



**RATIO - FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

LINDAURA XAVIER DA COSTA

**O IDOSO E O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL:
UMA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA**

FORTALEZA – 2017

LINDAURA XAVIER DACOSTA

**O IDOSO E O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL:
UMA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA**

Monografia submetida à aprovação do Curso de Bacharelado em Serviço Social pela Ratio - Faculdade Teológica e Filosófica, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Ms. Luciana Gomes Marinho

FORTALEZA – 2017

O IDOSO E O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL:
UMA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Monografia como pré-requisito para obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social, outorgado pela Ratio - Faculdade Teológica e Filosófica, tendo sido aprovada pela Banca Examinadora composta pelos professores.

Data de aprovação: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Ms. Luciana Gomes Marinho (Orientadora)
Ratio Faculdade Teológica e Filosófica

Prof.^a Ms. Rosa Ângela Brito Falcão
Ratio Faculdade Teológica e Filosófica

Prof.^a Esp. Francisca Emmanuella Saraiva Martins
Ratio Faculdade Teológica e Filosófica

DEDICATÓRIA

Dedico o referido trabalho a Maria de Fátima Vieira, grande colaboradora e companheira, que acreditou e confiou totalmente em mim, apoiando-me com fé durante toda a trajetória do curso. Aos meus amados filhos Ana Christina, Christiano Pereira e Emerson Thyago, e a Francisca Luana, minha colega de turma, pela força, estímulo e cumplicidade.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pelo dom da vida, por ter saúde e força para superar os obstáculos e alcançar os objetivos;

Aos meus amados filhos, Ana Christina, Cristiano e Emerson Thyago, e netos, Bruna Vitória, Cristiano Filho, Maria Kamilly, Ariane, Pedro Lucas, Ismael e Maria Cecillya;

À Maria de Fátima Vieira e Francisca Luana Oliveira da Silva, pelo imenso apoio. Exemplos de carinho e dedicação;

Aos colegas da já saudosa e inesquecível Turma 201, pelas experiências divididas;

À Maria Eudivânia Fonsêca Baldin, minha primeira coordenadora, a quem várias vezes confessei as dificuldades para chegar ao final do curso, mas ela sempre me dizia que “nada é impossível quando a gente quer”;

À minha orientadora, Luciana Gomes Marinho, por me conduzir com competência e sabedoria na construção deste trabalho;

À Assistente Social Carla Jovanka Marques, orientadora de estágio de campo, por todos os ensinamentos, paciência e dedicação;

À Tânia Oliveira Novais Bandeira e Antônio Alcides Lourenço da Silva, do SEMAE, pela colaboração e incentivo;

À Antônia Paula Anselmo da Silva, Adriane Pereira e Cristiano Vieira de Andrade, minhas noras e genro, pela amizade, carinho e alegria;

Aos meus irmãos pela compreensão da ausência ao longo do trabalho;

Ao Daniel Santiago da Silva, pelas noites acordado e apoio, cuidando da minha casa;

Ao corpo docente, gestores, funcionários e alunos da Faculdade Ratio com quem tive a satisfação de encontrar ao longo da vida acadêmica. Através deles enxerguei novos horizontes;

Aos docentes e gestores da Escola Major Assis Nepomuceno, Pacatuba/CE, em especial Soraya Maria Valdez Juval, Marcos Rangel, João Paulo Cabral, Hozanete de Sousa Cavalcante, Faidor Rodrigues Lucena Anselmo, Tamires Pinheiro de Souza, pelas contribuições e compreensão na realização da pesquisa e estágio;

À colega Adrielle Caires pelo companheirismo e positividade, sempre repetindo “tenha fé, jamais desista”;

Ao Manuel Ferrer, por valorizar nossa amizade nos momentos bons e ruins.

“Solidários, somos gente;
Solitários, somos peças.
De mãos dadas, somos força;
Desunidos, impotência.
Isolados, somos ilhas,
Juntos somos continentes.
Inconscientes, somos massa;
Reflexivos, somos grupo.
Organizados, somos pessoas;
Sem organização, somos objeto de lucro.
Em equipe, ganhamos, libertamo-nos;
Individualmente, perdemos,
Continuamos presos.
Participando, somos povo;
Marginalizando-nos, somos rebanho.
Unidos, somos soma;
Na massa, somos números;
Dispersos, somos vozes no deserto;
Agrupados, fazemo-nos ouvir;
Amontoando palavras, perdemos tempo;
Com ações concretas, construímos sempre.”

(Autor Desconhecido)

RESUMO

A presente monografia objetiva uma análise do idoso e do envelhecimento ativo e saudável através de uma pesquisa bibliográfica, especificamente identificando as legislações e as políticas públicas para a pessoa idosa e abordando a qualidade de vida e o envelhecimento ativo. Quanto à natureza do presente trabalho, trata-se de uma pesquisa qualitativa onde não se preocupa com a representatividade numérica, porém, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, nesse tipo de pesquisa, o cientista é ao mesmo tempo o sujeito e o objeto de suas pesquisas, essa pesquisa é do tipo bibliográfico, esse estudo foi realizado através de acesso a livros, artigos, revistas e internet, bem como consultas a documentos e legislações relacionados ao tema. Destacamos inicialmente, a trajetória histórica do conceito sobre o envelhecimento e a velhice, contextualizando o idoso no Brasil e no mundo. Em seguida discorremos sobre leis e normativas vigentes, retratando um pouco da história legal e do estatuto para os tempos atuais, a construção do envelhecimento ativo e saudável, com base nas reflexões teóricas, e sobre a qualidade de vida da pessoa idosa. Através das pesquisas realizadas, na monografia presente, podemos concluir que as pessoas acima de 60 anos, precisam de uma vida ativa e saudável, para que os mesmo tenham uma expectativa de vida maior, onde envolve uma vida autônoma, econômica, cultural, espiritual, civil, assim eles possam envelhecer de forma ativa e saudável.

Palavras-chave: Envelhecimento Ativo e Saudável. Qualidade de Vida. Políticas Públicas.

ABSTRACT

This monograph aims to analyze the elderly and active and healthy aging through a bibliographical research, specifically to identify legislation and public policies for the elderly and to address quality of life and active aging. As for the nature of the present work, it is a qualitative research where one does not worry about the numerical representativeness, but with the deepening of the understanding of a social group, of an organization, in this type of research, the scientist is at the same time the subject and the object of their research, this research is of the bibliographic and documentary type, this study was carried out through access to books, articles, magazines and internet, as well as consultations to documents and legislation related to the subject. We highlight, initially, the historical trajectory of the concept on aging and old age, contextualizing the elderly in Brazil and in the world. Next we discuss current laws and regulations, portraying some of the legal history bringing to the statute for the present times. We bring theoretical reflections about the construction of active and healthy aging, discussing the quality of life. Through the research carried out, in the present monograph, we can conclude that people over 60 need an active and healthy life, so that they have a longer life expectancy, where it involves an autonomous, economic, cultural, spiritual, civil society, so they can grow up in an active and healthy way.

Keywords: Active and Healthy Aging. Quality of Life. Public Policies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CF - Constituição Federal

CIES - Centro Internacional para o Envelhecimento Saudável

CNDI - Conselho Nacional dos Direitos do Idoso

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas

FUNRURAL - Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social

IPECE - Instituto de Pesquisa e Estatística Economia do Ceará

LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social

LOPS - Lei Orgânica de Previdência Social

MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

NIT - Número de Identificação do Trabalhador

NOB - Norma Operacional Básica

NOB/RH - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos

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

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PAIF - Programa de Atenção Integral à Família

PASEP - Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público

PIS - Programa de Integração Social

PNAS - Política Nacional de Assistência Social

PNI - Política Nacional do Idoso

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PRORURAL - Programa de Assistência ao Trabalhador Rural

RFB - Receita Federal do Brasil

SCFV - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 CONCEITO E CONTEXTO HISTÓRICO DA PESSOA IDOSA.....	22
2.1 Conceitos sobre o envelhecimento e a velhice.....	22
2.2 Contextualizando o idoso no Brasil e no mundo.....	26
3. LEIS ENORMATIVAS VIGENTES.....	29
3.1 Um pouco da história legal.....	29
3.2 Do Estatuto aos tempos atuais.....	31
4. A CONSTRUÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL:	
REFLEXÕES TEÓRICAS.....	51
4.1 Envelhecimento ativo.....	51
4.2 Qualidade de vida da pessoa idosa.....	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
REFERÊNCIAS.....	67

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o processo histórico de organização e de reivindicações dos idosos, iniciado na década de 1970, mobilizou o país e fez com que o poder público atentasse para os anseios dessa população, criando e implementando legislações nas décadas subsequentes. Nesse processo, a Constituição Federal de 1988 aparece como um marco para as políticas públicas, pois, a partir dela, o que era considerado assistencialismo e caridade passa a se tornar um direito do cidadão e responsabilidade do Estado (OLIVEIRA, 1999).

Dentre os desafios de envelhecer no Brasil, consta a busca pela execução de políticas sociais eficazes no atendimento desse crescente segmento de indivíduos que requer atendimento especializado segundo suas características, no qual sua autonomia deve prevalecer nas tomadas de decisão. Os estudos sobre idosos são recentes e tendem a aumentar porque estes estão ganhando visibilidade social cada vez maior. Um dos aspectos dessa crescente visibilidade é numérico por conta do crescimento da taxa de idosos inseridos em grupos familiares.

O prolongamento na vida da população humana é um fenômeno crescente a nível mundial. Estimativas divulgadas pela Organização Mundial da Saúde apontam que a população mundial de idosos em 2025 poderá chegar a 1,2 bilhões de pessoas. Sabe-se que “até pouco tempo o envelhecimento populacional era encarado como algo sendo específico de países desenvolvidos”. (BERZINS, 2003, p. 31).

O prolongamento da vida apresenta-se como uma grande conquista para a humanidade. O crescimento dos idosos em nível mundial fez com que governos iniciassem, ainda que timidamente, políticas públicas em favor dessa população, sendo que, na atualidade, tais políticas são constantemente enfocadas.

Com o desenvolvimento da ciência médica e tecnológica a expectativa de vida das pessoas aumentou nos últimos anos. Esse fato, por sua vez, aumentou o número de idosos nas sociedades contemporâneas, gerando assim a procura por uma melhor qualidade de vida dessas pessoas. Assim aumentou também a demanda por uma conscientização dos direitos que pudessem garantir uma vida digna para essa população. Serviços de saúde, lazer e terapia ocupacional também

devem ser disponibilizados visando melhoria na qualidade de vida dos idosos (FERRARI, 1999).

O envelhecimento é um processo biológico que faz do desenvolvimento de todo o ser humano. Contudo, esse evento nem sempre acontece de forma homogênea, deve ser entendido como um processo natural da vida que traz consigo algumas alterações sofridas pelo organismo, consideradas normais para essa fase (SIMÕES, 1994 apud DORNELES, 2006).

As transformações e consequências para a sociedade ocorridas a partir deste fenômeno são inúmeras. O impacto advindo da visibilidade social da velhice proporcionou de forma crescente que a população reflita sobre a velhice, bem como relativos esforços por parte do governo na ampliação de direitos a este segmento populacional (BERZINS, 2003).

A sociedade política também assumiu sua responsabilidade diante desse novo panorama demográfico brasileiro, elaborou a Política Nacional do Idoso. Lei 8842, 4 de Janeiro de 1994 e o Estatuto do Idoso. Lei nº10.741 de 1º de Outubro de 2003. São leis elaboradas para preservar os direitos do idoso e evitar que essa faixa etária sofra discriminações e seja marginalizado na sociedade brasileira. A velhice nem sempre é encarada de forma natural muitos querem viver muito tempo, mas não querem envelhecer, uma contradição que reflete dessa situação pessimista e marginalizada que a sociedade atribui ao idoso. A valorização do idoso é ponto central para a inserção e participação desse segmento etário na sociedade brasileira (FERNANDES, 1997).

O ano de 1990 foi considerado do Ano Internacional do Idoso em virtude da grande importância e preocupação em relação a este segmento da população, mas pouco se avançou em práticas significativas para essa faixa etária no sentido de uma valorização do idoso na sociedade, e, no ano de 2003, essa faixa etária foi contemplada como tema da Campanha da Confraternidade, ressaltando sua importância e a necessidade de maiores cuidados ambiental (PALMA, 2000).

Oficialmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera idoso indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos residentes em países desenvolvidos e com 60 anos ou mais para países em desenvolvimento, contexto em que se insere

o nosso País (MAZO, LOPES e BENEDITTI, 2001). Essa diferenciação no conceito parece levar em conta fatores que tem atuação direta na qualidade de vida dos indivíduos, como diferenças econômicas, políticas, culturais, sociais e ambientais dos países, observando-se ainda que as questões nacionais e regionais pareçam ser preponderantes na determinação desses padrões.

O envelhecimento da população brasileira é reflexo do aumento da expectativa de vida, devido ao avanço no campo da saúde e à redução da taxa de natalidade. Prova disso é a participação dos idosos com 75 anos ou mais no total da população - em 1991, eles eram 2,4 milhões (1,6%) e, em 2000, 3,6 milhões (2,1%). A população brasileira vive, hoje, em média, de 68,6 anos, 2,5 anos a mais do que no início da década de 90. Estima-se que em 2020 a população com mais de 60 anos no País deverá alcançar a marca de 30 milhões de pessoas (13% do total), e a esperança de vida será de 70,3 anos (IBGE, 2010).

A população de idosos com 60 anos ou mais no Ceará aumentou 61% em dez anos. Isso porque os dados do Censo 2010 confirmam que esse contingente etário está em 1,063 milhão de pessoas, enquanto em 2000 esse valor correspondia a exatos 658,9 mil. Conforme o Instituto de Pesquisa e Estatística Econômica do Ceará (IPECE) o Ceará obteve a 16ª posição no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). O Ceará foi o nono estado que mais avançou em termos relativos, melhorando quase 30% entre 1991 e 2010. Nesse período, a expectativa de vida do cearense cresceu de 58 anos para 75.

O quadro é um retrato do que acontece com os países como o Brasil, que está envelhecendo ainda na fase do desenvolvimento. Já os países desenvolvidos tiveram um período maior, cerca de cem anos para se adaptar. A geriatra Andrea Prates (2011), do Centro Internacional para o Envelhecimento Saudável (CIES), prevê que, nas próximas décadas, três quartos da população idosa do mundo esteja nos países em desenvolvimento.

Em relação ao processo podem-se ressaltar importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto nos primeiros, esse envelhecimento populacional ocorreu associado às melhorias da qualidade de vida, no segundo, esse crescimento ocorreu de forma rápida, carente de uma

organização social e de saúde adequadas, suficientes para atender às novas demandas emergentes (BERZINS, 2003).

O envelhecimento populacional trata-se de uma resposta à mudança de vários fatores, principalmente os relacionados à saúde. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, essa transição demográfica se deve mais às tecnologias de saúde do que ao próprio desenvolvimento do país. De acordo com a literatura, o crescimento da população idosa é consequência de dois processos: a diminuição da fecundidade, a redução da mortalidade da população idosa e aumento da expectativa de vida (BERZINS, 2003).

O crescimento rápido da população idosa é uma realidade crescente. Dessa forma, o envelhecimento ganha espaço nas discussões políticas e sociais, com o intuito de prevenir um envelhecimento populacional artificial, promovido apenas pelo avanço tecnológico e médico. Em conjunto com o desenvolvimento científico almeja-se o avanço das políticas sociais, tendo em vista promover o aumento da expectativa e da qualidade de vida (KALACHE, 1987).

Ao contrário do ocorreu em diversos países, essa transição demográfica se deu, tanto no Brasil, como em outros países da América Latina, de uma maneira rápida, tornando retangular a pirâmide populacional, sem que tenha sido acompanhada de uma melhora na qualidade de vida dos idosos. (COSTA e FÁVERO, 2009, p. 75).

De acordo com Costa e Fávero (2009, p.75), o envelhecimento da população brasileira tem se apresentado como um grande desafio, no que diz respeito às políticas de saúde e políticas sociais que visem preservar a saúde e a qualidade de vida da população idosa bem como atendê-la em suas doenças.

