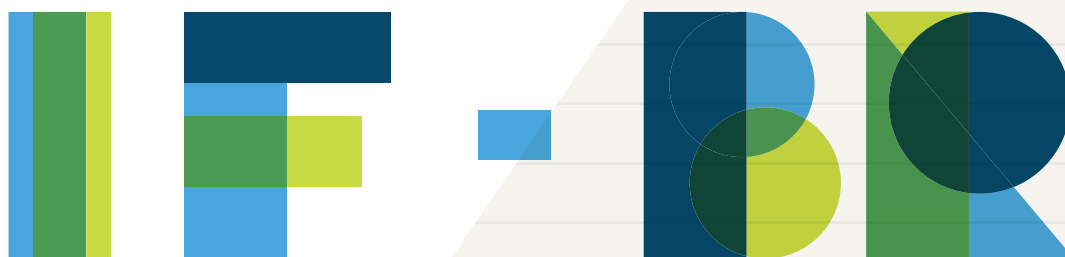


ÍNDICE DE FUNCIONALIDADE BRASILEIRO

IF-BR



Pesquisa e produção
do conhecimento para
disseminação sobre temas
diversos da pessoa idosa



TERMO DE FOMENTO Nº 848255/2017

Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos
da Pessoa Idosa (SNDPI)

Ministério dos Direitos Humanos (MDH)

REALIZAÇÃO E EXECUÇÃO

Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade - IETS

EQUIPE

Lisa Biron
Kelly Miranda
Solange Kanso
Manuel Thedim
Ana Cristina Franzoi
Denise Xerez
Samuel Franco
Danielle Nascimento
Grazielly Rocha

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Maria Clara Thedim / mathedim.com.br

PUBLICADO EM 2018

Sumário

4 Apresentação

6 Estudos, pesquisas e fontes de informação sobre envelhecimento populacional no Brasil

33 Perfil socioeconômico da população idosa no Brasil: uma análise descritiva entre 1940 e 2015

58 Aplicação do IF-BR e pesquisa socioeconômica sobre os idosos e adultos jovens

103 Políticas públicas voltadas à população idosa

131 Bibliografia

144 Anexos

Apresentação

O envelhecimento populacional é um processo que está ocorrendo em muitos países, embora em momentos e ritmos diferentes, resultado da queda das taxas de fecundidade e mortalidade. O Brasil também vem experimentando esse processo, mas de forma relativamente rápida impactando na distribuição etária da população. Segundo Camarano (2016) em um curto prazo ocorrerá um super-envelhecimento da população. De acordo com as projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2013), o grupo de idosos (definidos como sendo as pessoas com 60 anos ou mais, conforme a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do idoso) será o único segmento populacional que terá taxas positivas de crescimento e representará mais de um terço da população, totalizando 73,5 milhões no ano de 2060. Além disso, para esse mesmo ano, projeta-se que a expectativa de vida ultrapasse os 81 anos. Atualmente está em torno de 76 anos.

Essa nova configuração populacional, embora seja uma conquista, traz novas demandas para a sociedade em diversas áreas. Em especial, a ampliação da expectativa de vida cria um desafio para a saúde pública que é o aumento da prevalência e incidência das incapacidades, considerando que uma das características marcantes e relativas ao processo de envelhecimento biológico é a perda de certas funcionalidades, ou a presença de algum tipo de deficiência. Segundo o Censo Demográfico 2010, do IBGE, 23,9% da população brasileira, naquele ano, possuíam pelo menos um tipo de deficiência. Entretanto, quando consideradas somente as pessoas idosas, a deficiência estava presente em 67,7% deste grupo populacional.

Apesar da relevância do tema, poucos estudos na área social contemplam a dimensão da deficiência, especialmente com foco nos idosos. Também, para que as políticas públicas sejam mais assertivas, e focalizadas nesta população, com bom uso dos recursos públicos, faz-se fundamental reconhecer seu perfil socioeconômico, suas urgências, vislumbrando demandas futuras.

Compreendendo a importância do problema, a "Pesquisa e Produção do Conhecimento para disseminação sobre temas diversos da pessoa idosa", realizada pelo Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade (IETS), por meio do Termo de Fomento nº 848255/2017 da Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos (SNPDDH), tem por objetivo geral subsidiar o acompanhamento, o redirecionamento e a elaboração de políticas para esse segmento e suas demandas no Brasil recente - considerando, sempre que possível, as diretrizes e temáticas contempladas na Política Nacional do Idoso (PNI).

