baixa que a de mortalidade. A transição acompanhou a elevação da qualidade de vida das populações urbanas e rurais, graças à adequada inserção das pessoas no mercado de trabalho e de oportunidades educacionais mais favoráveis, além de melhores condições sanitárias, alimentares, ambientais e de moradia.

À semelhança de outros países latino-americanos, o envelhecimento no Brasil é um fenômeno predominantemente urbano, resultando sobretudo do intenso movimento migratório iniciado na década de 60, motivado pela industrialização desencadeada pelas políticas desenvolvimentistas. Esse processo de urbanização propiciou um maior acesso da população a serviços de saúde e saneamento, o que colaborou para a queda verificada na mortalidade. Possibilitou, também, um maior acesso a programas de planejamento familiar e a métodos anticoncepcionais, levando a uma significativa redução da fecundidade.

A persistir a tendência de o envelhecimento como fenômeno urbano, as projeções para o início do século XXI indicam que 82% dos idosos brasileiros estarão morando nas cidades. As regiões mais urbanizadas, como a Sudeste e o Sul, ainda oferecem melhores possibilidades de emprego, disponibilidade de serviços públicos e oportunidades de melhor alimentação, moradia e assistência médica e social.

Embora grande parte das populações ainda viva na pobreza, nos países menos desenvolvidos, certas conquistas tecnológicas da medicina moderna, verificadas nos últimos 60 anos – assepsia, vacinas, antibióticos, quimioterápicos e exames complementares de diagnóstico, entre outros –, favoreceram a adoção de meios capazes de prevenir ou curar muitas doenças que eram fatais até então. O conjunto dessas medidas provocou uma queda da mortalidade infantil e, conseqüentemente, um aumento da expectativa de vida ao nascer.

No Brasil, em 1900, a expectativa de vida ao nascer era de 33,7 anos; nos anos 40, de 39 anos; em 50, aumentou para 43,2 anos e, em 60, era de 55,9 anos. De 1960 para 1980, essa expectativa ampliou-se para 63,4 anos, isto é, foram acrescentados vinte anos em três décadas, segundo revela o Anuário Estatístico do Brasil de 1982 (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Fundação IBGE). De 1980 para 2000, o aumento deverá ser em torno de cinco anos, ocasião em que cada brasileiro, ao nascer, esperará viver 68 anos e meio. As projeções para o período de 2000 a 2025 permitem supor que a expectativa média de vida do brasileiro estará próxima de 80 anos, para ambos os sexos (Kalache et al., 1987).

Paralelamente a esse aumento na expectativa de vida, tem sido observado, a partir da década de 60, um declínio acentuado da fecundidade, levando a um aumento importante da proporção de idosos na população brasileira. De 1980 a 2000, o grupo etário com

60 anos e mais de idade deverá crescer 105%; as projeções apontam para um crescimento de 130% no período de 2000 a 2025.

Mesmo que se leve em conta que uma parcela do contingente de idosos participe da atividade econômica, o crescimento deste grupo populacional afeta diretamente a razão de dependência, usualmente definida como a soma das populações jovem e idosa em relação à população economicamente ativa total. Esse coeficiente é calculado tomando por base a população de menos de 15 anos e a de 60 e mais anos de idade em relação àquela considerada em idade produtiva (situada na faixa etária dos 15 aos 59 anos de idade).

O processo de urbanização e a conseqüente modificação do mercado de trabalho aceleraram a redistribuição da população entre as zonas rural e urbana do País. Em 1930, dois terços da população brasileira viviam na zona rural; hoje, mais de três quartos estão em zona urbana. O emprego nas fábricas e as mais diferenciadas possibilidades de trabalho nas cidades modificaram a estrutura familiar brasileira, transformando a família extensa do campo na família nuclear urbana. Com o aumento da expectativa de vida, as famílias passaram a ser constituídas por várias gerações, exigindo os necessários mecanismos de apoio mútuo entre as que compartilham o mesmo domicílio.

A família, tradicionalmente considerada o mais efetivo sistema de apoio aos idosos, está passando por alterações decorrentes dessas mudanças conjunturais e culturais. O número crescente de divórcios e segundo ou terceiro casamento, a contínua migração dos mais jovens em busca de mercados mais promissores e o aumento no número de famílias em que a mulher exerce o papel de chefe são situações que precisam ser levadas em conta na avaliação do suporte informal aos idosos na sociedade brasileira. Essas situações geram o que se convencionou chamar de intimidade à distância, em que diferentes gerações ou mesmo pessoas de uma mesma família ocupam residências separadas.

Tem sido observada uma feminilização do envelhecimento no Brasil. O número de mulheres idosas, confrontado com o de homens de mais de 60 anos de idade, já é superior há muito tempo. Da mesma forma, a proporção de idosas em relação à população total de mulheres supera aquela correspondente aos homens idosos. No Brasil, desde 1950, as mulheres têm maior esperança de vida ao nascer, sendo que a diferença está ao redor de sete anos e meio.

De outra parte, o apoio aos idosos praticado no Brasil ainda é bastante precário. Por se tratar de uma atividade predominantemente restrita ao âmbito familiar, o cuidado ao idoso tem sido ocultado da opinião pública, carecendo de visibilidade maior.

O apoio informal e familiar constitui um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional. Isso não significa, no entanto, que o Estado deixa de ter um papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS, capaz de otimizar o suporte familiar sem transferir para a família a responsabilidade em relação a este grupo populacional.

Além das transformações demográficas descritas anteriormente, o Brasil tem experimentado uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade. As doenças infectocontagiosas que, em 1950, representavam 40% das mortes registradas no País, hoje são responsáveis por menos de 10% (RADIS: “Mortalidade nas Capitais Brasileiras, 1930-1980). O oposto ocorreu em relação às doenças cardiovasculares: em 1950, eram responsáveis por 12% das mortes e, atualmente, representam mais de 40%. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de morbimortalidade típico de uma população jovem, para um caracterizado por enfermidades crônicas, próprias das faixas etárias mais avançadas, com custos diretos e indiretos mais elevados.

Essa mudança no perfil epidemiológico acarreta grandes despesas com tratamentos médicos e hospitalares, ao mesmo tempo em que se configura num desafio para as autoridades sanitárias, em especial no que tange à implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais freqüentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas.

Tomando-se por base os dados relativos à internação hospitalar pelo Sistema Único de Saúde – SUS –, em 1997, e a população estimada pelo IBGE para este mesmo ano, pode-se concluir que o idoso, em relação às outras faixas etárias, consome muito mais recursos de saúde. Naquele ano, o Sistema arcou com um total de 12.715.568 de AIHs (autorizações de internações hospitalares), assim distribuídas:

- 2.471.984 AIHs (19,4%) foram de atendimentos na faixa etária de 0-14 anos de idade, que representava 33,9% da população total (aqui também estão incluídas as AIHs dos recém-nascidos em ambiente hospitalar, bem como as devidas a parto normal);
- 7.325.525 AIHs (57,6%) foram na faixa etária de 15-59 anos de idade (58,2% da população total);
- 2.073.915 AIHs (16,3%) foram na faixa etária de 60 anos ou mais de idade (7,9% da população total);
- 480.040 AIHs (3,8%) foram destinadas ao atendimento de indivíduos de idade ignorada; essas hospitalizações, em sua grande maioria, corresponderam a tratamento de enfermidades mentais de longa permanência, geralmente em pessoas acima de 50 anos de idade (essa parcela de AIHs foi

excluída dos estudos em que se diferencia o impacto de cada faixa etária no sistema hospitalar);

- a taxa de hospitalização, em um ano, alcançou um total de 46 por 1.000 indivíduos na faixa etária de 0 a 14 anos de idade, 79 no segmento de 15 a 59 anos de idade e 165 no grupo de 60 anos ou mais de idade;
- o tempo médio de permanência hospitalar foi de 5,1 dias para o grupo de 0-14 anos de idade, 5,1 dias no de 15-59 e 6,8 dias no grupo mais idoso;
- o índice de hospitalização (número de dias de hospitalização consumidos, por habitante, a cada ano) correspondeu a 0,23 dias na faixa de 0-14 anos de idade; a 0,40 dias na faixa de 15-59; e a 1,12 dias na faixa de 60 anos ou mais de idade;
- do custo total de R\$ 2.997.402.581,29 com despesas de internações hospitalares, 19,7% foram com pacientes da faixa etária de 0-14 anos de idade, 57,1% da faixa de 15-59 anos de idade e 23,9% foram de idosos;
- o custo médio, por hospitalização, foi de R\$ 238,67 em relação à faixa etária de 0-14 anos de idade, R\$ 233,87 à de 15-59 anos e R\$ 334,73 ao grupo de mais de 60 anos de idade; e
- o índice de custo (custo de hospitalização por habitante/ano) foi de R\$ 10,93 no segmento de 0-14 anos de idade, de R\$ 18,48 no de 15-59 anos de idade e de R\$ 55,25 no de mais de 60 anos de idade.

Estudos têm demonstrado que o idoso, em relação às outras faixas etárias, consome muito mais recursos do sistema de saúde e que este maior custo não reverte em seu benefício. O idoso não recebe uma abordagem médica ou psicossocial adequada nos hospitais, não sendo submetido também a uma triagem rotineira para fins de reabilitação.

A abordagem médica tradicional do adulto hospitalizado – focada em uma queixa principal e o hábito médico de tentar explicar todas as queixas e os sinais por um único diagnóstico, que é adequada no adulto jovem – não se aplica em relação ao idoso. Estudos populacionais demonstram que a maioria dos idosos – 85% – apresenta pelo menos uma doença crônica e que uma significativa minoria – 10% – possui, no mínimo, cinco destas patologias (Ramos, LR e cols, 1993). A falta de difusão do conhecimento geriátrico junto aos profissionais de saúde tem contribuído decisivamente para as dificuldades na abordagem médica do paciente idoso.

A maioria das instituições de ensino superior brasileiras ainda não está sintonizada com o atual processo de transição demográfica e suas conseqüências médico-sociais. Há uma escassez de recursos técnicos e humanos para enfrentar a explosão desse grupo populacional no terceiro milênio.

O crescimento demográfico brasileiro tem características particulares, que precisam ser apreendidas mediante estudos e desenhos de investigação que dêem conta dessa especificidade. O cuidado de saúde destinado ao idoso é bastante caro, e a pesquisa corretamente orientada pode propiciar os instrumentos mais adequados para uma maior eficiência na adoção de prioridades e na alocação de recursos, além de subsidiar a implantação de medidas apropriadas à realidade brasileira.

A transição demográfica no Brasil exige, na verdade, novas estratégias para fazer frente ao aumento exponencial do número de idosos potencialmente dependentes, com baixo nível socioeconômico, capazes de consumir uma parcela desproporcional de recursos da saúde destinada ao financiamento de leitos de longa permanência.

A internação dos idosos em asilos, casas de repouso e similares está sendo questionada até nos países desenvolvidos, onde

estes serviços alcançaram níveis altamente sofisticados em termos de conforto e eficiência. O custo desse modelo e as dificuldades de sua manutenção estão requerendo medidas mais resolutivas e menos onerosas. O retorno ao modelo de cuidados domiciliares, já bastante discutido, não pode ter como única finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades. A assistência domiciliar aos idosos, cuja capacidade funcional está comprometida, demanda programas de orientação, informação e assessoria de especialistas.

A maioria das doenças crônicas que acometem o indivíduo idoso tem, na própria idade, seu principal fator de risco. Envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais exceção do que regra. No entanto, a presença de uma doença crônica não significa que o idoso não possa gerir sua própria vida e encaminhar o seu dia-a-dia de forma totalmente independente.

A maior parte dos idosos é, na verdade, absolutamente capaz de decidir sobre seus interesses e organizar-se sem nenhuma necessidade de ajuda de quem quer que seja. Consoante aos mais modernos conceitos gerontológicos, esse idoso que mantém sua autodeterminação e prescinde de qualquer ajuda ou supervisão para realizar-se no seu cotidiano deve ser considerado um idoso saudável, ainda que seja portador de uma ou mais de uma doença crônica.

Decorre daí o conceito de capacidade funcional, ou seja, a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Do ponto de vista da saúde pública, a capacidade funcional surge como um novo conceito de saúde, mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso. Ações preventivas, assistenciais e de reabilitação devem objetivar a melhoria da capacidade funcional ou, no mínimo, a sua manutenção e, sempre que possível, a recuperação desta capacidade que foi perdida pelo idoso. Trata-se, portanto, de um enfoque que transcende o simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas.

A promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível – foco central desta Política –, significa a valorização da autonomia ou autodeterminação e a preservação da independência física e mental do idoso. Tanto as doenças físicas quanto as mentais podem levar à dependência e, conseqüentemente, à perda da capacidade funcional.

Na análise da questão relativa à reabilitação da capacidade funcional, é importante reiterar que a grande maioria dos idosos desenvolve, ao longo da vida, algum tipo de doença crônica decorrente da perda continuada da função de órgãos e aparelhos biológicos. Essa perda de função pode ou não levar a limitações funcionais que, por sua vez, podem gerar incapacidades, conduzindo, em última instância, à dependência da ajuda de outrem ou de equipamentos específicos para a realização de tarefas essenciais à sobrevivência no dia a dia.

Estudos populacionais revelam que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa do tipo fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa. Uma parcela menor, mas significativa – 10% –, requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se e, até, sentar e levantar de cadeiras e camas (Ramos, L. R. e cols., 1993). É imprescindível que, na prestação dos cuidados aos idosos, as famílias estejam devidamente orientadas em relação às atividades de vida diária (AVDs).

Tanto a dependência física quanto a mental constituem fatores de risco significativos para mortalidade, mais relevantes até que as próprias doenças que levaram à dependência, visto que nem todo doente torna-se dependente, conforme revelam estudos populacionais de segmentos de idosos residentes em diferentes comunidades (Ramos, L. R. e cols., 1993). No entanto, nem todo dependente perde sua

autonomia e, neste sentido, a dependência mental deve ser objeto de atenção especial, na medida em que leva, com muito mais frequência, à perda de autonomia. Doenças como depressão e demência já estão, em todo mundo, entre as principais causas de anos vividos com incapacidade, exatamente por conduzirem à perda da independência e, quase que necessariamente, à perda da autonomia.

Os custos gerados por essa dependência são tão grandes quanto o investimento de dedicar um membro da família ou um cuidador para ajudar continuamente uma pessoa que, muitas vezes, irá viver mais 10 ou 20 anos, requerendo uma atenção que, não raro, envolve leitos hospitalares e institucionais, procedimentos diagnósticos caros e sofisticados, bem como o consenso freqüente de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, capaz de fazer frente à problemática multifacetada do idoso.

Dentro desse contexto é que são estabelecidas novas prioridades dirigidas a esse grupo populacional, que deverão nortear as ações em saúde nesta virada de século.

## 2. PROPÓSITO

Como se pode depreender da análise apresentada no capítulo anterior, o crescimento demográfico da população idosa brasileira exige a preparação adequada do País para atender às demandas das pessoas na faixa etária de mais de 60 anos de idade. Essa preparação envolve diferentes aspectos que dizem respeito desde a adequação ambiental e o provimento de recursos materiais e humanos capacitados, até a definição e a implementação de ações de saúde específicas.

Acresce-se, por outro lado, a necessidade de a sociedade entender que o envelhecimento de sua população é uma questão que extrapola a esfera familiar e, portanto, a responsabilidade individual, para alcançar o âmbito público, neste compreendido o Estado, as organizações não-governamentais e os diferentes segmentos sociais.

Nesse sentido, a presente Política Nacional de Saúde do Idoso tem como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.

Para tanto, nesta Política estão definidas as diretrizes que devem nortear todas as ações no setor saúde, e indicadas as responsabilidades institucionais para o alcance do propósito acima explicitado. Além disso, orienta o processo contínuo de avaliação que deve acompanhar o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde do Idoso, mediante o qual deverá ser possível os eventuais redimensionamentos que venham a ser ditados pela prática.

A implementação desta Política compreende a definição e ou readequação de planos, programas, projetos e atividades do setor saúde, que direta ou indiretamente se relacionem com o seu objeto. O esforço conjunto de toda a sociedade, aqui preconizado, implica o estabelecimento de uma articulação permanente que, no âmbito do SUS, envolve a construção de contínua cooperação entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

### **3. DIRETRIZES**

Para o alcance do propósito desta Política Nacional de Saúde do Idoso, são definidas como diretrizes essenciais:

- 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;

- o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais ; e
- o apoio a estudos e pesquisas.

### 3.1. Promoção do envelhecimento saudável

O cumprimento dessa diretriz compreenderá o desenvolvimento de ações que orientem os idosos e os indivíduos em processo de envelhecimento quanto à importância da melhoria constante de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida e a eliminação de comportamentos nocivos à saúde.

Entre os hábitos saudáveis, deverão ser destacados, por exemplo, a alimentação adequada e balanceada; a prática regular de exercícios físicos; a convivência social estimulante; e a busca, em qualquer fase da vida, de uma atividade ocupacional prazerosa e de mecanismos de atenuação do estresse. Em relação aos hábitos nocivos, merecerão destaque o tabagismo, o alcoolismo e a automedicação.

Tais temas serão objeto de processos educativos e informativos continuados, em todos os níveis de atuação do SUS, com a utilização dos diversos recursos e meios disponíveis, tais como: distribuição de cartilhas e folhetos, bem como o desenvolvimento de campanhas em programas populares de rádio; veiculação de filmes na televisão; treinamento de agentes comunitários de saúde e profissionais integrantes da estratégia de saúde da família para, no trabalho domiciliar, estimular os cidadãos na adoção de comportamentos saudáveis.

Ênfase especial será dada às orientações dos idosos e seus familiares quanto aos riscos ambientais, que favorecem quedas e que podem comprometer a capacidade funcional destas pessoas. Deverão ser garantidas aos idosos, assim como aos portadores de deficiência, condições adequadas de acesso aos espaços públicos, tais como rampas, corrimões e outros equipamentos facilitadores.

### 3.2. Manutenção da capacidade funcional

Ao lado das medidas voltadas à promoção de hábitos saudáveis, serão promovidas ações que visem a prevenção de perdas funcionais, em dois níveis específicos:

- prevenção de agravos à saúde;
- detecção precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados, cujo avanço poderá pôr em risco as habilidades e a autonomia dos idosos.

As ações de prevenção envolvidas no primeiro nível estarão centradas na aplicação de vacinas, medida já consolidada para a infância, mas com prática ainda limitada e recente entre idosos. Deverão ser aplicadas as vacinas contra o tétano, a pneumonia pneumocócica e a influenza, que representam problemas sérios entre os idosos no Brasil e que são as preconizadas pela Organização Mundial da Saúde – OMS – para este grupo populacional.

A grande maioria das hospitalizações para o tratamento do tétano ocorre em indivíduos acima dos 60 anos de idade. Nesse sentido, essa população será estimulada a fazer doses de reforço da vacina antitetânica a cada dez anos, tendo em vista a sua comprovada efetividade, a qual alcança quase os 100%.

As pneumonias, em especial a de origem pneumocócica, estão entre as patologias infecciosas que mais trazem riscos à saúde dos idosos, com altas taxas de internação, além de alta letalidade nesta faixa etária. São apontadas como fatores de descompensação funcional de piora dos quadros de insuficiência cardíaca, desencadeadoras de edema agudo de pulmão e fonte de deterioração nos quadros de doenças pulmonares obstrutivas crônicas. Levando em conta as recomendações técnicas atuais, a vacina antipneumocócica deverá ser administrada em dose única nos indivíduos idosos.

Embora vista como enfermidade trivial, a influenza – ou gripe –, no grupo dos idosos, pode trazer conseqüências graves,

levando a processos pneumônicos ou, ainda, à quebra do equilíbrio, já instável, destes indivíduos, portadores de patologias crônicas não transmissíveis. A vacina antigripal deverá ser aplicada em todos os idosos, pelo menos duas semanas antes do início do inverno ou do período das chuvas nas regiões mais tropicais.

No segundo nível da manutenção da capacidade funcional, além do reforço das ações dirigidas à detecção precoce de enfermidades não transmissíveis – como a hipertensão arterial, a diabetes melito e a osteoporose –, deverão ser introduzidas as novas medidas, de que são exemplos aquelas dirigidas ao hipotireoidismo subclínico – ainda pouco usuais e carentes de sistematização –, mediante o desenvolvimento de atividades específicas, entre as quais destacam se:

- antecipação de danos sensoriais, com o rastreio precoce de danos auditivos, visuais e proprioceptivos;
- utilização dos protocolos próprios para situações comuns entre os idosos, tais como riscos de queda, alterações do humor e perdas cognitivas;
- prevenção de perdas dentárias e de outras afecções da cavidade bucal;
- prevenção de deficiências nutricionais;
- avaliação das capacidades e habilidades funcionais no ambiente domiciliar, com vistas à prevenção de perda de independência e autonomia;
- prevenção do isolamento social, com a criação ou uso de oportunidades sociais, como clubes, grupos de convivência, associação de aposentados etc.

A operacionalização da maioria dessas medidas dar-se-á nas próprias unidades de saúde, com suas equipes mínimas tradicionais, às quais deverão ser incorporados os agentes de saúde ou visitantes, além do estabelecimento de parcerias nas ações integrantes da estratégia de saúde da família e outras congêneres. Além disso, na

implementação dessa diretriz, buscar-se-á o engajamento efetivo dos grupos de convivência, com possibilidades tanto terapêuticas e preventivas, quanto de lazer.

### **3.3. Assistência às necessidades de saúde do idoso**

A prestação dessa assistência basear-se-á nas orientações abaixo descritas, as quais compreendem os âmbitos ambulatorial, hospitalar e domiciliar.

No âmbito ambulatorial, a consulta geriátrica constituirá a base dessa assistência. Para tal, deverá ser estabelecido um modelo específico, de modo a alcançar-se um impacto expressivo na assistência, em particular na redução das taxas de internação hospitalar e em clínicas de repouso – e mesmo asilos –, bem como a diminuição da demanda aos serviços de emergência e aos ambulatórios de especialidades.

A consulta geriátrica deverá ser fundamentada na coleta e no registro de informações que possam orientar o diagnóstico a partir da caracterização de problemas e o tratamento adequado, com a utilização rotineira de escalas de rastreamento para depressão, perda cognitiva e avaliação da capacidade funcional, assim como o correto encaminhamento para a equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Considerando que a qualidade da coleta de dados apresenta dificuldades peculiares a esse grupo etário, em decorrência de elevado índice de morbidade, apresentações atípicas de doenças e pela chance aumentada de iatrogenia, o modelo de consulta a ser estabelecido pautar-se-á pela abrangência, sensibilidade diagnóstica e orientação terapêutica, nesta incluídas ações não farmacológicas.

A abrangência do modelo de consulta geriátrica compreenderá a incorporação de informações que permitam a identificação de problemas não apenas relacionados aos sistemas cardiorrespiratório, digestivo, hematológico e endócrino-metabólico, como, também,

aos transtornos neuropsiquiátricos, nos aparelhos locomotor e geniturinário.

Essa forma de consulta deverá possibilitar a sensibilização do profissional para questões sociais eventualmente envolvidas no bem-estar do paciente.

Por sua vez, a sensibilidade diagnóstica deverá implicar a capacidade de motivar a equipe para a busca de problemas de elevada prevalência, que não são comumente diagnosticados, como por exemplo: doenças tireoideanas, doença de Parkinson, hipotensão ortostática, incontinência urinária, demências e depressões. É importante que informações relacionadas a glaucoma, catarata e hipoacusia sejam coletadas. A possibilidade de iatrogenia sempre deverá ser considerada.

Finalmente, a orientação terapêutica, incluindo mudanças de estilo de vida, deverá possibilitar que a consulta geriátrica enfrente os problemas identificados, levando a alguma forma de alívio e atenuação do impacto funcional. Ao mesmo tempo, o médico deverá evitar excessos na prescrição e uso de fármacos com elevado potencial iatrogênico.

A orientação terapêutica compreenderá, sempre que necessário, informações aos pacientes e seus acompanhantes sobre as medidas de prevenção dos agravos à saúde e acerca das ações de reabilitação precoce – ou “preventiva” – e corretiva, levando em conta, da melhor maneira possível, o ambiente em que vivem e as condições sociais que dispõem.

Já no âmbito hospitalar, a assistência a esse grupo populacional deverá considerar que a idade é um indicador precário na determinação das características especiais do idoso enfermo hospitalizado. Nesse sentido, o estado funcional constituirá o parâmetro mais fidedigno para o estabelecimento de critérios específicos de atendimento.

Assim, os pacientes classificados como totalmente dependentes constituirão o grupo mais sujeito a internações prolongadas, reinternações sucessivas e de pior prognóstico e que, por isso, se enquadram no conceito de vulnerabilidade. Os serviços de saúde deverão estar preparados para identificar esses pacientes, provendo-lhes uma assistência diferenciada.

Essa assistência será pautada na participação de outros profissionais, além de médicos e enfermeiros, tais como fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, dentistas e nutricionistas. Dessa forma, a disponibilidade de equipe mínima, que deve incluir obrigatoriamente um médico com formação em geriatria, de equipamentos e de serviços adequados, será pré-requisito para as instituições públicas estatais ou privadas – conveniadas ou contratadas pelo SUS –, que prestarem assistência a idosos dependentes internados.

Idosos com graves problemas de saúde, sem possibilidade de recuperação ou de recuperação prolongada, poderão demandar internação hospitalar de longa permanência; forma esta definida na Portaria N.º 2.413, editada em 23 de março de 1998. No entanto, esses pacientes deverão ser submetidos a tentativa de reabilitação antes e durante a hospitalização, evitando-se que as enfermarias sejam transformadas em locais de acomodação para pacientes idosos com problemas de saúde não resolvidos e, por conseguinte, aumentando a carga de sofrimento do próprio idoso, bem como o aumento dos custos dos serviços de saúde.

Entre os serviços alternativos à internação prolongada, deverá estar incluída, obrigatoriamente, a assistência domiciliar. A adoção de tal medida constituirá estratégia importante para diminuir o custo da internação, uma vez que assistência domiciliar é menos onerosa do que a internação hospitalar. O atendimento ao idoso enfermo, residente em instituições – como, por exemplo, asilos –, terá as mesmas características da assistência domiciliar

Deverá ser estimulada, por outro lado, a implantação do hospital-dia geriátrico, uma forma intermediária de atendimento entre a internação hospitalar e a assistência domiciliar. Esse serviço terá como objetivo viabilizar a assistência técnica adequada para pacientes cuja necessidade terapêutica – hidratação, uso de medicação endovenosa, quimioterapia e reabilitação – e de orientação para cuidadores não justificarem a permanência em hospital.

Tal medida não poderá ser encarada como justificativa para o simples aumento do tempo de internação. Contudo, a internação de idosos em UTI, em especial daqueles com idade igual ou superior a 75 anos, deverá obedecer rigorosamente os critérios adotados em todas as faixas etárias, de potencial de reversibilidade do estado clínico e não a sua gravidade, quando reconhecidamente irreversível.

A implantação de forma diferenciada de assistência ao idoso dependente será gradual, priorizando-se hospitais universitários e públicos estatais.