A dificuldade das políticas públicas para acompanhar o rápido crescimento da população idosa, registrado no Brasil principalmente nesse início do século XXI, traz como consequência a distorção das responsabilidades sobre o idoso dependente, que acaba sendo assumida por seus familiares como um problema individual ou familiar, devido à ausência ou precariedade do suporte do Estado. A formulação e a implantação das políticas públicas que atendam a realidade do envelhecimento em todas as suas faces, que almejem a promoção do bem-estar físico, mental e social do idoso e a prevenção de agravos a sua saúde têm se mostrado um grande desafio (BORGES, 2003).

A legislação brasileira relacionada ao idoso, fortemente alicerçada em valores éticos e judaico-cristãos qualifica a família como principal responsável pelo cuidado com o idoso. É fácil ratificar tal afirmação quando da leitura da Constituição Federal de 1988, da Política Nacional do Idoso, regulamentada em 1994 e, do Estatuto do Idoso promulgado em 2003. Essas legislações são resultantes dos valores e preconceitos dominantes quanto ao cuidado institucional com a pessoa idosa (BRAGA, 2005).

A responsabilização da família com os cuidados do longo dependente se dá no Brasil, concomitantemente ao avanço da cobertura da Seguridade Social, estabelecido pela Constituição Federal de 1988. Esta universalizou o acesso a uma renda mínima para os idosos brasileiros (PEREIRA, 2007).

Segundo Assis (1998), garantir aos idosos as condições necessárias para viver a terceira idade de forma mais plena e satisfatória, com respeito e apoio, é tarefa para todos nós. Um bom começo é poder olhar o idoso como um guardião vivo de nossa história, que tem a experiência dos anos vividos. Por outro lado, é participar na busca pela melhoria na qualidade de vida da população em geral, pois mais digno e saudável será o envelhecimento quanto mais favorável e rico em possibilidades for o próprio viver.

Ao observar a sociedade percebemos a necessidade de um trabalho voltado ao público idoso, tendo uma visão que os mesmos não possuem conhecimento para obter uma vida ativa e saudável. Enquanto pesquisadora observo a necessidade de possuir tais conhecimentos para que eu possa ter uma longevidade maior, desejando que todos tenham a mesma expectativa. Sabendo-se que o envelhecimento é um processo desde a fecundidade até os últimos dias de vida, já a velhice é o estado que a pessoa se encontra, sendo considerado acima de 60 anos, com esse pensamento e observação das mais variadas situações, onde o idoso se mostrava desconhecedor, assim formulei o tema: O IDOSO E O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL.

A presente pesquisa tem como objetivo principal analisar o envelhecimento ativo e a qualidade de vida ofertada a pessoa idosa, especificamente, identificar as legislações e as políticas para a pessoa idosa e abordar a qualidade de vida e o envelhecimento ativo.

O trabalho traz uma revisão bibliográfica e documental sobre o acentuado envelhecimento da população brasileira, traça o perfil do idoso brasileiro, lista as políticas públicas direcionadas para esse segmento populacional, identificando as legislações específicas para a pessoa idosa.

Para atingir o objetivo deste trabalho foi necessário pesquisar sobre os conceitos de velhice, políticas públicas e envelhecimento ativo e saudável, bem como aprofundar os conhecimentos acerca das políticas públicas voltadas para o processo de envelhecimento, sendo realizado através de uma pesquisa bibliográfica e documental, relacionada aos temas em discussão. Entre os autores foram: Beauvoir (1990), Debert (2004), Mascaro (1997), Haddad (1986), Magalhães (1989), Minayo (2004), dentre outros, que serviram de suporte teórico para a realização da pesquisa por abordarem os temas em questão.

Quanto à natureza do trabalho, trata-se de uma pesquisa qualitativa, visando maior aproximação ao tema, possibilitando um estudo aprofundado do mesmo, este método explora o que deve ser feito, sem identificar os valores que reprimem aos dados, os quais analisados por este método não estão baseados em números (MINAYO, 2010).

Goldenberg (1999) afirma que

A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas sim com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização etc. Os pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa se opõem ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências, já que as ciências sociais têm sua especificidade, o que pressupõe uma metodologia própria. Assim, os pesquisadores qualitativos recusam o modelo positivista aplicado ao estudo da vida social, uma vez que o pesquisador não pode fazer julgamentos nem permitir que seus preconceitos e crenças contaminem a pesquisa.

Uma característica importante das pesquisas qualitativas é que são exploratórias, ou seja, incentivam os indivíduos a pensarem livremente sobre qualquer tema, objeto ou conceito. Elas fazem emergir aspectos subjetivos dos sujeitos e atingem motivações não explícitas, ou mesmo conscientes, de maneira espontânea.

Esse tipo de análise trabalha com o universo de significados, valores, crenças e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos

e dos fenômenos, aos quais não podem ser reduzidos à operacionalização variáveis (MINAYO, 2010).

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Boa parte dos estudos exploratórios pode ser definida como pesquisas bibliográficas. Que se propõem à análise de diversos autores mediante a natureza das fontes. (GIL, 2000, p.22).

Ainda conforme Gil (2002, p.23) faz uma diferença entre ambas.

A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A diferença essencial entre ambas está na natureza das fontes/Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa.

Com base nos estudos de Santos (2000), a pesquisa documental é realizada em fontes como tabelas estatísticas, cartas, pareceres, fotografias, atas, relatórios, obras originais de qualquer natureza – pintura, escultura, desenho, notas, diários, projetos de lei, ofícios, discursos, mapas, testamentos, inventários, informativos, depoimentos orais e escritos, certidões, correspondência pessoal ou comercial, documentos informativos arquivados em repartições públicas, associações, igrejas, hospitais, sindicatos, dentre outros.

Após o levantamento bibliográfico, efetivou-se uma leitura exploratória que, de acordo com Gil (2002), consiste na leitura do material, com o objetivo de verificar em que medida a obra consultada interessa à pesquisa. Neste sentido, todo o material selecionado foi de grande relevância por trazer as informações necessárias para a compreensão e o entendimento sobre o objeto investigado.

Diante disso podemos dizer que a leitura analítica realizada foi de suma importância, porque aprendemos a enxergar além da superficialidade até o significado mais profundo de um texto, haja vista que é um processo multipasso porque tem sua sequência de etapas, onde o leitor descobre uma ideia geral do tema e a credibilidade ao material estudado. Diante disso se faz necessário dizer, que as fontes selecionadas, foram de grande relevância para o estudo do tema abordado no presente trabalho.

Este trabalho está estruturado em mais três capítulos, onde o segundo capítulo apresenta um estudo sobre os conceitos do envelhecimento e a velhice, contextualizando a pessoa idosa no Brasil e no mundo, finalizando com a construção das políticas públicas de atenção á pessoa idosa. O terceiro capítulo ressalta as leis e normativas vigentes, enfatizando um pouco da história legal, focando no estatuto do idoso para os tempos atuais. Por fim, o quarto e último capítulo discorre sobre a construção do envelhecimento ativo e saudável através de uma reflexão teórica, trazendo à qualidade de vida da pessoa idosa.

2 CONCEITO E CONTEXTO HISTÓRICO DA PESSOA IDOSA

A pessoa idosa em diferentes épocas poderá ser vistas de várias formas, pois cada época tem sua peculiaridade e cultura. A velhice poderá ser notada por diversas mudanças sejam elas físicas, psicológicas e sociais, que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevida prolongada. Portanto a pessoa idosa é aquela pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento o qual está inserido no contexto do nosso país e com 65anos ou mais em país desenvolvido.

As leis criadas e reformuladas como a Lei de nº 10.741/03, conhecida regularmente como Estatuto do Idoso, que determina inúmeros benefícios, garante a terceira idade, institui penas severas para quem desrespeitar ou abandonar cidadão idoso sejam masculino ou feminino. Ainda observa-se a questão do idoso em nosso país que são tratados com muito descaso em nossa sociedade, principalmente diante do quadro agravante que se encontra na situação social política e econômica do idoso, no qual o dinheiro que recebe de sua aposentadoria não dá nem para comprar os remédios.

E muitas vezes não desfrutam de um lazer ou até mesmo não tem sua própria moradia. Muitas vezes isso representa a única possibilidade de sobrevivência aos seus sofrimentos e limitações que interverem nas condições de vida. Nesse contexto vale ressaltar que frequentemente o povo brasileiro confunde e identifica a pessoa idosa como; caduco, velhos rabugentos, inválidos, deficientes ou simplesmente alguém que estar à espera da morte Deus nos acuda. É preciso que todas as pessoas idosas sejam respeitadas, pois traz uma trajetória de vida, uma história.

2.1 Conceitos sobre o envelhecimento e a velhice

As estimativas brasileiras fazem seu prenúncio de que até 2025 o Brasil será o sexto país do mundo com maior número de pessoas idosas, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Por este notável crescimento, atualmente as

questões sobre envelhecimento estão sendo cada vez mais estudadas e pesquisadas.

Precisamos antes de tudo, distinguir a conceituação de velhice e envelhecimento. Nesse trabalho o entendimento sobre envelhecimento e velhice consiste em procedimentos distintos: envelhecimento quer dizer um processo que se apresenta como inseparável da condição humana, ou seja, o envelhecer não é apenas um momento na vida do indivíduo, ele acontece desde o momento em que viemos ao mundo. Porém a velhice é o estado do indivíduo com idade avançada que sofreu o resultado do processo de envelhecer (PAPALÉO NETTO, 2002).

Alguns autores¹ diferenciam claramente os dois termos e outros não fazem essa diferença. Nesse estudo serão adotados os dois termos em sua diferenciação. É bastante frequente vermos autores que utilizam estas duas definições com o mesmo significado, porém Messy (1999, p.23) aborda velhice e envelhecimento como processos distintos:

Se o envelhecimento é o tempo da idade que avança, a velhice é o da idade avançada, entenda-se, em direção a morte. No discurso atual, a palavra envelhecimento é quase sempre usada num sentido restritivo e em lugar da velhice. A sinonímia dessas palavras denuncia a denegação de um processo irreversível que diz respeito a todos nós, do recém-nascido ao ancião.

Costa (1998, p.26) também distingue envelhecimento e velhice:

Envelhecimento: processo evolutivo, um ato contínuo, isto é, sem interrupção, que acontece a partir do nascimento do indivíduo até o momento de sua morte [...] é o processo constante de transformação. Velhice: é o estado de ser velho, o produto do envelhecimento, o resultado do processo de envelhecer.

O envelhecimento é um processo natural de todo o ser humano. Para Duarte (2008, p. 21), este processo apresenta estas características: “[...] é universal, por ser natural, não depende da vontade do indivíduo, todo ser nasce, desenvolve-se, cresce, envelhece e morre. É irreversível, apesar de todo o avanço da medicina [...] nada impede o inexorável fenômeno, nem o faz reverter”.

Entre alguns autores, existem variadas dimensões sobre o processo de envelhecer, que pode ser a dimensão biológica, a psicológica, a cronológica ou a

¹ Definem envelhecimento e envelhecer distintamente: Messy (1999, p.23) Duarte (2008, p.21) Costa (1998, p.26).

social. De acordo com os estudos de Górdia, (2011) analisou que entre todas as definições existentes, a que melhor satisfaz é aquela que conceitua o envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levá-lo à morte.

Salgado (2007, p. 68) interpreta o envelhecimento da seguinte forma:

Um processo multidimensional, ou seja, resulta da interação de fatores biológicos, psicoemocionais e socioculturais. Executando a razão biológica que tem caráter processual e universal, os demais fatores são composições individuais e sociais, resultado de visões e oportunidades que cada sociedade atribui aos seus idosos.

Na afirmação acima, Salgado (2007) quer dizer que o envelhecimento pode ser também um fruto da sociedade na qual habitamos, ou seja, além dos fatores biológico, cronológico e psicológico o meio e as condições em que vivemos influenciam no processo de envelhecimento e na forma em que chegamos à velhice. Assim, o processo de envelhecimento é influenciado também pela sociedade e pelo indivíduo.

Conforme Caldas et al (2003, p.309):

Libertar-se do conceito do envelhecimento como uma fase de perdas é, ao menos, um processo extremamente doloroso, quando existe uma cultura dominadora investindo numa visão de mundo na qual as pessoas idosas são incapazes e principalmente improdutivas. Reconhecer que ela é dominadora é um primeiro passo para perceber, aceitar e dialogar com outra visão de mundo - a da velhice bem-sucedida, que deve não se concentrar na preparação dos profissionais da gerontologia, mas estender-se para todos, inclusive para aqueles que possuem uma consciência mais apurada desta realidade - os próprios idosos.

De acordo com Beauvoir (1990 p.15), reafirma que não existe uma concepção única ou definitiva da velhice, mas sim concepções incertas, opostas e variadas através da história.

Porém a origem do idoso está ligada as novas terminologias e novos conceitos vêm surgindo para classificar os indivíduos em idade mais avançada. Segundo Peixoto, (1998), ao abordar a distinção, entre a terceira e quarta idades

mostra que é uma tentativa de ajustar esquemas classificatórios às circunstâncias culturais, psicológicas, ideológicas e particulares das sociedades de hoje.

Os conceitos são carregados de significados como inquietação, fragilidade, angústia. O envelhecimento está rodeado de muitas concepções falsas, temores, crenças e mitos. Ressaltando que, alguns autores abordaram a imagem que se tem da velhice mediante as diversas fontes históricas, varia de cultura em cultura, de tempo e de lugar em lugar (MESSY, 1999; DUARTE, 2008 e COSTA, 1998).

Durante os séculos XVII e XVIII foram realizados muitos avanços no campo da fisiologia, anatomia. As transformações que ocorreram na Europa nos séculos XVIII e XIX refletiram em uma mudança na população anciã. O número de pessoas em idade avançada aumentou e os avanços da ciência permitiram destacar vários mitos acerca da velhice. Contudo, a situação dos velhos não melhorou. Com o surgimento da Revolução Industrial e do urbanismo foram derradeiros para os anciões que, sem poder trabalhar, foram reduzidos à miséria (CAMARANO, 1990).

Só no final XIX que os avanços da medicina propiciaram a divisão de velhice e enfermidade e no século XX surgiu a gerontologia, significa o estudo dos fenômenos fisiológicos, psicológicos e sociais relacionados ao envelhecimento do ser humano. A geriatria é uma abordagem ampla para a avaliação clínica, incluindo aspectos psicossociais, escalas e testes como disciplinas formais (SALGADO, 1999).

Para Ferrari (1999, p. 198):

A velhice não pode ser definida pela simples cronologia e sim pelas condições físicas, funcionais, psicológicas e sociais das pessoas idosas. Há diferentes idades biológicas, subjetivas em indivíduos com a mesma idade cronológica; o que acontece é que o processo de envelhecimento é muito pessoal; ele constitui uma etapa da vida com realidade própria e diferenciada das anteriores, limitada unicamente por condições objetivas externas e subjetivas. Possui certas limitações que com o passar do tempo vão se agravando, mas tem potencialidades únicas e distintas: serenidade, experiência, maturidade e perspectiva de vida pessoal e social. Portanto, a velhice é hoje considerada uma fase de desenvolvimento humano e não mais um período de perdas e incapacidades.

Dessa forma percebe-se que são muitos ciclos que ocorrem ao longo da história. Momentos em que os idosos são valorizados são seguidos por crises entre jovens e velhos e posteriores a desvalorização do ancião. Hoje uma parcela

economicamente ativa da população idosa, existe um movimento de valorização, porém esta população está impulsionando mercados como o de turismo e serviços para a terceira idade.

Beauvoir (1970, p.17) coloca, ainda, que, “a velhice não é um fato estático; é o término e o prolongamento de um processo, o qual estar denominado de envelhecimento”. Chegar à fase da velhice é uma forma inerente ao ser humano que aspira viverem muitos anos. Ou seja, um fenômeno dinâmico e progressivo que envolve diferentes fatores.

A partir destas definições, podemos dizer que o envelhecimento é um processo biológico que faz do desenvolvimento de todo ser humano e deve ser entendido como uma forma natural da vida e a velhice é a idade avançada, embora caracterizada pela existência das alterações físicas, suas essências transcende este aspecto, devendo ser considerados seus fatores sociais, culturais, psicológicos, econômicos, entre outros. Dessa forma, o idoso deve ser visto como sujeito capaz de construir sua própria história, acumulando vivências e experiências das várias etapas da vida.