O projeto foi realizado em doze meses, com início em agosto de 2017, e contou com a colaboração de diversos especialistas na área de saúde, direito, economia e estatística, reunidos em grupos de trabalho, a fim de atender à transversalidade do tema. Majoritariamente, o trabalho se debruçou sobre levantamento, construção e sistematização de dados e informações sobre envelhecimento populacional para identificar as condições de vida e as principais urgências da população idosa no Brasil. Como grande contribuição ao estudo da área, o Projeto realizou uma pesquisa primária e inédita, com 1.300 entrevistados, entre eles 900 idosos - pacientes no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), da Universidade Federal do Rio de Janeiro. A proposta foi aplicar *Instrumento de Classificação do Grau de Funcionalidade de Pessoas com Deficiência para Cidadãos Brasileiros* (IF-Br) sobre este grupo, criando sua base normativa, e levantando, ainda, dados primários sobre questões socioeconômicas daquele grupo populacional.

A presente publicação pretende, portanto, apresentar os principais resultados do Projeto, dividindo-o em quatro grandes partes, além desta apresentação¹.

O primeiro capítulo apresenta uma revisão de literatura sobre os principais tópicos relacionados ao envelhecimento populacional, a partir da qual conclui-se ser necessário que a coleta de informações permaneça em progresso, especialmente nos temas mais incipientes, e aprimore as estatísticas, que já são captadas, para que estejam disponíveis aos gestores, pesquisadores e usuários de forma geral. Assim, a construção de indicadores sobre a população idosa possa ser ampliada para orientar a formulação das políticas públicas, bem como monitorar e avaliar a eficiência e eficácia de seus resultados.

O segundo capítulo traz um estudo com dados e informações mais recentes sobre o processo de envelhecimento populacional desde 1940 a 2015 - que contemplaram temas constantes na PNI, tais como: saúde, violência, mobilidade, acessibilidade, inclusão social, convivência familiar e comunitária, além da saúde. O Projeto também construiu novos indicadores e sistematizou os dados em um grande compêndio estatístico, denominado *Observatório da População Idosa*, pelo qual podem ser analisadas uma imensa variedade de indicadores sob a perspectiva de gênero e diferentes faixa etárias.

O terceiro capítulo apresenta os principais resultados da pesquisa de campo e a validação do IF-Br. O instrumento mostrou-se capaz de identificar idosos com diferentes tipos e níveis de incapacidade, descrevendo através de seus domínios, atividades e participações, o gradiente de acometimento funcional nas diversas áreas do funcionamento humano; diferenciando-os de uma base de referência de adultos sem deficiência.

O quarto capítulo compreende em uma análise crítica das principais políticas públicas direcionadas aos idosos no País. A partir de tal levantamento, concluiu-se que há claramente um avanço em algumas áreas, como por exemplo, na garantia de renda mínima para o idoso, mas, em tantas outras áreas, as ações têm sido pouco efetivas, como cuidados e violência.

Por fim, é importante salientar que estudos de monitoramento sobre as condições de vida sejam contínuos para que as demandas sejam identificadas e as ações direcionadas a este público sejam cada vez mais assertivas e eficientes.

1. Para maiores informações, acesse: www.iets.org.br.

Estudos, pesquisas e fontes de informação sobre envelhecimento populacional no Brasil

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional está ocorrendo tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento, embora em momentos e ritmos diferenciados, sendo determinado pela queda significativa nas taxas de mortalidade e fecundidade. A queda da mortalidade ocorreu primeiro entre os mais jovens, sobretudo entre crianças acometidas por doenças infecciosas e parasitárias. Em um segundo momento também atingiu pessoas com idades mais avançadas, e com o aumento da longevidade as doenças crônico-degenerativas ganharam importância (FRIES, 2005; FERRUCCI et al., 2008). A queda da fecundidade ocorre após a queda da mortalidade e no Brasil, em um período mais curto. Essa mudança nas taxas de fecundidade e mortalidade, nos países mais desenvolvidos, também foram impactadas pelas transformações socioeconômicas ocorridas no século XIX (CAMARANO ET AL., 2004, MIRANDA ET AL., 2016), já nos países em desenvolvimento este processo teve início no século XX (WONG e CARVALHO, 2006).