Uma questão que deverá ser considerada refere-se ao fato de que o idoso tem direito a um atendimento preferencial nos órgãos estatais e privados de saúde (ambulatorios, hospitais, laboratórios, planos de saúde, entre outros), na conformidade do que estabelece a Lei N.º 8.842/94, em seu Art. 4º, inciso VIII, e o Art. 17, do Decreto N.º 1.948/96, que a regulamentou. O idoso terá também uma autorização para acompanhante familiar em hospitais públicos e privados – conveniados ou contratados – pelo SUS.

Na relação entre o idoso e os profissionais de saúde, um dos aspectos que deverá sempre ser observado diz respeito à possibilidade de maus-tratos, quer por parte da família, quer por parte do cuidador ou mesmo destes profissionais. É importante que o idoso saiba identificar posturas e comportamentos que significam maus-tratos, bem como os fatores de risco neles envolvidos. Esses maus-tratos podem ser por negligência – física, psicológica ou financeira

–, por abuso – físico, psicológico ou financeiro – ou por violação dos direitos pessoais. O profissional de saúde, o idoso e a família, quando houver indícios de maus-tratos, deverá denunciar a sua suspeita às autoridades competentes.

Considerando que a vulnerabilidade à perda de capacidade está ligada a aspectos socioeconômicos, atenção especial deverá ser concedida aos grupos de idosos que estão envelhecendo em condições mais desfavoráveis, de que são exemplos aqueles residentes na periferia dos grandes centros urbanos e os que vivem nas zonas rurais desprovidas de recursos de saúde e assistência social, onde também se observa uma intensa migração da população jovem.

### **3.4. Reabilitação da capacidade funcional comprometida**

As ações nesse contexto terão como foco especial a reabilitação precoce, mediante a qual buscar-se-á prevenir a evolução e recuperar a perda funcional incipiente, de modo a evitar-se que as limitações da capacidade funcional possam avançar e que aquelas limitações já avançadas possam ser amenizadas. Esse trabalho envolverá as práticas de um trabalho multiprofissional de medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, fonoaudiologia, psicologia e serviço social.

Na definição e na implementação das ações, será levado em conta que, na realidade, as causas de dependência são, em sua maioria, evitáveis e, em muitos casos, reversíveis por intermédio de técnicas de reabilitação física e mental, tão mais efetivas quanto mais precocemente forem instituídas.

Além da necessidade de prevenir as doenças crônicas que acometem aos que envelhecem, procurar-se-á, acima de tudo, evitar que estas enfermidades alijem o idoso do convívio social, comprometendo sua autonomia.

No conjunto de ações que devem ser implementadas nesse âmbito, estão aquelas relacionadas à reabilitação mediante a prescrição adequada e o uso de órteses e próteses como, por exemplo, óculos, aparelhos auditivos, próteses dentárias e tecnologias assistivas (como andador, bengala etc.).

Essas e as outras ações que vierem a ser definidas deverão estar disponíveis em todos os níveis de atenção ao idoso, principalmente nos postos e centros de saúde, com vistas à detecção precoce e o tratamento de pequenas limitações funcionais capazes de levar a uma grave dependência.

Detecção precoce e o tratamento de pequenas limitações funcionais, potenciais causas de formas graves de dependência, integrarão as atribuições dos profissionais e técnicos que atuam nesses níveis de atenção, e deverão ser alvo de orientação aos cuidadores dos idosos para que possam colaborar com os profissionais da saúde, sobretudo na condição de agentes facilitadores, tanto na observação de novas limitações, quanto no auxílio ao tratamento prescrito.

### **3.5. Capacitação de recursos humanos especializados**

O desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos constituem diretriz que perpassará todas as demais definidas nesta Política, configurando mecanismo privilegiado de articulação intersetorial, de forma que o setor saúde possa dispor de pessoal em qualidade e quantidade adequadas, e cujo provimento é de responsabilidade das três esferas de governo.

Esse componente deverá merecer atenção especial, sobretudo no tocante ao que define a Lei N.º 8.080/90, em seu Art. 14 e parágrafo único, nos quais está estabelecido que a formação e a educação continuada contemplarão ação intersetorial articulada. A lei estabelece, como mecanismo fundamental, a criação de comissão permanente de integração entre os serviços de saúde e as instituições

de ensino profissional e superior, com a finalidade de “propor prioridades, métodos e estratégias”.

O trabalho articulado com o Ministério da Educação e as instituições de ensino superior deverá ser viabilizado por intermédio dos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia tendo em vista a capacitação de recursos humanos em saúde de acordo com as diretrizes aqui fixadas.

Os Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia serão, preferencialmente, localizados em instituições de ensino superior e terão atribuições específicas, conforme as características de cada instituição. A indicação desses Centros deverá ser estabelecida pelo Ministério da Saúde, de acordo com as necessidades identificadas no processo de implantação desta Política Nacional.

No âmbito da execução de ações, de forma mais específica, a capacitação buscará preparar os recursos humanos para a operacionalização de um elenco básico de atividades, que incluirá, entre outras, a prevenção de perdas, a manutenção e a recuperação da capacidade funcional da população idosa e o controle dos fatores que interferem no estado de saúde desta população.

A capacitação de pessoal para o planejamento, coordenação e avaliação de ações deverá constituir as bases para o desenvolvimento do processo contínuo de articulação com os demais setores, cujas ações estão diretamente relacionadas com o idoso no âmbito do setor saúde.

Essa capacitação será promovida pelos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, os quais terão a função específica de capacitar os profissionais para prestar a devida cooperação técnica demandada pelas demais esferas de gestão, no sentido de uniformizar conceitos e procedimentos que se tornarão indispensáveis para a efetivação desta Política Nacional de Saúde do Idoso, bem como para o seu processo contínuo de avaliação e acompanhamento.

### 3.6. Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais

Nesse âmbito, buscar-se-á desenvolver uma parceria entre os profissionais da saúde e as pessoas próximas aos idosos, responsáveis pelos cuidados diretos necessários às suas atividades da vida diária e pelo seguimento das orientações emitidas pelos profissionais. Tal parceria, como mostram estudos e pesquisas sobre o envelhecimento em dependência, configura a estratégia mais atual e menos onerosa para manter e promover a melhoria da capacidade funcional das pessoas que se encontram neste processo.

Nos países onde o envelhecimento da população vem ocorrendo há mais tempo, convencionou-se que há cuidados formais e informais na atenção às pessoas que envelheceram e que, de alguma forma, perderam a sua capacidade funcional. Os sistemas formais de cuidados são integrados por profissionais e instituições, que realizam este atendimento sob a forma de prestação de serviço. Dessa forma, os cuidados são prestados por pessoa ou agências comunitárias contratadas para tal. Já os sistemas informais são constituídos por pessoas da família, amigos próximos e vizinhos, freqüentemente mulheres, que exercem tarefas de apoio e cuidados voluntários para suprir a incapacidade funcional do seu idoso.

Na cultura brasileira, são essas pessoas que assumem para si as funções de provedoras de cuidados diretos e pessoais. O papel de mulher cuidadora na família é normativo, sendo quase sempre esperado que ela assuma tal papel. Os responsáveis pelos cuidados diretos aos seus idosos doentes ou dependentes geralmente residem na mesma casa e se incumbem de prestar a ajuda necessária ao exercício das atividades diárias destes idosos, tais como higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços requeridos no cotidiano, por exemplo ida a bancos ou farmácias.

O modelo de cuidados domiciliares, antes restrito à esfera privada e à intimidade das famílias, não poderá ter como única

finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades. A assistência domiciliar aos idosos cuja capacidade funcional está comprometida demanda orientação, informação e assessoria de especialistas.

Para o desempenho dos cuidados a um idoso dependente, as pessoas envolvidas deverão receber dos profissionais de saúde os esclarecimentos e as orientações necessárias, inclusive em relação à doença crônico-degenerativa com a qual está eventualmente lidando, bem como informações sobre como acompanhar o tratamento prescrito.

Essas pessoas deverão, também, receber atenção médica pessoal, considerando que a tarefa de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica riscos à saúde do cuidador. Por conseguinte, a função de prevenir perdas e agravos à saúde abrangerá, igualmente, a pessoa do cuidador.

Assim, a parceria entre os profissionais de saúde e as pessoas que cuidam dos idosos deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador, evitando-se, assim, na medida do possível, hospitalizações, asilamentos e outras formas de segregação e isolamento.

Dessa parceria, deverão resultar formas mais efetivas e eficazes de manutenção e de recuperação da capacidade funcional, assim como a participação mais adequada das pessoas envolvidas com alguém em processo de envelhecimento com dependência. O estabelecimento dessa ação integrada será realizado por meio de orientações a serem prestadas pelos profissionais de saúde, do intercâmbio de informações claras e precisas sobre diagnósticos e tratamentos, bem como relatos de experiências entre pessoas que estão exercitando o papel de cuidar de idoso dependente.

### 3.7. Apoio a estudos e pesquisas

Esse apoio deverá ser levado a efeito pelos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, resguardadas, nas áreas de conhecimento de suas especialidades, as particularidades de cada um.

Esses Centros deverão se equipar, com o apoio financeiro das agências de ciência e tecnologia regionais e ou federais, para organizar o seu corpo de pesquisadores e atuar em uma ou mais de uma linha de pesquisa. Tais grupos incumbir-se-ão de gerar informações com o intuito de subsidiar as ações de saúde dirigidas à população de mais de 60 anos de idade, em conformidade com esta Política. Caberá ao Ministério da Saúde e ao Ministério Ciência Tecnologia, em especial, o papel de articuladores, com vistas a garantir a efetividade de ações programadas de estudos e pesquisas desta Política Nacional de Saúde do Idoso.

As linhas de pesquisa deverão concentrar-se em quatro grandes tópicos de produção de conhecimentos sobre o envelhecimento no Brasil, contemplando as particularidades de gênero e extratos sociais nas zonas urbanas e rurais.

O primeiro tópico refere-se a estudos de perfil do idoso, nas diferentes regiões do País, e prevalência de problemas de saúde, incluindo dados sociais, nas formas de assistência e seguridade, situação financeira e apoios formais e informais. Nesse contexto, será estimulada a sistematização das informações produzidas pelos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, em articulação com os dados das agências governamentais, particularmente aquelas que lidam com estudos demográficos e populacionais.

No segundo tópico, deverão estar concentrados estudos visando a avaliação da capacidade funcional; prevenção de doenças, vacinações; estudos de seguimento; e desenvolvimento de instrumentos de rastreamento.

O terceiro tópico diz respeito aos estudos de modelos de cuidado, na assessoria para a implementação e no acompanhamento e na avaliação das intervenções.

O quarto tópico concentrar-se-á em estudos sobre a hospitalização e alternativas de assistência hospitalar, com vistas à maior eficiência e à redução dos custos no ambiente hospitalar. Para tal, a padronização de protocolos para procedimentos clínicos, exames complementares mais sofisticados e medicamentos deverão constituir pontos prioritários.

Comporão, ainda, esse último tópico estudos sobre orientação e cuidados aos idosos, alta hospitalar e diferentes alternativas de assistência –como assistência domiciliar, centro-dia, já utilizados em outros países –, bem como investigações acerca de formas de articulação de informações básicas em geriatria e gerontologia para os profissionais de todas as especialidades.

#### **4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS**

Caberá aos gestores do SUS, de forma articulada e na conformidade de suas atribuições comuns e específicas, prover os meios e atuar de modo a viabilizar o alcance do propósito desta Política Nacional de Saúde do Idoso, que é a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida.

Considerando, por outro lado, as diretrizes aqui definidas para a consecução do propósito fixado, cuja observância implica o desenvolvimento de um amplo conjunto de ações, entre as quais figurarão aquelas compreendidas no processo de promoção da saúde e que, por isso mesmo, irão requerer o compartilhamento de responsabilidades específicas tanto no âmbito interno do setor saúde, quanto no contexto de outros setores.

Nesse sentido, os gestores do SUS deverão estabelecer, em suas respectivas áreas de abrangência, processos de articulação permanente, visando o estabelecimento de parcerias e a integração institucional que viabilizem a consolidação de compromissos multilaterais efetivos. Será buscado, igualmente, a participação de diferentes segmentos da sociedade, que estejam direta ou indiretamente relacionadas com a presente Política.

#### **4.1. Articulação intersetorial**

No âmbito federal, o Ministério da Saúde buscará estabelecer, em especial, articulação com as instâncias a seguir apresentadas, para as quais estão identificadas as medidas essenciais, segundo as suas respectivas competências.

##### **A) Ministério da Educação**

A parceria com esse Ministério buscará sobretudo:

- a difusão, junto às instituições de ensino e seus alunos, de informações relacionadas à promoção da saúde dos idosos e à prevenção ou recuperação de suas incapacidades;
- a adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área da saúde, visando o atendimento das diretrizes fixadas nesta Política;
- o incentivo à criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia nas instituições de ensino superior, que deverão atuar de forma integrada com o SUS e os órgãos estaduais e municipais de assistência social, mediante o estabelecimento de referência e contra-referência de ações e serviços para o atendimento integral dos idosos e a capacitação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, visando a qualificação contínua do pessoal de saúde nas áreas de gerência, planejamento, pesquisa e assistência ao idoso;

- o estímulo e apoio à realização de estudos que contemplem as quatro linhas de pesquisa definidas como prioritárias por esta Política, visando o desenvolvimento de um sistema de informação sobre esta população, que subsidie o planejamento, execução e avaliação das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação;
- a discussão e a readequação de currículos e programas de ensino nas instituições de ensino superior abertas para a terceira idade, consoantes às diretrizes fixadas nesta Política.

## **B) Ministério da Previdência e Assistência Social**

A parceria buscará principalmente:

- a realização de estudos e pesquisas epidemiológicas, junto aos seus segurados, relativos às doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária, sobretudo quanto aos seus impactos no indivíduo, na família, na sociedade, na previdência social e no setor saúde;
- a elaboração de programa de trabalho conjunto direcionado aos idosos segurados, consoante às diretrizes fixadas nesta Política.

## **Secretaria de Estado da Assistência Social**

A parceria com essa Secretaria terá por finalidade principalmente:

- a difusão, junto aos seus serviços e àqueles sob a sua supervisão, de informações relativas à preservação da saúde e à prevenção ou recuperação de incapacidades;
- a adequação, na conformidade das diretrizes aqui estabelecidas, de seus cursos de treinamento ou capacitação de profissionais que atuam nas unidades próprias, conveniadas ou sob a sua supervisão;

- a promoção da formação e o acompanhamento de grupos de auto-ajuda aos idosos, referentes às doenças e agravos mais comuns nesta faixa etária;
- o apoio à criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia nas instituições de ensino superior, que devem atuar de forma integrada com o SUS e os órgãos estaduais e municipais de assistência social, mediante o estabelecimento de referência e contra-referência de ações e serviços para o atendimento integral de idosos e o treinamento de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, visando a capacitação contínua do pessoal de saúde nas áreas de gerência, planejamento, pesquisa e assistência ao idoso;
- o apoio à realização de estudos epidemiológicos para detecção dos agravos à saúde da população idosa, visando o desenvolvimento de sistema de informação sobre esta população, destinado a subsidiar o planejamento, a execução e a avaliação das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação;
- a promoção da observância das normas relativas à criação e ao funcionamento de instituições gerontológicas e similares, nas unidades próprias e naquelas sob a sua supervisão.

### **C) Ministério do Trabalho e Emprego**

Com esse Ministério, a parceria a ser estabelecida visará, em especial:

- a elaboração e a implementação de programas de preparo para futuros aposentados nos setores públicos e privados;
- a melhoria das condições de emprego do idoso, compreendendo: a eliminação das discriminações no mercado de trabalho e a criação de condições que permitam a inserção do idoso na vida socioeconômica das comunidades.

## **D) Secretaria de Estado do Desenvolvimento Urbano**

Será estabelecida a parceria com essa Secretaria visando, entre outras:

- a melhoria de condições de habitação e moradia, além da diminuição das barreiras arquitetônicas e urbanas que dificultam ou impedem a manutenção e apoio à independência funcional do idoso;
- a promoção de ações educativas dirigidas aos agentes executores e beneficiários de programas habitacionais quanto aos riscos ambientais à capacidade funcional dos idosos.
- o estabelecimento de previsão e a instalação de equipamentos comunitários públicos voltados ao atendimento da população idosa previamente identificada, residentes na área de abrangência dos empreendimentos habitacionais respectivos;
- a promoção de ações na área de transportes urbanos que permitam e ou facilitem o deslocamento do cidadão idoso, sobretudo aquele que já apresenta dificuldades de locomoção, tais como elevatórias para acesso aos ônibus na porta de hospitais, rampas nas calçadas, bancos mais altos nas paradas de ônibus.

## **E) Ministério da Justiça**

Com esse Ministério, a parceria terá por finalidade a promoção e a defesa dos direitos da pessoa idosa, no tocante às questões de saúde, mediante o acompanhamento da aplicação das disposições contidas na Lei N.º 8.842/94 e seu regulamento (Decreto N.º 1.948/96).

## **F) Ministério do Esporte e Turismo**

Essa parceria buscará, em especial, a elaboração, a implementação e o acompanhamento de programas esportivos e de exercícios físicos destinados às pessoas idosas, bem como de turismo que propiciem a saúde física e mental deste grupo populacional.

## **G) Ministério da Ciência e Tecnologia**

Buscar-se-á, por intermédio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq –, o fomento à pesquisa na área de geriatria e gerontologia contemplando, preferencialmente, as linhas de estudo definidas nesta Política.

### **4.2. Responsabilidades do Gestor Federal – Ministério da Saúde**

Implementar, acompanhar e avaliar a operacionalização desta Política Nacional de Saúde do Idoso, bem como os planos, programas, projetos e atividades dela decorrentes.

Promover a revisão e o aprimoramento das normas de funcionamento de instituições geriátricas e similares (Portaria 810/89).

Elaborar e acompanhar o cumprimento de normas relativas aos serviços geriátricos hospitalares.

Designar e apoiar os Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, preferencialmente localizados em instituições de ensino superior envolvidos na capacitação de recursos humanos em saúde do idoso e ou na produção de material científico, bem como em pesquisa nas áreas prioritárias do envelhecimento e da atenção a este grupo populacional.

Apoiar estudos e pesquisas definidos como prioritários nesta Política visando a ampliar o conhecimento sobre o idoso e a subsidiar o desenvolvimento das ações decorrentes desta Política.

Promover a cooperação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com os Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia com vistas à capacitação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares.

Promover a inclusão da geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos.

Criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos às instâncias estadual e municipal ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde do idoso.

Estimular e apoiar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto desta Política.

Promover a disseminação de informações técnico-científicas e de experiências exitosas referentes à saúde do idoso.

Promover a capacitação de recursos humanos para a implementação desta Política.

Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis, por parte dos idosos, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos educativos permanentes.

Apoiar estados e municípios, a partir da análise de tendências, no desencadeamento de medidas visando a eliminação ou o controle de fatores de risco detectados.

Promover o fornecimento de medicamentos, órteses e próteses necessários à recuperação e à reabilitação do idoso.

Estimular a participação do idoso nas diversas instâncias de controle social do SUS.

Estimular a formação de grupos de auto-ajuda e de convivência, de forma integrada com outras instituições que atuam nesse contexto.

Estimular a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades

de cuidados diurnos – hospital-dia, centro-dia – de atendimento domiciliar, bem como de outros serviços alternativos para o idoso.

### **4.3. Responsabilidades do Gestor Estadual – Secretaria Estadual de Saúde**

Elaborar, coordenar e executar a política estadual de saúde do idoso, consoante a esta Política Nacional.

Promover a elaboração e ou adequação dos planos, programas, projetos e atividades decorrentes desta Política.

Promover processo de articulação entre os diferentes setores no Estado, visando a implementação da respectiva política de saúde do idoso.

Acompanhar o cumprimento de normas de funcionamento de instituições geriátricas e similares, bem como de serviços hospitalares geriátricos.

Estabelecer cooperação com os Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia com vistas ao treinamento de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, e promover esta cooperação com as Secretarias Municipais de Saúde, de modo a capacitar recursos humanos necessários à consecução da política estadual de saúde do idoso.

Promover a capacitação de recursos humanos necessários à consecução da política estadual de saúde do idoso.

Adequar os serviços de saúde com a finalidade do atendimento às necessidades específicas da população idosa.

Prestar cooperação técnica aos municípios na implementação das ações decorrentes.

Apoiar propostas de estudos e pesquisas estrategicamente importantes para a implementação, avaliação ou reorientação das questões relativas à saúde do idoso.

Promover a adoção de práticas e hábitos saudáveis, por parte dos idosos, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas de comunicação.

Promover o fornecimento de medicamentos, próteses e órteses necessários à recuperação e à reabilitação de idosos.

Estimular e viabilizar a participação de idosos nas instâncias de participação social.

Estimular a formação de grupos de auto ajuda e de convivência, de forma integrada com outras instituições que atuam nesse contexto.

Criar e estimular a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos – hospital-dia, centro-dia – de atendimento domiciliar, bem como de outros serviços alternativos para o idoso.

Prover o Sistema Nacional de Informação em Saúde com dados respectivos e análises relacionadas à situação de saúde e às ações dirigidas aos idosos.

#### **4.4. Responsabilidades do Gestor Municipal – Secretaria Municipal de Saúde ou organismos correspondentes**

Coordenar e executar as ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual, em seu respectivo âmbito, definindo componentes específicos que devem ser implementados pelo município.

Promover as medidas necessárias para integrar a programação municipal à adotada pelo Estado, submetendo-as à Comissão Intergestores Bipartite.

Promover articulação necessária com as demais instâncias do SUS visando o treinamento e a capacitação de recursos humanos para operacionalizar, de forma produtiva e eficaz, o elenco de atividades específicas na área de saúde do idoso.

Manter o provimento do Sistema Nacional de Informação em Saúde com dados e análises relacionadas à situação de saúde e às ações dirigidas aos idosos.

Promover a difusão de conhecimentos e recomendações sobre práticas, hábitos e estilos de vida saudáveis, junto à população de idosos, valendo-se, inclusive, da mobilização da comunidade.

Criar e estimular a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos – hospital-dia, centro-dia – de atendimento domiciliar.

Estimular e apoiar a formação de grupos de auto-ajuda e de convivência, de forma integrada com outras instituições que atuam nesse contexto.

Realizar articulação com outros setores visando a promoção a qualidade de vida dos idosos.

Promover o acesso a medicamentos, órteses e próteses necessários à recuperação e à reabilitação do idoso.

Aplicar, acompanhar e avaliar o cumprimento de normas de funcionamento de instituições geriátricas e similares, bem como de serviços geriátricos da rede local.

Estimular e viabilizar a participação social de idosos nas diversas instâncias.

## **5. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO**

A operacionalização desta Política compreenderá a sistematização de processo contínuo de acompanhamento e avaliação, que permita verificar o alcance de seu propósito – e, conseqüentemente, o seu impacto sobre a saúde dos idosos –, bem como proceder a eventuais adequações que se fizerem necessárias.

Esse processo exigirá a definição de critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, capazes de evidenciar, também, a repercussão das medidas levadas a efeito por outros setores, que resultaram da ação articulada preconizada nesta Política e que estão explicitadas no capítulo anterior deste documento, bem

como a observância dos compromissos internacionais assumidos pelo País em relação à atenção aos idosos.

É importante considerar que o processo de acompanhamento e avaliação referido será apoiado, sobretudo para a aferição de resultados no âmbito interno do setor, pelas informações produzidas pelos diferentes planos, programas, projetos, ações e ou atividades decorrentes desta Política Nacional.

Além da avaliação nos contextos anteriormente identificados, voltados principalmente para a verificação do impacto das medidas sobre a saúde dos idosos, buscar-se-á investigar a repercussão desta Política na qualidade de vida deste segmento populacional.

Nesse particular, buscar-se-á igualmente conhecer em que medida a Política Nacional de Saúde do Idoso tem contribuído para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, na conformidade do Art. 7º, da Lei N.º 8.080/90, entre os quais, destacam-se aqueles relativos à integralidade da atenção, à preservação da autonomia das pessoas e ao uso da epidemiologia no estabelecimento de prioridades (respectivamente incisos II, III e VII). Paralelamente, deverá ser observado, ainda, se:

- potencial dos serviços de saúde e as possibilidades de utilização pelo usuário estão sendo devidamente divulgados junto à população de idosos;
- os planos, programas, projetos e atividades que operacionalizam esta Política estão sendo desenvolvidos de forma descentralizada, considerando a direção única em cada esfera de gestão; e
- a participação dos idosos nas diferentes instâncias do SUS está sendo incentivada e facilitada.

## 6. TERMINOLOGIA

**Ação terapêutica:** processo de tratamento de um agravo à saúde por intermédio de medidas farmacológicas e não farmacológicas, tais como: mudanças no estilo de vida, abandono de hábitos nocivos, psicoterapia, entre outros.

**AIH (Autorização de Internação Hospitalar):** documento de autorização e fatura de serviços hospitalares do SUS, que engloba o conjunto de procedimentos realizados em regime de internação.

**Assistência domiciliar:** essa assistência engloba a visitação domiciliar e cuidados domiciliares que vão desde o fornecimento de equipamentos, até ações terapêuticas mais complexas.

**Atividades de vida diária (AVDs):** termo utilizado para descrever os cuidados essenciais e elementares à manutenção do bem-estar do indivíduo, que compreende aspectos pessoais como : banho, vestimenta, higiene e alimentação, e aspectos instrumentais como: realização de compras e cuidados com finanças.

**Autodeterminação:** capacidade do indivíduo poder exercer sua autonomia.

**Autonomia:** é o exercício da autodeterminação; indivíduo autônomo é aquele que mantém o poder decisório e o controle sobre sua vida.

**Capacidade funcional:** capacidade de o indivíduo manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma; a avaliação do grau de capacidade funcional é feita mediante o uso de instrumentos multidimensionais.

**Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia:** centros localizados de preferência em instituições de ensino superior, que colaboram com o setor saúde, fundamentalmente na capacitação de recursos humanos em saúde do idoso e ou na produção de material científico para tal finalidade, bem como em pesquisas nas

áreas prioritárias do envelhecimento e da atenção a este grupo populacional.

Centro-dia: ambiente destinado ao idoso, que tem como característica básica o incentivo à socialização e o desenvolvimento de ações de promoção e proteção da saúde .

Cuidador: é a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços requeridos no cotidiano – por exemplo, ida a bancos ou farmácias –, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área da enfermagem.

Deficiência: expressão de um processo patológico, na forma de uma alteração de função de sistemas, órgãos e membros do corpo, que podem ou não gerar uma incapacidade.

Demência: conceitua-se demência como uma síndrome progressiva e irreversível, composta de múltiplas perdas cognitivas adquiridas, que ocorrem na ausência de um estado de confusão mental aguda (ou seja, de uma desorganização súbita do pensamento). As funções cognitivas que podem ser afetadas pela demência incluem a memória, a orientação, a linguagem, a práxis, a agnosia, as construções, a prosódia e o controle executivo.

Envelhecimento: a maioria dos autores o conceituam como “uma etapa da vida em que há um comprometimento da homeostase, isto é, o equilíbrio do meio interno, o que fragilizaria o indivíduo, causando uma progressiva vulnerabilidade do indivíduo perante a uma sobrecarga fisio-lógica”.

Envelhecimento saudável: é o processo de envelhecimento com preservação da capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida.