2.2 Contextualizando o idoso no Brasil e no mundo

Sobre a velhice, precisamos destacar que esta vem crescendo consideravelmente e se configurando como um desafio mundial. Neste sentido Farielo e Vieira (2007, p.3) citam que o: [...] chefe do programa de envelhecimento da Organização Mundial de Saúde (OMS), o brasileiro Alexandre Kalache, alerta que está em curso uma enorme mudança de paradigmas, provocada pelo aumento da longevidade, acompanhado de uma redução das taxas de fecundidade. “Até o início dos anos 2000, esse quadro ainda não estava tão claro”, o lembra, apontando que o fenômeno é recente e vai exigir uma mudança profunda nos costumes.

Os estudos sobre o envelhecimento da população idosa no Brasil são recentes, embora o segmento idoso, cerca de 14.530.029 de pessoas, já corresponda a aproximadamente 9% da população brasileira, que segundo dados do

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2000) é de 170.000.000 de habitantes.

Entretanto, os idosos se distribuem no território nacional de forma desigual, havendo uma concentração desse segmento na região Sudeste (e nas áreas urbanas), em relação às demais regiões. Além disso, é notória a observação de que essa população está mais exposta a riscos e vulnerabilidades, já que, mesmo representando cerca de 9% da população total, os idosos também representam aproximadamente 5% da população pobre do país (SUGAHARA, 2005).

Apesar do evidente crescimento da população idosa, e das transformações sociais dele decorrentes, observamos que a discussão sobre o envelhecimento se dá num contexto em que a diversidade de conceitos para explicar quem é o idoso e como se caracteriza o processo de envelhecer, ainda está longe de diminuir. Assim, no Brasil e no mundo, o critério etário é o mais utilizado, embora não atenda à complexidade constituinte desse processo.

O artigo 1º do Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003, estabelece como idosa a pessoa com 60 anos ou mais. Como bem observou Camarano (2003), considerar como pessoa idosa, aquela com mais de 60 anos, significa incluir num único grupo, pessoas cuja idade pode variar em até mais de 30 anos, como se pode observar na Tabela 1, a seguir, que mostra a distribuição desse segmento, segundo as várias faixas etárias que o compõem:

Tabela 1: Distribuição da população Idosa do Brasil por faixa etária

Faixa etária	Nº de Idosos
60 – 69	8.182.035
70 – 79	4.521.889
80 – 89	1.570.905
90 – 99	236.624
100 ou mais	24.576
Total	14.530.029

Fonte: IBGE, censo 2000.

Diante disso podemos afirmar que o envelhecimento não é igual para todos, e, para além da idade, depende das condições objetivas de vida em fases anteriores

do ciclo vital, do acesso aos bens e serviços, bem como da cobertura da rede de proteção e atendimento social. Os estudos sobre a velhice e o processo de envelhecimento abarcam as diversas possibilidades de pensar o lugar social ocupado pelo idoso na realidade brasileira.

A velhice tem sido tratada como um mal necessário, da qual a humanidade não tem como escapar. Por esse princípio, o idoso também é tratado como um mal necessário, como alguém que já cumpriu sua função social: já trabalhou, já cuidou da família, já contribuiu para educação dos filhos, restando a eles, somente, esperar pela finitude da vida. O que se observa é que, com o avanço das pesquisas na área da saúde, e o acesso da população idosa aos diversos serviços, a população, de um modo geral, chega aos 60 anos com possibilidade de viver mais (e com qualidade de vida) do que vivia há 20 anos. Veras (2003, p.8) adverte que “muito antes do que se imagina, teremos indivíduos se aposentando perto dos 60 anos de idade e iniciando um novo ciclo de vida que perdurará por mais de 30 ou 40 anos”.

No Brasil, o processo de envelhecimento se intensifica cada vez mais. Isto não significa que o país está preparado para lidar com o envelhecimento, com suas consequências e impactos na prestação de serviços sócio assistenciais, na área da saúde, no transporte coletivo, para citar os mais comuns.

Os autores que estudam essa questão afirmam que os idosos também sofrerão as consequências da desigualdade social, dos problemas sociais presentes em nosso país, ou seja, “A população idosa se constitui como um grupo bastante diferenciado, entre si e em relação aos demais grupos etários, tanto do ponto de vista das condições sociais, quanto dos aspectos demográficos e epidemiológicos. Qualquer que seja o enfoque escolhido para estudar este grupo populacional é bastante expressivo os diferenciais por gênero, idade, renda, situação conjugal, educação, atividade econômica, etc.” (VERAS, 2003, p. 8-9).

Percebemos que o idoso alcançou algumas conquistas através das políticas públicas sociais, observamos ainda que há muitos desafios a serem enfrentados, tendo em vista que o envelhecimento é visto muitas vezes de forma preconceituosa e, não raro, o idoso é tratado com desrespeito e abandono, mas esta é uma questão que diz respeito à dignidade humana, eles devem ser vistos como pessoas capazes de construir sua própria história, vivenciadas através de suas várias etapas da vida e chegar aos 60 anos ou mais com possibilidade de viver bem com qualidade de vida. E desfrutar de um padrão de vida digna com mais respeito.

3. LEIS E NORMATIVAS VIGENTES

No decorrer dos anos houve no Brasil um constante movimento na direção de garantir os direitos da pessoa idosa. Esses movimentos se refletiram nos dispositivos legais criados para dar essa garantia. A Lei 8.742/93, conhecida regularmente como a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) a qual determina proteção social do idoso, mas que também se estende a todos os brasileiros e brasileiras que dela necessitarem e representa um grande marco para a assistência social.

Na Política Nacional do Idoso PNI (1994) há um objetivo de assegurar os direitos sociais do idoso. O Estatuto do Idoso (2003) busca oferecer tratamento integral e de longo prazo, com medidas que visem ao bem-estar da pessoa idosa. Além disso, também como outro objetivo promover igualdade e justiça social para a população idosa fragilizada. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa-PNSPI (2006) tem como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde.

3.1 Um pouco da história legal

A primeira forma de proteção social ao idoso no Brasil foi a aposentadoria, que se desenvolveu através da Lei Eloy Chaves no ano de 1923, sendo que este instrumento legal determinou a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) nas empresas ferroviárias. Contemplando os ferroviários com os benefícios de aposentadoria por invalidez e por tempo de contribuição, a pensão por morte e a assistência médica. E em 1926, estenderam-se os benefícios desta Lei aos portuários e marítimos – dois segmentos de fundamental importância para a economia brasileira, época esta fundamentalmente agroexportadora (HADDAD, 1993).

Em 1960, é aprovada a Lei Orgânica de Previdência Social (LOPS), cuja importância reside na uniformização das contribuições, bem como das prestações de benefícios dos diferentes institutos. Conforme Haddad (1993, p.27) a partir da LOPS:

Os segurados passaram a desfrutar dos seguintes benefícios: auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, aposentadoria por velhice, aposentadoria especial, aposentadoria por tempo de serviço, auxílio-natalidade, pecúlio e assistência financeira. Os dependentes passaram a ter direito a: pensão, auxílio-reclusão, auxílio-funeral e pecúlio. Ambos, segurados e dependentes, foram cobertos por assistência médica, assistência alimentar, assistência habitacional, assistência complementar e assistência reeducativa e de readaptação profissional.

O processo de universalização previdenciária passou a ser uma preocupação da sociedade para a cobertura de todos os idosos e avançou na década de 1970. Nesse período todos os indivíduos que exerciam atividades remuneradas passaram a ser cobertos pela previdência social. Os que não contribuíam passaram a receber a Renda Mensal Vitalícia que foi instituída em 1973, oferecendo 60% do salário mínimo para pessoas com mais de 70 anos que comprovavam não possuírem meios de prover sua própria manutenção e nem tê-la provida por sua família (HADDAD, 1993).

Aos trabalhadores rurais, a partir de 1972 com o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural/Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (Prorural/Funrural), assistia os trabalhadores rurais, pescadores (a partir de 1972) e garimpeiros (a partir de 1975), oferecendo benefícios precários de aposentadoria por idade aos 65 anos, tendo meio salário mínimo como teto (DELGADO, 1999).

A Constituição de 1988 teve um grande impacto na previdência brasileira, em particular no que se refere à situação do funcionalismo público federal, estadual e municipal, induzindo a mudanças que, em muitos casos, provocaram problemas econômicos e financeiros para essas esferas de governo, para os idosos os benefícios surgidos foram: a redução, em cinco anos, da idade para a concessão de aposentadoria por idade ao trabalhador rural em relação ao urbano e o surgimento do Benefício de Prestação Continuada – BPC, que consiste no pagamento de um salário mínimo mensal a pessoas idosas e a pessoas com deficiência que comprovem não ter condições econômicas de se manter e nem de ter sua subsistência mantida por sua família (HADDAD, 1993).

Para os idosos um longo caminho de lutas, avanços e retrocessos foram percorridos. Vários segmentos que eram representantes dos seus interesses, tais como - entidades sociais, representantes de associações de aposentados e grupos - lutaram para o reconhecimento efetivo dos direitos inscritos na Constituição de 1988. Outro fator foi o contexto social do final dos anos 1980 e início de 1990 em que outros segmentos sociais obtêm os direitos constitucionais assegurados em leis específicas, como o Estatuto da Criança e do Adolescente, aprovado em 1990, que propiciaram maior reflexão e pressão estatal com relação à situação do idoso no país (DELGADO, 1999).

3.2. Do estatuto aos tempos atuais

O Estatuto do Idoso trouxe à população idosa vários benefícios. O caminho percorrido até a legalização desses direitos da década de 1970, na qual os idosos iniciaram suas reivindicações e se organizaram em associações e movimentos sociais, cobrando das instâncias públicas a implementação de políticas voltadas a esse segmento. Após essa década, o tema envelhecimento tornou-se destaque em vários congressos e nas pautas das políticas públicas e sociais (ROMERO, 2000).

Sousa (2004, p. 179) no que diz respeito às garantias que o Estatuto trouxe aos idosos no Brasil:

O Estatuto do Idoso, uma legislação contemporânea com o objetivo protetivo assistencial quanto às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, assegurou-lhes, com tutela legal 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. Sedimentando assim a obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público de assegurar 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. Com essa legislação, 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.

A questão do envelhecimento ganha destaque na discussão e elaboração das políticas sociais de assistência e saúde. Esse debate tem como marco inicial a I

Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, da Organização Mundial das nações Unidas (ONU)², realizada em 1982 em Viena-Áustria. Esse fórum contou como participação de 124 países, incluindo o Brasil. Nesse evento foi elaborado o Plano de Ação para o Envelhecimento, um importante documento de estratégias e recomendações prioritárias nos diversos aspectos que envolvem o processo de envelhecimento (BUCCI, 2006).

Destacam-se as Políticas Públicas para o idoso como marco e relatórios: Constituição Federal de 1988; Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (1993), Política Nacional de Assistência Social-PNAS (1998) Norma Operacional Básica – NOB (1997-1998) Política Nacional de Assistência Social-PNAS (2004) Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social - NOB-SUAS (2005) Norma Operacional Básica de Recursos Humanos - NOB-RH (2006); Tipificação Nacional aos Serviços Socioassistenciais (2009). As ações e os benefícios desse tipo de proteção destinados às pessoas idosas e seus familiares são: Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos³, Benefício de Prestação Continuada⁴.

Constituição Federal de 1988 reza que: “A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social [...]”. O artigo 204 explicita que a assistência social são ações governamentais, realizadas com recursos do orçamento da seguridade social. Assim, a assistência social, destinada, em sua maioria, à população carente, deixa de ser uma ação voluntária para se tornar um direito do cidadão, principalmente com a lei nº 11.162, de 5 de agosto de 2005, que transformou a assistência social em política pública.

A LOAS, lei 8.742, de 07/12/1993, é um instrumento legal, contendo concepções e direitos que substituem a forma com que a Assistência Social tratou a questão da pobreza, ou seja, na base da caridade e favor. A LOAS representou um marco para a assistência social, pois a reconheceu como direito dos cidadãos

² Organização Mundial das nações Unidas – ONU, 1945.

³ O SCFV é um serviço da Proteção Social Básica do SUAS que é ofertado de forma complementar ao trabalho social com famílias realizado por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF) e do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos (PAEFI). (SITE MDS ou <http://mds.gov.br/assistencia-social-suas>)

⁴ Benefício de prestação continuada é um benefício da assistência social no Brasil, prestado pelo INSS. Consiste em uma renda de um salário-mínimo para idosos e deficientes que não possam se manter e não possam ser mantidos por suas famílias (SITE MDS).

brasileiros para que possam usufruir de benefícios, serviços, programas e projetos socioassistenciais.

No Brasil, muito se avançou na elaboração de políticas sociais voltadas aos idosos; dentre as quais podemos citar a Política Nacional do Idoso (1994); A Política Nacional de Saúde do Idoso (1999); o Estatuto do Idoso (2003); A Política Nacional de Assistência Social (2004); A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), além dos direitos conquistados pela Constituição Federal em 1988.

A partir deste contexto, surge a Política Nacional do Idoso - PNI em 04 de janeiro de 1994, através da Lei nº 8.842, que tem por objetivo, nos termos de seu Art. 1º “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”. A Lei 8.842 foi à primeira legislação específica no que tange à questão do idoso no Brasil, para efeito de legalização de direitos que constam nas políticas de atenção as pessoas idosas que obtiverem idade superior a sessenta anos. Vale salientar que somente é reconhecido pelo Estado o envelhecimento cronológico dos indivíduos, cabendo a estes direitos a partir de certa idade, ignorando os outros aspectos do envelhecimento (DELGADO, 1999).

A Política Nacional de Assistência Social - PNAS, (2004) garante à pessoa idosa e a sua família o acesso a programas, serviços, projetos e benefícios que contribuam para a efetivação de seus direitos. Estes são organizados pelas SUAS, que estabelece um conjunto de regras denominadas Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social - NOB-Suas, (2012) e Norma Operacional Básica de Recursos Humanos - NOB-RH, (2006), disciplinando o funcionamento do novo modelo de gestão. (BPC), ações socioeducativas promovidas pelo Programa de Atenção Integral à Família (PAIF)⁵ e apoio e orientação a grupos de cuidadores de idosos.

A atual concepção da assistência social como política pública de direitos voltada à prevenção, proteção, inserção e promoção social, desenvolvida em conjunto com outras políticas públicas, visando garantir proteção social a todos os

⁵ (Caderno de Orientações do PAIF – Vol. 2). Reconhecer que as famílias são protagonistas de suas histórias, mas que sofrem os impactos da realidade socioeconômica e cultural nas quais estão inseridas, em especial as contradições do território (SITE MDS).

que dela necessitam, independentemente de qualquer contribuição prévia. Isso significa que qualquer cidadão brasileiro tem direito aos benefícios, serviços, programas e projetos socioassistenciais sem o caráter contributivo, o que permite eliminar ou reduzir os níveis de vulnerabilidade e/ou fragilidade social (PEREIRA, 1996).

A esfera nacional cabe à coordenação e a normatização da política de assistência social, por meio das diretrizes apontadas na PNAS e em legislação própria, e aos Estados e municípios, a coordenação e a execução de programas em consonância com as linhas gerais da PNAS, sempre respeitando as especificidades locais. A política pública, segundo Pereira (2008), compõe-se de atividades formais (regras estabelecidas) e informais (negociações, diálogos) adotadas em um contexto de relações de poder e destinadas a resolver, sem violência, conflitos em torno de questões que envolvem assuntos públicos.

Na conjuntura atual de construção de políticas públicas voltadas ao idoso, no Brasil, se percebe a adoção de uma perspectiva neoliberal⁶, na qual se encontra o Estado e setor privado como corresponsáveis pela operacionalização dessas políticas e pela proteção aos idosos.

As formas de respostas contemporâneas à “problemática social” do envelhecimento, mediante reforma das políticas de seguridade social, que mantém o Estado na proteção social, mas que introduz modificações substanciais na orientação, na cobertura, no nível dos benefícios, na qualidade de prestação de serviços, ou normatizando uma política setorial específica e outros instrumentos de direitos e as iniciativas diversas da sociedade civil na proteção social aos idosos, financiadas ou não pelo Estado, são expressões de alterações no formato da proteção social e das “novas” simbioses entre público e privado na política social. (TEIXEIRA, 2008, p. 199).

Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um direito constitucional regulamentado pela LOAS⁷ no valor de um salário mínimo para idosos com 65 anos ou mais e pessoas com deficiência que comprovem renda familiar inferior a um quarto do salário mínimo, ou seja, sem condições de prover sua subsistência.