No Brasil, o aumento da população idosa¹ ocorreu de forma rápida e intensa. Em 1960 totalizavam 3,3 milhões, representando 4,8% do total da população e em 2010 já eram aproximadamente 20 milhões de idosos, passando a ser responsável por 10,7% da população brasileira. Em 2015, somaram mais de 29 milhões, 14,3% da população total (IBGE, 2016). As projeções do IBGE indicam que em 2030, esse contingente pode chegar a 41,5 milhões, o que representará aproximadamente 19% da população. De acordo com as projeções, esse é o segmento da população que mais cresce e é o único que apresentará taxas positivas de crescimento (IBGE, 2013). Esse aumento do número de idosos também foi consequência das melhores condições de vida, que por sua vez refletem na maior esperança de vida, que aumentou de 45,5 anos em 1940 para 75,8 anos em 2016.

1. Entende-se por população idosa, as pessoas com 60 anos ou mais conforme definido na Política Nacional do Idoso (Lei n. 8.842, de 04/01/1994) e no Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741, de 01/10/2003).

Embora essas mudanças representem pontos bastante positivos, também revelam grandes desafios e são objetos de estudo nas mais diversas áreas, destacando: saúde, previdência e mercado de trabalho. A primeira envolvendo ações de promoção, prevenção e cuidado de um segmento que vive cada vez mais e com doenças crônicas, resultado da transição epidemiológica². Previdência e mercado de trabalho envolvendo questões importantes sobre a saída precoce, o retorno dos idosos à força de trabalho e o financiamento do sistema previdenciário. Portanto, há uma necessidade permanente de acompanhar esse contingente e formular políticas públicas para “manter seus cidadãos idosos socialmente e economicamente integrados e independentes” (KALACHE, 2008, p.1108).

Para auxiliar no dimensionamento, acompanhamento e projeção das necessidades de um determinado grupo, uma das ferramentas mais utilizadas é o indicador social. Segundo Jannuzzi (2012, p.22), “é um instrumento operacional para monitoramento da realidade social, para fins de formulação e reformulação de políticas públicas”. Por meio dos indicadores é possível traçar o perfil dos demandantes e realizar diagnósticos de forma a subsidiar a formulação de políticas, sobretudo quando há restrição orçamentária. Neste caso, os indicadores também auxiliam na tomada de decisão mais assertiva, pois definem parâmetros e priorizam ações e recursos. No entanto, é necessário que estejam disponíveis e acessíveis.

O objetivo deste capítulo é apresentar uma revisão da literatura sobre estudos da população idosa brasileira antes e depois da Política Nacional do Idoso (PNI) de 1994, bem como descrever a produção de indicadores sociais em pesquisas e registros administrativos e também a sua sistematização.

O capítulo está dividido em seis partes, sendo a primeira esta introdução. A segunda apresenta estudos sobre a população idosa antes e depois da PNI, destacando aqueles que mais contribuíram para o debate. Ressalta-se que o objetivo não é esgotar a apresentação dos estudos. Na terceira parte são apresentadas bases nacionais de estatísticas utilizados para elaboração de indicadores socioeconômicos para a população idosa e registros administrativos em âmbito nacional. A sistematização das informações para elaboração de indicadores está na quarta parte. Na quinta são descritas outras pesquisas específicas sobre a população idosa e na sexta parte são apresentadas as considerações finais.

2. Refere-se às mudanças no padrão de mortalidade, queda das taxas de mortalidade devido às doenças infectocontagiosas e aumento das taxas de mortalidade devido às doenças crônico degenerativas.

ESTUDOS SOBRE A POPULAÇÃO IDOSA

Os estudos sobre a população idosa podem ser divididos antes e após a PNI, compreendendo que esta foi o instrumento legal de pleno reconhecimento do Estado brasileiro que os idosos têm demandas específicas, e que necessitam de políticas públicas específicas. As diferenças que serão destacadas nos trabalhos referem-se desde o volume de estudos e pesquisadores que investigaram esse contingente populacional até os temas abordados e indicadores apresentados para subsidiar a elaboração das políticas públicas, bem como a definição da delimitação da idade. Isso porque, no Brasil, alguns estudos, até então, consideravam população idosa, aquela composta por indivíduos com 65 anos ou mais, conforme a literatura internacional. Com a PNI foi definido que idosos são aqueles indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos³.

ANTES DA POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO (PNI)

A partir dos anos de 1970, o Brasil começou a apresentar uma mudança em seu perfil demográfico e epidemiológico. O primeiro em função da queda das taxas de mortalidade e fecundidade, esta última determinante no processo de envelhecimento populacional, e o segundo em função das mudanças nos padrões das causas de morte. Os estudos voltados para a população idosa datam, com maior frequência, da década de 1980, concentrada em alguns pesquisadores e de caráter demográfico (LESER, 1975; VERAS ET AL., 1987; RAMOS ET AL., 1987; SAAD, 1988; KALACHE, 1990). Já nos países desenvolvidos, os estudos sobre a população idosa iniciaram em meados da década de 1970 e o volume de estudos tornou-se expressivo nos anos de 1980 (MYERS E NATHANSONFRIES; 1982; FRIES E CRAPO; 1981; HUGO, 1985; UNITED NATIONS, 1980; TIMACUS; 1986), pois estavam em um processo de envelhecimento mais avançado. Segundo Camarano (2016, p.15), nesses países o debate já envolvia a “manutenção do papel social dos idosos e/ou a sua reinserção social, bem como a prevenção da perda de sua autonomia”.