**Geriatrics:** é o ramo da ciência médica voltado à promoção da saúde e o tratamento de doenças e incapacidades na velhice.

**Gerontology:** área do conhecimento científico voltado para o estudo do envelhecimento em sua perspectiva mais ampla, em que são levados em conta não somente os aspectos clínicos e biológicos, mas também as condições psicológicas, sociais, econômicas e históricas.

**Dependência:** é a condição que requer o auxílio de pessoas para a realização de atividades do dia a dia

**Centros de convivência:** locais destinados à permanência do idoso, em um ou dois turnos, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania.

**Habilidade física:** refere-se à aptidão ou capacidade para realizar algo que exija uma resposta motora, tal como caminhar, fazer um trabalho manual, entre outros.

**Hospital-dia geriátrico:** refere-se ao ambiente hospitalar, no qual atua equipe multiprofissional e interdisciplinar, destinado a pacientes que dele necessitam em regime de um ou dois turnos, para complementar tratamentos e promover reabilitação.

**Idoso:** a Organização das Nações Unidas, desde 1982 considera idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos; o Brasil, na Lei N° 8.842/94, adota essa mesma faixa etária (Art. 2° do capítulo I).

**Incapacidade:** quantificação da deficiência; refere-se à falta de capacidade para realizar determinada função na extensão, amplitude e intensidade consideradas normais; em gerontologia, diz respeito à incapacidade funcional, isto é, à perda da capacidade de realizar pelo menos um ou mais de um ato de vida diária.

**Incontinência urinária:** refere-se à perda involuntária de urina.

Iatrogenia: qualquer agravamento à saúde, causado por uma intervenção médica

Psicoterapia: terapêutica que, por métodos psicológicos, busca a restauração do equilíbrio emocional do indivíduo.

Reabilitação física: conjunto de procedimentos terapêuticos físicos que visam adaptar ou compensar deficiências motoras (quando aplicadas a limitações insipientes pode ser considerada reabilitação precoce ou “preventiva”).

Rastreamento: um protocolo de aplicação rápida e sistemática para detecção de problemas de saúde em uma determinada população.

Síndrome: conjunto de sinais e sintomas comuns a diversas enfermidades.

## 7. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BARROS, MBA. “Considerações sobre a Mortalidade no Brasil em 1980, Rev. Saúde públ., São Paulo,18: 122-37, 1984.

BLAY, S., Ramos, LR., Mari JJ, “Validity of a Brazilian Version of the Older American Resources and Services (OARS) Mental Health Screening Questionnaire”, Journal of the American Geriatrics Society 36:687-692, 1988.

BOURLIÈRE F, Vallery-Masson J. “Epidemiology and Ecology of Aging”, in Brocklehurst JC(ed.), Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology, 3rd ed., Churchill Livingstone, Edinburgh, 1985 (1):3-8.

CALDAS CP (org.), A Saúde do Idoso: a arte de cuidar, Editora da Universidade Estadual do Rio de Janeiro/UnATI, Rio de Janeiro, 1998

CAMPBELL LJ, Cole KD, “Geriatric Assessment Teams”, Clin Geriatr Med, 4(1): 99-100, 1987.

CENEPI/DATASUS, Movimento de Autorização de Internação Hospitalar – Arquivos Reduzidos-1997.CENEPI/DATASUS/Fundação Nacional da Saúde/Ministério da Saúde, Brasília, 1998 (CD-ROM).

COMFORT A, "Theories of Ageing", in Brocklehurst JC (ed) Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology, London, Churchill Livingstone, 1975 (3):56-68.

CUNHA UGV, Costa Il. "Depressão maior em idosos hospitalizados em enfermarias gerais". Bol CBPTD – Supl Arq Bras Med, 64,(4): 239-42, 1990.

CUNHA UGV, Leduc Mms, Lanna CCD. "Incontinência Urinária no Idoso Hospitalizado: Um problema médico esquecido". Geriatria em Síntese, 1: 7-9, 1988.

DECRETO n.º 1.948, editado em 3 de julho de 1996, que regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual "dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências".

DOTY P, Liu K, Wiener J: An overview of long-term care. Health Care Finan Ver 6(3):69, 1985.

DUKE UNIVERSITY CENTER FOR THE STUDY OF AGING AND HUMAN DEVELOPMENT, Multidimensional Functional Assessment: The OARS Methodology, Durhan, N.C.: Duke University, 1978.

FILLENBAUN GG, "Screening the Elderly: A Brief Instrumental ADL Measure", Journal of the American Geriatrics Society, 33:698-706, 1985.

FOLSTEIN MF, Folstein SE, "Neuropsychiatric Assessment of Syndromes of Altered Mental Status", in Hazzard WR, Bierman el, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB (eds.), Principles of Geriatric Medicine and Gerontology, McGraw-Hill (19):221-28, 1994.

GUIMARÃES RM et alii, "Depressão e Morbidade Oculta em Pacientes Idosos Cirúrgicos, Brasília Médica, 34 (1/2): 5-14, 1997.

GUIMARÃES RM, "Programa de Saúde do Idoso – Planejamento 88/92, Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas, Ministério da Saúde, Brasília, 1988.

GUIMARÃES RM, "O Que é Geriatria", in Guimarães RM, Cunha UGV(eds.), Sinais e Sintomas em Geriatria, Revinter, 1-5, Rio de Janeiro, 1989.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Anuário Estatístico do Brasil 1981, Rio de Janeiro, 1981.

IBGE. Anuário Estatístico do Brasil 1986, Rio de Janeiro, 1986.

IBGE. Anuário Estatístico do Brasil 1991, Rio de Janeiro, 1991.

IBGE. Anuário Estatístico do Brasil 1997, Rio de Janeiro, 1997.

IMHOF AE, “Mortality Problems in Brazil and in Germany: Past-Present-Future. Learning from each other”, *Rev. Saúde públ.*, São Paulo, 19:233-50, 1985.

JACOB Fº W et alii, “Atendimento Multidisciplinar ao Idoso Internado e Ambulatorial do Serviço de Geriatria do Hospital de Clínicas da FMUSP”, *Geriatria em Síntese*, (2):15-23, 1985.

JACOB Fº W (ed), “Relatório da Prática em Evolução do Grupo de Assistência ao Idoso Ambulatorial”, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1991.

KALACHE A, Veras RP, Ramos LR. “Envelhecimento da População Mundial: Um Desafio Novo”. *Ver. Saúde Publ.* 1987; 21 (3):200-10, São Paulo-SP.

KANE RA, “Assessing Social Function in the Elderly”, *Clin. Geriatric Med.*, 3(1):87-98, 1987.

KARSCH UM (ed.): “Envelhecimento com Dependência: revelando cuidadores”, São Paulo, EDUC, 1998.

KATZ S, Ford A, Moskowitz R et al, “The index of ADL: A Standardized measure of biological and psychosocial function”, *JAMA*, 185:914-919, 1963.

LEME LEG (ed.): *Treinamento de Cuidadores Informais de Idosos, Programa de Atenção à Saúde do Idoso, SMS/COAS, Prefeitura Municipal de São Paulo*, São Paulo, 1994.

LIU K, Manton K, Liu B: Home care expenses for disabled elderly. *Health Care Finan.* Ver. 7(2):51, 1985.

MILLER RA, “The Biology of Aging and Longevity”, in Hazzard WB, Bierman EL, Blass JP, Ettinger Jr. WH, Halter JB (eds.) *Principles of*

Geriatric Medicine and Gerontology, New York, McGraw-Hill, 1994 (1):3-18.

MITTELMARK MB, “The Epidemiology of Aging”, in Hazzard WR, Bierman el, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB (eds.), Principles of Geriatric Medicine and Gerontology, McGraw-Hill (11):135-51, 1994.

MITCHEL J, Kafetz K, Rossiter B, “Benefits of effective hospital services for elderly people”, British Medical Journal, 295:980-983, 1987.

MUSSE SN, “Tratamento Intensivo Gerontológico” , Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 1997.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. National Hospital Discharges Survey: Annual Summary, 1987. Vital Health Statistics. USA Series 13, nº 99, 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)/ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE(OPAS): Resolução CE122.R9, 1998. Saúde das pessoas idosas.

PORTARIA MS n.º 2.413/98, “Internação domiciliar a pacientes crônicos”.

PORTARIA MS n.º 2.414/98. “Credenciamento e critérios para realização de internação em hospital-dia geriátrico”.

PORTARIA MS n.º 2416/98. “Hospitalizações de longa permanência “.

RADIS. “Mortalidade nas Capitais Brasileiras, 1930-1980. Dados (7): 1-8, 1984.

RAMOS LR, “Growing Old in São Paulo”, Thesis submitted for the Degree of Doctor of Philosophy at the London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London, London, 1987.

RAMOS LR, Veras RP, Kalache A., “Envelhecimento Populacional: Uma Realidade Brasileira”. Ver. Saúde públ., São Paulo, 21 (3): 221-24, 1987.

RAMOS LR, “A Explosão Demográfica da Terceira Idade no Brasil: Uma Questão de Saúde Pública”, Gerontologia, São Paulo, 1(1):3-8, 1993.

RAMOS LR, Perracini M, Rosa TE, Kalache A, “Significance and Management of Disability among Urban Elderly Residents in Brazil”,

Journal of Cross-Cultural Gerontology, 8:313-323, 1993.

RODRIGUES RAP, Diogo MJ (eds.): Como Cuidar dos Idosos, Campinas – SP, Papyrus, 1996.

RUBENSTEIN LZ, “Geriatric Assessment: An Overview of its Impacts”, Clin Geriatric Med, 3(1):1-15, 1987.

RUBENSTEIN LZ et alii, “Comprehensive Geriatric Assessment: a meta-analysis of controlled trials”, Lancet, 342: 1032-6, 1993.

SCHWARTZ WB, “The Regulatory Strategy for Controlling Hospital Costs”, N Engl J Med, 305: 21, 1981.

SENATE SPECIAL COMMITTEE ON AGING (1985). “America in Transition: An Aging Society”. 1984-85 edition: 76-80, Washington, DC, U.S. Government Printing Office, 1985.

SHORT P, Leon J: Use of home and community services by persons aged 65 and older with functional difficulties. National Medical Expenditure Survey Research Findings 5, Agency for Health Care Policy and Research. DHHS Publ No (PHS) 90-3466. Rockville, Public Health Service, 1990.

SILVESTRE JA, Ramos LR, “Dynamic Analysis of Health Services”, Anais do Congresso Mundial de Gerontologia, Budapeste, Hungria, 1993.

SILVESTRE JA, Ramos LR, Torres R, “The Elderly at Hospital and the Brazilian Health System”, Anais do Congresso Mundial de Gerontologia, Budapeste, Hungria, 1993.

SILVESTRE JA, “Relação Custo-Benefício da Assistência Médica ao Idoso: Importância e Avaliação” nos Anais do “Work-Shop” Desafios Atuais na Cardiologia Geriátrica, Ribeirão Preto-SP, 06/94, promovido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo.

SILVESTRE JA, Kalache A, Ramos LR, Veras RP, “O Envelhecimento Populacional Brasileiro e o Setor Saúde”. Arq.geriatr. gerontol. 1996; 0(1):81-89, Rio de Janeiro-RJ.

SILVESTRE JA, “Como anda a saúde do idoso no Brasil?”. Ciência Hoje. 1998; 23(137):22-29, Rio de Janeiro-RJ.

SOLDO B.J. Supply of informal care services: Variations and effects on service

utilization patterns. In Scanlon W (ed): Project to Analyze Existing Long-Term Care Data, Vol 3. Washington, The Urban Institute, 1984, p 56.

STEWART JE: Home Health Care. St. Louis, CV Mosby, 1979, 4.

UNITED NATIONS. Periodical on Aging 84. United Nations, New York 1 (1) 1985.

VERAS RP, Ramos LR, Kalache A, “Crescimento da População Idosa no Brasil: Transformações e Conseqüências na Sociedade”, Rev. Saúde públ., São Paulo, 21(3): 225-33, 1987.

VERAS RP, Relatório Final GT/Saúde do Idoso, I Congresso Rede IDA/Brasil, Rio de Janeiro, 1989.

VERAS RP, País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil, Relume-Dumará/Uerj, Rio de Janeiro, 1994.

VERAS RP (org.), Terceira Idade – Um envelhecimento digno para o cidadão do futuro, Relume-Dumará/UnATI, Rio de Janeiro, (2a. ed.)1995.

VERAS RP (org.), Terceira Idade – Desafios para o terceiro milênio, Relume-Dumará/UnATI, Rio de Janeiro, 1997.

VIEIRA EB, Manual de Gerontologia – Um Guia Teórico-Prático para profissionais, Cuidadores e Familiares, Revinter, Rio de Janeiro, 1996.

WHO. World Health Organisation. World Health Statistics Annual 1979. Geneva, 1979.

WHO. Workshop-Munich (1980), Guidelines for Health Care Practice in Relation to Cost-effectiveness, WHO, Copenhagen , 1981.

WHO. World Health Statistics Annual 1982, WHO, Geneva, 1982.

WHO. World Health Statistics Annual 1987, WHO, Geneva, 1987.

WHO. The Uses of Epidemiology in the Study of the Elderly. Technical Report Series 706, WHO, Geneva, 1984.

WHO. “Growth of the Elderly Population of the World” in Health of the Elderly. Technical Report Series 779: 8-31, WHO, Geneva, 1989.



**Presidência da República Casa Civil**  
**Subchefia para Assuntos Jurídicos**  
**Lei Nº 10.048, de 8 de novembro de 2000**

*Dá prioridade de atendimento às pessoas que específica, e dá outras providências.*

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º As pessoas portadoras de deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo terão atendimento prioritário, nos termos desta Lei. (Redação dada pela Lei nº 10.741, de 2003)

Art. 2º As repartições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos estão obrigadas a dispensar atendimento prioritário, por meio de serviços individualizados que assegurem tratamento diferenciado e atendimento imediato às pessoas a que se refere o art. 1º.

Parágrafo único. É assegurada, em todas as instituições financeiras, a prioridade de atendimento às pessoas mencionadas no art. 1º.

Art. 3º As empresas públicas de transporte e as concessionárias de transporte coletivo reservarão assentos, devidamente identificados, aos idosos, gestantes, lactantes, pessoas portadoras de deficiência e pessoas acompanhadas por crianças de colo.

Art. 4º Os logradouros e sanitários públicos, bem como os edifícios de uso público, terão normas de construção, para efeito de licenciamento da respectiva edificação, baixadas pela autoridade competente, destinadas a facilitar o acesso e uso desses locais pelas pessoas portadoras de deficiência.

Art. 5º Os veículos de transporte coletivo a serem produzidos após doze meses da publicação desta Lei serão planejados de forma a facilitar o acesso a seu interior das pessoas portadoras de deficiência.

§ 1º (VETADO)

§ 2º Os proprietários de veículos de transporte coletivo em utilização terão o prazo de cento e oitenta dias, a contar da regulamentação desta Lei, para proceder às adaptações necessárias ao acesso facilitado das pessoas portadoras de deficiência.

Art. 6º A infração ao disposto nesta Lei sujeitará os responsáveis:

I – no caso de servidor ou de chefia responsável pela repartição pública, às penalidades previstas na legislação específica;

II – no caso de empresas concessionárias de serviço público, a multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais), por veículos sem as condições previstas nos arts. 3º e 5º;

III – no caso das instituições financeiras, às penalidades previstas no art. 44, incisos I, II e III, da Lei no 4.595, de 31 de dezembro de 1964.

Parágrafo único. As penalidades de que trata este artigo serão elevadas ao dobro, em caso de reincidência.

Art. 7º O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de sessenta dias, contado de sua publicação.

Art. 8º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 8 de novembro de 2000;  
179º da Independência e 112º da República.

**FERNANDO HENRIQUE CARDOSO**

**Alcides Lopes Tápias**

**Martus Tavares**

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 9.11.2000





## Senado Federal

### Subsecretaria de Informações

Este texto não substitui o original publicado no  
Diário Oficial

Lei Nº 10.173, de 9 de janeiro de 2001

*Altera a Lei nº 5.869, de 11 de janeiro de 1973  
- Código de Processo Civil, para dar prioridade  
de tramitação aos procedimentos judiciais em  
que figure como parte pessoa com idade igual ou  
superior a sessenta e cinco anos.*

#### **O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A Lei nº 5.869, de 11 de janeiro de 1973 - Código de Processo Civil, passa a vigorar acrescida dos seguintes artigos:

“Art. 1.211-A. Os procedimentos judiciais em que figure como parte ou interveniente pessoa com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos terão prioridade na tramitação de todos os atos e diligências em qualquer instância.” (AC)\*

“Art. 1.211-B. O interessado na obtenção desse benefício, juntando prova de sua idade, deverá requerê-lo à autoridade judiciária

competente para decidir o feito, que determinará ao cartório do juízo as providências a serem cumpridas.” (AC)

“Art. 1.211-C. Concedida a prioridade, esta não cessará com a morte do beneficiado, estendendo-se em favor do cônjuge supérstite, companheiro ou companheira, com união estável, maior de sessenta e cinco anos.” (AC)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor no prazo de sessenta dias a partir da data de sua publicação.

Brasília, 9 de janeiro de 2001;  
180º da Independência e 113º da República.

**FERNANDO HENRIQUE CARDOSO**

**José Gregori**



**Presidência da República**  
**Casa Civil**  
**Subchefia para Assuntos Jurídicos**  
**Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**

*Institui o Código Civil.*

**TÍTULO II**

Do Direito Patrimonial

**SUBTÍTULO I**

Do Regime de Bens entre os Cônjuges

**CAPÍTULO I**

Disposições Gerais

Art. 1.641. É obrigatório o regime da separação de bens no casamento:

II – da pessoa maior de 70 (setenta) anos; (Redação dada pela Lei nº 12.344, de 2010)

**Seção III**

Da Escusa dos Tutores

Art. 1.736. Podem escusar-se da tutela:

II - maiores de sessenta anos;

Art. 1.738. A escusa apresentar-se-á nos dez dias subseqüentes à designação, sob pena de entender-se renunciado o direito de alegá-la; se o motivo escusatório ocorrer depois de aceita a tutela, os dez dias contar-se-ão do em que ele sobrevier.

Art. 1.739. Se o juiz não admitir a escusa, exercerá o nomeado a tutela, enquanto o recurso interposto não tiver provimento, e responderá desde logo pelas perdas e danos que o menor venha a sofrer.



**Presidência da República**  
**Casa Civil**  
**Subchefia para Assuntos Jurídicos**  
**Decreto nº 4.227, de 13 de Maio de 2002**

*Cria o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI, e dá outras providências.*

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA,**

no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea “a”, da Constituição,

**D E C R E T A :**

Art. 1º Este Decreto dispõe sobre a criação, competência e composição do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI.

Art. 2º Fica criado, na estrutura básica do Ministério da Justiça, o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI, órgão de caráter consultivo.

Art. 3º Ao CNDI compete:

- I - supervisionar e avaliar a Política Nacional do Idoso;
- II - elaborar proposições, objetivando aperfeiçoar a legislação pertinente à Política Nacional do Idoso;
- III - acompanhar a implementação da política nacional do idoso,

no âmbito dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;

IV - estimular e apoiar tecnicamente a criação de conselhos de direitos do idoso nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios;

V - propiciar assessoramento aos conselhos estaduais, do Distrito Federal e municipais, no sentido de tornar efetiva a aplicação dos princípios e diretrizes estabelecidos na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994;

VI - zelar pela efetiva descentralização político-administrativa e pela participação de organizações representativas dos idosos na implementação de política, planos, programas e projetos de atendimento ao idoso;

VII - zelar pela implementação dos instrumentos internacionais relativos ao envelhecimento das pessoas, dos quais o Brasil seja signatário; e

VIII - elaborar o seu regimento interno.

Art. 4º O CNDI será composto:

I - por um representante de cada Ministério a seguir indicado:

- a) da Justiça;
- b) das Relações Exteriores;
- c) do Trabalho e Emprego;
- d) da Educação;
- e) da Saúde;
- f) da Cultura;
- g) do Esporte e Turismo;
- h) do Planejamento, Orçamento e Gestão;

II - por dois representantes do Ministério da Previdência e Assistência Social; e

III - por nove representantes da sociedade civil organizada

atuantes no campo da promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa. Substituído por **DECRETO Nº 4.287, DE 27 DE JUNHO DE 2002:**

III - por dez representantes da sociedade civil organizada atuantes no campo da promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa.” (NR)

§ 1º Os membros governamentais do CNDI serão indicados pelos titulares dos respectivos órgãos e designados pelo Ministro de Estado da Justiça.

§ 2º O Ministério da Previdência e Assistência Social indicará um representante da área da Previdência e outro da área da Assistência Social.

§ 3º Haverá um suplente para cada titular do CNDI.

Art. 5º O Presidente e o Vice-Presidente do CNDI serão escolhidos, mediante votação, dentre seus membros, por maioria simples, e designados pelo Ministro de Estado da Justiça.

§ 1º Nas ausências simultâneas do Presidente e do Vice-Presidente, a presidência será exercida pelo conselheiro mais idoso.

§ 2º O Presidente do CNDI terá voto nominal e de qualidade.

§ 3º O Presidente do CNDI poderá convidar para participar das reuniões ordinárias e extraordinárias membros do Congresso Nacional e do Ministério Público Federal.

Art. 6º Os membros do CNDI terão mandato de dois anos, permitida a recondução por igual período.

Art. 7º A função de membro do CNDI não será remunerada e seu exercício será considerado de relevante interesse público.

Parágrafo único. Eventuais despesas com diárias e passagens dos membros do CNDI correrão à conta dos órgãos ou entidades que representam.

Art. 8º O CNDI reunir-se-á trimestralmente, em caráter ordinário,

e extraordinariamente, por convocação do seu Presidente ou por requerimento da maioria dos seus membros.

Art. 9º Para a instalação do CNDI, o Ministro de Estado da Justiça convocará, por meio de edital, os integrantes da sociedade civil organizada de que trata o art. 4º, inciso III, que serão escolhidos em assembléia a se realizar no prazo máximo de vinte dias após a publicação do referido edital.

Art. 10. A primeira indicação dos representantes governamentais será feita pelos titulares dos respectivos órgãos no prazo de vinte dias após a publicação deste Decreto.

Art. 11. O CNDI elaborará o seu regimento interno no prazo máximo de sessenta dias a contar da data de sua instalação, o qual será aprovado em ato do Ministro de Estado da Justiça.

Parágrafo único. O regimento interno disporá sobre o funcionamento do CNDI e as atribuições de seus membros.

Art. 12. A Secretaria de Estado dos Direitos Humanos do Ministério da Justiça proporcionará o apoio técnico-administrativo necessário ao funcionamento do CNDI.

Art. 13. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de maio de 2002;  
181º da Independência e 114º da República.

**FERNANDO HENRIQUE CARDOSO**

**Miguel Reale Júnior**

Publicação:

Diário Oficial da União - Seção 1 - 14/05/2002 , Página 5  
(Publicação Original)



**Senado Federal**  
**Subsecretaria de Informações**  
**Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.**

*Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.*

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**TÍTULO I**

Disposições Preliminares

Art. 1º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Art. 2º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e

do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, 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.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

I – atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;

II – preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas;

III – destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso;

IV – viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações;

V – priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência;

VI – capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos;

VII – estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento;

VIII – garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais.

Art. 4º Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

§ 1º É dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso.

§ 2º As obrigações previstas nesta Lei não excluem da prevenção outras decorrentes dos princípios por ela adotados.

Art. 5º A inobservância das normas de prevenção importará em responsabilidade à pessoa física ou jurídica nos termos da lei.

Art. 6º Todo cidadão tem o dever de comunicar à autoridade competente qualquer forma de violação a esta Lei que tenha testemunhado ou de que tenha conhecimento.

Art. 7º Os Conselhos Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais do Idoso, previstos na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, zelarão pelo cumprimento dos direitos do idoso, definidos nesta Lei.

## **TÍTULO II**

Dos Direitos Fundamentais

### **CAPÍTULO I**

Do Direito à Vida

Art. 8º O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da legislação vigente.

Art. 9º É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

### **CAPÍTULO II**

Do Direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade

Art. 10. É obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e

sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis.

§ 1º O direito à liberdade compreende, entre outros, os seguintes aspectos:

I – faculdade de ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais;

II – opinião e expressão;

III – crença e culto religioso;

IV – prática de esportes e de diversões;

V – participação na vida familiar e comunitária;

VI – participação na vida política, na forma da lei;

VII – faculdade de buscar refúgio, auxílio e orientação.

§ 2º O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, idéias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais.

§ 3º É dever de todos zelar pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.

### **CAPÍTULO III**

#### Dos Alimentos

Art. 11. Os alimentos serão prestados ao idoso na forma da lei civil.

Art. 12. A obrigação alimentar é solidária, podendo o idoso optar entre os prestadores.

Art. 13. As transações relativas a alimentos poderão ser celebradas perante o Promotor de Justiça, que as referendará, e passarão a ter efeito de título executivo extrajudicial nos termos da lei processual civil.

Art. 14. Se o idoso ou seus familiares não possuírem condições econômicas de prover o seu sustento, impõe-se ao Poder Público esse provimento, no âmbito da assistência social.

## CAPÍTULO IV

### Do Direito à Saúde

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

- I – cadastramento da população idosa em base territorial;
- II – atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;
- III – unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;
- IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural;
- V – reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes do agravo da saúde.

§ 2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

§ 4º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei.

Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:

I – pelo curador, quando o idoso for interditado;

II – pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;

III – pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;

IV – pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.

Art. 18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.

Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idoso serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde 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.

## **CAPÍTULO V**

Da Educação, Cultura, Esporte e Lazer

Art. 20. O idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade.

Art. 21. O Poder Público criará oportunidades de acesso do idoso à educação, adequando currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais a ele destinados.

§ 1º Os cursos especiais para idosos incluirão conteúdo relativo às técnicas de comunicação, computação e demais avanços tecnológicos, para sua integração à vida moderna.

§ 2º Os idosos participarão das comemorações de caráter cívico ou cultural, para transmissão de conhecimentos e vivências às demais gerações, no sentido da preservação da memória e da identidade culturais.

Art. 22. Nos currículos mínimos dos diversos níveis de ensino formal serão inseridos conteúdos voltados ao processo de envelhecimento, ao respeito e à valorização do idoso, de forma a eliminar o preconceito e a produzir conhecimentos sobre a matéria.

Art. 23. A participação dos idosos em atividades culturais e de lazer será proporcionada mediante descontos de pelo menos 50% (cinquenta

por cento) nos ingressos para eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer, bem como o acesso preferencial aos respectivos locais.

Art. 24. Os meios de comunicação manterão espaços ou horários especiais voltados aos idosos, com finalidade informativa, educativa, artística e cultural, e ao público sobre o processo de envelhecimento.

Art. 25. O Poder Público apoiará a criação de universidade aberta para as pessoas idosas e incentivará a publicação de livros e periódicos, de conteúdo e padrão editorial adequados ao idoso, que facilitem a leitura, considerada a natural redução da capacidade visual.

## CAPÍTULO VI

### Da Profissionalização e do Trabalho

Art. 26. O idoso tem direito ao exercício de atividade profissional, respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas.