⁶ Neoliberal é um conjunto de doutrinas econômicas e reflexões políticas que vigorou entre os séculos XVIII e XIX, influenciando uma grande geração de intelectuais e políticos.
<http://brasilecola.uol.com.br/historiag/neoliberalismo.htm>.

⁷ A partir da Constituição, em 1993 temos a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), no 8.742, que regulamenta esse aspecto da Constituição e estabelece normas e critérios para organização da assistência social, que é um direito, e este exige definição de leis, normas e critérios objetivos.

Conforme Medeiros (2006) não se trata de uma aposentadoria ou pensão, mas de um benefício assistencial, cujo beneficiário não precisa ter contribuído anteriormente para a Previdência Social. Em mais de 70% dos casos direcionados ao sustento da família, representa, para a população idosa, o principal programa de prestação social operado por meio de transferência de renda. A instituição de uma política de assistência social como política pública de direitos exige dos profissionais profundo conhecimento da legislação e deve oferecer-lhes programas de requalificação e educação, incluindo gestores e conselheiros, de forma sistemática e continuada, para maior capacidade de gestão e controle da sociedade sobre as ações do Estado (PALMA, 2000).

Os serviços devem ser estruturados de modo a promover encontros e reuniões que estimulem a reflexão e discussão de interesse comum, principalmente no caso dos idosos, para que se possa fortalecer a malha social, rompendo com discriminações e desrespeito e estimulando, assim, o protagonismo social do idoso. (GANDIN, 2007).

Dessa forma compromisso da Política Nacional de Assistência Social⁸ (2004), que, em consonância com o Estatuto do Idoso (2003) e com o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento ativo e saudável, reconhecendo a urgência da consolidação da rede de proteção e promoção social da pessoa idosa, na direção de uma sociedade para todas as idades. Garantindo serviços de proteção social de alta complexidade, como: moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido.

As políticas públicas de atenção ao idoso, em parceria com o setor privado prevê uma redistribuição de atividades, prevendo a participação do Estado, da sociedade e da família nas ações de proteção e assistência ao idoso. Segundo Teixeira (2008), percebe-se que sob essa ótica de análise da visão do autor, o setor privado compreende não apenas o lucrativo, mas também atividades informais, pessoais, associações voluntárias, cooperativas, corporações privadas não lucrativas e as organizações governamentais.

Na história brasileira, a assistência social foi tida como uma ação paternalista e clientelista do Estado, realizada, muitas vezes, de forma fragmentada e sem um estudo concreto da situação social do país, sendo conhecido como algo secundário

⁸ Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e Norma Operacional Básica (NOB/SUAS) A Política Nacional de Assistência Social (PNAS), aprovada em 2004, apresenta as diretrizes para efetivação da assistência social como direito de cidadania e responsabilidade do Estado. (MDS, 2017).

nas ações governamentais. Dessa forma, confundia-se assistência social com caridade e ajuda aos pobres (OLIVEIRA, 2007).

Lopes & Rizzotti (2010) afirmam que a LOAS rompeu com modelos fragmentados de assistência social para se constituir em uma importante rede de proteção social brasileira. Com a implementação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS –, o Estado assume a política, mediante um conjunto de serviços e benefícios, destacando-se o Benefício de Prestação Continuada e o Bolsa Família, que proporcionaram a milhões de brasileiros mais dignidade e cidadania.

A LOAS foi uma inovação para a assistência social, pois deu a ela o status de política pública. No seu primeiro artigo, a LOAS já prevê que: A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, são Política de Seguridade Social não contributiva, que prevê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas (BRASIL, 1993).

Após a aprovação da LOAS, houve um processo de reestruturação da gestão pública e participativa que fez com que a assistência social ganhasse um conjunto de normas que possibilitaram a universalização do atendimento; através da LOAS, os artigos constitucionais 203 e 204 foram regulamentados. O artigo 203, Oliveira (2011) diz que a LOAS foi uma inovação para a população fragilizada socialmente, pois trouxe proteção aos cidadãos incapacitados que não conseguiam se autos sustentar, como no caso do idoso e do portador de necessidades especiais. Mas, apesar da conquista, existem dificuldades para que a pessoa usufrua desses direitos, mesmo que a Constituição Federal de 1988 tenha como objetivos o bem-estar, a justiça social e o acesso à assistência social, independente de contribuição; somente em 1993, a assistência social, através da LOAS, foi organizada.

O BPC-LOAS é um benefício da assistência social financiado pelo Governo Federal, e é um direito reconhecido pelo Instituto Nacional de Seguro Social – INSS. Para que a pessoa idosa possa usufruir desse direito, deverá, além de ter 65 anos ou mais, não receber nenhum outro benefício previdenciário, e a renda familiar per capita deve ser inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo vigente. O BPC pode ser pago a mais de um membro da família, desde que o beneficiário preencha as condições exigidas. O benefício deverá ser suspenso caso houver superação das

condições financeiras do beneficiário ou em caso de falecimento do mesmo, sendo que o benefício não gera pensão aos dependentes (BRASIL, 1993).

Para adquirir o benefício, a pessoa deve solicitá-lo junto às agências da Previdência Social, juntamente com Número de Identificação do Trabalhador – NIT (PIS/PASEP) –; documento de identificação; Cadastro de Pessoa Física – CPF –; certidão de nascimento ou casamento; certidão de óbito do esposo (a) falecido (a), se o beneficiário for viúvo (a); comprovante de rendimento do grupo familiar; e tutela, para menores de 21 anos, filhos de pais falecidos ou desaparecidos. O benefício será no valor de 01 (um) salário mínimo vigente e, para isso, a pessoa não pode exercer atividade remunerada. Pelo benefício, não é pago o 13º salário.

Para Fernandes e Santos (2007), a política BPC-LOAS pouco contribui para a construção da cidadania, pois aqueles que se encontram abaixo da linha de pobreza possuem tantas necessidades básicas não atendidas que um salário mínimo não é o suficiente para garantir uma vida digna.

Muitas vezes, o idoso terá que, além dos gastos com a própria saúde, ajudar no sustento da família. Tais gastos extras fragmentam o salário e comprometem o objetivo para o qual ele foi criado, que é atender às necessidades vitais básicas do cidadão e da sua família. Estudos de Sposati (2000), apud Fernandes e Santos (2007), demonstram a insuficiência do salário mínimo brasileiro, o qual apenas contempla uma cesta básica, configurando a linha da indigência e reduzindo as necessidades humanas à alimentação.

A PNI (1994) tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, promovendo sua autonomia e participação na sociedade; diz quem é o idoso, ou seja, a pessoa maior de 60 (sessenta) anos; coloca os princípios da política nacional do idoso como direitos de cidadania assegurados pela família, pela sociedade e pelo estado; proíbe qualquer tipo de discriminação; coloca diretrizes, como participação e convívio social, participação na formulação, implementação e avaliação de políticas, planos, programas e projetos; prioridade de atendimentos no lar; capacitação e reciclagem para os prestadores de serviços; informação e divulgação das políticas, serviços, planos, programas e projetos; divulgação de informações sobre aspectos biopsicossociais do envelhecimento; prioridade no atendimento em órgãos públicos

e privados prestadores de serviços; apoio a estudos e pesquisas sobre envelhecimento (BRASIL, 1994).

Nela, também são explicitadas as responsabilidades dos Conselhos do Idoso, como acompanhamento, fiscalização e avaliação da Política Nacional do Idoso, sendo que a União é responsável por coordenar, formular, acompanhar, promover, implementar e avaliar a Política Nacional do Idoso. Na implementação da PNI (1994), órgãos e entidades públicas devem:

Prestar serviços, promover ações para o atendimento das necessidades básicas, com participação da família, da sociedade e das entidades; promover seminários, simpósios e encontros; planejar, coordenar, supervisionar e financiar estudos e diversas pesquisas sobre a situação social do idoso; garantir assistência à saúde no SUS; prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde com medidas profiláticas; fiscalizar instituições geriátricas pelos gestores do SUS; colocar a geriatria como especialidade clínica em concursos nos níveis federal, estadual e municipal; realizar estudos epidemiológicos para melhorar a prevenção, o tratamento e a reabilitação do idoso.

Além disso, a PNI (1994) deve apoiar a criação da universidade aberta para idosos; criar mecanismos para evitar discriminação no mercado de trabalho; facilitar o acesso do idoso à habitação popular, diminuindo barreiras arquitetônicas e urbanas; na área judicial, promover e defender qualquer tipo de abuso ou lesão aos direitos dos idosos; reduzir preços em eventos culturais; aos cidadãos, cabe o dever de denunciar à autoridade competente qualquer negligência ou desrespeito ao idoso.

A Política Nacional do Idoso - PNI (1994) coloca-se em algumas de suas diretrizes formas de assegurar os direitos sociais do idoso para promover a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (Art. 1º); resgatar a cidadania do idoso, elencando como princípios o amparo social e a proibição da discriminação (Art. 3º); viabilizar formas alternativas de participação, ocupação e convívio, proporcionando sua integração às demais gerações (Art. 4º). Prevê também a participação dos conselhos nas três esferas de poder no que diz respeito à promoção social do idoso (Art. 5º) e elenca as competências das várias áreas e dos seus respectivos órgãos nas ações relativas à saúde, à educação e à habitação (Art. 10) (BRASIL, 1994).

Com fase da concepção da vigência da PNI (1994), foram implementadas várias modalidades de atendimento à população idosa. O Centro-Dia é uma modalidade não asilar que proporciona ao idoso com limitações das atividades para a vida diária a sua permanência por 8 a 10 horas (durante o dia), retornando ao seu lar por volta das 18 horas; isso permite a sua permanência na família no período noturno e nos finais de semana.

A Política Nacional do Idoso é a primeira lei específica para assegurar os direitos do idoso. Consiste em um conjunto de ações que tem por objetivo assegurar os direitos de cidadania. Para a sua coordenação e gestão, foi designada a Secretaria de Assistência Social do MPAS, atualmente, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome-MDS. Pela Lei 8.842, também foi criado o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso-CNDI- que veio a ser implementado em 2002 (CAMARANO, 2004).

Além da Política Nacional do Idoso como garantidora de seus direitos sociais, o idoso ainda possui a Política Estadual, bem como a Política Municipal do Idoso e seus respectivos Conselhos de Direitos, onde o governo e sociedade civil, em participação paritária atuam juntos na formulação e no controle das políticas destinadas a este segmento. Ressalta-se que as execuções destas ações ficam a cargo das Secretarias de Estado Nacional, Estadual e Municipal (BREDEMEIR, 2003).

Diante disso podemos dizer que estão contempladas também, na PNI, as obrigações competentes aos órgãos e às entidades no que diz respeito à criação de locais de atendimento aos idosos (centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho e atendimento domiciliar); além do incentivo à criação de universidades abertas para a terceira idade e a expressa proibição de se discriminar o idoso e a sua participação no mercado de trabalho (LIMA, 2011).

Através do Decreto nº 1.744, de 08 de dezembro de 1995, foi regulamentado o benefício de prestação continuada ao idoso e ao portador de necessidades especiais. O Benefício de Prestação Continuada – BPC-LOAS – (Art. 20), promulgado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS, 1993), constitui-se na garantia de renda básica no valor de um salário mínimo, e é destinado a pessoas

com deficiência e aos idosos a partir de 65 anos de idade ou mais que comprovem não conseguirem manter a sua subsistência ou tê-la mantida por sua família.

Os Centros de Convivência para os Idosos, impostos no Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, são alternativas de convívio. Trata-se de locais destinados à permanência diurna de idosos nos quais são desenvolvidas diversas atividades para um envelhecimento ativo, participativo, produtivo e afetivo. A Assistência Domiciliar específica para idosos compreende vários serviços realizados no domicílio e destinados ao suporte terapêutico. Tem por objetivo contribuir para a otimização dos leitos hospitalares e do atendimento ambulatorial, visando à (re)inserção do idoso na comunidade.

Com o surgimento do Estatuto do Idoso, este concretiza muitos avanços sobre a valorização do idoso na sociedade com relação à garantia de direitos e melhoria da promoção da qualidade de vida dos mesmos, explicitado no Art. 3º:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito a vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e a convivência familiar e comunitária.

O Estatuto regulamenta os direitos dos idosos, determina obrigações às entidades assistenciais, estabelece penalidades para diversas situações de desrespeito aos idosos, além de atribuir uma série de competências e responsabilidades ao Ministério Público.

Apesar do caráter inovador e do avanço das leis, há muito a ser feito até que os direitos sociais dos idosos sejam plenamente respeitados e levados a sério. Conforme assinala a autora Goldman et al (2000, p. 19):

Mesmo estabelecidos em instrumentos legais como nas Constituições, Códigos e Estatutos, os direitos sociais só se concretizam na prática. Em países pouco desenvolvidos como o Brasil, o aparato legal contempla os direitos sociais, mas a realidade desmistifica a letra morta da lei. O usufruto dos direitos sociais só pode ser garantido com a efetiva participação política da população através dos instrumentos de organização, de pressão e de denúncia.

O Estatuto foi um grande progresso, porém como cita Milnitzky, Sung e Pereira (2004) ainda existe o preconceito e a implementação da totalidade destas leis que beneficiam o público idoso, tendo em vista que muitos idosos são

desrespeitados de seus direitos. É necessária a mobilização social para o devido respeito ao idoso, exigindo principalmente do poder pública a execução da Política Nacional do Idoso.

Vale salientar que a velhice não torna um ser humano menos ou mais importante que os demais cidadãos, porém o caráter débil e a falta de respeito aos direitos humanos e sociais no Brasil colocam os idosos numa posição crítica, haja vista os cuidados específicos exigidos nesta fase etária da vida (SILVA, 2006).

Observamos que apesar das políticas públicas está voltada para o social ainda não atende na totalidade as necessidades prioritárias da pessoa idosa, referindo-me como a acessibilidade, condições de saúde, atendimento especializado, leito hospitalar, desvalorização da aposentadoria, negligência com o estatuto, maus-tratos e principalmente no âmbito familiar. Fico ciente que, enquanto não houver uma preocupação com eles e como vivem em situações citadas acima não haverá mudanças, quanto às instituições públicas ou privada, iremos se deparar com muitos descasos e a falta de respeito com a pessoa idosa, no caso de casa de abrigos.

Minayo (2004) diz que:

Abuso físico, maus-tratos físicos ou violência física: (são as expressões referem ao uso da força provocando-lhes dores, incapacidades ou morte). Abuso Psicológico, violência psicológica ou maus-tratos Psicológicos (correspondem a agressões verbais). Abuso sexual, violência sexual: (relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças). Abandono: (é uma forma de violência física que se manifesta pela ausência dos responsáveis governamentais, instituições principalmente os familiares prestarem socorro que necessite de proteção). Negligência: (refere-se à recusa da omissão de cuidados devidos e necessário aos idosos por parte dos responsáveis, familiares ou institucionais, ressalta-se que a negligência é uma forma de violência mais presente no país). Abuso financeiro e econômico: (consiste na exploração financeira imprópria ou ilegal ou uso não consentido por eles de seus recursos financeiro e patrimônio, sobretudo, no âmbito familiar). Autonegligência: (diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça a sua própria saúde ou segurança com recusa de prover o cuidado necessário si mesmo).

Trazendo como embasamento o que foi dito os sete tipos de abordagem que segundo a autora Minayo (2004), classifica contra a pessoa idosa. Com base, na Política Nacional de Saúde de Redução de Acidentes e Violência Ministério de Saúde (2001).

Ainda Rulli Neto (2003, p. 106) destaca que o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI foi criado pelo Decreto nº 4.227, de 13 de maio de 2002, na estrutura do Ministério da Justiça, sendo órgão consultivo, competindo a ele supervisionar e avaliar a Política Nacional do Idoso e diz mais:

Ao CNDI também compete elaborar proposições, objetivando aperfeiçoar a legislação pertinente à Política Nacional do Idoso; estimular e apoiar tecnicamente a criação de conselhos de direitos do idoso nos Estados, no Distrito Federal e Municípios, propiciar assessoramento aos Conselhos Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, no sentido de tornar efetiva a aplicação dos princípios e diretrizes estabelecidos na política nacional do idoso. Cabe ao CNDI também 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; bem como pela implementação dos instrumentos internacionais relativos ao envelhecimento das pessoas. Também ao CNDI é atribuída a função de zelar pelo cumprimento do Estatuto do Idoso.