No caso do Brasil, essa preocupação começa a tomar contornos mais evidentes quando o país passa a ser signatário do Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento de 1982 (NACIONES UNIDAS, 1982), inserindo o tema sobre o envelhecimento populacional na agenda política e assim fomentando os debates. Segundo Camarano (2016), nesse mesmo período, como o Brasil vinha passando por um momento de redemocratização, tornou-se viável a inclusão do tema às questões sociais na elaboração da Constituição Federal de 1988. Embora já tivesse presente na literatura brasileira alguns estudos sobre o acelerado envelhecimento populacional, foi com a Constituição de 1988 que se inicia de forma mais concreta a implementação de uma política de garantia de renda para a população que trabalhava, resultando ao final na universalização da seguridade social, garantindo renda para a população idosa (CAMARANO E PASINATO, 2004). O passo seguinte, de maior representatividade, foi a aprovação da Política Nacional do Idoso (PNI), em 1994⁴, devido a uma forte influência dos debates internacionais sobre o envelhecimento e de pressões da sociedade civil.

3. Para mais detalhes sobre essa discussão ver Camarano (2013).

4. Lei no 8.842/1994 e regulamentada pelo Decreto no 1.948/1996.

Assim a PNI traz como principal objetivo o de “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (PNI, Capítulo I, Art. 1º), compreendendo que os idosos têm direitos e demandam de necessidades diferenciadas em várias esferas: físicas, sociais, econômicas e políticas (CAMARANO E PASINATO, 2004).

Os estudos brasileiros da década de 1980 até a PNI eram ainda incipientes e havia um grupo pequeno de pesquisadores que alertavam para o rápido envelhecimento da população brasileira. Foram estudos que deram mais ênfase aos aspectos demográficos do que socioeconômicos utilizando-se dos indicadores construídos pelos próprios autores com base em dados disponíveis de pesquisas realizadas pelo IBGE - à época poucas informações disponíveis, coletadas rotineiramente e sistematizadas, ou disponibilizadas por estudos das Nações Unidas, quando o objetivo era a comparação com indicadores de outros países. Além dessas possibilidades de acesso aos dados e informações, alguns autores realizavam um compilado das informações de outros estudos publicados na época.

Um dos pioneiros nos estudos sobre a população idosa, Veras *et al.* (1987) e Veras (1988) debatem sobre as transformações sociais e econômicas que podem afetar a vida dos idosos em função do aumento do número de pessoas com 60 anos ou mais no Brasil e quando possível, apresentam comparações com outros países, destacando algumas diferenças no momento e no ritmo do processo de envelhecimento, em ambos os trabalhos. Veras *et al.* (1987) destacam que a migração e a acelerada urbanização também exercem influência sobre a população idosa. Segundo os autores (p.231), “esta nova organização social acentuou os problemas de solidão e pobreza dos idosos”. No estudo também enfatizam as mudanças nos arranjos familiares, que passaram de uma composição extensa para nuclear. Na nupcialidade verificaram o aumento do número de separações/divórcios. Outro aspecto que abordam refere-se à mudança do papel social da mulher, bem como sua expectativa de vida mais elevada comparada aos homens. Também levantam aspectos sobre o trabalho, a aposentadoria e o custo social, que para os autores este último engloba informações de internações e mortalidade. De acordo com Veras *et al.* (1987, p.231)

“A questão social do idoso, face à sua dimensão, exige uma política ampla e expressiva que suprima, ou pelo menos amenize, a cruel realidade que espera aqueles que conseguem viver até idades mais avançadas. Após tantos esforços realizados para prolongar a vida humana, seria lamentável não se oferecer as condições adequadas para vivê-la”