Art. 27. Na admissão do idoso em qualquer trabalho ou emprego, é vedada a discriminação e a fixação de limite máximo de idade, inclusive para concursos, ressalvados os casos em que a natureza do cargo o exigir.

Parágrafo único. O primeiro critério de desempate em concurso público será a idade, dando-se preferência ao de idade mais elevada.

Art. 28. O Poder Público criará e estimulará programas de:

I – profissionalização especializada para os idosos, aproveitando seus potenciais e habilidades para atividades regulares e remuneradas;

II – preparação dos trabalhadores para a aposentadoria, com antecedência mínima de 1 (um) ano, por meio de estímulo a novos projetos sociais, conforme seus interesses, e de esclarecimento sobre os direitos sociais e de cidadania;

III – estímulo às empresas privadas para admissão de idosos ao trabalho.

## CAPÍTULO VII

### Da Previdência Social

Art. 29. Os benefícios de aposentadoria e pensão do Regime Geral da Previdência Social observarão, na sua concessão, critérios de cálculo que preservem o valor real dos salários sobre os quais incidiram contribuições, nos termos da legislação vigente.

Parágrafo único. Os valores dos benefícios em manutenção serão reajustados na mesma data de reajuste do salário-mínimo, pro rata, de acordo com suas respectivas datas de início ou do seu último reajustamento, com base em percentual definido em regulamento, observados os critérios estabelecidos pela Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.

Art. 30. A perda da condição de segurado não será considerada para a concessão da aposentadoria por idade, desde que a pessoa conte com, no mínimo, o tempo de contribuição correspondente ao exigido para efeito de carência na data de requerimento do benefício.

Parágrafo único. O cálculo do valor do benefício previsto no caput observará o disposto no caput e § 2º do art. 3º da Lei nº 9.876, de 26 de novembro de 1999, ou, não havendo salários-de-contribuição recolhidos a partir da competência de julho de 1994, o disposto no art. 35 da Lei nº 8.213, de 1991.

Art. 31. O pagamento de parcelas relativas a benefícios, efetuado com atraso por responsabilidade da Previdência Social, será atualizado pelo mesmo índice utilizado para os reajustamentos dos benefícios do Regime Geral de Previdência Social, verificado no período compreendido entre o mês que deveria ter sido pago e o mês do efetivo pagamento.

Art. 32. O Dia Mundial do Trabalho, 1º de Maio, é a data-base dos aposentados e pensionistas.

## CAPÍTULO VIII

### Da Assistência Social

Art. 33. A assistência social aos idosos será prestada, de forma articulada, conforme os princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, na Política Nacional do Idoso, no Sistema Único de Saúde e demais normas pertinentes.

Art. 34. Aos idosos, a partir de 65 (sessenta e cinco) anos, que não possuam meios para prover sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família, é assegurado o benefício mensal de 1 (um) salário-mínimo, nos termos da Lei Orgânica da Assistência Social – Loas.

Parágrafo único. O benefício já concedido a qualquer membro da família nos termos do caput não será computado para os fins do cálculo da renda familiar per capita a que se refere a Loas.

Art. 35. Todas as entidades de longa permanência, ou casa-lar, são obrigadas a firmar contrato de prestação de serviços com a pessoa idosa abrigada.

§ 1º No caso de entidades filantrópicas, ou casa-lar, é facultada a cobrança de participação do idoso no custeio da entidade.

§ 2º O Conselho Municipal do Idoso ou o Conselho Municipal da Assistência Social estabelecerá a forma de participação prevista no § 1º, que não poderá exceder a 70% (setenta por cento) de qualquer benefício previdenciário ou de assistência social percebido pelo idoso.

§ 3º Se a pessoa idosa for incapaz, caberá a seu representante legal firmar o contrato a que se refere o caput deste artigo.

Art. 36. O acolhimento de idosos em situação de risco social, por adulto ou núcleo familiar, caracteriza a dependência econômica, para os efeitos legais.

## CAPÍTULO IX

### Da Habitação

Art. 37. O idoso tem direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada.

§ 1º A assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família.

§ 2º Toda instituição dedicada ao atendimento ao idoso fica obrigada a manter identificação externa visível, sob pena de interdição, além de atender toda a legislação pertinente.

§ 3º As instituições que abrigarem idosos são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades deles, bem como provê-los com alimentação regular e higiene indispensáveis às normas sanitárias e com estas condizentes, sob as penas da lei.

Art. 38. Nos programas habitacionais, públicos ou subsidiados com recursos públicos, o idoso goza de prioridade na aquisição de imóvel para moradia própria, observado o seguinte:

- I – reserva de 3% (três por cento) das unidades residenciais para atendimento aos idosos;
- II – implantação de equipamentos urbanos comunitários voltados ao idoso;
- III – eliminação de barreiras arquitetônicas e urbanísticas, para garantia de acessibilidade ao idoso;
- IV – critérios de financiamento compatíveis com os rendimentos de aposentadoria e pensão.

## CAPÍTULO X

### Do Transporte

Art. 39. Aos maiores de 65 (sessenta e cinco) anos fica assegurada a gratuidade dos transportes coletivos públicos urbanos e semi-urbanos, exceto nos serviços seletivos e especiais, quando prestados paralelamente aos serviços regulares.

§ 1º Para ter acesso à gratuidade, basta que o idoso apresente qualquer documento pessoal que faça prova de sua idade.

§ 2º Nos veículos de transporte coletivo de que trata este artigo, serão reservados 10% (dez por cento) dos assentos para os idosos, devidamente identificados com a placa de reservado preferencialmente para idosos.

§ 3º No caso das pessoas compreendidas na faixa etária entre 60 (sessenta) e 65 (sessenta e cinco) anos, ficará a critério da legislação local dispor sobre as condições para exercício da gratuidade nos meios de transporte previstos no caput deste artigo.

Art. 40. No sistema de transporte coletivo interestadual observar-se-á, nos termos da legislação específica:

I – a reserva de 2 (duas) vagas gratuitas por veículo para idosos com renda igual ou inferior a 2 (dois) salários-mínimos;

II – desconto de 50% (cinquenta por cento), no mínimo, no valor das passagens, para os idosos que excederem as vagas gratuitas, com renda igual ou inferior a 2 (dois) salários-mínimos.

Parágrafo único. Caberá aos órgãos competentes definir os mecanismos e os critérios para o exercício dos direitos previstos nos incisos I e II.

Art. 41. É assegurada a reserva, para os idosos, nos termos da lei local, de 5% (cinco por cento) das vagas nos estacionamentos públicos e privados, as quais deverão ser posicionadas de forma a garantir a melhor comodidade ao idoso.

Art. 42. É assegurada a prioridade do idoso no embarque no sistema de transporte coletivo.

### **TÍTULO III**

#### Das Medidas de Proteção

### **CAPÍTULO I**

#### Das Disposições Gerais

Art. 43. As medidas de proteção ao idoso são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados:

- I – por ação ou omissão da sociedade ou do Estado;
- II – por falta, omissão ou abuso da família, curador ou entidade de atendimento;
- III – em razão de sua condição pessoal.

### **CAPÍTULO II**

#### Das Medidas Específicas de Proteção

Art. 44. As medidas de proteção ao idoso previstas nesta Lei poderão ser aplicadas, isolada ou cumulativamente, e levarão em conta os fins sociais a que se destinam e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

Art. 45. Verificada qualquer das hipóteses previstas no art. 43, o Ministério Público ou o Poder Judiciário, a requerimento daquele, poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas:

- I – encaminhamento à família ou curador, mediante termo de responsabilidade;
- II – orientação, apoio e acompanhamento temporários;
- III – requisição para tratamento de sua saúde, em regime ambulatorial, hospitalar ou domiciliar;

IV – inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a usuários dependentes de drogas lícitas ou ilícitas, ao próprio idoso ou à pessoa de sua convivência que lhe cause perturbação;

V – abrigo em entidade;

VI – abrigo temporário.

## **TÍTULO IV**

Da Política de Atendimento ao Idoso

### **CAPÍTULO I**

Disposições Gerais

Art. 46. A política de atendimento ao idoso far-se-á por meio do conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Art. 47. São linhas de ação da política de atendimento:

I – políticas sociais básicas, previstas na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994;

II – políticas e programas de assistência social, em caráter supletivo, para aqueles que necessitarem;

III – serviços especiais de prevenção e atendimento às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão;

IV – serviço de identificação e localização de parentes ou responsáveis por idosos abandonados em hospitais e instituições de longa permanência;

V – proteção jurídico-social por entidades de defesa dos direitos dos idosos;

VI – mobilização da opinião pública no sentido da participação dos diversos segmentos da sociedade no atendimento do idoso.

## CAPÍTULO II

### Das Entidades de Atendimento ao Idoso

Art. 48. As entidades de atendimento são responsáveis pela manutenção das próprias unidades, observadas as normas de planejamento e execução emanadas do órgão competente da Política Nacional do Idoso, conforme a Lei nº 8.842, de 1994.

Parágrafo único. As entidades governamentais e não-governamentais de assistência ao idoso ficam sujeitas à inscrição de seus programas, junto ao órgão competente da Vigilância Sanitária e Conselho Municipal da Pessoa Idosa, e em sua falta, junto ao Conselho Estadual ou Nacional da Pessoa Idosa, especificando os regimes de atendimento, observados os seguintes requisitos:

- I – oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança;
- II – apresentar objetivos estatutários e plano de trabalho compatíveis com os princípios desta Lei;
- III – estar regularmente constituída;
- IV – demonstrar a idoneidade de seus dirigentes.

Art. 49. As entidades que desenvolvam programas de institucionalização de longa permanência adotarão os seguintes princípios:

- I – preservação dos vínculos familiares;
- II – atendimento personalizado e em pequenos grupos;
- III – manutenção do idoso na mesma instituição, salvo em caso de força maior;
- IV – participação do idoso nas atividades comunitárias, de caráter interno e externo;
- V – observância dos direitos e garantias dos idosos;

VI – preservação da identidade do idoso e oferecimento de ambiente de respeito e dignidade.

Parágrafo único. O dirigente de instituição prestadora de atendimento ao idoso responderá civil e criminalmente pelos atos que praticar em detrimento do idoso, sem prejuízo das sanções administrativas.

Art. 50. Constituem obrigações das entidades de atendimento:

I – celebrar contrato escrito de prestação de serviço com o idoso, especificando o tipo de atendimento, as obrigações da entidade e prestações decorrentes do contrato, com os respectivos preços, se for o caso;

II – observar os direitos e as garantias de que são titulares os idosos;

III – fornecer vestuário adequado, se for pública, e alimentação suficiente;

IV – oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade;

V – oferecer atendimento personalizado;

VI – diligenciar no sentido da preservação dos vínculos familiares;

VII – oferecer acomodações apropriadas para recebimento de visitas;

VIII – proporcionar cuidados à saúde, conforme a necessidade do idoso;

IX – promover atividades educacionais, esportivas, culturais e de lazer;

X – propiciar assistência religiosa àqueles que desejarem, de acordo com suas crenças;

XI – proceder a estudo social e pessoal de cada caso;

XII – comunicar à autoridade competente de saúde toda

ocorrência de idoso portador de doenças infecto-contagiosas;

XIII – providenciar ou solicitar que o Ministério Público requisi-te os documentos necessários ao exercício da cidadania àqueles que não os tiverem, na forma da lei;

XIV – fornecer comprovante de depósito dos bens móveis que receberem dos idosos;

XV – manter arquivo de anotações onde constem data e circunstâncias do atendimento, nome do idoso, responsável, parentes, endereços, cidade, relação de seus pertences, bem como o valor de contribuições, e suas alterações, se houver, e demais dados que possibilitem sua identificação e a individualização do atendimento;

XVI – comunicar ao Ministério Público, para as providências cabíveis, a situação de abandono moral ou material por parte dos familiares;

XVII – manter no quadro de pessoal profissionais com formação específica.

Art. 51. As instituições filantrópicas ou sem fins lucrativos prestadoras de serviço ao idoso terão direito à assistência judiciária gratuita.

### **CAPÍTULO III**

#### **Da Fiscalização das Entidades de Atendimento**

Art. 52. As entidades governamentais e não-governamentais de atendimento ao idoso serão fiscalizadas pelos Conselhos do Idoso, Ministério Público, Vigilância Sanitária e outros previstos em lei.

Art. 53. O art. 7º da Lei nº 8.842, de 1994, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 7º Compete aos Conselhos de que trata o art. 6º desta Lei a supervisão, o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação da política nacional do idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas.” (NR)

Art. 54. Será dada publicidade das prestações de contas dos recursos públicos e privados recebidos pelas entidades de atendimento.

Art. 55. As entidades de atendimento que descumprirem as determinações desta Lei ficarão sujeitas, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal de seus dirigentes ou prepostos, às seguintes penalidades, observado o devido processo legal:

I - as entidades governamentais:

- a) advertência;
- b) afastamento provisório de seus dirigentes;
- c) afastamento definitivo de seus dirigentes;
- d) fechamento de unidade ou interdição de programa;

II – as entidades não-governamentais:

- a) advertência;
- b) multa;
- c) suspensão parcial ou total do repasse de verbas públicas;
- d) interdição de unidade ou suspensão de programa;
- e) proibição de atendimento a idosos a bem do interesse público.

§ 1º Havendo danos aos idosos abrigados ou qualquer tipo de fraude em relação ao programa, caberá o afastamento provisório dos dirigentes ou a interdição da unidade e a suspensão do programa.

§ 2º A suspensão parcial ou total do repasse de verbas públicas ocorrerá quando verificada a má aplicação ou desvio de finalidade dos recursos.

§ 3º Na ocorrência de infração por entidade de atendimento, que coloque em risco os direitos assegurados nesta Lei, será o fato comunicado ao Ministério Público, para as providências cabíveis, inclusive para promover a suspensão das atividades ou dissolução da entidade, com a proibição de atendimento

a idosos a bem do interesse público, sem prejuízo das providências a serem tomadas pela Vigilância Sanitária.

§ 4º Na aplicação das penalidades, serão consideradas a natureza e a gravidade da infração cometida, os danos que dela provierem para o idoso, as circunstâncias agravantes ou atenuantes e os antecedentes da entidade.

## CAPÍTULO IV

### Das Infrações Administrativas

Art. 56. Deixar a entidade de atendimento de cumprir as determinações do art. 50 desta Lei:

Pena – multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 3.000,00 (três mil reais), se o fato não for caracterizado como crime, podendo haver a interdição do estabelecimento até que sejam cumpridas as exigências legais.

Parágrafo único. No caso de interdição do estabelecimento de longa permanência, os idosos abrigados serão transferidos para outra instituição, a expensas do estabelecimento interditado, enquanto durar a interdição.

Art. 57. Deixar o profissional de saúde ou o responsável por estabelecimento de saúde ou instituição de longa permanência de comunicar à autoridade competente os casos de crimes contra idoso de que tiver conhecimento:

Pena – multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 3.000,00 (três mil reais), aplicada em dobro no caso de reincidência.

Art. 58. Deixar de cumprir as determinações desta Lei sobre a prioridade no atendimento ao idoso:

Pena – multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 1.000,00 (um mil reais) e multa civil a ser estipulada pelo juiz, conforme o dano sofrido pelo idoso.

## CAPÍTULO V

### Da Apuração Administrativa de Infração às Normas de Proteção ao Idoso

Art. 59. Os valores monetários expressos no Capítulo IV serão atualizados anualmente, na forma da lei.

Art. 60. O procedimento para a imposição de penalidade administrativa por infração às normas de proteção ao idoso terá início com requisição do Ministério Público ou auto de infração elaborado por servidor efetivo e assinado, se possível, por duas testemunhas.

§ 1º No procedimento iniciado com o auto de infração poderão ser usadas fórmulas impressas, especificando-se a natureza e as circunstâncias da infração.

§ 2º Sempre que possível, à verificação da infração seguir-se-á a lavratura do auto, ou este será lavrado dentro de 24 (vinte e quatro) horas, por motivo justificado.

Art. 61. O autuado terá prazo de 10 (dez) dias para a apresentação da defesa, contado da data da intimação, que será feita:

I – pelo autuante, no instrumento de autuação, quando for lavrado na presença do infrator;

II – por via postal, com aviso de recebimento.

Art. 62. Havendo risco para a vida ou à saúde do idoso, a autoridade competente aplicará à entidade de atendimento as sanções regulamentares, sem prejuízo da iniciativa e das providências que vierem a ser adotadas pelo Ministério Público ou pelas demais instituições legitimadas para a fiscalização.

Art. 63. Nos casos em que não houver risco para a vida ou a saúde da pessoa idosa abrigada, a autoridade competente aplicará à entidade de atendimento as sanções regulamentares, sem prejuízo da iniciativa e das providências que vierem a ser adotadas pelo Ministério Público ou pelas demais instituições legitimadas para a fiscalização.

## CAPÍTULO VI

Da Apuração Judicial de Irregularidades em Entidade de Atendimento

Art. 64. Aplicam-se, subsidiariamente, ao procedimento administrativo de que trata este Capítulo as disposições das Leis nºs 6.437, de 20 de agosto de 1977, e 9.784, de 29 de janeiro de 1999.

Art. 65. O procedimento de apuração de irregularidade em entidade governamental e não-governamental de atendimento ao idoso terá início mediante petição fundamentada de pessoa interessada ou iniciativa do Ministério Público.

Art. 66. Havendo motivo grave, poderá a autoridade judiciária, ouvido o Ministério Público, decretar liminarmente o afastamento provisório do dirigente da entidade ou outras medidas que julgar adequadas, para evitar lesão aos direitos do idoso, mediante decisão fundamentada.

Art. 67. O dirigente da entidade será citado para, no prazo de 10 (dez) dias, oferecer resposta escrita, podendo juntar documentos e indicar as provas a produzir.

Art. 68. Apresentada a defesa, o juiz procederá na conformidade do art. 69 ou, se necessário, designará audiência de instrução e julgamento, deliberando sobre a necessidade de produção de outras provas.

§ 1º Salvo manifestação em audiência, as partes e o Ministério Público terão 5 (cinco) dias para oferecer alegações finais, decidindo a autoridade judiciária em igual prazo.

§ 2º Em se tratando de afastamento provisório ou definitivo de dirigente de entidade governamental, a autoridade judiciária oficiará a autoridade administrativa imediatamente superior ao afastado, fixando-lhe prazo de 24 (vinte e quatro) horas para proceder à substituição.

§ 3º Antes de aplicar qualquer das medidas, a autoridade judiciária poderá fixar prazo para a remoção das irregularidades verificadas. Satisfeitas as exigências, o processo será extinto, sem julgamento do mérito.

§ 4º A multa e a advertência serão impostas ao dirigente da entidade ou ao responsável pelo programa de atendimento.

## TÍTULO V

Do Acesso à Justiça

### CAPÍTULO I

Disposições Gerais

Art. 69. Aplica-se, subsidiariamente, às disposições deste Capítulo, o procedimento sumário previsto no Código de Processo Civil, naquilo que não contrarie os prazos previstos nesta Lei.

Art. 70. O Poder Público poderá criar varas especializadas e exclusivas do idoso.

Art. 71. É assegurada prioridade na tramitação dos processos e procedimentos e na execução dos atos e diligências judiciais em que figure como parte ou interveniente pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, em qualquer instância.

§ 1º O interessado na obtenção da prioridade a que alude este artigo, fazendo prova de sua idade, requererá o benefício à autoridade judiciária competente para decidir o feito, que determinará as providências a serem cumpridas, anotando-se essa circunstância em local visível nos autos do processo.

§ 2º A prioridade não cessará com a morte do beneficiado, estendendo-se em favor do cônjuge supérstite, companheiro ou companheira, com união estável, maior de 60 (sessenta) anos.

§ 3º A prioridade se estende aos processos e procedimentos na Administração Pública, empresas prestadoras de serviços públicos e instituições financeiras, ao atendimento preferencial junto à Defensoria Pública da União, dos Estados e do Distrito Federal em relação aos Serviços de Assistência Judiciária.

§ 4º Para o atendimento prioritário será garantido ao idoso o fácil acesso aos assentos e caixas, identificados com a destinação a idosos em local visível e caracteres legíveis.

## CAPÍTULO II

### Do Ministério Público

Art. 72. (VETADO)

Art. 73. As funções do Ministério Público, previstas nesta Lei, serão exercidas nos termos da respectiva Lei Orgânica.

Art. 74. Compete ao Ministério Público:

I – instaurar o inquérito civil e a ação civil pública para a proteção dos direitos e interesses difusos ou coletivos, individuais indisponíveis e individuais homogêneos do idoso;

II – promover e acompanhar as ações de alimentos, de interdição total ou parcial, de designação de curador especial, em circunstâncias que justifiquem a medida e oficiar em todos os feitos em que se discutam os direitos de idosos em condições de risco;

III – atuar como substituto processual do idoso em situação de risco, conforme o disposto no art. 43 desta Lei;

IV – promover a revogação de instrumento procuratório do idoso, nas hipóteses previstas no art. 43 desta Lei, quando necessário ou o interesse público justificar;

V – instaurar procedimento administrativo e, para instruí-lo:

a) expedir notificações, colher depoimentos ou esclarecimentos

e, em caso de não comparecimento injustificado da pessoa notificada, requisitar condução coercitiva, inclusive pela Polícia Civil ou Militar;

b) requisitar informações, exames, perícias e documentos de autoridades municipais, estaduais e federais, da administração direta e indireta, bem como promover inspeções e diligências investigatórias;

c) requisitar informações e documentos particulares de instituições privadas;

VI – instaurar sindicâncias, requisitar diligências investigatórias e a instauração de inquérito policial, para a apuração de ilícitos ou infrações às normas de proteção ao idoso;

VII – zelar pelo efetivo respeito aos direitos e garantias legais assegurados ao idoso, promovendo as medidas judiciais e extrajudiciais cabíveis;

VIII – inspecionar as entidades públicas e particulares de atendimento e os programas de que trata esta Lei, adotando de pronto as medidas administrativas ou judiciais necessárias à remoção de irregularidades porventura verificadas;

IX – requisitar força policial, bem como a colaboração dos serviços de saúde, educacionais e de assistência social, públicos, para o desempenho de suas atribuições;

X – referendar transações envolvendo interesses e direitos dos idosos previstos nesta Lei.

§ 1º A legitimação do Ministério Público para as ações cíveis previstas neste artigo não impede a de terceiros, nas mesmas hipóteses, segundo dispuser a lei.

§ 2º As atribuições constantes deste artigo não excluem outras, desde que compatíveis com a finalidade e atribuições do Ministério Público.

§ 3º O representante do Ministério Público, no exercício de suas funções, terá livre acesso a toda entidade de atendimento ao idoso.

Art. 75. Nos processos e procedimentos em que não for parte, atuará obrigatoriamente o Ministério Público na defesa dos direitos e interesses de que cuida esta Lei, hipóteses em que terá vista dos autos depois das partes, podendo juntar documentos, requerer diligências e produção de outras provas, usando os recursos cabíveis.

Art. 76. A intimação do Ministério Público, em qualquer caso, será feita pessoalmente.

Art. 77. A falta de intervenção do Ministério Público acarreta a nulidade do feito, que será declarada de ofício pelo juiz ou a requerimento de qualquer interessado.

### CAPÍTULO III

Da Proteção Judicial dos Interesses Difusos, Coletivos e Individuais Indisponíveis ou Homogêneos

Art. 78. As manifestações processuais do representante do Ministério Público deverão ser fundamentadas.

Art. 79. Regem-se pelas disposições desta Lei as ações de responsabilidade por ofensa aos direitos assegurados ao idoso, referentes à omissão ou ao oferecimento insatisfatório de:

- I – acesso às ações e serviços de saúde;
- II – atendimento especializado ao idoso portador de deficiência ou com limitação incapacitante;
- III – atendimento especializado ao idoso portador de doença infecto-contagiosa;
- IV – serviço de assistência social visando ao amparo do idoso.

Parágrafo único. As hipóteses previstas neste artigo não excluem da proteção judicial outros interesses difusos,

coletivos, individuais indisponíveis ou homogêneos, próprios do idoso, protegidos em lei.

Art. 80. As ações previstas neste Capítulo serão propostas no foro do domicílio do idoso, cujo juízo terá competência absoluta para processar a causa, ressalvadas as competências da Justiça Federal e a competência originária dos Tribunais Superiores.

Art. 81. Para as ações cíveis fundadas em interesses difusos, coletivos, individuais indisponíveis ou homogêneos, consideram-se legitimados, concorrentemente:

I – o Ministério Público;

II – a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios;

III – a Ordem dos Advogados do Brasil;

IV – as associações legalmente constituídas há pelo menos 1 (um) ano e que incluam entre os fins institucionais a defesa dos interesses e direitos da pessoa idosa, dispensada a autorização da assembléia, se houver prévia autorização estatutária.

§ 1º Admitir-se-á litisconsórcio facultativo entre os Ministérios Públicos da União e dos Estados na defesa dos interesses e direitos de que cuida esta Lei.

§ 2º Em caso de desistência ou abandono da ação por associação legitimada, o Ministério Público ou outro legitimado deverá assumir a titularidade ativa.

Art. 82. Para defesa dos interesses e direitos protegidos por esta Lei, são admissíveis todas as espécies de ação pertinentes.

Parágrafo único. Contra atos ilegais ou abusivos de autoridade pública ou agente de pessoa jurídica no exercício de atribuições de Poder Público, que lesem direito líquido e certo previsto nesta Lei, caberá ação mandamental, que se regerá pelas normas da lei do mandado de segurança.

Art. 83. Na ação que tenha por objeto o cumprimento de obrigação

de fazer ou não-fazer, o juiz concederá a tutela específica da obrigação ou determinará providências que assegurem o resultado prático equivalente ao adimplemento.

§ 1º Sendo relevante o fundamento da demanda e havendo justificado receio de ineficácia do provimento final, é lícito ao juiz conceder a tutela liminarmente ou após justificação prévia, na forma do art. 273 do Código de Processo Civil.

§ 2º O juiz poderá, na hipótese do § 1º ou na sentença, impor multa diária ao réu, independentemente do pedido do autor, se for suficiente ou compatível com a obrigação, fixando prazo razoável para o cumprimento do preceito.

§ 3º A multa só será exigível do réu após o trânsito em julgado da sentença favorável ao autor, mas será devida desde o dia em que se houver configurado.

Art. 84. Os valores das multas previstas nesta Lei reverterão ao Fundo do Idoso, onde houver, ou na falta deste, ao Fundo Municipal de Assistência Social, ficando vinculados ao atendimento ao idoso.

Parágrafo único. As multas não recolhidas até 30 (trinta) dias após o trânsito em julgado da decisão serão exigidas por meio de execução promovida pelo Ministério Público, nos mesmos autos, facultada igual iniciativa aos demais legitimados em caso de inércia daquele.

Art. 85. O juiz poderá conferir efeito suspensivo aos recursos, para evitar dano irreparável à parte.

Art. 86. Transitada em julgado a sentença que impuser condenação ao Poder Público, o juiz determinará a remessa de peças à autoridade competente, para apuração da responsabilidade civil e administrativa do agente a que se atribua a ação ou omissão.

Art. 87. Decorridos 60 (sessenta) dias do trânsito em julgado da sentença condenatória favorável ao idoso sem que o autor lhe promova a execução, deverá fazê-lo o Ministério Público, facultada,

igual iniciativa aos demais legitimados, como assistentes ou assumindo o pólo ativo, em caso de inércia desse órgão.