Conforme Rulli Neto (2003) afirma que ainda existe um abismo entre a lei e a realidade dos idosos no Brasil. Para que a situação modifique, é necessário que ela continue sendo debatida e reivindicada em todos os espaços possíveis, pois somente a mobilização permanente da sociedade será capaz de levar até os idosos a esperança de uma nova visão sobre o processo de envelhecimento dos cidadãos brasileiros. Mostrando que envelhecer é um direito de todos.

Na legislação aprovada nos anos subsequentes à Constituição Federal de 1988, merecem destaque as seguintes legislações: 1989: Portaria Federal de nº 810/89 do Ministério da Saúde, que determina a normatização do funcionamento padronizado de instituições ou estabelecimentos de atendimento ao idoso; 1991: aprovação dos Planos de Custeio e de Benefício da Previdência Social, estabelecendo novas regras para a manutenção do valor real dos benefícios; 1993: Estatuto do Ministério Público da União e a Lei nº. 8.742/93 – Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), reconhecida como política de seguridade social responsável pela garantia de proteção social à população socialmente mais exposta a riscos; 1994: Política Nacional do Idoso; 1995: Decreto nº. 1.605, de 25/08/1995, que regulamentou o Fundo Nacional de Assistência Social; 1996: Decreto nº. 1.948, de 03/07/1996, que regulamentou a Política Nacional do Idoso e criou o Conselho Nacional do Idoso; 2003: Estatuto do Idoso; 2004: Política Nacional de Assistência Social (PNAS); 2005: Sistema Único de Assistência Social (SUAS); 2006: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Pacto pela Saúde, instituído pela Portaria

do Ministério da Saúde nº 399/06, que se constitui em um conjunto de reformas institucionais do Sistema Único de Saúde – SUS, compartilhado pela União, pelos estados e município.

Na análise dos artigos do Estatuto do Idoso, são comentados: artigo 1º, quem é considerado idoso no Brasil, ou seja, aqueles com 60 anos ou mais; artigo 3º, os responsáveis pelo cuidado com o idoso, como a família, a comunidade, a sociedade e o Poder Público; o artigo 4º coloca a proibição de qualquer tipo de negligência, discriminação, opressão, crueldade ou violação de direitos; nos artigos 8º e 9º é assegurado o direito à vida e ao envelhecimento ativo, assistido dignamente, rezando que o Estado é o responsável por proteger a vida e a saúde do idoso por meio de políticas públicas; no artigo 10, é assegurado também o direito à liberdade e ao respeito; os artigos 11ao14 versam sobre a prestação de alimentos ao idoso vulnerável e, na hipótese de a família não ter condições financeiras para lhe prestar assistência alimentar, essa obrigação é transferida para o poder público, mediante disposto na LOAS (1993).

Dentre as diversas disposições existentes no Estatuto do Idoso, Velazco e Romero (2000) destacaram a política de atendimento e as medidas de proteção ao idoso, que são aplicadas quando os direitos forem ameaçados ou violados: “Isso representa um fator de igualdade e de diferenciação para promover a igualdade substantiva vinculada à justiça social, que nada mais é do que a equidade entre partes desiguais” (VELAZCO; ROMERO, 2000, p. 270).

Após seis anos de tramitação no Congresso, foi sancionada a Lei Federal nº 10.741, em 1º de outubro de 2003, que instituiu o Estatuto do Idoso, regulamentando os direitos da faixa populacional brasileira com idade igual ou superior a 60 anos. O Estatuto do Idoso busca oferecer tratamento integral e de longo prazo, com medidas que visem ao bem-estar dos idosos. Além disso, objetiva também promover igualdade e justiça social para a população idosa mais fragilizada.

De modo geral, a estrutura desse instrumento legal está disposta em sete títulos, descritos a seguir. No Título I, nas disposições preliminares, define-se quem é o idoso, colocando-o como cidadão, com prioridades de direitos e de atendimentos. O Título II diz respeito aos direitos fundamentais, como a vida, a liberdade, o respeito e dignidade; versa também sobre os alimentos, a saúde, a

cultura, a educação, o esporte e o lazer, transporte, trabalho, previdência e assistência social. O Título III comenta sobre as medidas de proteção, definindo quando e quem deve aplicá-las.

O Título IV diz respeito à política de atendimento ao idoso, com as corresponsabilidades de órgãos públicos e privados da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, regulando a ação de entidades de atendimento com normas e sanções. No Título V, do acesso à justiça, são dadas prioridades ao atendimento dos idosos e às competências do Ministério Público nos atendimentos. O Título VI fala sobre os crimes, identificando seus tipos, classificando-os e estabelecendo sanções.

No Título VII, das disposições finais e transitórias, são inclusos, no Código Penal, os crimes e o aumento da pena em 1/3 (um terço) para crimes cometidos contra idosos; diz-se sobre as fontes de recursos públicos para programas e ações que atendam aos idosos; incluem-se, no censo demográfico do Brasil, dados referentes aos idosos e se prevê projeto de lei para revisão dos critérios de concessão do Benefício de Prestação Continuada, previsto na LOAS, visando à garantia de desenvolvimento socioeconômico do país (BRASIL, 2003).

O artigo 15 do Estatuto (2003) o reza que a saúde é assegurada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, tendo o idoso acesso universal e igualitário, incluindo atendimento domiciliar e gratuidade de medicamentos, principalmente os de uso contínuo, bem como próteses, órteses e demais recursos usados para o tratamento, a habilitação ou a reabilitação. No parágrafo 3º, é colocada a proibição da cobrança de valores diferenciados pelos planos de saúde, em razão da idade. Mas, mesmo com a proibição, essa lei é desrespeitada pelos planos de saúde, pois cobram valores abusivos em razão da idade elevada dos clientes.

Os artigos 20 e 25 do Estatuto (2003) versam sobre a educação, a cultura, o esporte e o lazer, estimulando a socialização, o aprimoramento intelectual e técnico, promovendo desconto de 50% em diversos eventos, dentre outros. Os artigos 26 e 28 dizem que o idoso tem direito à atividade profissional, cabendo, ao Poder Público, a responsabilidade pela profissionalização e a preparação dos idosos, estimulando as empresas privadas para a admissão dos mesmos. O artigo 27 ainda prevê, como primeiro critério de desempate em concurso público, a concessão da vaga ao

candidato com a idade mais elevada. Percebe-se que existem algumas determinações para a contratação de idosos no mercado de trabalho, mas falta um plano de incentivos fiscais concreto para que empresas contratem essa parcela populacional.

O artigo 34 do Estatuto (2003) explana que, para idosos com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, que não conseguem prover sua subsistência e nem tê-la provida por sua família, a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS assegura um benefício mensal de 01 (um) salário mínimo. O artigo 38 explicita que, nos programas públicos de habitação, deverá haver uma reserva de 3% (três por cento) das residências destinadas aos idosos, com acesso próprio e financiamento de acordo com o rendimento dessa população.

O artigo 39 do Estatuto (2003) prevê gratuidade nos transportes coletivos públicos urbanos e semiurbanos aos maiores de 65 anos, sendo que 10% dos assentos são destinados a eles. No artigo 40, diz-se que, nos transportes coletivos interestaduais, deverá haver 02 vagas gratuitas por veículo para idosos que recebam até dois salários mínimos, e 50% de desconto para os idosos nas mesmas condições, que excederem ao número de vagas gratuitas. O artigo 41 coloca uma reserva de 5% das vagas em estacionamentos públicos e privados destinados aos idosos.

Nos artigos 48 aos 50, do Estatuto (2003) são expostas as normas para as entidades que atendem ao idoso, como instalações adequadas, higiene, segurança, manutenção do idoso, fornecimento de vestuário e alimentação, preservação dos vínculos familiares, promoção de atividades de educação, esporte, cultura, lazer e outros.

Nos artigos 93 aos 108, do Estatuto (2003) são descritos os crimes cometidos contra idosos e as penalidades ao agressor, com aumento da pena, dependendo do tipo da agressão. É proibido qualquer tipo de discriminação, humilhação, omissão de assistência, lesão corporal, abandono, ações que coloquem em risco a integridade da saúde, física ou psíquica; negar emprego por motivo de idade, apropriação de bens e rendimentos, depreciações implicadas a essa população. O artigo 98 ainda prevê uma pena de 6 (seis) meses a 3 (três) anos de prisão para famílias que abandonarem os idosos em hospitais e casas de saúde.

Camarano e Pasinato (2004) explicitam que, antes de ser sancionado o Estatuto do Idoso no ano de 2003, a legislação referente aos idosos era fragmentada. O Estatuto do Idoso aglutinou muitas leis e políticas existentes e incorporou novos elementos, com visão integralizada a medidas que visam ao bem-estar da população anciã, de forma igualitária e personalizada. O Estatuto do Idoso foi um marco importante na política pública brasileira como instrumento legal, contendo 118 artigos para a proteção aos idosos. Alguns desses artigos defendem como crimes e sanções o não cumprimento das determinações previstas na Política Nacional do Idoso.

A Lei Federal nº 11.433, de 28 de dezembro de 2006, instituiu o dia 1º de outubro como Dia Nacional do Idoso, ficando os órgãos públicos responsáveis pela coordenação e implantação da Política Nacional do Idoso – PNI –, e por promoverem e realizarem eventos e divulgação para valorização do idoso na sociedade (BRASIL, 2006).

Posteriormente, mais especificamente em 2011, segundo Camarano e Pasinato (2004), houve a V Caravana Nacional de Direitos Humanos, realizada pela Comissão de Direitos Humanos, visando fiscalizar e conhecer asilos e instituições de idosos no Brasil. Foram visitadas, ao todo, 28 instituições nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Pernambuco. A partir dessas visitas, foi percebido o abandono dos idosos pelas famílias e instituições, bem como abusos físicos, apropriação de pensões e aposentadorias pelas instituições, maus tratos, carências alimentares, falta de higiene, estrutura física inapropriada, dentre outros.

A partir dos relatos dos idosos, das comprovações, dos relatórios e das fotos, a Câmara dos Deputados recomendou a criação do Conselho Nacional do Idoso e da Coordenação Nacional da Política do Idoso; além da execução do Programa Nacional de Cuidadores de Idoso, da desativação de instalações exclusivamente asilares e a criação de Casas-Lares, Hospitais-Dia e Centros de Convivência; a fiscalização das instituições responsáveis por idosos pelo Poder Público, de acordo com a legislação e normas vigentes e a aprovação de normas básicas para funcionamento dessas instituições. Dessa forma, várias políticas públicas destinadas aos idosos puderam ser criadas e implementadas.

A população idosa brasileira teve importantes conquistas nas duas últimas décadas. O marco no processo de garantia dos direitos desse segmento populacional é a Lei: 10.741, de 1º de outubro de 2003, que instituiu o Estatuto do Idoso. Instrumento legal que vem servindo como referência central para o movimento social na área, o Estatuto serve como guia essencial para que as políticas públicas sejam cada vez mais adequadas ao processo de ressignificação da velhice.

PNSPI (2006) tem, entre as suas considerações e pressupostos, o contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro; os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão da saúde; o conhecimento atual da Ciência; o conceito de que saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica; a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde, além do compromisso brasileiro com a Assembleia Mundial para o Envelhecimento (CAMARANO, 2002).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa-PNSPI (Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006) tem como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2005).

Os fundamentos da PNSPI (2006) derivam da referida Assembleia Mundial Para o Envelhecimento, cujo documento básico, denominado Plano de Madri tem como fundamentos: (a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; (b) fomento à saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; (c) criação de um ambiente propício e favorável ao envelhecimento; além de (d) fomento a recursos socioeducativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso. (Pacto pela vida 2006; v. 8).

Para que isso vigore, uma série de desafios precisa ser enfrentada, entre eles, a escassez de estruturas de cuidado intermediário e suporte qualificado ao idoso e seus familiares, destinados a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio; suporte qualificado e constante aos serviços e

indivíduos envolvidos com o cuidado domiciliar ao idoso, conforme previsto no Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, incluindo-se o apoio às famílias e aos profissionais das equipes de Saúde da Família; superação da escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso (BRASIL, 2006).

Dentro de tais pressupostos, a promoção à saúde do idoso inclui as seguintes diretrizes:

A Promoção do envelhecimento ativo e saudável; Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; Provimento de cursos capazes de assegurar qualidade da atenção à pessoa idosa; Estímulo à participação e fortalecimento do controle social; Formação e educação permanente dos profissionais de saúde; Divulgação e informação para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Dessa forma observamos que as responsabilidades dos gestores do SUS também devem ser definidas. Assim, caberá aos mesmos, em todos os níveis. Federais, Estaduais e Municipais de forma articulada e conforme suas competências específicas, prover os meios e atuar para viabilizar o alcance do propósito desta Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, de acordo com PNSPI (2006).

Assim, neste documento um compromisso é assumido entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), em torno de prioridades que de fato apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. As prioridades do Pacto pela Vida foram estabelecidas por meio de metas nacionais, estaduais, regionais e municipais em destaque: Saúde do Idoso; Controle do câncer do colo do útero e da mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, hepatite e AIDS; Promoção da Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica; Saúde do trabalhador; Saúde mental; Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; Saúde do homem (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, a saúde aparece como elemento central por exercer forte impacto sobre a qualidade de vida. Os estigmas negativos, normalmente associados ao processo de envelhecimento, têm como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade. As representações sociais construídas em torno da velhice estão fortemente associadas à doença e à dependência, aceitas como características normais e inevitáveis desta fase (BRASIL, 2006).

Entretanto, o maior acesso aos serviços de saúde, bem como aos bens sociais como educação e renda, tem modificado sobremaneira a própria imagem do abandono associada à velhice. Políticas previdenciárias e de assistência social, em conjunto com a expansão e qualificação da estratégia saúde da família, têm contribuído para horizontes cada vez mais positivos na vida de brasileiros e brasileiras com 60 anos ou mais, de acordo com o Pacto pela vida (2006).

A Lei Federal nº 12.008, de 29 de julho de 2009, dá aos idosos, às pessoas portadoras de necessidades especiais e àqueles que passam por tratamento de doenças graves, como esclerose múltipla, neoplasia maligna, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, dentre outras doenças consideradas graves, prioridade na tramitação de processos administrativos e judiciais. Para isso, o interessado deve juntar provas de sua condição e requer o benefício junto à autoridade judiciária competente. O benefício não cessa com a morte e pode ser solicitado após o início do processo (BRASIL, 2009).

Outra importante conquista recente em favor dos idosos foi a Lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010, que instituiu o Fundo Nacional do Idoso, autorizando a dedução do Imposto de Renda a pessoas físicas e jurídicas para doações realizadas aos fundos municipais, estaduais e nacionais do idoso, sendo que a verba é gerida pelo Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa – CNDI (BRASIL, 2010). Essas doações têm como destino o financiamento de programas e ações para os idosos, visando garantir direitos sociais e criar condições para promover sua autonomia, integração e participação na sociedade.

Conforme a Instrução Normativa RFB nº 1.131/11, para que ocorra a dedução do Imposto de Renda em favor do idoso, a pessoa física poderá deduzir na Declaração de Ajuste Anual as doações feitas aos fundos nacional, estadual ou

municipal do idoso. As doações devem ser comprovadas via documentos emitidos pelos conselhos gestores; para doações feitas em dinheiro, será necessário depósito em conta específica, devendo esta ser em instituição financeira pública que tenha vínculo com o fundo, sendo que a soma das deduções na Declaração de Ajuste Anual estará limitada a 6% (seis por cento). A pessoa jurídica também poderá deduzir doações no Imposto de Renda. A diferença será que a soma das doações aos Fundos não poderá ultrapassar 1% (um por cento) do imposto devido. O Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa – CNDI – é o responsável por gerir e fixar critérios para o Fundo Nacional do Idoso. O Fundo entrou em vigor em 1º de janeiro de 2011 (BRASIL, 2011).

A Instrução Normativa RFB nº 1.131, de 21 de fevereiro de 2011, também explicita sobre os procedimentos para desfrutar dos benefícios fiscais sobre doações de pessoas físicas a fundos, como o Fundo do Idoso (BRASIL, 2011). Prevê também a destinação de parte do Imposto de Renda de Pessoas Físicas para doações aos Fundos da Criança e do Adolescente, Fundos do Idoso, obras audiovisuais, doações e patrocínios de projetos culturais, desportivos e para desportivos, e na contribuição patronal do empregado doméstico pago à previdência.