O estudo de Ramos *et al.* (1987), que também faz comparações internacionais, tem um caráter mais demográfico pela natureza dos indicadores, pois apresentam a queda significativa das taxas de mortalidade e fecundidade desde a década de 1940. São dados para o Brasil, estado e município de São Paulo. Também mostram as mudanças na distribuição da população por idade e sexo por meio das pirâmides etárias e de acordo com projeções, alertam que a população idosa entre 1980 e 2000 poderá crescer 107%, enquanto os menores de 15 anos crescerão apenas 14%. Segundo os autores,

a tendência de crescimento da população idosa irá continuar tanto na Inglaterra quanto no Brasil, porém com maior intensidade para o Brasil. Outros dados revelam que a expectativa de vida ao nascer no Estado de São Paulo passou de 57 anos, em 1950, para 70 anos, em 1982. E que em 1982, uma mulher no Município de São Paulo podia aos 45 anos esperar viver mais do que uma mulher da mesma idade na Inglaterra, ou seja, 77% da coorte de mulheres nascidas no Município de São Paulo, em 1982 deverão estar vivas aos 65 anos, comparado com 85% na Inglaterra. Esses mesmos resultados para os homens foram de 62% e 75%, respectivamente. Ramos *et al.* (1987) alertam que ainda sem resolver problemas relacionados à infância, o Brasil tem que enfrentar as implicações sociais e de saúde decorrentes de um processo de envelhecimento comparável àquele experimentado pelos países mais desenvolvidos. Nessa mesma linha, embora sejam estudos separados por quase três décadas, Camarano (2016) afirma que no Brasil, as demandas ocorridas em função do rápido processo de envelhecimento estão sendo adicionadas a outras demandas sociais básicas ainda não sanadas.

Patarra (1988) aborda o tema do envelhecimento seguindo o mesmo perfil demográfico do estudo anterior, utilizando-se de indicadores demográficos como estimativas da esperança de vida ao nascer, taxa de mortalidade infantil, taxa de fecundidade, taxa de crescimento da população, saldo migratório e projeções da população por faixa de idade até 2010. No entanto, embora já se saiba que caminhos o Brasil percorreu sobre estes indicadores até o momento, a autora apresenta de forma muito lúcida e atual uma reflexão bastante pertinente:

O novo perfil demográfico está aí, está se consolidando. Se bom ou mau, depende de decisões políticas. No entanto, é um ingrediente absolutamente indispensável no equacionamento da questão da pobreza, das desigualdades sociais em meio à crise e à redefinição dos projetos nacionais” (p.23).

Assim como Patarra (1988), Giraldeili (1989) alerta para certos “mitos” sobre o crescimento da população que naquela década ainda era observada em alguns discursos, no caso desse estudo refere-se ao Estado de São Paulo. A autora buscou traçar o perfil da população do futuro (ano 2000) do Estado de São Paulo e regiões administrativas, por meio de projeções demográficas, com base nas três componentes demográficas: fecundidade, mortalidade e migração. Levanta as seguintes hipóteses: 1) a queda da fecundidade observada até 1980 poderá ser revertida? 2) a diminuição da mortalidade considerada evitável⁵, que poderia ser realizada através de maior controle médico e preventivo, terá um decréscimo lento com diferenças na idade, sexo e região? 3) a intensidade da migração irá se

5. As causas de morte evitáveis são importantes indicadores para avaliar os serviços de saúde, pois referem-se aos óbitos que não deveriam ocorrer mediante adequadas ações de prevenção e tratamento, diagnóstico precoce e adoção de tecnologias apropriadas (Kanso, 2011). Vale ressaltar que o conceito de morte evitável será mais estudado no Brasil no final dos anos 1990 e início dos anos 2000, inicialmente para a mortalidade infantil e depois materna. Para os idosos, na literatura brasileira, os estudos pioneiros sobre causas de morte evitáveis são: Camarano et al. (2004); Malta et al. (2007) e Kanso (2011).

reduzir? 4) a interação dessas variáveis irá contribuir para diminuir as taxas de crescimento da população paulista? Concluiu que tanto a queda nas taxas de fecundidade quanto de mortalidade iriam continuar. Que a migração, devido à falta de informação, não foi possível comprovar, no entanto reconhece que em função de diversos fatores, como os socioeconômicos, nas regiões estudadas, possivelmente, no futuro influenciariam na diminuição das taxas de migração.