Art. 88. Nas ações de que trata este Capítulo, não haverá adiantamento de custas, emolumentos, honorários periciais e quaisquer outras despesas.

Parágrafo único. Não se imporá sucumbência ao Ministério Público.

Art. 89. Qualquer pessoa poderá, e o servidor deverá, provocar a iniciativa do Ministério Público, prestando-lhe informações sobre os fatos que constituam objeto de ação civil e indicando-lhe os elementos de convicção.

Art. 90. Os agentes públicos em geral, os juízes e tribunais, no exercício de suas funções, quando tiverem conhecimento de fatos que possam configurar crime de ação pública contra idoso ou ensejar a propositura de ação para sua defesa, devem encaminhar as peças pertinentes ao Ministério Público, para as providências cabíveis.

Art. 91. Para instruir a petição inicial, o interessado poderá requerer às autoridades competentes as certidões e informações que julgar necessárias, que serão fornecidas no prazo de 10 (dez) dias.

Art. 92. O Ministério Público poderá instaurar sob sua presidência, inquérito civil, ou requisitar, de qualquer pessoa, organismo público ou particular, certidões, informações, exames ou perícias, no prazo que assinalar, o qual não poderá ser inferior a 10 (dez) dias.

§ 1º Se o órgão do Ministério Público, esgotadas todas as diligências, se convencer da inexistência de fundamento para a propositura da ação civil ou de peças informativas, determinará o seu arquivamento, fazendo-o fundamentadamente.

§ 2º Os autos do inquérito civil ou as peças de informação arquivados serão remetidos, sob pena de se incorrer em falta grave, no prazo de 3 (três) dias, ao Conselho Superior do

Ministério Público ou à Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público.

§ 3º Até que seja homologado ou rejeitado o arquivamento, pelo Conselho Superior do Ministério Público ou por Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público, as associações legitimadas poderão apresentar razões escritas ou documentos, que serão juntados ou anexados às peças de informação.

§ 4º Deixando o Conselho Superior ou a Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público de homologar a promoção de arquivamento, será designado outro membro do Ministério Público para o ajuizamento da ação.

## **TÍTULO VI**

Dos Crimes

### **CAPÍTULO I**

Disposições Gerais

Art. 93. Aplicam-se subsidiariamente, no que couber, as disposições da Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985.

Art. 94. Aos crimes previstos nesta Lei, cuja pena máxima privativa de liberdade não ultrapasse 4 (quatro) anos, aplica-se o procedimento previsto na Lei nº 9.099, de 26 de setembro de 1995, e, subsidiariamente, no que couber, as disposições do Código Penal e do Código de Processo Penal.

### **CAPÍTULO II**

Dos Crimes em Espécie

Art. 95. Os crimes definidos nesta Lei são de ação penal pública incondicionada, não se lhes aplicando os arts. 181 e 182 do Código Penal.

Art. 96. Discriminar pessoa idosa, impedindo ou dificultando seu acesso a operações bancárias, aos meios de transporte, ao direito de contratar ou por qualquer outro meio ou instrumento necessário ao exercício da cidadania, por motivo de idade:

Pena – reclusão de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

§ 1º Na mesma pena incorre quem desdenhar, humilhar, menosprezar ou discriminar pessoa idosa, por qualquer motivo.

§ 2º A pena será aumentada de 1/3 (um terço) se a vítima se encontrar sob os cuidados ou responsabilidade do agente.

Art. 97. Deixar de prestar assistência ao idoso, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, em situação de iminente perigo, ou recusar, retardar ou dificultar sua assistência à saúde, sem justa causa, ou não pedir, nesses casos, o socorro de autoridade pública:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

Parágrafo único. A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte.

Art. 98. Abandonar o idoso em hospitais, casas de saúde, entidades de longa permanência, ou congêneres, ou não prover suas necessidades básicas, quando obrigado por lei ou mandado:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 3 (três) anos e multa.

Art. 99. Expor a perigo a integridade e a saúde, física ou psíquica, do idoso, submetendo-o a condições desumanas ou degradantes ou privando-o de alimentos e cuidados indispensáveis, quando obrigado a fazê-lo, ou sujeitando-o a trabalho excessivo ou inadequado:

Pena – detenção de 2 (dois) meses a 1 (um) ano e multa.

§ 1º Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena – reclusão de 1 (um) a 4 (quatro) anos.

§ 2º Se resulta a morte:

Pena – reclusão de 4 (quatro) a 12 (doze) anos.

Art. 100. Constitui crime punível com reclusão de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa:

I – obstar o acesso de alguém a qualquer cargo público por motivo de idade;

II – negar a alguém, por motivo de idade, emprego ou trabalho;

III – recusar, retardar ou dificultar atendimento ou deixar de prestar assistência à saúde, sem justa causa, a pessoa idosa;

IV – deixar de cumprir, retardar ou frustrar, sem justo motivo, a execução de ordem judicial expedida na ação civil a que alude esta Lei;

V – recusar, retardar ou omitir dados técnicos indispensáveis à propositura da ação civil objeto desta Lei, quando requisitados pelo Ministério Público.

Art. 101. Deixar de cumprir, retardar ou frustrar, sem justo motivo, a execução de ordem judicial expedida nas ações em que for parte ou interveniente o idoso:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

Art. 102. Apropriar-se de ou desviar bens, proventos, pensão ou qualquer outro rendimento do idoso, dando-lhes aplicação diversa da de sua finalidade:

Pena – reclusão de 1 (um) a 4 (quatro) anos e multa.

Art. 103. Negar o acolhimento ou a permanência do idoso, como abrigado, por recusa deste em outorgar procuração à entidade de atendimento:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

Art. 104. Reter o cartão magnético de conta bancária relativa a benefícios, proventos ou pensão do idoso, bem como qualquer outro documento com objetivo de assegurar recebimento ou ressarcimento de dívida:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos e multa.

Art. 105. Exibir ou veicular, por qualquer meio de comunicação, informações ou imagens depreciativas ou injuriosas à pessoa do idoso:

Pena – detenção de 1 (um) a 3 (três) anos e multa.

Art. 106. Induzir pessoa idosa sem discernimento de seus atos a outorgar procuração para fins de administração de bens ou deles dispor livremente:

Pena – reclusão de 2 (dois) a 4 (quatro) anos.

Art. 107. Coagir, de qualquer modo, o idoso a doar, contratar, testar ou outorgar procuração:

Pena – reclusão de 2 (dois) a 5 (cinco) anos.

Art. 108. Lavrar ato notarial que envolva pessoa idosa sem discernimento de seus atos, sem a devida representação legal:

Pena – reclusão de 2 (dois) a 4 (quatro) anos.

## TÍTULO VII

### Disposições Finais e Transitórias

Art. 109. Impedir ou embaraçar ato do representante do Ministério Público ou de qualquer outro agente fiscalizador:

Pena – reclusão de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

Art. 110. O Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, Código Penal, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 61. ....

h) contra criança, maior de 60 (sessenta) anos, enfermo ou mulher grávida;

.....” (NR)

“Art. 121. ....

§ 4º No homicídio culposo, a pena é aumentada de 1/3 (um

terço), se o crime resulta de inobservância de regra técnica de profissão, arte ou ofício, ou se o agente deixa de prestar imediato socorro à vítima, não procura diminuir as conseqüências do seu ato, ou foge para evitar prisão em flagrante. Sendo doloso o homicídio, a pena é aumentada de 1/3 (um terço) se o crime é praticado contra pessoa menor de 14 (quatorze) ou maior de 60 (sessenta) anos.

“Art. 133. ....

§ 3º .....

III – se a vítima é maior de 60 (sessenta) anos.” (NR)

“Art. 140. ....

§ 3º Se a injúria consiste na utilização de elementos referentes a raça, cor, etnia, religião, origem ou a condição de pessoa idosa ou portadora de deficiência:

“Art. 141. ....

IV – contra pessoa maior de 60 (sessenta) anos ou portadora de deficiência, exceto no caso de injúria.

“Art. 148. ....

§ 1º .....

I – se a vítima é ascendente, descendente, cônjuge do agente ou maior de 60 (sessenta) anos.

“Art. 159.....

§ 1º Se o seqüestro dura mais de 24 (vinte e quatro) horas, se o seqüestrado é menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, ou se o crime é cometido por bando ou quadrilha.

“Art. 183.....

.....

III – se o crime é praticado contra pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.” (NR)

“Art. 244. Deixar, sem justa causa, de prover a subsistência do cônjuge, ou de filho menor de 18 (dezoito) anos ou inapto para o trabalho, ou de ascendente inválido ou maior de 60 (sessenta) anos, não lhes proporcionando os recursos necessários ou faltando ao pagamento de pensão alimentícia judicialmente acordada, fixada ou majorada; deixar, sem justa causa, de socorrer descendente ou ascendente, gravemente enfermo:

.....” (NR)

Art. 111. O art. 21 do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941, Lei das Contravenções Penais, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único:

“Art. 21.....

Parágrafo único. Aumenta-se a pena de 1/3 (um terço) até a metade se a vítima é maior de 60 (sessenta) anos.” (NR)

Art. 112. O inciso II do § 4º do art. 1º da Lei nº 9.455, de 7 de abril de 1997, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 1º .....

II – se o crime é cometido contra criança, gestante, portador de deficiência, adolescente ou maior de 60 (sessenta) anos;

.....” (NR)

Art. 113. O inciso III do art. 18 da Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 18.....

III – se qualquer deles decorrer de associação ou visar a menores de 21 (vinte e um) anos ou a pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou a quem tenha, por qualquer causa, diminuída ou suprimida a capacidade de discernimento ou de autodeterminação

.....” (NR)

Art. 114. O art. 1º da Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 1º As pessoas portadoras de deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo terão atendimento prioritário, nos termos desta Lei”.(NR)

Art. 115. O Orçamento da Seguridade Social destinará ao Fundo Nacional de Assistência Social, até que o Fundo Nacional do Idoso seja criado, os recursos necessários, em cada exercício financeiro, para aplicação em programas e ações relativos ao idoso.

Art. 116. Serão incluídos nos censos demográficos dados relativos à população idosa do País.

Art. 117. O Poder Executivo encaminhará ao Congresso Nacional projeto de lei revendo os critérios de concessão do Benefício de Prestação Continuada previsto na Lei Orgânica da Assistência Social, de forma a garantir que o acesso ao direito seja condizente com o estágio de desenvolvimento sócio-econômico alcançado pelo País.

Art. 118. Esta Lei entra em vigor decorridos 90 (noventa) dias da sua publicação, ressalvado o disposto no caput do art. 36, que vigorará a partir de 1º de janeiro de 2004.

Brasília, 1º de outubro de 2003;  
182º da Independência e 115º da República.

**LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA**

**Márcio Thomaz Bastos**

**Antonio Palocci Filho**

**Rubem Fonseca Filho**

**Humberto Sérgio Costa Lima**

**Guido Mantega**

**Ricardo José Ribeiro Berzoini**

**Benedita Souza da Silva Sampaio**

**Álvaro Augusto Ribeiro Costa**





**Senado Federal**  
**Subchefia para Assuntos Jurídicos**  
**Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004.**

*Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI, e dá outras providências.*

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA,**

no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, alínea “a”, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, e nos arts. 24 e 50 da Lei no 10.683, de 28 de maio de 2003,

**DECRETA:**

**CAPÍTULO I**

**DA FINALIDADE E DA COMPETÊNCIA**

Art. 1º O Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI, órgão colegiado de caráter deliberativo, integrante da estrutura básica da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, tem por finalidade elaborar as diretrizes para a formulação

e implementação da política nacional do idoso, observadas as linhas de ação e as diretrizes conforme dispõe a Lei no 10.741, de 1o de outubro de 2003 - Estatuto do Idoso, bem como acompanhar e avaliar a sua execução.

Art. 2º Ao CNDI compete:

I - elaborar as diretrizes, instrumentos, normas e prioridades da política nacional do idoso, bem como controlar e fiscalizar as ações de execução;

II - zelar pela aplicação da política nacional de atendimento ao idoso;

III - dar apoio aos Conselhos Estaduais, do Distrito Federal e Municipais dos Direitos do Idoso, aos órgãos estaduais, municipais e entidades não-governamentais, para tornar efetivos os princípios, as diretrizes e os direitos estabelecidos pelo Estatuto do Idoso;

IV - avaliar a política desenvolvida nas esferas estadual, distrital e municipal e a atuação dos conselhos do idoso instituídos nessas áreas de governo;

V - acompanhar o reordenamento institucional, propondo, sempre que necessário, as modificações nas estruturas públicas e privadas destinadas ao atendimento do idoso;

VI - apoiar a promoção de campanhas educativas sobre os direitos do idoso, com a indicação das medidas a serem adotadas nos casos de atentados ou violação desses direitos;

VII - acompanhar a elaboração e a execução da proposta orçamentária da União, indicando modificações necessárias à consecução da política formulada para a promoção dos direitos do idoso; e

VIII - elaborar o regimento interno, que será aprovado pelo voto de, no mínimo, dois terços de seus membros, nele definindo a

forma de indicação do seu Presidente e Vice-Presidente.

Parágrafo único. Ao CNDI compete, ainda:

I - acompanhar e avaliar a expedição de orientações e recomendações sobre a aplicação da Lei no 10.741, de 2003, e dos demais atos normativos relacionados ao atendimento do idoso;

II - promover a cooperação entre os governos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e a sociedade civil organizada na formulação e execução da política nacional de atendimento dos direitos do idoso;

III - promover, em parceria com organismos governamentais e não-governamentais, nacionais e internacionais, a identificação de sistemas de indicadores, no sentido de estabelecer metas e procedimentos com base nesses índices, para monitorar a aplicação das atividades relacionadas com o atendimento ao idoso;

IV - promover a realização de estudos, debates e pesquisas sobre a aplicação e os resultados estratégicos alcançados pelos programas e projetos de atendimento ao idoso, desenvolvidos pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República; e

V - estimular a ampliação e o aperfeiçoamento dos mecanismos de participação e controle social, por intermédio de rede nacional de órgãos colegiados estaduais, regionais, territoriais e municipais, visando fortalecer o atendimento dos direitos do idoso.

## **CAPÍTULO II**

### **DA COMPOSIÇÃO E DO FUNCIONAMENTO**

Art. 3º O CNDI tem a seguinte composição, guardada a paridade entre os membros do Poder Executivo e da sociedade civil organizada:

I - um representante da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República e de cada Ministério a seguir indicado:

- a) das Relações Exteriores;
- b) do Trabalho e Emprego;
- c) da Educação;
- d) da Saúde;
- e) da Cultura;
- f) do Esporte;
- g) da Justiça;
- h) da Previdência Social;
- i) da Ciência e Tecnologia;
- j) do Turismo;
- l) do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;
- m) do Planejamento, Orçamento e Gestão; e
- n) das Cidades;

II - quatorze representantes de entidades da sociedade civil organizada, sem fins lucrativos, com atuação no campo da promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa, que tenham filiadas organizadas em, pelo menos, cinco unidades da Federação, distribuídas em três regiões do País.

§ 1º Os representantes de que trata o inciso I, e seus respectivos suplentes, serão indicados pelos titulares dos órgãos representados.

§ 2º Os representantes de que trata o inciso II, e seus respectivos suplentes, serão indicados pelos titulares das entidades representadas.

§ 3º Os representantes de que tratam os incisos I e II, e seus respectivos suplentes, serão designados pelo Secretário Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República.

§ 4º As deliberações do CNDI, inclusive seu regimento interno, serão aprovadas mediante resoluções.

§ 5º Poderão, ainda, ser convidados a participar das reuniões do CNDI personalidades e representantes de entidades e órgãos públicos e privados, dos Poderes Legislativo e Judiciário, bem como outros técnicos, sempre que da pauta constar tema de suas áreas de atuação.

Art. 4º Os membros de que trata o inciso II do art. 3º deste Decreto serão representados por entidades eleitas em assembléia específica, convocada especialmente para esta finalidade.

§ 1º A eleição será convocada pelo CNDI, por meio de edital, publicado no Diário Oficial da União, sessenta dias antes do término do mandato dos seus representantes.

§ 2º O regimento interno do CNDI disciplinará as normas e os procedimentos relativos à eleição das entidades da sociedade civil organizada que comporão sua estrutura.

§ 3º As entidades eleitas e os representantes indicados terão mandatos de dois anos, podendo ser reconduzidos, por meio de novo processo eleitoral.

§ 4º O Ministério Público Federal poderá acompanhar o processo de escolha dos membros representantes das entidades da sociedade civil organizada.

Art. 5º O CNDI poderá instituir comissões permanentes e grupos temáticos, de caráter temporário, destinados ao estudo e elaboração de propostas sobre temas específicos, a serem submetidas ao plenário, cuja competência e funcionamento serão definidos no ato de sua criação.

Art. 6º A estrutura de funcionamento do CNDI compõe-se de:

I - Plenário;

II - Secretaria; e

III - comissões permanentes e grupos temáticos.

## **CAPÍTULO III**

### **DAS ATRIBUIÇÕES DO PRESIDENTE**

Art. 7º São atribuições do Presidente do CNDI:

- I - convocar e presidir as reuniões do colegiado;
- II - solicitar a elaboração de estudos, informações e posicionamento sobre temas de relevante interesse público;
- III - firmar as atas das reuniões e homologar as resoluções; e
- IV - constituir, convocar reuniões e organizar o funcionamento das comissões permanentes e dos grupos temáticos.

## **CAPÍTULO IV**

### **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 8º Caberá à Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República prover o apoio administrativo e os meios necessários à execução dos trabalhos do CNDI, das comissões permanentes e dos grupos temáticos.

Art. 9º As despesas com os deslocamentos dos membros integrantes do CNDI, das comissões permanentes e dos grupos temáticos poderão correr à conta de dotações orçamentárias da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República.

Art. 10. Para cumprimento de suas funções, o CNDI contará com recursos orçamentários e financeiros consignados no orçamento da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República.

Art. 11. A participação no CNDI, nas comissões permanentes e nos grupos temáticos será considerada função relevante, não remunerada.

Art. 12. O CNDI reunir-se-á bimestralmente em caráter ordinário e extraordinariamente por convocação do seu presidente ou por requerimento da maioria de seus membros.

Art. 13. Os representantes a que se referem os incisos I e II do art. 3o deste Decreto, acrescidos na composição do CNDI, serão designados para o exercício da função até 3 de setembro de 2004, data em que encerrará o mandato de todos os seus membros.

Art. 13-A. Excepcionalmente para o biênio 2004-2006, a eleição prevista no § 1o do art. 4o, será convocada pelo Secretário Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, por meio de edital, que estabelecerá as normas e procedimentos para sua realização. (Incluído pelo Decreto nº 5.145, de 2004)

Parágrafo único. O ato previsto no caput deverá ser publicado no Diário Oficial da União até trinta dias antes do encerramento do mandato atual. (Incluído pelo Decreto nº 5.145, de 2004)

Art. 14. As dúvidas e os casos omissos neste Decreto serão resolvidos pelo Presidente do CNDI, ad referendum do Colegiado.

Art. 15. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 16. Ficam revogados os Decretos nos 4.227, de 13 de maio de 2002, e 4.287, de 27 de junho de 2002.

Brasília, 17 de junho de 2004;  
183º da Independência e 116º da República.

**LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA**

**José Dirceu de Oliveira e Silva**

**Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 18.6.2004**





**Senado Federal**  
**Subchefia para Assuntos Jurídicos**  
**Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004.**

*Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.*

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto nas Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000,

**DECRETA:**

**CAPÍTULO I**

**DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

Art. 1º Este Decreto regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000.

Art. 2º Ficam sujeitos ao cumprimento das disposições deste Decreto, sempre que houver interação com a matéria nele regulamentada:

I - a aprovação de projeto de natureza arquitetônica e urbanística, de comunicação e informação, de transporte coletivo, bem como a execução de qualquer tipo de obra, quando tenham destinação pública ou coletiva;

II - a outorga de concessão, permissão, autorização ou habilitação de qualquer natureza;

III - a aprovação de financiamento de projetos com a utilização de recursos públicos, dentre eles os projetos de natureza arquitetônica e urbanística, os tocantes à comunicação e informação e os referentes ao transporte coletivo, por meio de qualquer instrumento, tais como convênio, acordo, ajuste, contrato ou similar; e

IV - a concessão de aval da União na obtenção de empréstimos e financiamentos internacionais por entes públicos ou privados.

Art. 3º Serão aplicadas sanções administrativas, cíveis e penais cabíveis, previstas em lei, quando não forem observadas as normas deste Decreto.

Art. 4º O Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência, os Conselhos Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, e as organizações representativas de pessoas portadoras de deficiência terão legitimidade para acompanhar e sugerir medidas para o cumprimento dos requisitos estabelecidos neste Decreto.

## **CAPÍTULO II**

### **DO ATENDIMENTO PRIORITÁRIO**

Art. 5º Os órgãos da administração pública direta, indireta e fundacional, as empresas prestadoras de serviços públicos e as instituições financeiras deverão dispensar atendimento prioritário às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

§ 1º Considera-se, para os efeitos deste Decreto:

I - pessoa portadora de deficiência, além daquelas previstas na Lei no 10.690, de 16 de junho de 2003, a que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadra nas seguintes categorias:

a) deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplicia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

b) deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;

c) deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60o; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

d) deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

1. comunicação;
2. cuidado pessoal;
3. habilidades sociais;

4. utilização dos recursos da comunidade;
5. saúde e segurança;
6. habilidades acadêmicas;
7. lazer; e
8. trabalho;

e) deficiência múltipla - associação de duas ou mais deficiências; e  
II - pessoa com mobilidade reduzida, aquela que, não se enquadrando no conceito de pessoa portadora de deficiência, tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção.

§ 2º O disposto no caput aplica-se, ainda, às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, gestantes, lactantes e pessoas com criança de colo.

§ 3º O acesso prioritário às edificações e serviços das instituições financeiras deve seguir os preceitos estabelecidos neste Decreto e nas normas técnicas de acessibilidade da Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT, no que não conflitarem com a Lei no 7.102, de 20 de junho de 1983, observando, ainda, a Resolução do Conselho Monetário Nacional no 2.878, de 26 de julho de 2001.

Art. 6º O atendimento prioritário compreende tratamento diferenciado e atendimento imediato às pessoas de que trata o art.5º.

§ 1º O tratamento diferenciado inclui, dentre outros:

- I - assentos de uso preferencial sinalizados, espaços e instalações acessíveis;
- II - mobiliário de recepção e atendimento obrigatoriamente adaptado à altura e à condição física de pessoas em cadeira de rodas, conforme estabelecido nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT;

III - serviços de atendimento para pessoas com deficiência auditiva, prestado por intérpretes ou pessoas capacitadas em Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS e no trato com aquelas que não se comuniquem em LIBRAS, e para pessoas surdocegas, prestado por guias-intérpretes ou pessoas capacitadas neste tipo de atendimento;

IV - pessoal capacitado para prestar atendimento às pessoas com deficiência visual, mental e múltipla, bem como às pessoas idosas;

V - disponibilidade de área especial para embarque e desembarque de pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida;

VI - sinalização ambiental para orientação das pessoas referidas no art. 5º;

VII - divulgação, em lugar visível, do direito de atendimento prioritário das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida;

VIII - admissão de entrada e permanência de cão-guia ou cão-guia de acompanhamento junto de pessoa portadora de deficiência ou de treinador nos locais dispostos no caput do art. 5º, bem como nas demais edificações de uso público e naquelas de uso coletivo, mediante apresentação da carteira de vacina atualizada do animal; e

IX - a existência de local de atendimento específico para as pessoas referidas no art. 5º.

§ 2º Entende-se por imediato o atendimento prestado às pessoas referidas no art. 5º, antes de qualquer outra, depois de concluído o atendimento que estiver em andamento, observado o disposto no inciso I do parágrafo único do art. 3º da Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso).

§ 3º Nos serviços de emergência dos estabelecimentos públicos e privados de atendimento à saúde, a prioridade conferida por

este Decreto fica condicionada à avaliação médica em face da gravidade dos casos a atender.

§ 4º Os órgãos, empresas e instituições referidos no caput do art. 5º devem possuir, pelo menos, um telefone de atendimento adaptado para comunicação com e por pessoas portadoras de deficiência auditiva.

Art. 7º O atendimento prioritário no âmbito da administração pública federal direta e indireta, bem como das empresas prestadoras de serviços públicos, obedecerá às disposições deste Decreto, além do que estabelece o Decreto no 3.507, de 13 de junho de 2000.

Parágrafo único. Cabe aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal, no âmbito de suas competências, criar instrumentos para a efetiva implantação e o controle do atendimento prioritário referido neste Decreto.

### **CAPÍTULO III**

#### **DAS CONDIÇÕES GERAIS DA ACESSIBILIDADE**

Art. 8º Para os fins de acessibilidade, considera-se:

I - acessibilidade: condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos serviços de transporte e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida;

II - barreiras: qualquer entrave ou obstáculo que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento, a circulação com segurança e a possibilidade de as pessoas se comunicarem ou terem acesso à informação, classificadas em:

a) barreiras urbanísticas: as existentes nas vias públicas e nos espaços de uso público;

b) barreiras nas edificações: as existentes no entorno e interior

das edificações de uso público e coletivo e no entorno e nas áreas internas de uso comum nas edificações de uso privado multifamiliar;

c) barreiras nos transportes: as existentes nos serviços de transportes; e

d) barreiras nas comunicações e informações: qualquer entrave ou obstáculo que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens por intermédio dos dispositivos, meios ou sistemas de comunicação, sejam ou não de massa, bem como aqueles que dificultem ou impossibilitem o acesso à informação;

III - elemento da urbanização: qualquer componente das obras de urbanização, tais como os referentes à pavimentação, saneamento, distribuição de energia elétrica, iluminação pública, abastecimento e distribuição de água, paisagismo e os que materializam as indicações do planejamento urbanístico;

IV - mobiliário urbano: o conjunto de objetos existentes nas vias e espaços públicos, superpostos ou adicionados aos elementos da urbanização ou da edificação, de forma que sua modificação ou traslado não provoque alterações substanciais nestes elementos, tais como semáforos, postes de sinalização e similares, telefones e cabines telefônicas, fontes públicas, lixeiras, toldos, marquises, quiosques e quaisquer outros de natureza análoga;

V - ajuda técnica: os produtos, instrumentos, equipamentos ou tecnologia adaptados ou especialmente projetados para melhorar a funcionalidade da pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida, favorecendo a autonomia pessoal, total ou assistida;

VI - edificações de uso público: aquelas administradas por entidades da administração pública, direta e indireta, ou por empresas prestadoras de serviços públicos e destinadas ao público em geral;

VII - edificações de uso coletivo: aquelas destinadas às atividades de natureza comercial, hoteleira, cultural, esportiva, financeira, turística, recreativa, social, religiosa, educacional, industrial e de saúde, inclusive as edificações de prestação de serviços de atividades da mesma natureza;

VIII - edificações de uso privado: aquelas destinadas à habitação, que podem ser classificadas como unifamiliar ou multifamiliar; e

IX - desenho universal: concepção de espaços, artefatos e produtos que visam atender simultaneamente todas as pessoas, com diferentes características antropométricas e sensoriais, de forma autônoma, segura e confortável, constituindo-se nos elementos ou soluções que compõem a acessibilidade.