4. A CONSTRUÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL: REFLEXÕES TEÓRICAS

4.1 Envelhecimento Ativo

O envelhecimento deve ser vivido de uma forma ativa (OMS, 2005). Para esta organização há três pilares basilares em que se apoia o envelhecimento ativo: saúde, segurança e participação (OMS, 2005). Mencionando que a saúde se refere ao bem-estar físico, mental e social. É importante manter os níveis baixos os fatores de risco que interferem no aparecimento das doenças crônicas e no declínio funcional. Por sua vez quando os fatores de proteção são elevados, as pessoas se beneficiam de uma melhor qualidade de vida, são capazes de cuidar de si, mantendo-se mais saudáveis. À medida que vão envelhecendo as pessoas idosas precisam de tratamentos médicos constantes e de serviços assistenciais, por vezes onerosos.

KICHBUSCH (1997, p.13-14) afirma que:

O termo “envelhecimento ativo” foi adotado pela Organização Mundial da Saúde no final dos anos 1990. Procura transmitir uma mensagem mais abrangente do que “envelhecimento saudável”, abrangente do que “envelhecimento saudável”, e reconhecer, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem.

A segurança que as políticas e os programas abordam diz respeito às necessidades e aos direitos das pessoas idosas à segurança social, física e financeira. Ficam assim, asseguradas à proteção, a dignidade e o auxílio às pessoas idosas que não se podem sustentar e proteger (OMS, 2005).

A participação está relacionada com a educação, as políticas sociais de saúde e os programas que apoiam a participação na íntegra em atividades sociais, culturais e espirituais, de acordo com os direitos humanos, as capacidades, as necessidades e vontades das pessoas contribuem para que continuem a ter um desempenho na sociedade com atividades não remuneradas enquanto envelhecem (OMS, 2005).

É importante salientar que segundo a OMS (2005) associa o termo “ativo” não somente à capacidade de estar fisicamente ativo. Porém, o envelhecimento ativo tem como objetivo “aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas” que se encontram neste processo (OMS, 2005, p. 13).

Entretanto, a OMS (2005) advoga que os projetos de envelhecimento ativo, os programas e as políticas que promovam a saúde mental e relações sociais são tão importantes como as atividades que melhoram as condições físicas de saúde. O envelhecimento ativo também preconiza que as pessoas idosas participem na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades. Para, além disso, também propicia proteção, segurança e cuidados adequados quando necessários (OMS, 2005).

Segundo Ribeiro e Paúl (2011) afirma que a saúde é um dos aspetos cruciais no processo do envelhecimento, não só ele, mas outros autores salientam ainda que os cuidados com a alimentação, o consumo de álcool e de tabaco podem ser considerados como medidas preventivas e como atuação positiva na saúde.

Conforme os autores Ribeiro e Paúl, (2011) afirmam que a segurança está associada ao local de residência do idoso, ao meio ambiente e, essencialmente, aos climas sociais de não violência na sua comunidade. Já a participação, envolve os grupos sociais onde as pessoas idosas estão inseridas. Por isso, para um envelhecimento bem-sucedido é essencial à presença da família e dos amigos, assim como o envolvimento no exercício da cidadania e uma participação ativa nos diferentes contextos sociais.

De acordo com Ferreira (2009) o envelhecimento ativo aplica-se a toda a comunidade e tem como objetivo principal aumentar a expectativa de uma vida saudável e de qualidade. Para isso é necessário que os indivíduos entendam o seu potencial para o seu bem-estar físico, social e mental, proporcionando deste modo a participação ativa das pessoas idosas, nas questões econômicas, culturais, espirituais e cívicas.

Observamos que o envelhecimento ativo depende de vários determinantes que envolvem os indivíduos, as famílias e as nações. Segundo a OMS (2005) os determinantes são: Transversais, Relacionados com os serviços de saúde e sociais,

Comportamentais; Relacionados com aspetos pessoais; Relacionados com ambiente físico; Sociais; Econômicos.

Relativamente aos determinantes transversais eles são a cultura e o género, eles são essenciais para compreender o envelhecimento ativo, pois envolvem todos os outros determinantes. A cultura engloba todos os indivíduos e populações e determina de certa forma, o envelhecimento das pessoas. As tradições enraizadas, as atitudes, assim como os valores culturais moldam as sociedades no modo de aceitar o processo de envelhecimento e influenciam na procura de comportamentos saudáveis (OMS, 2002, p.14).

Diante disso observa-se que os determinantes relacionados com os serviços de saúde e o serviço social englobam: a promoção da saúde e prevenção de doenças; serviços curativos; cuidados em longo prazo e serviços de saúde mental, é essencial que os sistemas de saúde tenham uma perspectiva de vida dos indivíduos que proponha a promoção da saúde, prevenção de doenças, acesso equitativo a cuidados primários de qualidade e a tratamentos em longo prazo como promotores do envelhecimento ativo.

As políticas públicas voltadas para o bem-estar das pessoas idosas acontecem independentes do género o qual o indivíduo esteja inserido. Conforme a OMS (2002), há sociedades em que o papel e o status de mulher é inferior, contribuindo para um menor acesso à educação, saúde e alimentação, repercutindo assim no processo do envelhecimento. Por seu lado o homem, além das lesões incapacitantes, também apresentam mais comportamentos de risco.

Podemos dizer que a promoção da saúde como um processo que permite aos indivíduos controlar e prevenir de doenças engloba na prevenção e no tratamento dos mesmos. Na prevenção estão incluídos os três níveis: primária, em que o enfoque está em evitar ou remover fatores de risco; secundária, que visa à detenção precoce de problemas de saúde e terciária, que pretende limitar a progressão da doença e evitar ou diminuir as consequências ou complicações (OMS, 2002).

Observamos que mesmo implementando medidas na área da promoção da saúde e prevenção de doenças, os indivíduos aumentam o seu risco de desenvolver doenças. Daí surge à necessidade dos serviços curativos, pois são indispensáveis nesta fase do ciclo de vida, sendo a área de eleição os cuidados de saúde primários de acordo com OMS (2005).

Para OMS (2005), identifica à medida que a população envelhece novas necessidades de saúde emergem decorrentes do aumento de doenças crônicas, entre outras. Assim, o consumo de medicamentos que retardem e tratem as doenças crônicas, aliviem a dor e melhorem a qualidade de vida também continua a aumentar. Neste sentido, é fundamental uma parceria entre governos, profissionais de saúde, indústria farmacêutica entre outros, com o objetivo de garantir o acesso aos medicamentos essenciais para as pessoas idosas e assegurar a sua utilização adequada atendendo à relação custo benefício.

Segundo a OMS (2005), aponta que os cuidados ao longo prazo são definidos como os “sistemas de atividades desenvolvidas por cuidadores informais (família, amigos e/ou vizinhos) e/ ou profissionais de saúde ou de serviços sociais” para assegurar que a uma pessoa que não seja capaz de efetuar as suas atividades de vida diárias tenha uma maior qualidade de vida.

Assim, os cuidados em longo prazo incluem sistemas de apoio informais e formais. Estes últimos podem abranger uma ampla variedade de serviços comunitários, tais como, os serviços saúde pública, cuidados primários, cuidados domiciliares, serviços de reabilitação e cuidados paliativos. Podem ainda incluir serviços de internamento. (OMS, 2000, p.13).

Por sua vez os serviços de saúde mental também têm um papel determinante no envelhecimento ativo e deviam ser parte integrante nos cuidados em longo prazo. É necessário estar particularmente atento aos subdiagnósticos de doença mental, nomeadamente à depressão e às taxas de suicídio entre pessoas idosas (OMS, 2005).

É interessante observar que os serviços sociais e de saúde devem estar coordenados, integrados e acessíveis. Não podem discriminar os indivíduos, pois todas as pessoas devem ser tratadas de igual modo, ou seja, com dignidade e respeito (OMS, 2005).

Observa-se que os determinantes comportamentais estão associados aos estilos de vida saudáveis e ao cuidar da saúde como bem essencial ao longo de todo o ciclo de vida. Compreendem: o consumo do tabaco; a atividade física; a alimentação saudável, a saúde oral; o álcool e a gestão do regime medicamentoso (OMS, 2005).

Conforme OMS (2005), estes determinantes são cruciais para um envelhecimento ativo, pois a adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa dos indivíduos nos seus próprios cuidados são muito importantes em todas as fases do ciclo vital. E que a adoção destes comportamentos pode prevenir doenças e prolongar a vida e a qualidade de vida das pessoas.

O uso de tabaco é prejudicial em qualquer idade. Fumar aumenta o risco de aparecimento de doenças, como também, pode levar a perdas da capacidade funcional. Este comportamento tem repercussões graves nos fumadores e nos não fumadores que estão expostos ao fumo, nomeadamente pessoas que sofram de asma ou de outros problemas respiratórios (OMS, 2002).

Outros autores defendem também que o consumo de tabaco tem efeitos graves na saúde das pessoas (induz dependência física e psicológica na grande maioria dos consumidores) e na longevidade (os fumadores perdem em média dez anos de esperança média de vida que podem ser recuperados se o fumador parar de fumar), pois atualmente o consumo do tabaco é a primeira causa de morbidade e de mortalidade que pode ser evitada. Este consumo é responsável por cerca de cinco milhões de mortes anuais (Nunes, 2006). É de salientar que os não fumadores (fumadores passivos) que estejam em contato com pessoas fumadoras também estão sujeitas aos malefícios do tabaco (FONSECA, 2007,183).

A atividade física se for regular e moderada pode trazer grandes benefícios à saúde de todos os indivíduos e pode retardar o declínio funcional. É muito importante, nomeadamente na vida da pessoa idosa, pois além de se sentirem úteis na sociedade adquirem mais autonomia nas suas atividades de vida diárias (OMS, 2002).

Conforme SÉ (2009), a atividade física é também considerada uma mais-valia para as pessoas alcançarem um envelhecimento bem-sucedido. Contudo, é importante salientar que o conceito de atividade inclui não apenas as atividades físicas, mas também as atividades mentais.

De acordo com Denney, 1982, cit por Fonseca, (2006), o exercício e a estimulação das capacidades cognitivas nas pessoas idosas têm importância, uma vez que, apesar de não fazerem desaparecer as diferenças de idade, tendem a contribuir para um declínio mais tardio do que as capacidades não exercitadas, que embora a evidência comprove os benefícios da atividade física, observamos que a maioria da população idosa leva uma vida sedentária o que é preocupante.

Uma grande aliada da atividade física é a alimentação saudável. A alimentação saudável é muito importante para a qualidade de vida e bem-estar das pessoas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2006), os problemas de alimentação em todas as faixas etárias incluem a subnutrição, sobretudo nos países em desenvolvimento, o consumo excessivo de alimentos. Relativamente às pessoas idosas, estes problemas podem ter diversas causas: baixos recursos sócios económicos, dificuldade em angariar alimentos, falta de informação e conhecimento sobre nutrição, doenças e uso de medicamentos, perda de dentes, isolamento social, deficiências cognitivas ou físicas que as impede de comprar comida e/ou prepará-la, situações de emergência e falta de atividade física a ingestão em excesso de alimentos pode provocar obesidade e doenças crónicas ao longo do processo de envelhecimento. Para se ter uma alimentação adequada e saudável e de qualidade é importante preservar a saúde oral. (OMS, 2006, p.35).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002) refere que um número elevado de pessoas idosas apresenta alguns problemas em nível da saúde oral, nomeadamente cáries, perda de dentes e doenças periodontais que, posteriormente, podem provocar outros problemas de saúde (problemas gastrointestinais, otites, cefaleias entre outros). Estes problemas na cavidade oral, por muitas vezes não resolvidos, devido às dificuldades financeiras das pessoas idosas, podem também diminuir a sua autoestima e a sua qualidade de vida.

Para Nunes (2009, p.225) afirma:

O consumo excessivo de álcool é atualmente um dos fatores de risco com maior impacto na ocorrência de doenças crónicas não transmissíveis relacionadas com os estilos de vida adotados pelas pessoas. Com o avançar da idade e conseqüentemente alteração de metabolismo a resistência ao consumo álcool modifica-se e as pessoas idosas têm menor tolerância, assim o consumo de pequenas quantidades pode ter conseqüências muito graves. Quando o consumo é excessivo pode causar perda de independência nas atividades de vida diárias, tais como, diminuição do funcionamento intelectual, acidentes, episódios de confusão recorrentes, sintomas de autonegligência, diminuição da atenção e de atividades.

Segundo a OMS (2002) acrescenta que há um aumento da suscetibilidade das pessoas mais idosas a doenças relacionadas com o álcool, tais como: a má nutrição, doenças pancreáticas, doenças gástricas e doenças hepáticas. E que para além destes problemas, o álcool também aumenta o risco de queda das pessoas idosas e provoca alterações em nível da interação medicamentosa. Contudo, o álcool não tem só efeitos negativos, conforme umas revisões da literatura da OMS existem evidências para pessoas com idade superior a 45 anos que a ingestão de álcool até uma dose por dia pode diminuir o risco de derrame e de doenças coronárias.

Dessa forma percebemos que os medicamentos também fazem parte deste grupo de fatores, pois as pessoas idosas são portadoras de doenças crônicas, e necessitam de medicação contínua. Porém, existem vários fatores que contribuem para a não adesão medicamentosa, entre os quais as condições socioeconômicas o que vai provocar o uso de medicação e, conseqüentemente conduz a novos problemas de saúde. Diante disso podemos dizer que as pessoas idosas não necessariamente precisam apenas da medicação e sim de aderir ao regime terapêutico.

Kirkwood (1996, cit por OMS, 2005), aponta comportamento saudáveis tais:

A prática de atividade física, a alimentação saudável, o abandono do fumo e o consumo de medicamentos de acordo com a prescrição médica. Nos países desenvolvidos verifica-se que a adesão ao regime terapêutico em longo prazo por parte da população idosa é de 50 por cento, enquanto que nos países subdesenvolvidos a percentagem revela-se muito inferior. A não adesão tem conseqüências como: alterações nos tratamentos, na qualidade de vida, na economia e na saúde pública. Os determinantes relacionados com aspetos pessoais englobam a biologia e a genética, componentes com grande influência no processo do envelhecimento, visto este resultar de um conjunto de processos geneticamente determinados. O envelhecimento consiste numa “deterioração funcional progressiva e generalizada,” que resulta da perda de algumas “faculdades” e do aumento do risco de doenças relacionadas com as pessoas idosas (OMS, 2002, p.13-14).

Assim podemos dizer que as pessoas idosas ficam doentes com mais facilidade do que os jovens, pois como viveram mais, estiveram mais tempo em contato com fatores externos, comportamentais e ambientais (Gray, 1996 cit por OMS, 2005). É importante salientar que a evidência comprova que a longevidade é um processo familiar, contudo, apesar da evidência, subsiste um consenso de que “a trajetória de vida, de saúde e de doença de cada indivíduo resulta de uma combinação genética, ambiental, de alimentação e de estilo de vida” (Kirkwood, 1996 cit por OMS 2005, p.26). Diante destes fatores, podemos dizer que a influência da genética em várias doenças crônicas varia de indivíduo para indivíduo (OMS, 2005).

Nos fatores psicológicos estão incluídas a inteligência e a capacidade cognitiva e são preponderantes e indicativos do envelhecimento ativo e da longevidade das pessoas idosas (Smith al., 1999 cit por OMS, 2005).

Algumas das capacidades cognitivas como a memória e a aprendizagem diminuem com o envelhecimento. Contudo, estas perdas podem trazer outros

ganhos do ponto de vista da sabedoria, conhecimento e experiência da pessoa idosa. Há ainda outros fatores que as pessoas idosas foram adquirindo ao longo do ciclo vida que interferem no seu envelhecimento, como a auto-eficiência que está ligada às escolhas de comportamentos pessoais do indivíduo ao longo da vida e à preparação para a reforma (OMS, 2002).

A Relativamente aos fatores relacionados com o ambiente físico, estes podem marcar a diferença entre a independência e a dependência das pessoas idosas. A existência de inúmeras barreiras arquitetônicas contribui para maior predisposição ao isolamento social, à depressão, à redução da resistência física e a um aumento de problemas relativos à mobilidade. As quedas, os acidentes rodoviários, os acidentes domésticos, as catástrofes naturais podem causar lesões irreversíveis e incapacitantes na pessoa idosa. É fundamental estar atento a estes fatores, pois são muito importantes para o bem-estar e qualidade de vida da pessoa idosa, porque lhes transmite segurança para viver o seu processo de envelhecimento. Para as pessoas idosas a localização da sua residência perto da família, dos transportes, entre outros é muito importante para promover interação social (OMS, 2002, p.14).