Seguindo a mesma linha dos outros estudos, com a apresentação de indicadores demográficos sobre o envelhecimento da população, Saad e Camargo (1989) avançam no debate, pois abordam temas como educação, aposentadoria, prolongamento da vida ativa e saúde pública. Os autores revelam baixas taxas de alfabetização entre idosos com diferenças por sexo, faixa etária (as idosas mais velhas registraram taxas mais elevadas de analfabetos) e situação de domicílio (na área rural as taxas de analfabetos são maiores). Quanto ao trabalho, observaram que a participação dos idosos no mercado de trabalho estava caindo e conforme a idade avança, esses percentuais se reduzem. Embora a participação das mulheres tenha crescido e esperam-se maiores taxas no futuro, ainda assim são menores quando comparadas aos homens. Sobre a aposentadoria, Saad e Camargo (1989) registram a preocupação pertinente de que com o envelhecimento há perda de qualidade de vida e assim, influencia na sua permanência ou não na atividade. Afirmam que como no Brasil a tendência é de que sejam excluídas do mercado de trabalho, enfrentam queda significativa de seus rendimentos. Segundo dados do estudo, entre os brasileiros inativos, maiores de 50 anos, 44% não tinham rendimento em 1980, sendo este grupo majoritariamente feminino. Entre aqueles que recebiam algum rendimento, em 60% dos casos não alcançava 1 salário mínimo. Mesmo entre os idosos que permaneciam em atividade, seus rendimentos eram insatisfatórios e um dos motivos é a diferença no tipo de atividade.

Dando continuidade aos estudos mais específicos para a população idosa, Farath (1989) analisa informações sobre o mercado de trabalho para esse segmento. Indo ao encontro dos resultados de Saad e Camargo (1989), observa que os rendimentos dos idosos é sempre inferior ao dos ocupados em geral e “entre os idosos de baixa renda, os 25% mais pobres (1º quartil), recebiam cerca de 44% a menos em relação a igual segmento dos ocupados em geral” (p.93). Segundo Farath (1990) a questão é: “como preservar, se não for possível melhorar, as condições de vida e de trabalho dos que estão no processo de envelhecer ou daqueles que já envelheceram?” (p.110). Segundo a autora são necessárias profundas mudanças políticas e econômicas na sociedade brasileira.

Segundo Saad e Camargo (1989) a saúde pública é a área de maior impacto e devido a transição epidemiológica, um número crescente das doenças chamadas de longa duração (crônicas-degenerativas) nas quais dependem de tratamentos mais prolongados e onerosos, e é necessário repensar os recursos, pois o grande desafio

“é equacionar o aumento deste tipo de demanda em uma realidade onde ainda morre parcela significativa da população infantil, vítima de doenças infecciosas e parasitárias associadas a condições de vida amplamente desfavoráveis” (p. 45).

Kalache (1990) em seu estudo sobre os idosos na grande São Paulo aponta questões bastante pertinentes ao processo de envelhecimento populacional no que se refere a saúde, sendo necessário e indispensável: 1) profissionais qualificados sobre o envelhecimento e suas consequências; 2) diagnóstico da situação a partir dos dados existentes; 3) identificação de áreas prioritárias para complementação da informação disponível; 4) definição de metas e objetivos para um debate mais qualificado e amplo. Conclui que o grande desafio para a saúde pública no próximo século (XXI) será o cuidado do idoso.

No estudo de Yazaki (1991), a autora afirma que diante de uma situação de crise social e econômica que o país se encontrava, e a incapacidade do Estado de dar suporte à população idosa junto com a família e a sociedade, seu estudo tinha como proposta avaliar as dimensões do envelhecimento populacional sob o ponto de vista das famílias brasileiras. Uma das conclusões mais relevantes do estudo, que até então não havia sido abordada em outros estudos analisados, foi a carência de instituições sociais, que mais a frente, serão denominadas pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) de instituições de longa permanência para idosos (ILPI). A autora, pioneira nesta abordagem, observa que diante dessa lacuna, recai sobre a família a responsabilidade pelo cuidado dos idosos. Entre os entrevistados, essa alternativa de convívio era vista de forma bastante negativa, tendo como adjetivos o abandono, a falta de saúde e o desconhecimento. Sobre as diversas formas de arranjos familiares, além dos problemas físicos e financeiros, o idoso se vê com uma única alternativa, morar no mesmo domicílio que os filhos. No entanto, essa convivência pode gerar conflito, pois os idosos geralmente são vistos pelos filhos como indivíduos sem expectativas e vontade própria. Para que esse quadro seja alterado, é necessário que haja uma mudança nas condições de vida, de trabalho e de saúde das próximas gerações de idosos.