Art. 9º A formulação, implementação e manutenção das ações de acessibilidade atenderão às seguintes premissas básicas:

I - a priorização das necessidades, a programação em cronograma e a reserva de recursos para a implantação das ações; e

II - o planejamento, de forma continuada e articulada, entre os setores envolvidos.

## **CAPÍTULO IV**

### **DA IMPLEMENTAÇÃO DA ACESSIBILIDADE ARQUITETÔNICA E URBANÍSTICA**

#### **Seção I**

##### **Das Condições Gerais**

Art. 10. A concepção e a implantação dos projetos arquitetônicos e urbanísticos devem atender aos princípios do desenho universal, tendo como referências básicas as normas técnicas de acessibilidade da ABNT, a legislação específica e as regras contidas neste Decreto.

§ 1º Caberá ao Poder Público promover a inclusão de conteúdos temáticos referentes ao desenho universal nas

diretrizes curriculares da educação profissional e tecnológica e do ensino superior dos cursos de Engenharia, Arquitetura e correlatos.

§ 2º Os programas e as linhas de pesquisa a serem desenvolvidos com o apoio de organismos públicos de auxílio à pesquisa e de agências de fomento deverão incluir temas voltados para o desenho universal.

Art. 11. A construção, reforma ou ampliação de edificações de uso público ou coletivo, ou a mudança de destinação para estes tipos de edificação, deverão ser executadas de modo que sejam ou se tornem acessíveis à pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida.

§ 1º As entidades de fiscalização profissional das atividades de Engenharia, Arquitetura e correlatas, ao anotarem a responsabilidade técnica dos projetos, exigirão a responsabilidade profissional declarada do atendimento às regras de acessibilidade previstas nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT, na legislação específica e neste Decreto.

§ 2º Para a aprovação ou licenciamento ou emissão de certificado de conclusão de projeto arquitetônico ou urbanístico deverá ser atestado o atendimento às regras de acessibilidade previstas nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT, na legislação específica e neste Decreto.

§ 3º O Poder Público, após certificar a acessibilidade de edificação ou serviço, determinará a colocação, em espaços ou locais de ampla visibilidade, do «Símbolo Internacional de Acesso», na forma prevista nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT e na Lei no 7.405, de 12 de novembro de 1985.

Art. 12. Em qualquer intervenção nas vias e logradouros públicos, o Poder Público e as empresas concessionárias responsáveis pela

execução das obras e dos serviços garantirão o livre trânsito e a circulação de forma segura das pessoas em geral, especialmente das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, durante e após a sua execução, de acordo com o previsto em normas técnicas de acessibilidade da ABNT, na legislação específica e neste Decreto.

Art. 13. Orientam-se, no que couber, pelas regras previstas nas normas técnicas brasileiras de acessibilidade, na legislação específica, observado o disposto na Lei no 10.257, de 10 de julho de 2001, e neste Decreto:

I - os Planos Diretores Municipais e Planos Diretores de Transporte e Trânsito elaborados ou atualizados a partir da publicação deste Decreto;

II - o Código de Obras, Código de Postura, a Lei de Uso e Ocupação do Solo e a Lei do Sistema Viário;

III - os estudos prévios de impacto de vizinhança;

IV - as atividades de fiscalização e a imposição de sanções, incluindo a vigilância sanitária e ambiental; e

V - a previsão orçamentária e os mecanismos tributários e financeiros utilizados em caráter compensatório ou de incentivo.

§ 1º Para concessão de alvará de funcionamento ou sua renovação para qualquer atividade, devem ser observadas e certificadas as regras de acessibilidade previstas neste Decreto e nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

§ 2º Para emissão de carta de «habite-se» ou habilitação equivalente e para sua renovação, quando esta tiver sido emitida anteriormente às exigências de acessibilidade contidas na legislação específica, devem ser observadas e certificadas as regras de acessibilidade previstas neste Decreto e nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

## Seção II

### Das Condições Específicas

Art. 14. Na promoção da acessibilidade, serão observadas as regras gerais previstas neste Decreto, complementadas pelas normas técnicas de acessibilidade da ABNT e pelas disposições contidas na legislação dos Estados, Municípios e do Distrito Federal.

Art. 15. No planejamento e na urbanização das vias, praças, dos logradouros, parques e demais espaços de uso público, deverão ser cumpridas as exigências dispostas nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

§ 1º Incluem-se na condição estabelecida no caput:

I - a construção de calçadas para circulação de pedestres ou a adaptação de situações consolidadas;

II - o rebaixamento de calçadas com rampa acessível ou elevação da via para travessia de pedestre em nível; e

III - a instalação de piso tátil direcional e de alerta.

§ 2º Nos casos de adaptação de bens culturais imóveis e de intervenção para regularização urbanística em áreas de assentamentos subnormais, será admitida, em caráter excepcional, faixa de largura menor que o estabelecido nas normas técnicas citadas no caput, desde que haja justificativa baseada em estudo técnico e que o acesso seja viabilizado de outra forma, garantida a melhor técnica possível.

Art. 16. As características do desenho e a instalação do mobiliário urbano devem garantir a aproximação segura e o uso por pessoa portadora de deficiência visual, mental ou auditiva, a aproximação e o alcance visual e manual para as pessoas portadoras de deficiência física, em especial aquelas em cadeira de rodas, e a circulação livre de barreiras, atendendo às condições estabelecidas nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

§ 1º Incluem-se nas condições estabelecida no caput:

- I - as marquises, os toldos, elementos de sinalização, luminosos e outros elementos que tenham sua projeção sobre a faixa de circulação de pedestres;
- II - as cabines telefônicas e os terminais de auto-atendimento de produtos e serviços;
- III - os telefones públicos sem cabine;
- IV - a instalação das aberturas, das botoeiras, dos comandos e outros sistemas de acionamento do mobiliário urbano;
- V - os demais elementos do mobiliário urbano;
- VI - o uso do solo urbano para posteamento; e
- VII - as espécies vegetais que tenham sua projeção sobre a faixa de circulação de pedestres.

§ 2º A concessionária do Serviço Telefônico Fixo Comutado - STFC, na modalidade Local, deverá assegurar que, no mínimo, dois por cento do total de Telefones de Uso Público - TUPs, sem cabine, com capacidade para originar e receber chamadas locais e de longa distância nacional, bem como, pelo menos, dois por cento do total de TUPs, com capacidade para originar e receber chamadas de longa distância, nacional e internacional, estejam adaptados para o uso de pessoas portadoras de deficiência auditiva e para usuários de cadeiras de rodas, ou conforme estabelecer os Planos Gerais de Metas de Universalização.

§ 3º As botoeiras e demais sistemas de acionamento dos terminais de auto-atendimento de produtos e serviços e outros equipamentos em que haja interação com o público devem estar localizados em altura que possibilite o manuseio por pessoas em cadeira de rodas e possuir mecanismos para utilização autônoma por pessoas portadoras de deficiência

visual e auditiva, conforme padrões estabelecidos nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

Art. 17. Os semáforos para pedestres instalados nas vias públicas deverão estar equipados com mecanismo que sirva de guia ou orientação para a travessia de pessoa portadora de deficiência visual ou com mobilidade reduzida em todos os locais onde a intensidade do fluxo de veículos, de pessoas ou a periculosidade na via assim determinarem, bem como mediante solicitação dos interessados.

Art. 18. A construção de edificações de uso privado multifamiliar e a construção, ampliação ou reforma de edificações de uso coletivo devem atender aos preceitos da acessibilidade na interligação de todas as partes de uso comum ou abertas ao público, conforme os padrões das normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

Parágrafo único. Também estão sujeitos ao disposto no caput os acessos, piscinas, andares de recreação, salão de festas e reuniões, saunas e banheiros, quadras esportivas, portarias, estacionamentos e garagens, entre outras partes das áreas internas ou externas de uso comum das edificações de uso privado multifamiliar e das de uso coletivo.

Art. 19. A construção, ampliação ou reforma de edificações de uso público deve garantir, pelo menos, um dos acessos ao seu interior, com comunicação com todas as suas dependências e serviços, livre de barreiras e de obstáculos que impeçam ou dificultem a sua acessibilidade.

§ 1º No caso das edificações de uso público já existentes, terão elas prazo de trinta meses a contar da data de publicação deste Decreto para garantir acessibilidade às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

§ 2º Sempre que houver viabilidade arquitetônica, o Poder Público buscará garantir dotação orçamentária para ampliar o número de acessos nas edificações de uso público a serem construídas, ampliadas ou reformadas.

Art. 20. Na ampliação ou reforma das edificações de uso público ou de uso coletivo, os desníveis das áreas de circulação internas ou externas serão transpostos por meio de rampa ou equipamento eletromecânico de deslocamento vertical, quando não for possível outro acesso mais cômodo para pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida, conforme estabelecido nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

Art. 21. Os balcões de atendimento e as bilheterias em edificação de uso público ou de uso coletivo devem dispor de, pelo menos, uma parte da superfície acessível para atendimento às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, conforme os padrões das normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

Parágrafo único. No caso do exercício do direito de voto, as urnas das seções eleitorais devem ser adequadas ao uso com autonomia pelas pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida e estarem instaladas em local de votação plenamente acessível e com estacionamento próximo.

Art. 22. A construção, ampliação ou reforma de edificações de uso público ou de uso coletivo devem dispor de sanitários acessíveis destinados ao uso por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida.

§ 1º Nas edificações de uso público a serem construídas, os sanitários destinados ao uso por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida serão distribuídos na razão de, no mínimo, uma cabine para cada sexo em cada pavimento da edificação, com entrada independente dos sanitários coletivos, obedecendo às normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

§ 2º Nas edificações de uso público já existentes, terão elas prazo de trinta meses a contar da data de publicação deste Decreto para garantir pelo menos um banheiro acessível por pavimento, com entrada independente, distribuindo-se seus

equipamentos e acessórios de modo que possam ser utilizados por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida.

§ 3º Nas edificações de uso coletivo a serem construídas, ampliadas ou reformadas, onde devem existir banheiros de uso público, os sanitários destinados ao uso por pessoa portadora de deficiência deverão ter entrada independente dos demais e obedecer às normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

§ 4º Nas edificações de uso coletivo já existentes, onde haja banheiros destinados ao uso público, os sanitários preparados para o uso por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida deverão estar localizados nos pavimentos acessíveis, ter entrada independente dos demais sanitários, se houver, e obedecer as normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

Art. 23. Os teatros, cinemas, auditórios, estádios, ginásios de esporte, casas de espetáculos, salas de conferências e similares reservarão, pelo menos, dois por cento da lotação do estabelecimento para pessoas em cadeira de rodas, distribuídos pelo recinto em locais diversos, de boa visibilidade, próximos aos corredores, devidamente sinalizados, evitando-se áreas segregadas de público e a obstrução das saídas, em conformidade com as normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

§ 1º Nas edificações previstas no caput, é obrigatória, ainda, a destinação de dois por cento dos assentos para acomodação de pessoas portadoras de deficiência visual e de pessoas com mobilidade reduzida, incluindo obesos, em locais de boa recepção de mensagens sonoras, devendo todos ser devidamente sinalizados e estar de acordo com os padrões das normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

§ 2º No caso de não haver comprovada procura pelos assentos reservados, estes poderão excepcionalmente ser ocupados por

pessoas que não sejam portadoras de deficiência ou que não tenham mobilidade reduzida.

§ 3º Os espaços e assentos a que se refere este artigo deverão situar-se em locais que garantam a acomodação de, no mínimo, um acompanhante da pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida.

§ 4º Nos locais referidos no caput, haverá, obrigatoriamente, rotas de fuga e saídas de emergência acessíveis, conforme padrões das normas técnicas de acessibilidade da ABNT, a fim de permitir a saída segura de pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, em caso de emergência.

§ 5º As áreas de acesso aos artistas, tais como coxias e camarins, também devem ser acessíveis a pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

§ 6º Para obtenção do financiamento de que trata o inciso III do art. 2o, as salas de espetáculo deverão dispor de sistema de sonorização assistida para pessoas portadoras de deficiência auditiva, de meios eletrônicos que permitam o acompanhamento por meio de legendas em tempo real ou de disposições especiais para a presença física de intérprete de LIBRAS e de guias-intérpretes, com a projeção em tela da imagem do intérprete de LIBRAS sempre que a distância não permitir sua visualização direta.

§ 7º O sistema de sonorização assistida a que se refere o § 6o será sinalizado por meio do pictograma aprovado pela Lei no 8.160, de 8 de janeiro de 1991.

§ 8º As edificações de uso público e de uso coletivo referidas no caput, já existentes, têm, respectivamente, prazo de trinta e quarenta e oito meses, a contar da data de publicação deste Decreto, para garantir a acessibilidade de que trata o caput e os §§ 1º a 5º.

Art. 24. Os estabelecimentos de ensino de qualquer nível, etapa ou modalidade, públicos ou privados, proporcionarão condições de acesso e utilização de todos os seus ambientes ou compartimentos para pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, inclusive salas de aula, bibliotecas, auditórios, ginásios e instalações desportivas, laboratórios, áreas de lazer e sanitários.

§ 1º Para a concessão de autorização de funcionamento, de abertura ou renovação de curso pelo Poder Público, o estabelecimento de ensino deverá comprovar que:

I - está cumprindo as regras de acessibilidade arquitetônica, urbanística e na comunicação e informação previstas nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT, na legislação específica ou neste Decreto;

II - coloca à disposição de professores, alunos, servidores e empregados portadores de deficiência ou com mobilidade reduzida ajudas técnicas que permitam o acesso às atividades escolares e administrativas em igualdade de condições com as demais pessoas; e

III - seu ordenamento interno contém normas sobre o tratamento a ser dispensado a professores, alunos, servidores e empregados portadores de deficiência, com o objetivo de coibir e reprimir qualquer tipo de discriminação, bem como as respectivas sanções pelo descumprimento dessas normas.

§ 2º As edificações de uso público e de uso coletivo referidas no caput, já existentes, têm, respectivamente, prazo de trinta e quarenta e oito meses, a contar da data de publicação deste Decreto, para garantir a acessibilidade de que trata este artigo.

Art. 25. Nos estacionamentos externos ou internos das edificações de uso público ou de uso coletivo, ou naqueles localizados nas vias públicas, serão reservados, pelo menos, dois por cento do total de vagas para veículos que transportem pessoa portadora de deficiência

física ou visual definidas neste Decreto, sendo assegurada, no mínimo, uma vaga, em locais próximos à entrada principal ou ao elevador, de fácil acesso à circulação de pedestres, com especificações técnicas de desenho e traçado conforme o estabelecido nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

§ 1o Os veículos estacionados nas vagas reservadas deverão portar identificação a ser colocada em local de ampla visibilidade, confeccionado e fornecido pelos órgãos de trânsito, que disciplinarão sobre suas características e condições de uso, observando o disposto na Lei no 7.405, de 1985.

§ 2o Os casos de inobservância do disposto no § 1o estarão sujeitos às sanções estabelecidas pelos órgãos competentes.

§ 3o Aplica-se o disposto no caput aos estacionamentos localizados em áreas públicas e de uso coletivo.

§ 4o A utilização das vagas reservadas por veículos que não estejam transportando as pessoas citadas no caput constitui infração ao art. 181, inciso XVII, da Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997.

Art. 26. Nas edificações de uso público ou de uso coletivo, é obrigatória a existência de sinalização visual e tátil para orientação de pessoas portadoras de deficiência auditiva e visual, em conformidade com as normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

Art. 27. A instalação de novos elevadores ou sua adaptação em edificações de uso público ou de uso coletivo, bem assim a instalação em edificação de uso privado multifamiliar a ser construída, na qual haja obrigatoriedade da presença de elevadores, deve atender aos padrões das normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

§ 1o No caso da instalação de elevadores novos ou da troca dos já existentes, qualquer que seja o número de elevadores da edificação de uso público ou de uso coletivo, pelo menos um deles terá cabine que permita acesso e movimentação cômoda

de pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida, de acordo com o que especifica as normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

§ 2o Junto às botoeiras externas do elevador, deverá estar sinalizado em braile em qual andar da edificação a pessoa se encontra.

§ 3o Os edifícios a serem construídos com mais de um pavimento além do pavimento de acesso, à exceção das habitações unifamiliares e daquelas que estejam obrigadas à instalação de elevadores por legislação municipal, deverão dispor de especificações técnicas e de projeto que facilitem a instalação de equipamento eletromecânico de deslocamento vertical para uso das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

§ 4o As especificações técnicas a que se refere o § 3o devem atender:

- I - a indicação em planta aprovada pelo poder municipal do local reservado para a instalação do equipamento eletromecânico, devidamente assinada pelo autor do projeto;
- II - a indicação da opção pelo tipo de equipamento (elevador, esteira, plataforma ou similar);
- III - a indicação das dimensões internas e demais aspectos da cabine do equipamento a ser instalado; e
- IV - demais especificações em nota na própria planta, tais como a existência e as medidas de botoeira, espelho, informação de voz, bem como a garantia de responsabilidade técnica de que a estrutura da edificação suporta a implantação do equipamento escolhido.

### Seção III

#### Da Acessibilidade na Habitação de Interesse Social

Art. 28. Na habitação de interesse social, deverão ser promovidas as seguintes ações para assegurar as condições de acessibilidade dos empreendimentos:

I - definição de projetos e adoção de tipologias construtivas livres de barreiras arquitetônicas e urbanísticas;

II - no caso de edificação multifamiliar, execução das unidades habitacionais acessíveis no piso térreo e acessíveis ou adaptáveis quando nos demais pisos;

III - execução das partes de uso comum, quando se tratar de edificação multifamiliar, conforme as normas técnicas de acessibilidade da ABNT; e

IV - elaboração de especificações técnicas de projeto que facilite a instalação de elevador adaptado para uso das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Parágrafo único. Os agentes executores dos programas e projetos destinados à habitação de interesse social, financiados com recursos próprios da União ou por ela geridos, devem observar os requisitos estabelecidos neste artigo.

Art. 29. Ao Ministério das Cidades, no âmbito da coordenação da política habitacional, compete:

I - adotar as providências necessárias para o cumprimento do disposto no art. 28; e

II - divulgar junto aos agentes interessados e orientar a clientela alvo da política habitacional sobre as iniciativas que promover em razão das legislações federal, estaduais, distrital e municipais relativas à acessibilidade.

## **Seção IV**

### **Da Acessibilidade aos Bens Culturais Imóveis**

Art. 30. As soluções destinadas à eliminação, redução ou superação de barreiras na promoção da acessibilidade a todos os bens culturais imóveis devem estar de acordo com o que estabelece a Instrução Normativa no 1 do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional - IPHAN, de 25 de novembro de 2003.

## **CAPÍTULO V**

### **DA ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE TRANSPORTES COLETIVOS**

#### **Seção I**

##### **Das Condições Gerais**

Art. 31. Para os fins de acessibilidade aos serviços de transporte coletivo terrestre, aquaviário e aéreo, considera-se como integrantes desses serviços os veículos, terminais, estações, pontos de parada, vias principais, acessos e operação.

Art. 32. Os serviços de transporte coletivo terrestre são:

- I - transporte rodoviário, classificado em urbano, metropolitano, intermunicipal e interestadual;
- II - transporte metroferroviário, classificado em urbano e metropolitano; e
- III - transporte ferroviário, classificado em intermunicipal e interestadual.

Art. 33. As instâncias públicas responsáveis pela concessão e permissão dos serviços de transporte coletivo são:

- I - governo municipal, responsável pelo transporte coletivo municipal;

II - governo estadual, responsável pelo transporte coletivo metropolitano e intermunicipal;

III - governo do Distrito Federal, responsável pelo transporte coletivo do Distrito Federal; e

IV - governo federal, responsável pelo transporte coletivo interestadual e internacional.

Art. 34. Os sistemas de transporte coletivo são considerados acessíveis quando todos os seus elementos são concebidos, organizados, implantados e adaptados segundo o conceito de desenho universal, garantindo o uso pleno com segurança e autonomia por todas as pessoas.

Parágrafo único. A infra-estrutura de transporte coletivo a ser implantada a partir da publicação deste Decreto deverá ser acessível e estar disponível para ser operada de forma a garantir o seu uso por pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Art. 35. Os responsáveis pelos terminais, estações, pontos de parada e os veículos, no âmbito de suas competências, assegurarão espaços para atendimento, assentos preferenciais e meios de acesso devidamente sinalizados para o uso das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Art. 36. As empresas concessionárias e permissionárias e as instâncias públicas responsáveis pela gestão dos serviços de transportes coletivos, no âmbito de suas competências, deverão garantir a implantação das providências necessárias na operação, nos terminais, nas estações, nos pontos de parada e nas vias de acesso, de forma a assegurar as condições previstas no art. 34 deste Decreto.

Parágrafo único. As empresas concessionárias e permissionárias e as instâncias públicas responsáveis pela gestão dos serviços de transportes coletivos, no âmbito de suas competências, deverão autorizar a colocação do “Símbolo Internacional de Acesso” após certificar a acessibilidade do sistema de transporte.

Art. 37. Cabe às empresas concessionárias e permissionárias e as instâncias públicas responsáveis pela gestão dos serviços de transportes coletivos assegurar a qualificação dos profissionais que trabalham nesses serviços, para que prestem atendimento prioritário às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

## **Seção II**

### **Da Acessibilidade no Transporte Coletivo Rodoviário**

Art. 38. No prazo de até vinte e quatro meses a contar da data de edição das normas técnicas referidas no § 1º, todos os modelos e marcas de veículos de transporte coletivo rodoviário para utilização no País serão fabricados acessíveis e estarão disponíveis para integrar a frota operante, de forma a garantir o seu uso por pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

§ 1º As normas técnicas para fabricação dos veículos e dos equipamentos de transporte coletivo rodoviário, de forma a torná-los acessíveis, serão elaboradas pelas instituições e entidades que compõem o Sistema Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial, e estarão disponíveis no prazo de até doze meses a contar da data da publicação deste Decreto.

§ 2º A substituição da frota operante atual por veículos acessíveis, a ser feita pelas empresas concessionárias e permissionárias de transporte coletivo rodoviário, dar-se-á de forma gradativa, conforme o prazo previsto nos contratos de concessão e permissão deste serviço.

§ 3º A frota de veículos de transporte coletivo rodoviário e a infra-estrutura dos serviços deste transporte deverão estar totalmente acessíveis no prazo máximo de cento e vinte meses a contar da data de publicação deste Decreto.

§ 4º Os serviços de transporte coletivo rodoviário urbano devem priorizar o embarque e desembarque dos usuários em nível em, pelo menos, um dos acessos do veículo.

Art. 39. No prazo de até vinte e quatro meses a contar da data de implementação dos programas de avaliação de conformidade descritos no § 3º, as empresas concessionárias e permissionárias dos serviços de transporte coletivo rodoviário deverão garantir a acessibilidade da frota de veículos em circulação, inclusive de seus equipamentos.

§ 1º As normas técnicas para adaptação dos veículos e dos equipamentos de transporte coletivo rodoviário em circulação, de forma a torná-los acessíveis, serão elaboradas pelas instituições e entidades que compõem o Sistema Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial, e estarão disponíveis no prazo de até doze meses a contar da data da publicação deste Decreto.

§ 2º Caberá ao Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial - INMETRO, quando da elaboração das normas técnicas para a adaptação dos veículos, especificar dentre esses veículos que estão em operação quais serão adaptados, em função das restrições previstas no art. 98 da Lei no 9.503, de 1997.

§ 3º As adaptações dos veículos em operação nos serviços de transporte coletivo rodoviário, bem como os procedimentos e equipamentos a serem utilizados nestas adaptações, estarão sujeitas a programas de avaliação de conformidade desenvolvidos e implementados pelo Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial - INMETRO, a partir de orientações normativas elaboradas no âmbito da ABNT.

### Seção III

#### Da Acessibilidade no Transporte Coletivo Aquaviário

Art. 40. No prazo de até trinta e seis meses a contar da data de edição das normas técnicas referidas no § 1o, todos os modelos e marcas de veículos de transporte coletivo aquaviário serão fabricados acessíveis e estarão disponíveis para integrar a frota operante, de forma a garantir o seu uso por pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

§ 1º As normas técnicas para fabricação dos veículos e dos equipamentos de transporte coletivo aquaviário acessíveis, a serem elaboradas pelas instituições e entidades que compõem o Sistema Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial, estarão disponíveis no prazo de até vinte e quatro meses a contar da data da publicação deste Decreto.

§ 2o As adequações na infra-estrutura dos serviços desta modalidade de transporte deverão atender a critérios necessários para proporcionar as condições de acessibilidade do sistema de transporte aquaviário.

Art. 41. No prazo de até cinquenta e quatro meses a contar da data de implementação dos programas de avaliação de conformidade descritos no § 2º, as empresas concessionárias e permissionárias dos serviços de transporte coletivo aquaviário, deverão garantir a acessibilidade da frota de veículos em circulação, inclusive de seus equipamentos.

§ 1º As normas técnicas para adaptação dos veículos e dos equipamentos de transporte coletivo aquaviário em circulação, de forma a torná-los acessíveis, serão elaboradas pelas instituições e entidades que compõem o Sistema Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial, e estarão disponíveis no prazo de até trinta e seis meses a contar da data da publicação deste Decreto.

§ 2º As adaptações dos veículos em operação nos serviços de transporte coletivo aquaviário, bem como os procedimentos e equipamentos a serem utilizados nestas adaptações, estarão sujeitas a programas de avaliação de conformidade desenvolvidos e implementados pelo INMETRO, a partir de orientações normativas elaboradas no âmbito da ABNT.

#### Seção IV

### Da Acessibilidade no Transporte Coletivo Metroferroviário e Ferroviário

Art. 42. A frota de veículos de transporte coletivo metroferroviário e ferroviário, assim como a infra-estrutura dos serviços deste transporte deverão estar totalmente acessíveis no prazo máximo de cento e vinte meses a contar da data de publicação deste Decreto.

§ 1º A acessibilidade nos serviços de transporte coletivo metroferroviário e ferroviário obedecerá ao disposto nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

§ 2º No prazo de até trinta e seis meses a contar da data da publicação deste Decreto, todos os modelos e marcas de veículos de transporte coletivo metroferroviário e ferroviário serão fabricados acessíveis e estarão disponíveis para integrar a frota operante, de forma a garantir o seu uso por pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Art. 43. Os serviços de transporte coletivo metroferroviário e ferroviário existentes deverão estar totalmente acessíveis no prazo máximo de cento e vinte meses a contar da data de publicação deste Decreto.

§ 1º As empresas concessionárias e permissionárias dos serviços de transporte coletivo metroferroviário e ferroviário deverão apresentar plano de adaptação dos sistemas existentes, prevendo ações saneadoras de, no mínimo, oito por cento ao ano, sobre os elementos não acessíveis que compõem o sistema.

§ 2º O plano de que trata o § 1º deve ser apresentado em até seis meses a contar da data de publicação deste Decreto.