As quedas ocorridas entre as pessoas idosas são uma problemática comum em todos os países. A Organização Mundial de Saúde alerta que essas quedas são a segunda principal causa de morte por lesão acidental ou não intencional em todo o mundo, logo após os acidentes rodoviários (OMS, 2010).

Segundo WHO, as quedas são um problema de saúde pública, anualmente regista-se cerca de 420 mil quedas fatais. Mais de 80% das mortes relacionadas com quedas ocorrem em países em desenvolvimento (WHO, 2007). Estão ainda associadas ao ambiente físico a água potável, o ar puro e os alimentos seguros, elementos importantes e imprescindíveis para a sobrevivência de toda a população, sobretudo para as gerações mais vulneráveis como as pessoas idosas, que possuem doenças crónicas e um sistema imunológico mais susceptível (OMS, 2002).

As políticas públicas deverão dar prioridade ao atendimento eficaz as pessoas idosas e oferecer ambiente adequado as suas necessidades físicas. A acessibilidade é de fundamental importância para que o idoso possa se deslocar com mais segurança, tranquilidade e confiança.

Por outro lado, se este tipo de apoio for inadequado pode conduzir a um aumento da taxa de mortalidade entre as pessoas idosas e de problemas psicológicos, entre outros. A presença de contatos sociais próximos e animadores

promovem a saúde física e mental. É essencial que os governos, as organizações não governamentais e os profissionais de saúde fomentem parcerias e redes sociais para as pessoas idosas a partir de grupos comunitários, voluntariado, ajuda dos vizinhos, monitorização de visitas em parceria, cuidadores informais e a promoção da implementação de programas de interação entre as gerações (OMS, 2002).

A violência e os maus tratos à pessoa idosa, infelizmente são cada vez mais frequentes. As pessoas idosas que vivem sozinhas podem sentir-se mais expostas a crimes de furto ou agressão. Uma das formas mais comuns de violência perante as pessoas idosas é feita por pessoas mais próximas que a pessoa idosa conhece bem. Estes maus tratos podem ser manifestados de diversas formas como, por exemplo: abuso físico, sexual psicológico e financeiro. Estes devem ser reduzidos e preferencialmente eliminados da sociedade, por isso é importante envolver os diversos agentes da comunidade entre os quais: polícia, os profissionais do serviço social e de saúde, líderes espirituais para em parceria munirem-se esforços para consciencializar a comunidade sobre estes problemas e conduzir à mudança de comportamentos que provoquem atitudes preconceituosas face à pessoa idosa (OMS, 2002).

A educação e a alfabetização são essenciais ao longo de todo o ciclo de vida e a sua ausência vai ter repercussões no processo do envelhecimento. Assim quando é deficitária influencia habilidades e oportunidades e conseqüentemente a qualidade de vida. Assim como, está também relacionado com maior risco de deficiência e morte durante o processo de envelhecimento. Quanto maior for o nível de educação assim como a oportunidade de formação contínua maior serão um maior contributo no futuro para as pessoas desenvolverem habilidades e confiança e para que estas se adaptem e sejam independentes ao longo do seu processo de envelhecimento. No mercado laboral das pessoas idosas surgem alguns problemas causados pela falta de qualificação e a baixa instrução e não pela perda de faculdades associadas ao envelhecimento. Se cada vez mais há um aumento da população idosa, é importante manter as pessoas idosas envolvidas em atividades que as mantenham ocupadas e úteis para a sociedade. (OMS, 2002, p.14).

Os determinantes económicos englobam três aspetos relevantes para o envelhecimento ativo: o rendimento, a proteção social e o trabalho. O rendimento para as pessoas idosas é um problema, pois a maioria têm reformas muito pequenas que não lhes permite pagar as várias despesas e por vezes, também não possuem bens ou poupanças para fazer em face desta problemática. Isto contribui para a falta de acesso à alimentação saudável e a cuidados de saúde e

consequentemente as pessoas idosas tem maior risco de desenvolver patologias tornando-os mais vulneráveis (OMS, 2002).

A proteção social é essencial para todas as pessoas idosas. Nos países em desenvolvimento as pessoas idosas tendem a pedir ajuda à família ou então utilizar as suas economias, pois nestes países o serviço social não consegue dar resposta à maioria das necessidades. Nos países desenvolvidos já existem outros meios, como por exemplo, pensões de velhice, projetos de pensão reforma, incentivos para uma poupança voluntária por parte das pessoas idosas e inclusive, no caso de Portugal, o sistema nacional de saúde assegura os cuidados de saúde. (OMS, 2002, p.13).

O trabalho é muito importante durante a vida de uma pessoa. As pessoas que conseguem ter um trabalho digno com remuneração de acordo com a lei, com certeza que quando chegarem á velhice, manifestará maior tranquilidade. Quando o indivíduo atinge a idade da reforma é necessário manter-se ocupado mesmo não sendo remunerado pelas atividades efetuadas, para assim passar por este processo de uma forma ativa (OMS, 2002).

4.2 Qualidade de vida da Pessoa Idosa

Estudos revelados por Llobetet al. (2011) na área da qualidade de vida também indicaram que as pessoas idosas consideram importantes diversos fatores: saúde, autonomia, fatores psicológicos (solidão, personalidade), ambiente adequado (habitação, ambiente social, serviços), fatores sociais (isolamento social), autoestima e dignidade, privação económica. Llobetet al. (2011) salientam que a percepção das pessoas idosas acerca da sua qualidade de vida não é necessariamente má e muitas se manifestam felizes e satisfeitas com a sua vida atual.

Segundo Llobetet al. (2011, p.467) afirma que:

Um indivíduo possui um elevado nível de bem-estar subjetivo quando se encontra satisfeito com a vida e vive de uma forma positiva. Por outro lado, um indivíduo com um baixo nível de bem-estar subjetivo está insatisfeito com a vida e experimenta emoções negativas, tais como, ansiedade e/ou depressão. Acredita-se que ao longo do processo de envelhecimento, as pessoas esperam o aparecimento de doenças crônicas e a redução das redes sociais, assim as estratégias utilizadas para lidar com estes eventos podem contribuir para a sua percepção elevada ou baixa de qualidade de vida.

Conforme a autora Farenzena (2007), é impossível estudar o processo de envelhecimento sem abordar a qualidade de vida. A qualidade de vida é uma importante medida de impacto em saúde, por este motivo tem sido utilizados por profissionais de saúde, investigadores, economistas, administradores e políticos (Campos e Neto, 2008). Segundo estes autores não se tratam de um conceito novo, mas a sua importância tem aumentado por diversas razões.

Podemos dizer que o referido conceito pela primeira vez em 1920 num livro sobre economia e bem-estar material (Fraquelli, 2008). Na literatura médica, há indícios que o termo surgiu na década de 1930 (Seidl e Zannon, 2004). Segundo Fraquelli (2008) o conceito acabou por sofrer uma significativa mudança após a II Guerra Mundial.

Llobetet al. (2011, p.467):

Corroboram que o conceito de qualidade de vida tem evoluído. Inicialmente, possuía uma base materialista, em que era dada prioridade aos aspetos objetivos da vida; atualmente, os aspetos subjetivos são considerados essenciais (Llobetet al., 2011). Estes autores referem ainda que, atualmente, é consensual que este constructo tem um carácter multidimensional, incluindo componentes objetivos e subjetivos.

Para Seidl e Zannon (2004) salientam que a subjetividade, trata-se de considerar a percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não médicos do seu contexto de vida.

Conforme Ferreira (2009) afirma que a percepção do indivíduo é construída a partir de algumas normas, as valorizadas de acordo com circunstâncias biopsicossociais, económicas, culturais e espirituais da vida do indivíduo. Quanto à objetividade, esta se encontra relacionada com indicadores socioeconômicos, tais como, rendimentos e nível de escolaridade (COSTA, 2011).

Observamos que uma das definições que expressa o conhecimento abrangente e complexo da qualidade de vida é a da OMS. Tal como referimos anteriormente, esta organização define a qualidade de vida como a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida dentro do contexto da sua cultura e do seu sistema de valores, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 2002). Campos e Neto (2008) consideram este conceito de qualidade de vida genérico e apontam outro ligado à saúde: o valor atribuído à vida,

influenciado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, pelo seu agravamento e tratamento e a organização política e económica do sistema de saúde.

Neri (2005, p.13) afirma que:

A qualidade de vida está relacionada com a adaptação dos indivíduos e grupos, pertencentes a uma ou várias sociedades, em diferentes fases da vida. Concretamente na velhice, a preocupação com a qualidade de vida aumentou nos últimos trinta anos. Esta preocupação ocorreu, entre outros motivos, devido ao aumento do número de pessoas idosas na população e à expansão da longevidade.

Conforme os autores. Llobet et al. (2011) e Neri (2000) definiram que a qualidade de vida na velhice não é uma tarefa fácil, pois tanto a velhice como a qualidade de vida se encontram dependentes do tempo.

Neri (2003, p.9) ainda defende que o conceito de qualidade de vida na velhice está diretamente associado com a existência de condições ambientais que permitam às pessoas idosas desempenhar comportamentos adaptativos, com a qualidade de vida percebida e com o sentimento de auto-eficácia.

Segundo Neri (2003) também classifica que a avaliação subjetiva que cada indivíduo faz do seu funcionamento constitui o conteúdo primário da qualidade de vida percebida. A auto-eficácia significa a crença do indivíduo de que dispõe dos recursos necessários para obter os resultados que deseja.

Segundo Neri (2003) também classifica que a avaliação subjetiva que cada indivíduo faz do seu funcionamento constitui o conteúdo primário da qualidade de vida percebida. A auto-eficácia significa a crença do indivíduo de que dispõe dos recursos necessários para obter os resultados que deseja.

Paschoal (2004, p.227) define qualidade de vida na velhice:

Como a percepção que o indivíduo possui de bem-estar, que resulta da sua avaliação do quanto realizou, do que idealiza como importante para uma boa vida e do seu grau de satisfação com o que foi possível concretizar até ao momento.

Conforme Llobet (2011) mostra que o indivíduo possui um elevado nível de bem-estar subjetivo quando se encontra satisfeito com a vida e vive de uma forma positiva, por outro lado, ele facilita um indivíduo com um baixo nível de bem-estar

subjetivo está insatisfeito com a vida e experiência emoções negativas, tais como, ansiedade e/ou depressão.

Assim podemos dizer que outros autores acreditam que ao longo do processo de envelhecimento, as pessoas esperam o aparecimento de doenças crônicas e do uso das redes sociais, assim as estratégias utilizadas para lidar com estes eventos podem contribuir para a sua percepção elevada ou baixa qualidade de vida.

Marques (2012, p.123) acrescenta que:

Além da relação entre qualidade de vida e saúde já descrita, Almeida, Gutierrez e acrescentam que independentemente do conceito adotado e do instrumento utilizado sobre qualidade de vida, existe uma íntima relação entre esta, a área da saúde e a prática de exercício físico.

Segundo Oliveira et al. (2010) salienta que a prática de exercício físico pode ajudar as pessoas a manterem o maior vigor possível, melhorar a função em diversas atividades, aumentando a qualidade de vida à medida que envelhecem. Embora estas autoras salientem que as vantagens da prática de exercício físico pelas pessoas idosas dependem da forma como decorre o processo de envelhecimento e da rotina de exercício físico praticado, sabe-se que existem benefícios para a saúde mesmo quando prática de exercício físico é iniciada numa fase tardia da vida.

Oliveira et al. (2010, p.301) verificou-se:

Que em pessoas idosas a prática de exercício físico é importante para o aumento ou a preservação da força e da potência muscular, manutenção da mobilidade e prevenção e redução das quedas e das fraturas.

Diante disso percebemos a pertinência dos autores em abordar as dificuldades relacionadas com a avaliação da qualidade de vida. Seidl e Zannon (2004) sugerem que estas dificuldades limitam a inclusão da avaliação na prática clínica, devido à ausência de informação dos profissionais de saúde sobre as diferentes metodologias para o estudo da qualidade de vida. Seidl e Zannon (2004) identificam as principais tendências metodológicas para a avaliação da qualidade de vida, quer nos trabalhos que utilizam metodologias quantitativas quer nos que utilizam metodologias qualitativas.

Irigaray e Trentini (2009, p.19) verificaram que:

Nos seus estudos o conceito de qualidade de vida na velhice incluiu critérios subjetivos e objetivos, sendo influenciado pelos valores do indivíduo e da sociedade em que este vivia. Observaram ainda que os afetos positivos (ter alegria na vida, amor e amizade) foram as variáveis mais citadas e associadas como determinantes importantes da qualidade de vida na velhice. Os aspetos evidenciados como mais prejudiciais ao bem-estar foram a política, a falta de segurança e as desigualdades sociais. As idosas também salientaram “ter saúde” como o item mais importante para a melhoria da qualidade de vida.

Para Oliveira, et al (2010) em seus questionamentos afirma que o envelhecimento da população, o grande desafio que se coloca aos profissionais de saúde é o de conseguir uma sobrevivência maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor. Com base no que dizem estas investigadoras citadas acima à medida que o indivíduo envelhece, a sua qualidade de vida é influenciada pela habilidade destes em manter a sua autonomia e independência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a presente pesquisa podemos observar que a terceira idade, não está relacionada ao envelhecimento, a entrega e o fim, mas a uma adaptação de uma nova fase onde deverá ser trabalhado o corpo e a alma para que possam usufruir de momentos bons e saudáveis. Uma alimentação equilibrada, atividade física, uso prazeroso do corpo, são complementos que devem ser adicionados na vida cotidiana da pessoa idosa.

O envelhecimento é um processo natural da vida humana, que não ocorre de forma homogênea. Cada pessoa idosa é um ser único e sofre influência externas e internas a si. Diante disso, podemos dizer que as condições da pessoa idosa, ainda estão longe de alcançar uma vida digna. Infelizmente eles sofrem com o abandono, e a violação dos seus direitos de cidadania.

A fase do envelhecimento deve ser vivida de forma ativa e saudável, através dos pilares; saúde, segurança e participação. A saúde se refere ao bem-estar físico, mental e social, beneficiando-os um envelhecimento ativo e saudável e uma qualidade de vida.

As políticas públicas favoráveis à saúde podem oferecer contribuição significativa ao expressarem efetivamente o compromisso social do sistema de cuidados e partilharem com a pessoa idosa os desafios. E enfatizar a participação e oportunizar seu exercício, almejando para o pensamento criativo sobre a vida e o desejo de atuar na construção de outras realidades possíveis, mais propícias à qualidade de vida no envelhecimento ativo.

Observamos que a promoção de práticas saudáveis e o objeto das ações educativas em saúde devem estimular e capacitar à pessoa idosa para o autocuidado mobilizando-os para a participação do pensar e agir, sobre o que favorece ou não o seu exercício, em termos pessoais e sociais.

Que a pesquisa sirva de reflexão e incentivo para todos, que desejam e buscam compreensões sobre o envelhecimento ativo e saudável. Conscientizando que é um trabalho do tipo bibliográfico e documental, tendo ciência que pode haver

mudanças e alterações no decorrer dos anos, tendo em vista que o trabalho foi elaborado, com livros, revistas, artigos, leis, que já foram publicados, sendo que a principal vantagem desse tipo de pesquisa reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente.

As leis criadas para amparar a pessoa idosa têm contribuído para avanços significativos ofertando uma vida ativa e saudável com qualidade. Infelizmente não são atendidos em sua totalidade por falta de esclarecimento ou abandono familiar, desde os filhos até os parentes mais distantes.

As políticas públicas voltadas para a pessoa idosa avançaram em algumas conquistas; mas, ainda observamos que existem muitos desafios a serem enfrentados: maus-tratos, desigualdade social, preconceito, abandono e outros.

Almejamos que seja prioridades a classe baixa, onde os mesmos não possuem recursos financeiros para investir na alimentação de qualidade e no acompanhamento com profissionais na área para uma expectativa de vida saudável com longevidade.