Bercovich (1993) também aborda o tema do envelhecimento populacional sob os aspectos da distribuição regional e traz sua evolução, características étnicas e de sexo, arranjos familiares e condições socioeconômicas por meio dos Censos Demográficos (1960 a 1991) e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1985 a 1990, ambos do IBGE. Suas conclusões não diferem dos estudos até o momento. Constatou o aumento na proporção de idosos; concentração maior de mulheres nas áreas urbanas e mais homens na área rural; observou mais idosos brancos, pretos e amarelos; mais mulheres viviam sozinhas e mais da metade recebiam renda total inferior a um salário mínimo; entre as pessoas com 65 anos ou mais em 1990, aproximadamente 44% pertenciam a famílias estendidas ou compostas; pertenciam a famílias com renda familiar menor, indicador observado em todos os arranjos familiares; as piores condições são daqueles idosos vivendo em famílias unipessoais ou em famílias nucleares. Por fim, conclui que o envelhecimento não é homogêneo e ocorre de forma distinta entre as regiões⁶, refletindo as diferenças entre sexo, raça e condições socioeconômicas. Dessa forma, a autora defende que a elaboração de políticas deve considerar as especificidades do segmento idoso.

Também em 1993, com um trabalho pioneiro, Neri (1993) organizou um estudo que teve como produto o livro intitulado “Qualidade de Vida e Idade Madura”. Embora em seu artigo Neri (1993) tenha dado atenção aos artigos americanos, segundo Bandeira (2005, p. 56) “é a principal entre

6. Ver também Veras e Dutra (1993).

as poucas obras que discutem a relação entre os dois termos". A preocupação de Neri (1993, *apud* Bandeira, 2005, p.55) foi:

"Identificar as condições que permitem envelhecer bem, com boa qualidade de vida e senso pessoal de bem-estar, é tarefa de várias disciplinas no âmbito das ciências biológicas, da psicologia e das ciências sociais".

Esses estudos que antecederam a PNI foram fundamentais e alertaram sobre o crescimento acelerado da população idosa brasileira, bem como a desmitificação sobre o crescimento "explosivo" da população. De fato, estávamos caminhando em um movimento contrário que se confirmaria nas décadas seguintes, com o ritmo de crescimento populacional cada vez menor. No entanto, os estudos além de serem em número bastante reduzido, também se restringiram mais aos aspectos demográficos. Isso pode ser explicado, pois até meados dos anos 1990 havia uma lacuna de dados disponíveis e sistematizados. É a partir da segunda metade dos anos 1990, que esse quadro irá se reverter, quando ocorrerá um aumento exponencial de estudos sobre o envelhecimento da população brasileira e produção de dados rotineiros que passam a ser utilizados em pesquisas e nos cálculos de indicadores, como será visto na seção seguinte.

APÓS A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO (PNI)

Após a aprovação da PNI, juntamente com a evolução de coleta de dados e sistematização das informações, esta favorecida em função do avanço da tecnologia, o volume de estudos e pesquisas sobre o tema de envelhecimento passa a ter presença definitiva na literatura. Os estudos avançam no debate sobre as implicações que o elevado crescimento da população idosa poderá ter, especialmente na saúde, no mercado de trabalho e na previdência. Cabe destacar também que a criação, em 1995, da Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPd)⁷ ajudou a alavancar as discussões sobre a dinâmica populacional. Até então, Debert (*apud* BANDEIRA, 2005, p.59) afirma:

"No Brasil, presenciamos um Estado incapaz de resolver problemas básicos da maioria da população, deixando os idosos em situação de extrema vulnerabilidade. Os mecanismos tradicionais de amparo

⁷ Criada em 1995 e desativada em 2009, a CNPD é retomada pelo Decreto 8.009/2013 e tem por finalidade apoiar a elaboração de estudos sobre a população nacional, regional e municipal e avaliar e divulgar informações sobre áreas relacionadas ao tema população e desenvolvimento. Também tem como atribuições estudar o impacto das mudanças demográficas nas políticas governamentais e ações da iniciativa privada, comunicar-se com instituições nacionais e internacionais que estudem o tema população e desenvolvimento e contribuir para melhorar o acesso da sociedade a serviços de informação, educação e comunicação sobre o assunto. A comissão é formada por representantes de 14 órgãos do governo e de nove entidades da sociedade civil e terá o papel de refletir o posicionamento e o novo perfil internacional do Brasil. Poderá dar importante contribuição nas questões de população e de proteção aos direitos humanos.