## **Seção V**

### **Da Acessibilidade no Transporte Coletivo Aéreo**

Art. 44. No prazo de até trinta e seis meses, a contar da data da publicação deste Decreto, os serviços de transporte coletivo aéreo e os equipamentos de acesso às aeronaves estarão acessíveis e disponíveis para serem operados de forma a garantir o seu uso por pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Parágrafo único. A acessibilidade nos serviços de transporte coletivo aéreo obedecerá ao disposto na Norma de Serviço da Instrução da Aviação Civil NOSER/IAC - 2508-0796, de 1º de novembro de 1995, expedida pelo Departamento de Aviação Civil do Comando da Aeronáutica, e nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

## **Seção VI**

### **Das Disposições Finais**

Art. 45. Caberá ao Poder Executivo, com base em estudos e pesquisas, verificar a viabilidade de redução ou isenção de tributo:

- I - para importação de equipamentos que não sejam produzidos no País, necessários no processo de adequação do sistema de transporte coletivo, desde que não existam similares nacionais; e
- II - para fabricação ou aquisição de veículos ou equipamentos destinados aos sistemas de transporte coletivo.

Parágrafo único. Na elaboração dos estudos e pesquisas a que se referem o caput, deve-se observar o disposto no art. 14 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000, sinalizando impacto orçamentário e financeiro da medida estudada.

Art. 46. A fiscalização e a aplicação de multas aos sistemas de transportes coletivos, segundo disposto no art. 6o, inciso II, da Lei no 10.048, de 2000, cabe à União, aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal, de acordo com suas competências.

## **CAPÍTULO VI**

### **DO ACESSO À INFORMAÇÃO E À COMUNICAÇÃO**

Art. 47. No prazo de até doze meses a contar da data de publicação deste Decreto, será obrigatória a acessibilidade nos portais e sítios eletrônicos da administração pública na rede mundial de computadores (internet), para o uso das pessoas portadoras de deficiência visual, garantindo-lhes o pleno acesso às informações disponíveis.

§ 1o Nos portais e sítios de grande porte, desde que seja demonstrada a inviabilidade técnica de se concluir os procedimentos para alcançar integralmente a acessibilidade, o prazo definido no caput será estendido por igual período.

§ 2o Os sítios eletrônicos acessíveis às pessoas portadoras de deficiência conterão símbolo que represente a acessibilidade na rede mundial de computadores (internet), a ser adotado nas respectivas páginas de entrada.

§ 3o Os telecentros comunitários instalados ou custeados pelos Governos Federal, Estadual, Municipal ou do Distrito Federal devem possuir instalações plenamente acessíveis e, pelo menos, um computador com sistema de som instalado, para uso preferencial por pessoas portadoras de deficiência visual.

Art. 48. Após doze meses da edição deste Decreto, a acessibilidade nos portais e sítios eletrônicos de interesse público na rede mundial de computadores (internet), deverá ser observada para obtenção do financiamento de que trata o inciso III do art. 2o.

Art. 49. As empresas prestadoras de serviços de telecomunicações deverão garantir o pleno acesso às pessoas portadoras de deficiência auditiva, por meio das seguintes ações:

I - no Serviço Telefônico Fixo Comutado - STFC, disponível para uso do público em geral:

- a) instalar, mediante solicitação, em âmbito nacional e em locais públicos, telefones de uso público adaptados para uso por pessoas portadoras de deficiência;
- b) garantir a disponibilidade de instalação de telefones para uso por pessoas portadoras de deficiência auditiva para acessos individuais;
- c) garantir a existência de centrais de intermediação de comunicação telefônica a serem utilizadas por pessoas portadoras de deficiência auditiva, que funcionem em tempo integral e atendam a todo o território nacional, inclusive com integração com o mesmo serviço oferecido pelas prestadoras de Serviço Móvel Pessoal; e
- d) garantir que os telefones de uso público contenham dispositivos sonoros para a identificação das unidades existentes e consumidas dos cartões telefônicos, bem como demais informações exibidas no painel destes equipamentos;

II - no Serviço Móvel Celular ou Serviço Móvel Pessoal:

- a) garantir a interoperabilidade nos serviços de telefonia móvel, para possibilitar o envio de mensagens de texto entre celulares de diferentes empresas; e
- b) garantir a existência de centrais de intermediação de comunicação telefônica a serem utilizadas por pessoas portadoras de deficiência auditiva, que funcionem em tempo integral e atendam a todo o território nacional, inclusive com integração com o mesmo serviço oferecido pelas prestadoras de Serviço Telefônico Fixo Comutado.

§ 1º Além das ações citadas no caput, deve-se considerar o estabelecido nos Planos Gerais de Metas de Universalização aprovados pelos Decretos nos 2.592, de 15 de maio de 1998, e 4.769, de 27 de junho de 2003, bem como o estabelecido pela Lei no 9.472, de 16 de julho de 1997.

§ 2º O termo pessoa portadora de deficiência auditiva e da fala utilizado nos Planos Gerais de Metas de Universalização é entendido neste Decreto como pessoa portadora de deficiência auditiva, no que se refere aos recursos tecnológicos de telefonia.

Art. 50. A Agência Nacional de Telecomunicações - ANATEL regulamentará, no prazo de seis meses a contar da data de publicação deste Decreto, os procedimentos a serem observados para implementação do disposto no art. 49.

Art. 51. Caberá ao Poder Público incentivar a oferta de aparelhos de telefonia celular que indiquem, de forma sonora, todas as operações e funções neles disponíveis no visor.

Art. 52. Caberá ao Poder Público incentivar a oferta de aparelhos de televisão equipados com recursos tecnológicos que permitam sua utilização de modo a garantir o direito de acesso à informação às pessoas portadoras de deficiência auditiva ou visual.

Parágrafo único. Incluem-se entre os recursos referidos no caput:

I - circuito de decodificação de legenda oculta;

II - recurso para Programa Secundário de Áudio (SAP); e

III - entradas para fones de ouvido com ou sem fio.

Art. 53. A ANATEL regulamentará, no prazo de doze meses a contar da data de publicação deste Decreto, os procedimentos a serem observados para implementação do plano de medidas técnicas previsto no art. 19 da Lei no 10.098, de 2000.

Art. 53. Os procedimentos a serem observados para implementação do plano de medidas técnicas previstos no art. 19 da Lei no 10.098, de 2000., serão regulamentados, em norma complementar, pelo Ministério das Comunicações. (Redação dada pelo Decreto nº 5.645, de 2005)

§ 1º O processo de regulamentação de que trata o caput deverá atender ao disposto no art. 31 da Lei no 9.784, de 29 de janeiro de 1999.

§ 2º A regulamentação de que trata o caput deverá prever a utilização, entre outros, dos seguintes sistemas de reprodução das mensagens veiculadas para as pessoas portadoras de deficiência auditiva e visual:

I - a subtitulação por meio de legenda oculta;

II - a janela com intérprete de LIBRAS; e

III - a descrição e narração em voz de cenas e imagens.

§ 3º A Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - CORDE da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República assistirá a ANATEL no procedimento de que trata o § 1º.

§ 3º A Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - CORDE da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República assistirá o Ministério das Comunicações no procedimento de que trata o § 1º (Redação dada pelo Decreto nº 5.645, de 2005)

Art. 54. Autorizatárias e consignatárias do serviço de radiodifusão de sons e imagens operadas pelo Poder Público poderão adotar plano de medidas técnicas próprio, como metas antecipadas e mais amplas do que aquelas as serem definidas no âmbito do procedimento estabelecido no art. 53.

Art. 55. Caberá aos órgãos e entidades da administração pública, diretamente ou em parceria com organizações sociais civis de interesse público, sob a orientação do Ministério da Educação e da Secretaria Especial dos Direitos Humanos, por meio da CORDE, promover a capacitação de profissionais em LIBRAS.

Art. 56. O projeto de desenvolvimento e implementação da televisão digital no País deverá contemplar obrigatoriamente os três tipos de sistema de acesso à informação de que trata o art. 52.

Art. 57. A Secretaria de Comunicação de Governo e Gestão Estratégica da Presidência da República editará, no prazo de doze meses a contar da data da publicação deste Decreto, normas complementares disciplinando a utilização dos sistemas de acesso à informação referidos no § 2º do art. 53, na publicidade governamental e nos pronunciamentos oficiais transmitidos por meio dos serviços de radiodifusão de sons e imagens.

Parágrafo único. Sem prejuízo do disposto no caput e observadas as condições técnicas, os pronunciamentos oficiais do Presidente da República serão acompanhados, obrigatoriamente, no prazo de seis meses a partir da publicação deste Decreto, de sistema de acessibilidade mediante janela com intérprete de LIBRAS.

Art. 58. O Poder Público adotará mecanismos de incentivo para tornar disponíveis em meio magnético, em formato de texto, as obras publicadas no País.

§ 1º A partir de seis meses da edição deste Decreto, a indústria de medicamentos deve disponibilizar, mediante solicitação, exemplares das bulas dos medicamentos em meio magnético, braile ou em fonte ampliada.

§ 2º A partir de seis meses da edição deste Decreto, os fabricantes de equipamentos eletroeletrônicos e mecânicos de uso doméstico devem disponibilizar, mediante solicitação,

exemplares dos manuais de instrução em meio magnético, braile ou em fonte ampliada.

Art. 59. O Poder Público apoiará preferencialmente os congressos, seminários, oficinas e demais eventos científico-culturais que ofereçam, mediante solicitação, apoios humanos às pessoas com deficiência auditiva e visual, tais como tradutores e intérpretes de LIBRAS, leitores, guias-intérpretes, ou tecnologias de informação e comunicação, tais como a transcrição eletrônica simultânea.

Art. 60. Os programas e as linhas de pesquisa a serem desenvolvidos com o apoio de organismos públicos de auxílio à pesquisa e de agências de financiamento deverão contemplar temas voltados para tecnologia da informação acessível para pessoas portadoras de deficiência.

Parágrafo único. Será estimulada a criação de linhas de crédito para a indústria que produza componentes e equipamentos relacionados à tecnologia da informação acessível para pessoas portadoras de deficiência.

## **CAPÍTULO VII**

### **DAS AJUDAS TÉCNICAS**

Art. 61. Para os fins deste Decreto, consideram-se ajudas técnicas os produtos, instrumentos, equipamentos ou tecnologia adaptados ou especialmente projetados para melhorar a funcionalidade da pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida, favorecendo a autonomia pessoal, total ou assistida.

§ 1º Os elementos ou equipamentos definidos como ajudas técnicas serão certificados pelos órgãos competentes, ouvidas as entidades representativas das pessoas portadoras de deficiência.

§ 2º Para os fins deste Decreto, os cães-guia e os cães-guia de acompanhamento são considerados ajudas técnicas.

Art. 62. Os programas e as linhas de pesquisa a serem desenvolvidos com o apoio de organismos públicos de auxílio à pesquisa e de agências de financiamento deverão contemplar temas voltados para ajudas técnicas, cura, tratamento e prevenção de deficiências ou que contribuam para impedir ou minimizar o seu agravamento.

Parágrafo único. Será estimulada a criação de linhas de crédito para a indústria que produza componentes e equipamentos de ajudas técnicas.

Art. 63. O desenvolvimento científico e tecnológico voltado para a produção de ajudas técnicas dar-se-á a partir da instituição de parcerias com universidades e centros de pesquisa para a produção nacional de componentes e equipamentos.

Parágrafo único. Os bancos oficiais, com base em estudos e pesquisas elaborados pelo Poder Público, serão estimulados a conceder financiamento às pessoas portadoras de deficiência para aquisição de ajudas técnicas.

Art. 64. Caberá ao Poder Executivo, com base em estudos e pesquisas, verificar a viabilidade de:

I - redução ou isenção de tributos para a importação de equipamentos de ajudas técnicas que não sejam produzidos no País ou que não possuam similares nacionais;

II - redução ou isenção do imposto sobre produtos industrializados incidente sobre as ajudas técnicas; e

III - inclusão de todos os equipamentos de ajudas técnicas para pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida na categoria de equipamentos sujeitos a dedução de imposto de renda.

Parágrafo único. Na elaboração dos estudos e pesquisas a que se referem o caput, deve-se observar o disposto no art. 14 da Lei Complementar no 101, de 2000, sinalizando impacto orçamentário e financeiro da medida estudada.

Art. 65. Caberá ao Poder Público viabilizar as seguintes diretrizes:

- I - reconhecimento da área de ajudas técnicas como área de conhecimento;
- II - promoção da inclusão de conteúdos temáticos referentes a ajudas técnicas na educação profissional, no ensino médio, na graduação e na pós-graduação;
- III - apoio e divulgação de trabalhos técnicos e científicos referentes a ajudas técnicas;
- IV - estabelecimento de parcerias com escolas e centros de educação profissional, centros de ensino universitários e de pesquisa, no sentido de incrementar a formação de profissionais na área de ajudas técnicas; e
- V - incentivo à formação e treinamento de ortesistas e protesistas.

Art. 66. A Secretaria Especial dos Direitos Humanos instituirá Comitê de Ajudas Técnicas, constituído por profissionais que atuam nesta área, e que será responsável por:

- I - estruturação das diretrizes da área de conhecimento;
- II - estabelecimento das competências desta área;
- III - realização de estudos no intuito de subsidiar a elaboração de normas a respeito de ajudas técnicas;
- IV - levantamento dos recursos humanos que atualmente trabalham com o tema; e
- V - detecção dos centros regionais de referência em ajudas técnicas, objetivando a formação de rede nacional integrada.

§ 1º O Comitê de Ajudas Técnicas será supervisionado pela CORDE e participará do Programa Nacional de Acessibilidade, com vistas a garantir o disposto no art. 62.

§ 2º Os serviços a serem prestados pelos membros do Comitê de Ajudas Técnicas são considerados relevantes e não serão remunerados.

## CAPÍTULO VIII

### DO PROGRAMA NACIONAL DE ACESSIBILIDADE

Art. 67. O Programa Nacional de Acessibilidade, sob a coordenação da Secretaria Especial dos Direitos Humanos, por intermédio da CORDE, integrará os planos plurianuais, as diretrizes orçamentárias e os orçamentos anuais.

Art. 68. A Secretaria Especial dos Direitos Humanos, na condição de coordenadora do Programa Nacional de Acessibilidade, desenvolverá, dentre outras, as seguintes ações:

- I - apoio e promoção de capacitação e especialização de recursos humanos em acessibilidade e ajudas técnicas;
- II - acompanhamento e aperfeiçoamento da legislação sobre acessibilidade;
- III - edição, publicação e distribuição de títulos referentes à temática da acessibilidade;
- IV - cooperação com Estados, Distrito Federal e Municípios para a elaboração de estudos e diagnósticos sobre a situação da acessibilidade arquitetônica, urbanística, de transporte, comunicação e informação;
- V - apoio e realização de campanhas informativas e educativas sobre acessibilidade;
- VI - promoção de concursos nacionais sobre a temática da acessibilidade; e
- VII - estudos e proposição da criação e normatização do Selo Nacional de Acessibilidade.

## CAPÍTULO IX

### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 69. Os programas nacionais de desenvolvimento urbano, os projetos de revitalização, recuperação ou reabilitação urbana incluirão ações destinadas à eliminação de barreiras arquitetônicas e urbanísticas, nos transportes e na comunicação e informação devidamente adequadas às exigências deste Decreto.

Art. 70. O art. 4o do Decreto no 3.298, de 20 de dezembro de 1999, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 4o .....

I - deficiência física - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

II - deficiência auditiva - perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz;

III - deficiência visual - cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60o; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

IV - .....

d) utilização dos recursos da comunidade;

.....”(NR)

Art. 71. Ficam revogados os arts. 50 a 54 do Decreto no 3.298, de 20 de dezembro de 1999.

Art. 72. Este Decreto entra em vigor na data da sua publicação.

Brasília, 2 de dezembro de 2004;  
183º da Independência e 116º da República.

**LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA**

**José Dirceu de Oliveira e Silva**

**Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 3.12.2004.**



**Presidência da República**  
**Casa Civil**  
**Subchefia para Assuntos Jurídicos**  
**Lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010.**

*Institui o Fundo Nacional do Idoso e autoriza deduzir do imposto de renda devido pelas pessoas físicas e jurídicas as doações efetuadas aos Fundos Municipais, Estaduais e Nacional do Idoso; e altera a Lei no 9.250, de 26 de dezembro de 1995.*

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituído o Fundo Nacional do Idoso, destinado a financiar os programas e as ações relativas ao idoso com vistas em assegurar os seus direitos sociais e criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Parágrafo único. O Fundo a que se refere o caput deste artigo terá como receita:

I - os recursos que, em conformidade com o art. 115 da Lei no 10.741, de 1o de outubro de 2003, foram destinados ao Fundo Nacional de Assistência Social, para aplicação em programas e ações relativos ao idoso;

II - as contribuições referidas nos arts. 2o e 3o desta Lei, que lhe forem destinadas;

III - os recursos que lhe forem destinados no orçamento da União;

IV - contribuições dos governos e organismos estrangeiros e internacionais;

V - o resultado de aplicações do governo e organismo estrangeiros e internacionais;

VI - o resultado de aplicações no mercado financeiro, observada a legislação pertinente;

VII - outros recursos que lhe forem destinados.

Art. 2º O inciso I do caput do art. 12 da Lei no 9.250, de 26 de dezembro de 1995, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 12. ....

I - as contribuições feitas aos Fundos controlados pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente e pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional do Idoso;

.....” (NR)

Art. 3º A pessoa jurídica poderá deduzir do imposto de renda devido, em cada período de apuração, o total das doações feitas aos Fundos Nacional, Estaduais ou Municipais do Idoso devidamente comprovadas, vedada a dedução como despesa operacional.

Parágrafo único. A dedução a que se refere o caput deste artigo, somada à dedução relativa às doações efetuadas aos Fundos dos Direitos da Criança e do Adolescente, a que se refere o art. 260 da Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990, com a redação dada pelo art. 10 da Lei no 8.242, de 12 de outubro de 1991, não poderá ultrapassar 1% (um por cento) do imposto devido.

Parágrafo único. A dedução a que se refere o caput deste

artigo não poderá ultrapassar 1% (um por cento) do imposto devido. (Redação dada pela Lei nº 12.594, de 2012) (Vide)

Art. 4º É competência do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa - CNDI gerir o Fundo Nacional do Idoso e fixar os critérios para sua utilização.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor em 1º de janeiro do ano seguinte ao de sua publicação oficial.

Brasília, 20 de janeiro de 2010;  
189º da Independência e 122º da República.

**LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA**

**Luiz Paulo Teles Ferreira Barreto**

**Guido Mantega**

**José Gomes Temporão**

**Paulo Bernardo Silva**

**Patrus Ananias**

Este texto não substitui o publicado no DOU de 21.1.2010





**Presidência da República**  
**Casa Civil**  
**Subchefia para Assuntos Jurídicos**  
**Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011.**

*Altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993,  
que dispõe sobre a organização da Assistência Social.*

**A PRESIDENTA DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os arts. 2o, 3o, 6o, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 28 e 36 da Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 2º A assistência social tem por objetivos:

I - a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente:

- a) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- b) o amparo às crianças e aos adolescentes carentes;
- c) a promoção da integração ao mercado de trabalho;
- d) a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a

promoção de sua integração à vida comunitária; e

e) a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família;

II - a vigilância socioassistencial, que visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos;

III - a defesa de direitos, que visa a garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais.

Parágrafo único. Para o enfrentamento da pobreza, a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e promovendo a universalização dos direitos sociais.” (NR)

“Art. 3º Consideram-se entidades e organizações de assistência social aquelas sem fins lucrativos que, isolada ou cumulativamente, prestam atendimento e assessoramento aos beneficiários abrangidos por esta Lei, bem como as que atuam na defesa e garantia de direitos.

§ 1º São de atendimento aquelas entidades que, de forma continuada, permanente e planejada, prestam serviços, executam programas ou projetos e concedem benefícios de prestação social básica ou especial, dirigidos às famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal, nos termos desta Lei, e respeitadas as deliberações do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), de que tratam os incisos I e II do art. 18.

§ 2º São de assessoramento aquelas que, de forma continuada, permanente e planejada, prestam serviços e executam programas ou projetos voltados prioritariamente para o fortalecimento dos movimentos sociais e das organizações

de usuários, formação e capacitação de lideranças, dirigidos ao público da política de assistência social, nos termos desta Lei, e respeitadas as deliberações do CNAS, de que tratam os incisos I e II do art. 18.

§ 3º São de defesa e garantia de direitos aquelas que, de forma continuada, permanente e planejada, prestam serviços e executam programas e projetos voltados prioritariamente para a defesa e efetivação dos direitos socioassistenciais, construção de novos direitos, promoção da cidadania, enfrentamento das desigualdades sociais, articulação com órgãos públicos de defesa de direitos, dirigidos ao público da política de assistência social, nos termos desta Lei, e respeitadas as deliberações do CNAS, de que tratam os incisos I e II do art. 18.” (NR)

“Art. 6º A gestão das ações na área de assistência social fica organizada sob a forma de sistema descentralizado e participativo, denominado Sistema Único de Assistência Social (Suas), com os seguintes objetivos:

- I - consolidar a gestão compartilhada, o cofinanciamento e a cooperação técnica entre os entes federativos que, de modo articulado, operam a proteção social não contributiva;
- II - integrar a rede pública e privada de serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social, na forma do art. 6º-C;
- III - estabelecer as responsabilidades dos entes federativos na organização, regulação, manutenção e expansão das ações de assistência social;
- IV - definir os níveis de gestão, respeitadas as diversidades regionais e municipais;
- V - implementar a gestão do trabalho e a educação permanente na assistência social;
- VI - estabelecer a gestão integrada de serviços e benefícios; e

VII - afiançar a vigilância socioassistencial e a garantia de direitos.

§ 1o As ações ofertadas no âmbito do Suas têm por objetivo a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice e, como base de organização, o território.

§ 2o O Suas é integrado pelos entes federativos, pelos respectivos conselhos de assistência social e pelas entidades e organizações de assistência social abrangidas por esta Lei.

§ 3o A instância coordenadora da Política Nacional de Assistência Social é o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.” (NR)

“Art. 12. ....

II - cofinanciar, por meio de transferência automática, o aprimoramento da gestão, os serviços, os programas e os projetos de assistência social em âmbito nacional;

.....

IV - realizar o monitoramento e a avaliação da política de assistência social e assessorar Estados, Distrito Federal e Municípios para seu desenvolvimento.” (NR)

“Art. 13. ....

I - destinar recursos financeiros aos Municípios, a título de participação no custeio do pagamento dos benefícios eventuais de que trata o art. 22, mediante critérios estabelecidos pelos Conselhos Estaduais de Assistência Social;

II - cofinanciar, por meio de transferência automática, o aprimoramento da gestão, os serviços, os programas e os projetos de assistência social em âmbito regional ou local;

.....

VI - realizar o monitoramento e a avaliação da política de assistência social e assessorar os Municípios para seu desenvolvimento.” (NR)

“Art. 14. ....

I - destinar recursos financeiros para custeio do pagamento dos benefícios eventuais de que trata o art. 22, mediante critérios estabelecidos pelos Conselhos de Assistência Social do Distrito Federal;

.....

VI - cofinanciar o aprimoramento da gestão, os serviços, os programas e os projetos de assistência social em âmbito local;

VII - realizar o monitoramento e a avaliação da política de assistência social em seu âmbito.” (NR)

“Art. 15. ....

I - destinar recursos financeiros para custeio do pagamento dos benefícios eventuais de que trata o art. 22, mediante critérios estabelecidos pelos Conselhos Municipais de Assistência Social;

.....

VI - cofinanciar o aprimoramento da gestão, os serviços, os programas e os projetos de assistência social em âmbito local;

VII - realizar o monitoramento e a avaliação da política de assistência social em seu âmbito.” (NR)

“Art. 16. As instâncias deliberativas do Suas, de caráter permanente e composição paritária entre governo e sociedade civil, são:

.....

Parágrafo único. Os Conselhos de Assistência Social estão vinculados ao órgão gestor de assistência social, que deve prover a infraestrutura necessária ao seu funcionamento, garantindo recursos materiais, humanos e financeiros, inclusive com despesas referentes a passagens e diárias de conselheiros representantes do governo ou da sociedade civil, quando estiverem no exercício de suas atribuições.” (NR)

“Art. 17. ....

§ 4º Os Conselhos de que tratam os incisos II, III e IV do art. 16, com competência para acompanhar a execução da política de assistência social, apreciar e aprovar a proposta orçamentária, em consonância com as diretrizes das conferências nacionais, estaduais, distrital e municipais, de acordo com seu âmbito de atuação, deverão ser instituídos, respectivamente, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, mediante lei específica.” (NR)

“Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família.

§ 1º Para os efeitos do disposto no caput, a família é composta pelo requerente, o cônjuge ou companheiro, os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou o padrasto, os irmãos solteiros, os filhos e enteados solteiros e os menores tutelados, desde que vivam sob o mesmo teto.

§ 2º Para efeito de concessão deste benefício, considera-se:

I - pessoa com deficiência: aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas;

II - impedimentos de longo prazo: aqueles que incapacitam a pessoa com deficiência para a vida independente e para o trabalho pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos.

§ 3º Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa com deficiência ou idosa a família cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário-mínimo.

§ 4º O benefício de que trata este artigo não pode ser acumulado pelo beneficiário com qualquer outro no âmbito

da seguridade social ou de outro regime, salvo os da assistência médica e da pensão especial de natureza indenizatória.

§ 5º A condição de acolhimento em instituições de longa permanência não prejudica o direito do idoso ou da pessoa com deficiência ao benefício de prestação continuada.

§ 6º A concessão do benefício ficará sujeita à avaliação da deficiência e do grau de incapacidade, composta por avaliação médica e avaliação social realizadas por médicos peritos e por assistentes sociais do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

.....” (NR)

“Art. 21. ....

§ 3º O desenvolvimento das capacidades cognitivas, motoras ou educacionais e a realização de atividades não remuneradas de habilitação e reabilitação, entre outras, não constituem motivo de suspensão ou cessação do benefício da pessoa com deficiência.

§ 4º A cessação do benefício de prestação continuada concedido à pessoa com deficiência, inclusive em razão do seu ingresso no mercado de trabalho, não impede nova concessão do benefício, desde que atendidos os requisitos definidos em regulamento.” (NR)

“Art. 22. Entendem-se por benefícios eventuais as provisões suplementares e provisórias que integram organicamente as garantias do Suas e são prestadas aos cidadãos e às famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública.

§ 1º A concessão e o valor dos benefícios de que trata este artigo serão definidos pelos Estados, Distrito Federal e Municípios e previstos nas respectivas leis orçamentárias anuais, com base em critérios e prazos definidos pelos respectivos Conselhos de Assistência Social.

§ 2º O CNAS, ouvidas as respectivas representações de Estados e Municípios dele participantes, poderá propor, na medida das disponibilidades orçamentárias das 3 (três) esferas de governo, a instituição de benefícios subsidiários no valor de até 25% (vinte e cinco por cento) do salário-mínimo para cada criança de até 6 (seis) anos de idade.

§ 3º Os benefícios eventuais subsidiários não poderão ser cumulados com aqueles instituídos pelas Leis no 10.954, de 29 de setembro de 2004, e no 10.458, de 14 de maio de 2002.” (NR)

“Art. 23. Entendem-se por serviços socioassistenciais as atividades continuadas que visem à melhoria de vida da população e cujas ações, voltadas para as necessidades básicas, observem os objetivos, princípios e diretrizes estabelecidos nesta Lei.

§ 1º O regulamento instituirá os serviços socioassistenciais.