Com a presente pesquisa podemos observar que a terceira idade, não está relacionada ao envelhecimento, a entrega e o fim, mas uma adaptação de uma nova fase onde deverá ser trabalhado o corpo e a alma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1997. 177 p.

ASSIS, Mônica de. Aspectos sociais do envelhecimento. In: SALDANHA, Assuero Luiz; CALDAS, Célia Pereira (orgs). **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p.11-21.

BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva. Direitos humanos e políticas públicas. In: BORN, Tomiko (Org.). Cuidar melhor e evitar a violência - **Manual do cuidador da pessoa idosa**. 1. ed. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008. p. 30-33.

BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 75, p. 19-35, 2003.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Tradução da ed. francesa de 1970 por Maria Helena Franco Monteiro. 1. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. 266 p.

BORGES, Maria Claudia Moura. O Idoso e as políticas públicas e sociais no Brasil. In: NERI, Anita Liberalesso; CACHIONI, Meire; VON SIMSON, Olga Rodrigues De Moraes (Org.). **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. 1. ed. Campinas: Alínea, 2003. cap. 3, p. 79-104.

BRAGA, Pérola Melissa Vianna. **Direitos do idoso de acordo com o estatuto do idoso**. 1. ed. São Paulo: Quartier Latin, 2005. 288 p.

BRASIL. **Estatuto do idoso**: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: Agosto/Setembro/Outubro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa_n19.pdf>. Acesso em: 07/08/2017.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Plano de ação integrada para o desenvolvimento da política nacional do idoso. Brasília, 1996. **Cidadania: quem sabe um dia?**. Rio de Janeiro: CBCISS: ANG/Seção, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.**

Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf>. Acesso em: 08/08/2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Brasília, 2006. Regulamenta o **Pacto pela Saúde 2006**. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 10/09/2017.

BREDEMEIER, Sônia Mercedes Lenhard. Conselho do Idoso como espaço público. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 75, p. 84-102, 2003.

BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). **Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. 1. ed. São Paulo: Saraiva, 2006. 310 p.

CAMARANO, Ana Amélia. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 5, p. 88-105.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. O Envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os Novos Idosos Brasileiros: muito além dos 60**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 261-300.

CAMPOS, Maryane Oliveira; RODRIGUES NETO, João Felício. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, v. 32, n. 2, p. 232-240, maio. 2008.

CENSO DEMOGRÁFICO 2010. **Famílias e Domicílios: resultados da amostra**.

Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em:

<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/97/cd_2010_familias_domicilios_amostra.pdf>. Acesso em: 06/08/2017.

COSTA, Filomena Guterres; FAVÉRO, Maria Helena. As transformações das representações sociais sobre o envelhecer, o envelhecimento e o idoso: uma pesquisa de intervenção. In: ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de; CARVALHO, Cecília Maria Resende Gonçalves de; CARVALHO, Virginia Ângela Menezes de Lucena e. **As diversidades do envelhecer: uma abordagem multidisciplinar**. 1. ed. Curitiba: CRV, 2009. cap. 5, p. 75-86.

COSTA, Mayara Leal Almeida. **Qualidade de vida na terceira idade: a psicomotricidade como estratégia de educação em saúde**. 2011. 150 p.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação)- Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2011.

Disponível em:

<<http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/2230/Tese%20completa.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 30 jul. 2017.

DEBERT, Guita Grin. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Universidade de São Paulo, FAPESP, 2004. 266 p.

DELGADO, Guilherme Costa; CARDOSO JR, José Celso. O Idoso e a previdência rural no Brasil: a experiência recente da universalização. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Novos idosos brasileiros. Muito além dos 60?**. 1. ed. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. cap. 9, p. 293-319.

DORNELES, Vanessa Goulart. **Acessibilidade para idosos em áreas livres públicas de lazer**. 2006. 195 p. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo)- Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. Disponível em:

<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/89090/226213.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 26 ago. 2017.

FARENZENA, Waleska Pessato. **Qualidade de vida em um grupo de idosos de Veranópolis-RS**. 2007. 74 p. Dissertação (Mestrado em Medicina e Ciências da Saúde)- Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10923/4416>>. Acesso em: 02 set. 2017.

FARIELO, Danilo; VIEIRA Catherine. A vida começa aos 60. **Valor On Line**, São Paulo, 20 de julho de 2007. Disponível em:

<http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/480139>. Acessado em: 19/08/2017.

FERNANDES, Flávio Da Silva. **As pessoas idosas na legislação brasileira: direito e gerontologia**. 1. ed. São Paulo: LTR, 1997. 168 p.

FERNANDES, Maria das Graças Melo; SANTOS, Sérgio Ribeiro dos. Políticas públicas e direitos do idoso; desafios da agenda social do Brasil contemporâneo. **Achegas.net**, v. 1, p. 49-60, 2007. Disponível em:

<http://www.achegas.net/numero/34/idoso_34.pdf>. Acesso em: 20/09/2017.

FERRARI, Maria Auxiliadora Cursino. O envelhecer no Brasil. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: Centro Universitário São Camilo, v. 23, n. 4, p. 197-203, jul. 1999.

FERREIRA, Anna Lúcia Cordeiro Baptista Martins. **A qualidade de vida em idosos**

em diferentes contextos habitacionais: a perspectiva do próprio e do seu cuidador. 2009. 94 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde)- Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2009. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10451/2156>>. Acesso em: 25 ago. 2017.

FONSECA, António Manuel. **O envelhecimento: uma abordagem psicológica.** 2. ed. Lisboa: Universidade Católica, 2006. 203 p.

FONSECA, Aureliano da. Tabaco e Tabaquistas. **ArquiMed - Arquivos de Medicina**, Porto: Edições Científicas AEFMUP, v. 21, n. 5-6, p. 183-193, maio. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132007000400008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09/09/2017.

FRAQUELLI, Ângela Aita. **A relação entre auto-estima, auto imagem e qualidade de vida em idosos participantes de uma oficina de inclusão digital.** 2008. 104 p. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica)- Escola de Ciências da Saúde da PUCRS, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <<http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/2555>>. Acesso em: 24 ago. 2017.

GANDIN, Danilo. **Planejamento como prática educativa.** 16. ed. São Paulo: Loyola, 2007. 112 p.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2014. 175 p.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais.** 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 1999. 107 p.

GOLDMAN, Sara Negri; PAZ, Serafim Fortes; PORTELA, Alice. **Envelhecer com Cidadania: quem sabe um dia?.** Rio de Janeiro: ANG-RIO/CBCISS, 2000. 156 p.

GORDIA, Alex Pinheiro; QUADROS, Teresa Maria Bianchini de; OLIVEIRA, Monalyza Tayane Carvalho de; CAMPOS, Wagner de. Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida.** Curitiba: LaQVIDA/UTFPR, vol. 3, n. 1, p. 40-52, jan. 2011. Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/812/625>>. Acesso em: 01/10/2017.

HADDAD, Eneida Gonçalves de Macedo. **A ideologia da velhice.** 1. ed. São Paulo: Cortez, 1986. 134 p.

HADDAD, Eneida Gonçalves de Macedo. **O direito à velhice: os aposentados e a previdência social.** 1. ed. São Paulo: Cortez, 1993. 120 p.

HEIKKINEN, Ritta-Lisa. **O papel da atividade física no envelhecimento saudável**. 3. ed. Florianópolis: UFSC, 2006. 34 p.

IRIGARAY, Tatiana Quarti; TRENTINI, Clarissa Marcelli. Qualidade de vida em idosas: a importância da dimensão subjetiva. **Estudos de Psicologia**, Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas, vol. 26, n. 3, p. 297-304, jul. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2009000300003>>. Acesso em: 12/08/2017.

KALACHE, Alexandre; VERAS, Renato Peixoto; RAMOS, Luiz Roberto. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, vol. 21, n. 3, p. 200-210, junho. 1987. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101987000300005>>. Acesso em: 02/09/2017.

KICKBUSCH, Ilona. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. In: OPS. **Promoción de la salud: una antología**. Washington: OPS/OMS, 1996. p.15-24.

KICKBUSCH, Ilona. El autocuidado en la promoción de la salud. In: OPS. **Promoción de la Salud: una antología**. Washington: OPS/OMS, 1996. p. 235-245.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 219 p.

LIMA, Cláudia Regina Vieira. **Políticas públicas para idosos: a realidade das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Distrito Federal**. 2011. 120 p. Dissertação (Pós-graduação / Especialização em Legislativo e Políticas Públicas)- Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento (Cefor), Brasília, 2011. Disponível em: <<http://bd.camara.gov.br/bd/handle/bdcamara/6005>>. Acesso em: 03 set. 2017.

LLOBET, Montserrat Puig; ÁVILA, Nuria Rodríguez; FARRÀS, Jaume Farràs; CANUT, Maria Teresa Lluch. Qualidade de vida, felicidade e satisfação com a vida em anciãos com 75 anos ou mais, atendidos num programa de atenção domiciliar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, vol. 19, n. 3, p. 467-475, maio. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_04.pdf>. Acesso em: 24/09/2017.

MAGALHÃES, Dirceu Nogueira. **A invenção social da velhice**. 1. ed. Rio de Janeiro: Papagaio, 1989. 125 p.

MARQUES, Ana I.; ROSA, Maria J.; SOARES, Pedro; SANTOS, Rute; MOTA, Jorge;

CARVALHO, Joana. Evaluation of physical activity programmes for elderly people: a descriptive study using the EFQM' criteria. **BMC Public Health**, Londres, vol. 11, n. 3, p. 123-139, fev. 2011. Disponível em:

<<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-123.pdf>>. Acesso em: 11/09/2017.

MASCARO, Sonia de Amorim. **O que é velhice**. Coleção Primeiros Passos. 1. ed. São Paulo: Brasiliense, 1997. 96 p.

MAZO, Giovana Zarpellon; LOPES, Marize Amorim; BENEDETTI, Tânia Bertoldo. **Atividade física e o idoso: concepção gerontológica**. 1. ed. Porto Alegre: Sulina, 2001. 248 p.

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Debora; SQUINCA, Flávia. **Transferências de renda para a população com deficiência no Brasil: uma análise do benefício de prestação continuada**. Brasília: IPEA, 2006. Texto para Discussão n. 1184. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/2107>>. Acesso em: 27/08/2017.

MILNITZKY, Claudia; SUNG, Florence; PEREIRA, Rodrigo Mendes. Políticas públicas e envelhecimento: conquistas e desafios. **A Terceira Idade**, v. 15, n. 31, São Paulo, set. 2004. Disponível em:

<https://www.sescsp.org.br/files/edicao_revista/fa9a01bb-4d3f-44ac-946e-5b6c5265c806.pdf>. Acesso em: 05/08/2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 108 p.

MORAGAS, Ricardo Moragas. **Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida**. 1. ed. São Paulo: Paulinas, 1997. 288 p.

MOSQUERA, Juan José Mouriño. **Educação: novas perspectivas**. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 1980. 206 p.

NERI, Anita Liberalesso. Qualidade de vida na velhice. In: REBELATTO, Jose Rubens; MORELLI, José Geraldo da Silva (Org.). **Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso**. 1. ed. Barueri: Manole, 2004. p. 9-55.

NERI, Anita Liberalesso. Qualidade madura no atendimento domiciliário. In: DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'Elboux (Org.). **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 33-47.

NERI, Anita Liberalesso. **Palavras-Chave em gerontologia**. 4. ed. Campinas: Alínea, 2014. 336 p.

NUNES, Emília. Consumo de tabaco: efeitos na saúde. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, Lisboa, vol. 22, n. 2, p. 225-244, mar. 2006. Disponível em: <<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10231/9967>>. Acesso em: 29/07/2017.

NUNES, Isabel Maria Serra Amaral. **A constelação do idoso**. 2009. 39 p. Artigo de Investigação Médica (Mestrado Integrado em Medicina)- Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2009. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21066/2/a%20constelao%20do%20idoso.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2017.

OLIVEIRA, Aldalan Cunha de; OLIVEIRA, Núcia Macêdo Diniz; ARANTES, Paula Maria Machado; ALENCAR, Mariana Asmar. Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, vol. 13, n. 2, p. 301-312, maio. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n2/a14v13n2.pdf>>. Acesso em: 04/08/2017.

OLIVEIRA, Rita de Cássia da Silva. **Terceira idade: do repensar dos limites aos sonhos possíveis**. 1. ed. São Paulo: Paulinas, 1999. 288 p.

OLIVEIRA, Iris Maria de. **Assistência social pós-LOAS em Natal: a trajetória de uma política social entre o direito e a cultura do atraso**. 2005. 306 p. Tese (Doutorado em Serviço Social)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17548>>. Acesso em: 01 out. 2017.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice**. São Paulo. 2010. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-e-populacao/manual_oms_-_site.pdf>. Acesso em: 30/09/2017.

PALMA, Lucia Terezinha Saccomori. **Educação permanente e qualidade de vida: indicativos para uma velhice bem-sucedida**. 1. ed. Passo Fundo: Universidade de Passo Fundo, 2000. 143 p.

PASCHOAL, Sergio Marcio Pacheco. **Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico**. 2005. 245 p. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva)- Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-16052005-112538/pt-br.php>>. Acesso em: 31 ago. 2017.

PAULA, Alcebíades S. Viana de. O papel do estado em relação à velhice. **A Terceira Idade**, São Paulo, n. 7, p. 5-9, jun. 1993. Disponível em: <https://www.sescsp.org.br/files/edicao_revista/a50cdb37-d218-4f21-8492-

05d7af87b57b.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2017.

PEIXOTO, Clarice. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, terceira idade. In: BARROS, Myriam Moraes Lins de (Org.). **Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política**. 1. ed. Rio de Janeiro: FGV, 1998. cap. 2, p. 69-84.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **A assistência social na perspectiva dos direitos: crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil**. 1. ed. Brasília: Thesaurus, 1996. 142 p.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Controle democrático como garantia de direitos**. 1. ed. Brasília: Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2005. 42 p.

PEREIRA, Delci Elena Corbari. **Qualidade de vida na terceira idade e sua relação com o trabalho**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <<http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/7962.pdf>>. Acesso em: 22/08/2017.

RIBEIRO, Oscar; PAÚL, Constança. **Manual de envelhecimento activo**. 1. ed. Lisboa: Lidel, 2011. 256 p.

ROMANELLI, Geraldo. A entrevista antropológica: troca e alteridade. In: ROMANELLI, Geraldo; BIASOLI-ALVES, Zélia Maria Mendes (Org.). **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**. 1. ed. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998. p. 119-133.

RULLI NETO, Antônio. **Proteção legal do idoso no Brasil: universalização da cidadania**. 1. ed. São Paulo: Fiuza, 2003. 432 p.

SALGADO, Carmen Delia Sánchez. **Gerontologia social**. 1. ed. San Juan: Publicaciones Puertorriqueñas, 1999. 248 p.

SANTOS, Antonio Raimundo dos. **Metodologia científica: a construção do conhecimento**. 3. ed. Rio de Janeiro: DP & A, 2000. 160 p.

SÉ, Elisandra Vilella Gasparetto. **Caminhos para uma velhice bem-sucedida**. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/vyaestelar/velhice_bem_sucedida.htm>. Acesso em: 13 set. 2017.

SEIDL, Eliane Maria Fleury Seidl; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, vol. 20, n. 2, p. 580-588, mar-abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>>. Acesso em: 07/10/2017.

SIMÕES, Regina. **Corporeidade e terceira idade: a marginalização do corpo idoso**. 1. ed. Piracicaba: Unimep, 1994. 131 p.

SOUSA, Ana Maria Viola de. **Tutela jurídica do idoso: a assistência e a convivência familiar**. 1. ed. São Paulo: Alínea, 2004. 245 p.

SUGAHARA, Gustavo Toshiaki Lopes. O perfil do idoso brasileiro. **Kairós**, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, v. 8, n. 2, p. 51-75, dez. 2005.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Envelhecimento e trabalho no tempo de capital: implicações para a proteção social no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2008. 328 p.

VELAZCO, Miriam Mugarra; ROMERO, María del Carmen Pérez. Nueva visión del adulto mayor. La Habana, perspectiva y realidad, 2000. In: CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. **O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-292.

VERAS, Renato Peixoto. A longevidade da população: desafios e conquistas. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 75, p. 5-17, out. 2003.

Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/281591484_A_longevidade_da_populacao_Desafios_e_conquistas>. Acesso em: 28/09/2017.