§ 2º Na organização dos serviços da assistência social serão criados programas de amparo, entre outros:

I - às crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social, em cumprimento ao disposto no art. 227 da Constituição Federal e na Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente);

II - às pessoas que vivem em situação de rua.” (NR)

“Art. 24. ....

§ 2º Os programas voltados para o idoso e a integração da pessoa com deficiência serão devidamente articulados com o benefício de prestação continuada estabelecido no art. 20 desta Lei.” (NR)

“Art. 28. ....

§ 1º Cabe ao órgão da Administração Pública responsável pela coordenação da Política de Assistência Social nas 3 (três)

esferas de governo gerir o Fundo de Assistência Social, sob orientação e controle dos respectivos Conselhos de Assistência Social.

.....  
§ 3o O financiamento da assistência social no Suas deve ser efetuado mediante cofinanciamento dos 3 (três) entes federados, devendo os recursos alocados nos fundos de assistência social ser voltados à operacionalização, prestação, aprimoramento e viabilização dos serviços, programas, projetos e benefícios desta política.” (NR)

“Art. 36. As entidades e organizações de assistência social que incorrerem em irregularidades na aplicação dos recursos que lhes foram repassados pelos poderes públicos terão a sua vinculação ao Suas cancelada, sem prejuízo de responsabilidade civil e penal.” (NR)

Art. 2o A Lei no 8.742, de 1993, passa a vigorar acrescida dos seguintes artigos:

“Art. 6o-A. A assistência social organiza-se pelos seguintes tipos de proteção:

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.”

“Art. 6º-B. As proteções sociais básica e especial serão ofertadas pela rede socioassistencial, de forma integrada, diretamente pelos entes públicos e/ou pelas entidades e organizações de assistência social vinculadas ao Suas, respeitadas as especificidades de cada ação.

§ 1º A vinculação ao Suas é o reconhecimento pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome de que a entidade de assistência social integra a rede socioassistencial.

§ 2º Para o reconhecimento referido no § 1º, a entidade deverá cumprir os seguintes requisitos:

- I - constituir-se em conformidade com o disposto no art. 3º;
- II - inscrever-se em Conselho Municipal ou do Distrito Federal, na forma do art. 9º;
- III - integrar o sistema de cadastro de entidades de que trata o inciso XI do art. 19.

§ 3º As entidades e organizações de assistência social vinculadas ao Suas celebrarão convênios, contratos, acordos ou ajustes com o poder público para a execução, garantido financiamento integral, pelo Estado, de serviços, programas, projetos e ações de assistência social, nos limites da capacidade instalada, aos beneficiários abrangidos por esta Lei, observando-se as disponibilidades orçamentárias.

§ 4º O cumprimento do disposto no § 3º será informado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome pelo órgão gestor local da assistência social.”

“Art. 6º-C. As proteções sociais, básica e especial, serão ofertadas precipuamente no Centro de Referência de Assistência Social (Cras) e no Centro de Referência Especializado de Assistência Social

(Creas), respectivamente, e pelas entidades sem fins lucrativos de assistência social de que trata o art. 3º desta Lei.

§ 1º O Cras é a unidade pública municipal, de base territorial, localizada em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinada à articulação dos serviços socioassistenciais no seu território de abrangência e à prestação de serviços, programas e projetos socioassistenciais de proteção social básica às famílias.

§ 2º O Creas é a unidade pública de abrangência e gestão municipal, estadual ou regional, destinada à prestação de serviços a indivíduos e famílias que se encontram em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos ou contingência, que demandam intervenções especializadas da proteção social especial.

§ 3º Os Cras e os Creas são unidades públicas estatais instituídas no âmbito do Suas, que possuem interface com as demais políticas públicas e articulam, coordenam e ofertam os serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social.”

“Art. 6º-D. As instalações dos Cras e dos Creas devem ser compatíveis com os serviços neles ofertados, com espaços para trabalhos em grupo e ambientes específicos para recepção e atendimento reservado das famílias e indivíduos, assegurada a acessibilidade às pessoas idosas e com deficiência.”

“Art. 6º-E. Os recursos do cofinanciamento do Suas, destinados à execução das ações continuadas de assistência social, poderão ser aplicados no pagamento dos profissionais que integrem 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.

Parágrafo único. A formação das equipes de referência deverá considerar o número de famílias e indivíduos referenciados, os

tipos e modalidades de atendimento e as aquisições que devem ser garantidas aos usuários, conforme deliberações do CNAS.”

“Art. 12-A. A União apoiará financeiramente o aprimoramento à gestão descentralizada dos serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social, por meio do Índice de Gestão Descentralizada (IGD) do Sistema Único de Assistência Social (Suas), para a utilização no âmbito dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, destinado, sem prejuízo de outras ações a serem definidas em regulamento, a:

- I - medir os resultados da gestão descentralizada do Suas, com base na atuação do gestor estadual, municipal e do Distrito Federal na implementação, execução e monitoramento dos serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social, bem como na articulação intersetorial;
- II - incentivar a obtenção de resultados qualitativos na gestão estadual, municipal e do Distrito Federal do Suas; e
- III - calcular o montante de recursos a serem repassados aos entes federados a título de apoio financeiro à gestão do Suas.

§ 1º Os resultados alcançados pelo ente federado na gestão do Suas, aferidos na forma de regulamento, serão considerados como prestação de contas dos recursos a serem transferidos a título de apoio financeiro.

§ 2º As transferências para apoio à gestão descentralizada do Suas adotarão a sistemática do Índice de Gestão Descentralizada do Programa Bolsa Família, previsto no art. 8º da Lei no 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e serão efetivadas por meio de procedimento integrado àquele índice.

§ 3º (VETADO).

§ 4º Para fins de fortalecimento dos Conselhos de Assistência Social dos Estados, Municípios e Distrito Federal, percentual dos recursos transferidos deverá ser gasto com atividades de

apoio técnico e operacional àqueles colegiados, na forma fixada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, sendo vedada a utilização dos recursos para pagamento de pessoal efetivo e de gratificações de qualquer natureza a servidor público estadual, municipal ou do Distrito Federal.”

“Art. 24-A. Fica instituído o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif), que integra a proteção social básica e consiste na oferta de ações e serviços socioassistenciais de prestação continuada, nos Cras, por meio do trabalho social com famílias em situação de vulnerabilidade social, com o objetivo de prevenir o rompimento dos vínculos familiares e a violência no âmbito de suas relações, garantindo o direito à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. Regulamento definirá as diretrizes e os procedimentos do Paif.”

“Art. 24-B. Fica instituído o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (Paefi), que integra a proteção social especial e consiste no apoio, orientação e acompanhamento a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos, articulando os serviços socioassistenciais com as diversas políticas públicas e com órgãos do sistema de garantia de direitos.

Parágrafo único. Regulamento definirá as diretrizes e os procedimentos do Paefi.”

“Art. 24-C. Fica instituído o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti), de caráter intersetorial, integrante da Política Nacional de Assistência Social, que, no âmbito do Suas, compreende transferências de renda, trabalho social com famílias e oferta de serviços socioeducativos para crianças e adolescentes que se encontrem em situação de trabalho.

§ 1º O Peti tem abrangência nacional e será desenvolvido de forma articulada pelos entes federados, com a participação da sociedade civil, e tem como objetivo contribuir para a

retirada de crianças e adolescentes com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos em situação de trabalho, ressalvada a condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos.

§ 2º As crianças e os adolescentes em situação de trabalho deverão ser identificados e ter os seus dados inseridos no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), com a devida identificação das situações de trabalho infantil.”

“Art. 30-A. O cofinanciamento dos serviços, programas, projetos e benefícios eventuais, no que couber, e o aprimoramento da gestão da política de assistência social no Suas se efetuam por meio de transferências automáticas entre os fundos de assistência social e mediante alocação de recursos próprios nesses fundos nas 3 (três) esferas de governo.

Parágrafo único. As transferências automáticas de recursos entre os fundos de assistência social efetuadas à conta do orçamento da seguridade social, conforme o art. 204 da Constituição Federal, caracterizam-se como despesa pública com a seguridade social, na forma do art. 24 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000.”

“Art. 30-B. Caberá ao ente federado responsável pela utilização dos recursos do respectivo Fundo de Assistência Social o controle e o acompanhamento dos serviços, programas, projetos e benefícios, por meio dos respectivos órgãos de controle, independentemente de ações do órgão repassador dos recursos.”

“Art. 30-C. A utilização dos recursos federais descentralizados para os fundos de assistência social dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal será declarada pelos entes recebedores ao ente transferidor, anualmente, mediante relatório de gestão submetido à apreciação do respectivo Conselho de Assistência Social, que comprove a execução das ações na forma de regulamento.

Parágrafo único. Os entes transferidores poderão requisitar informações referentes à aplicação dos recursos oriundos do seu fundo de assistência social, para fins de análise e acompanhamento de sua boa e regular utilização.”

Art. 3º Revoga-se o art. 38 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de julho de 2011;  
190º da Independência e 123º da República.

**DILMA ROUSSEFF**

**Guido Mantega**

**Miriam Belchior**

**Tereza Campello**

Este texto não substitui o publicado no DOU de 7.7.2011



## Carta de São José sobre os Direitos dos Idosos da América Latina e Caribe

*A terceira Conferência regional intergovernamental sobre envelhecimento na América Latina e no Caribe foi organizada pela CEPAL e o Governo de Costa Rica. A Conferência se realizou em San José de Costa Rica, de 8 a 11 de maio de 2012, e contou com o apoio do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA).*

Tradução: Adriana Parada – SDH/PR

Nós, os representantes dos Governos reunidos na Terceira Conferência Regional Intergovernamental sobre o Envelhecimento na América Latina e Caribe, celebrada em São José de Costa Rica, entre 8 e 11 de maio de 2012,

Com o propósito de identificar as principais ações em matéria de direitos humanos e proteção social das pessoas idosas na América Latina e Caribe,

Conscientes de que a idade continua sendo um motivo explícito e simbólico de discriminação que afeta o exercício de todos os direitos humanos na velhice, e que as pessoas idosas precisam de atenção especial do Estado,

Expressando preocupação pela dispersão das medidas de proteção dos direitos das pessoas idosas no âmbito internacional, o que dificulta sua aplicação e gera falta de proteção no âmbito nacional;

Convencidos de que é imprescindível que se tomem medidas adicionais para proteger os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais das pessoas idosas, incluída a possibilidade de elaborar novos instrumentos internacionais;

Reconhecendo que, apesar dos esforços realizados por vários países da região para incorporar maior solidariedade aos sistemas de proteção social e ampliar a proteção dos direitos humanos das pessoas idosas, as limitações e exclusões persistem, o que afeta a qualidade e a dignidade da vida de tais pessoas;

Analisando detidamente os relatórios dos mecanismos especiais do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, em particular o estudo temático sobre o exercício do direito à saúde das pessoas idosas e o relatório sobre os direitos humanos e a extrema pobreza,

Atentando para as observações gerais do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, onde são abordados assuntos de especial interesse para os idosos, a Recomendação Geral no 27 do Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher e a Observação no 2 do Comitê contra a Tortura,

Fazendo suas as conclusões e recomendações das reuniões de seguimento da Declaração de Brasília e promoção dos direitos das pessoas idosas (2011) e o Foro Internacional sobre os direitos dos idosos (2012);

Expressando satisfação pela criação do Grupo de Trabalho, de composição aberta, sobre o envelhecimento, definido pela Assembléia Geral das Nações Unidas, em sua Resolução 65/182 de 21 de dezembro de 2010, e tomando em consideração as conclusões de suas primeira e segunda reuniões de 2011;

Reconhecendo o trabalho sistemático realizado pela Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL), através do Centro Latino Americano e Caribenho de Demografia (CELADE) na Divisão de População da CEPAL, para apoiar os

países da região na incorporação do envelhecimento nas agendas de desenvolvimento, e agradecendo o apoio oferecido pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS);

Com a firme determinação de adotar medidas em todos os níveis para ampliar, de forma progressiva, a cobertura e a qualidade dos sistemas de proteção social, incluídos os serviços sociais para uma população que envelhece, colocando em prática ações dirigidas a reforçar a proteção dos direitos humanos e as liberdades fundamentais das pessoas idosas, sem nenhuma discriminação, e

Tendo examinado a documentação preparada pela Secretaria da Comissão Econômica para América Latina e Caribe por ocasião desta Conferência, y acolhendo com satisfação as conclusões e propostas do documento intitulado Envelhecimento, Solidariedade e Proteção Social: Hora de avançar rumo à igualdade

1. Reafirmamos o compromisso expresso na Declaração de Brasília de não medir esforços para promover e proteger os direitos humanos e as liberdades fundamentais de todas as pessoas idosas, de trabalhar na erradicação de todas as formas de discriminação e violência e criar redes de proteção das pessoas idosas para tornar efetivos os seus direitos;
2. Respaldamos a tarefa do Grupo de Trabalho de Composição Aberta sobre o envelhecimento e o exortamos a estudar a viabilidade de uma convenção internacional dos direitos dos idosos; apoiamos o Grupo de Trabalho da Organização dos Estados Americanos (OEA) sobre a proteção dos direitos humanos das pessoas idosas, para que avance na elaboração de uma convenção interamericana;
3. Reiteramos, uma vez mais, aos países membros do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas que avaliem, com urgência, a possibilidade de designar um relator especial que

se encarregue de velar pela promoção e proteção dos direitos humanos dos idosos;

4. Reconhecemos que o acesso à Justiça é um direito humano essencial e o instrumento fundamental na garantia dos idosos no exercício e na defesa efetiva de seus direitos;

5. Afirmamos que a participação política, pública e social dos idosos é um direito humano fundamental e exortamos o respeito de sua autonomia e independência na tomada de decisões;

6. Assumimos o compromisso de reforçar as ações dirigidas ao incremento da proteção dos direitos humanos no âmbito nacional e nos comprometemos a:

- a. Adotar medidas adequadas (legislativas, administrativas e de outra natureza) que garantam aos idosos um tratamento diferenciado e preferencial em todos os âmbitos e proíbam todo tipo de discriminação que os afete;
- b. Fortalecer a proteção dos direitos dos idosos, adotando leis especiais de proteção ou atualizando as já existentes, inclusive quanto a medidas institucionais e cidadãs que garantam sua plena execução;
- c. Priorizar a atenção e dar tratamento preferencial aos idosos na tramitação, resolução e execução das decisões originadas de processos administrativos e judiciais, bem como nos serviços, benefícios e prestações oferecidos pelo Estado;
- d. Adotar medidas de ação afirmativa que complementem a ordem jurídica e promovam a integração social e o desenvolvimento dos idosos;
- e. Desenvolver políticas públicas e programas destinados a aumentar a consciência sobre os direitos dos idosos, promovendo um tratamento digno e respeitoso

e desenhando uma imagem positiva e realista do envelhecimento;

- f. Garantir e prover os recursos necessários para o acesso dos idosos à informação e à divulgação de seus direitos;
- g. Garantir, ademais, o direito à participação dos idosos nas organizações da sociedade civil e nos conselhos, assim como na formulação, implementação e monitoramento das políticas públicas que lhes dizem respeito.

7. Decidimos melhorar os sistemas de proteção social para que respondam efetivamente às necessidades dos idosos, impulsionando as seguintes ações:

Ações de segurança social:

- a. Promover a universalização do direito à segurança social, atentando para as possibilidades dos diferentes países,
- b. Garantir a sustentabilidade, em longo prazo, das pensões contributivas e não contributivas, de acordo com as possibilidades dos diferentes países,
- c. Assegurar que os programas de segurança social se complementem com outras políticas sociais, em particular com a prestação de serviços de saúde e habitação;

Ações de Saúde:

- d. Promover a universalização do direito à saúde para os idosos,
- e. Desenhar e implementar políticas de atenção integral da saúde preventiva, com enfoque gerontológico e interdisciplinar, com ênfase na atenção primária e com a inclusão de serviços de reabilitação,
- f. Programar modelos de atenção multi e interdisciplinar em geriatria e gerontologia, nos diferentes níveis de atenção em saúde, para responder às necessidades dos idosos,

- g. Facilitar o acesso preferencial aos medicamentos, equipamentos, ajudas técnicas e serviços integrais de reabilitação, para favorecer a independência das pessoas idosas, atentando para as possibilidades dos diferentes países,
- h. Assegurar o direito a um consentimento prévio, livre e informado para toda intervenção médica, independentemente da idade, condição de saúde e tratamento previsto, a fim de favorecer a autonomia dos idosos,
- i. Favorecer o desenvolvimento e o acesso a cuidados paliativos, para assegurar morte digna e sem dor aos idosos portadores de doenças terminais,
- j. Proteger, mediante mecanismos de supervisão e controle periódicos, os direitos e a dignidade dos idosos que vivem em instituições públicas e privadas ou em estabelecimentos médicos,
- k. Promover a formação de recursos humanos em geriatria e em gerontologia, em todos os níveis de atenção,
- l. Implementar programas de capacitação, com enfoque em direitos humanos, para as equipes de saúde, em todos os níveis de atenção, cuidadores e pessoal de instituições que trabalham com idosos,
- m. Desenhar políticas para implementação de programas que tratem eficazmente doenças transmissíveis e não transmissíveis,
- n. Formular e adaptar os documentos legais, protocolos, mecanismos e instrumentos de direitos humanos, para proteger a dignidade dos idosos que residem em instituições públicas ou privadas e estabelecimentos médicos;

Ações de Serviço Social:

- o. Criar e garantir os serviços sociais necessários para oferecer cuidados aos idosos, compatíveis com suas necessidades e características específicas, promovendo sua independência, autonomia e dignidade,
- p. Oferecer atenção domiciliar como forma institucional complementar, favorecendo a permanência dos idosos em seus lares e mantendo sua independência, segundo as possibilidades dos diferentes países,
- q. Desenhar medidas permanentes de apoio às famílias, mediante a introdução de serviços especiais, particularmente àqueles que prestam atenção aos idosos,
- r. Favorecer iniciativas de conciliação entre a vida pessoal e do trabalho, como estratégia destinada a melhorar a capacidade das famílias na prestação de cuidados aos idosos,
- s. Garantir que os idosos que vivem sozinhos tenham acesso ao apoio formal, complementado através de redes informais,
- t. Gerar espaços de coordenação intersetorial mediante a inclusão de trabalhos em redes que gerem planos de atenção integral e progressiva aos idosos,
- u. Incluir nos planos operacionais das instituições estatais atividades de coordenação e cooperação com as organizações de idosos,
- v. Garantir que os idosos tenham todas as facilidades para obter seus documentos de identidade,
- w. Garantir tratamento diferenciado e preferencial das pessoas idosas com doenças neurodegenerativas nas instituições públicas e privadas, como nos hospitais-dia, especializados e de longa permanência,

- x. Promover ações dirigidas a prestar atenção especial à situação dos idosos migrantes, para facilitar seu acesso aos serviços, benefícios e prestações sociais nas comunidades de origem, trânsito e destino,
  - y. Garantir o respeito aos direitos humanos dos idosos privados de liberdade.
8. Fomentamos o cumprimento do direito dos idosos ao trabalho e ao acesso a atividades que gerem renda, mediante as seguintes ações:
- a. Promover o desenvolvimento de medidas dirigidas a assegurar a igualdade de tratamento e de oportunidades, em particular a igualdade em matéria de condições de trabalho, orientação, capacitação e formação em todos os níveis, em especial a formação profissional e acesso ao emprego,
  - b. Adotar políticas ativas de emprego que promovam a participação e a reincorporação de trabalhadores idosos no mercado de trabalho, tendo em conta as possibilidades dos diferentes países,
  - c. Promover reformas jurídicas e incentivos econômicos que permitam o emprego de pessoas com idade superior à idade de aposentadoria, de acordo com sua capacidade, experiência e preferências, incluindo medidas como a redução gradual da jornada de trabalho, os empregos de meio período e os horários flexíveis, entre outras,
  - d. Difundir informação sobre o direito à aposentadoria, o processo de solicitação e vantagens, assim como informações sobre outras atividades profissionais ou de voluntariado,
  - e. Estimular o empreendimento e facilitar o acesso ao crédito;

9. Repudiamos todo tipo de maltrato contra os idosos e nos comprometemos a trabalhar por sua erradicação, para o que devemos:

- a. Utilizar políticas e procedimentos para prevenir, sancionar e erradicar todo tipo de maltrato e abuso contra idosos, inclusive com a penalização dos responsáveis,
- b. Estabelecer mecanismos de prevenção e supervisão e fortalecer os mecanismos judiciais, a fim de prevenir todo tipo de violência contra idosos,
- c. Garantir a proteção especial dos idosos que, por questões relacionadas com seu gênero, orientação sexual, estado de saúde ou incapacidade, religião, origem étnica, situação de rua e outras condições de vulnerabilidade, correm maior perigo de serem maltratadas,
- d. Colocar à disposição dos idosos os recursos judiciais para protegê-los diante da exploração patrimonial;

10. Envidar esforços para melhorar as condições ambientais e de habitação dos idosos para fortalecer sua autonomia e independência, com ações tendentes a:

- a. Realizar o máximo esforço para que os idosos tenham habitação adequada, gozando de prioridade na distribuição de casas ou terrenos, principalmente em situações de crise, emergência, deslocamento ou retirada forçada de seu local de moradia,
- b. Favorecer a vida do idoso em ambiente seguro e saudável, garantindo-lhe acesso a serviços e facilidades de transporte,
- c. Criar e adequar espaços públicos amigáveis e seguros, eliminando barreiras arquitetônicas e garantindo a acessibilidade dos idosos;

11. Reiteramos nosso convencimento de que os idosos devem usufruir o direito à educação, na perspectiva de educação permanente, para o que se deve:

- a. Promover políticas ativas de luta contra o analfabetismo entre as mulheres e homens idosos,
- b. Facilitar o acesso e a participação ativa de idosos nas atividades recreativas, culturais e esportivas promovidas por organizações, associações e instituições públicas e privadas,
- c. Implementar programas de educação que permitam aos idosos de diferentes grupos e etnias compartilhar seus conhecimentos, sua cultura e valores, atentando-se para o enfoque intercultural,
- d. promover a incorporação do tema do envelhecimento e da velhice nos planos de estudo de todos os níveis, para todas as idades.
- e. Impulsionar ações que garantam o acesso dos idosos às tecnologias de informação e de comunicação, a fim de reduzir a brecha tecnológica;

12. Ressaltamos as obrigações dos Estados com relação ao envelhecimento com dignidade e direitos, sobretudo na obrigação de erradicar as múltiplas formas de discriminação que afetam os idosos, com ênfase na discriminação baseada no gênero, recomendando:

- a. Prevenir, sancionar e erradicar todas as formas de violência contra as mulheres idosas, incluindo a violência sexual,
- b. Promover o reconhecimento do papel que os idosos desempenham no desenvolvimento político, social, econômico e cultural de suas comunidades, destacando as mulheres idosas,

- c. Assegurar a incorporação e a participação equitativa de mulheres e homens idosos no desenho e na aplicação das políticas, dos programas e planos que lhes dizem respeito,
  - d. Garantir o acesso equitativo de mulheres e homens idosos na previdência social e em outras medidas de proteção social, principalmente quando eles não gozem dos benefícios da aposentadoria,
  - e. Proteger os direitos sucessórios de mulheres viúvas e idosas, em especial os direitos de propriedade e de posse;
13. Chamamos a atenção para a vulnerabilidade dos idosos em situações de emergência ou desastres naturais e nos comprometemos a trabalhar para:
- a. Incluir a assistência prioritária e preferencial aos idosos nos planos de socorro para casos de desastre,
  - b. Elaborar diretrizes nacionais que incluam os idosos como grupo prioritário e de atenção preferencial na prevenção de desastres, na capacitação de trabalhadores que prestam socorro e na disponibilidade de bens e serviços,
  - c. Oferecer atenção prioritária e preferencial às necessidades dos idosos em situação de reconstrução depois de emergências ou conflitos;
14. Propomos, com a finalidade de fortalecer as instituições públicas que lidam com idosos, adotar as seguintes medidas:
- a. Revisar as políticas existentes para garantir a promoção da solidariedade entre as gerações e fomentar a coesão social,
  - b. Fortalecer as atribuições e competências administrativas e de vinculação interinstitucional das organizações públicas direcionadas para os idosos,
  - c. Promover o desenho e a implementação de políticas

públicas e programas para fortalecer as instituições a cargo de pessoas idosas,

- d. Elaborar planos quinquenais ou decenais para definir prioridades de intervenção e estratégias de ação,
- e. Garantir a efetiva provisão dos recursos e orçamento necessários para desenvolver as ações a cargo das instituições que lidam com idosos,
- f. Fortalecer a capacitação técnica das instituições públicas direcionadas para os idosos através da formação e atualização de suas equipes de trabalho e facilitar a sustentabilidade e a permanência dos recursos humanos especializados,
- g. Realizar avaliações periódicas dos programas, projetos e serviços dirigidos aos idosos e executados pelas instituições,
- h. Garantir a participação dos idosos nos processos de consulta e prestação de contas institucionais,
- i. Favorecer a cooperação horizontal através do intercâmbio de experiências entre as instituições dos países da região,
- j. Implementar um sistema de informação e indicadores específicos que sirva de referência no acompanhamento e avaliação da situação dos idosos, em nível nacional;

15. Solicitamos que a Secretaria Executiva da CEPAL continue promovendo a adoção de medidas para intensificar as atividades que as Nações Unidas realizam sobre o envelhecimento, e que a CEPAL continue oferecendo apoio técnico aos países da região nos seus esforços para ampliar a proteção dos direitos humanos dos idosos, fortalecendo os sistemas de proteção social;

16. Pedimos que a Presidência da Mesa Diretora desta Conferência convoque uma próxima sessão de trabalho para revisar os avanços desta Carta e que apresente os resultados

desta Conferência e sua continuidade nas sessões do Comitê Especial do CEPAL sobre População e Desenvolvimento;

17. Estabelecemos que esta Carta de São José, que trata dos direitos dos idosos na América Latina e Caribe, constitui a contribuição da América Latina e Caribe ao 51º período de sessões da Comissão de Desenvolvimento Social do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, a ser celebrado em fevereiro de 2013;

18. Decidimos que a próxima conferência regional intergovernamental sobre envelhecimento se denomine Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento e os Direitos dos Idosos na América Latina e Caribe.

19. Felicitamos o Governo de Costa Rica por sua notável contribuição para a realização desta Terceira Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento em América Latina e Caribe.



Sob a premissa de que as pessoas mais velhas são importante patrimônio social, a SDH/PR está atenta ao tema do envelhecimento da população, suas necessidades e demandas. Buscando garantir o cumprimento de seus direitos básicos cria metas de fortalecimento de órgãos de controle democrático e busca a consolidação de uma rede efetiva de proteção e defesa da pessoa idosa. Além disso desenvolve ações que destacam e valorizam a participação das pessoas idosas na sociedade, sistematizando e formalizando o uso de instrumentos de ampliação de políticas públicas voltadas para essa população, como: seguro social, saúde e inserção econômica.

Na comemoração dos dez anos de atividades do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, a Coordenação Geral dos Direitos do Idoso organiza esta coletânea de publicações, textos e diretrizes resultantes do trabalho desenvolvido ao longo desse período, produzidos por profissionais especializados no assunto com base em suas próprias perspectivas e reflexões pessoais.