à velhice se desfazem sem que novos mecanismos de proteção social tenham sido desenvolvidos. Além disso, aos problemas próprios do envelhecimento somam-se os problemas de uma população cuja experiência, ao longo de todas as etapas da vida, foi marcada por condições de vida amplamente desfavoráveis, que tendem a se agravar na velhice. A pobreza e a miséria da população brasileira em geral tornam-se, então, paradigmáticas na velhice"

Embora outros pesquisadores tenham se envolvido no debate e publicado estudos referentes ao tema (Carvalho e Wong, 1995; Camarano e Abramovay, 1998; Tavares e Anjos, 1999), foi em 1999⁸, o ano de lançamento de um dos trabalhos mais marcantes sobre a população idosa brasileira. Organizado por Camarano e escrito por vários pesquisadores, o livro "Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros" apresenta um perfil das condições de vida do idoso brasileiro e sua inserção na sociedade, por meio do mercado de trabalho e da família. Também discute a relação de dependência e envelhecimento, reconhecendo como o segmento internamente é heterogêneo. Investiga os arranjos familiares e as mudanças na sociedade, alertando para os novos papéis que os idosos passaram a desempenhar e que não eram esperados. Discute também o conceito de idoso, definido no livro como as pessoas com 60 anos ou mais de idade, conforme estabelecido na PNI. Camarano (1999) defende que a vantagem de ter um recorte etário na definição facilita o monitoramento e avaliação das políticas públicas. Apesar de se reconhecer sua diversidade dentro do segmento, as desagregações por sexo, idade, estado conjugal, rendimentos, inserção na família e no mercado de trabalho, condição previdenciária e nível educacional auxiliam na compreensão dos resultados encontrados para captar tal heterogeneidade.

O livro traz uma riqueza de indicadores e com a colaboração de vários autores, foi dividido em quatro partes: a primeira traz a características sociodemográficas da população idosa (Beltrão *et al.*, 1999), a segunda parte, apresenta as condições de vida destacando os temas: mulheres (Goldani, 1999), acesso ao capital dos idosos em uma perspectiva do ciclo de vida (Neri *et al.*, 1999), ciclo de vida e motivações financeiras (Wajnman *et al.*, 1999), a incidência e natureza da pobreza (Barros *et al.*, 1999), a transferência de apoio entre as gerações no Brasil, um estudo para São Paulo e Fortaleza (Saad, 1999) e por fim, o último capítulo dessa parte, discute qual o tipo de dependência dos idosos (Camarano e Kanso, 1999). A terceira parte do livro se concentra nas políticas para a população idosa brasileira abordando temas como: o idoso e a previdência social (Beltrão e Oliveira, 1999), a previdência rural (Delgado e Cardoso Jr, 1999) e os custos das internações de saúde dos idosos no Brasil (Nunes, 1999). Na quarta parte são apresentadas as considerações finais por Camarano.

As principais conclusões do livro foram: as experiências de envelhecimento são bastante distintas conforme a idade, sexo, raça entre outros; as mulheres vivem mais e em melhores condições com menores níveis de morbidade e pobreza; os benefícios de aposentadoria e pensão tornam o grau de

8. O ano de 1999 foi proclamado o Ano Internacional dos Idosos pelas Nações Unidas.

pobreza menor daqueles que recebem comparado ao restante da população. Outro resultado importante que o livro apresenta é que os idosos não são tão dependentes, pois segundo Camarano (1999, p.370) “as transferências intergeracionais de caráter descendente têm recebido importância ao longo do tempo dentro da família”. Os resultados revelam que os idosos vivem em melhores condições de vida e de saúde e esse segmento vivenciou um momento que o mercado de trabalho era mais seguro, pois o vínculo empregatício era formal e a economia mais estável. Paralelo a isso, ocorreu a universalização do direito à aposentadoria, tanto nas áreas urbanas e rurais. O acesso a casa própria era mais fácil devido a estabilidade da renda, mas também devido as facilidades no financiamento. No entanto, apesar das melhores condições, já havia uma preocupação com o financiamento da previdência social, apontando para uma insolvência e ruptura de direitos conquistados se mantidas as condições de benefícios e contribuições à época (OLIVEIRA E BELTRÃO, 1999).

Outros resultados revelam que no nível macro, o grau de dependência dos idosos é determinado pela provisão de rendas por parte do Estado, e que parcela importante da renda das famílias depende dos rendimentos que os idosos recebem. Assim, compreende-se que ao diminuir ou aumentar os benefícios previdenciários, o Estado estará influenciando o bem-estar das famílias e de seus membros (CAMARANO E KANSO, 1999).

Outra preocupação dos autores foram os gastos com saúde. Com a mudança no perfil epidemiológico da população brasileira e um aumento do número de anos de vida convivendo com doenças crônicas, haverá um aumento nas taxas de internação hospitalar (NUNES, 1999). Outro resultado, é que embora as mulheres sejam mais dependentes, são elas que fornecem apoio à família, seja dos membros mais velhos ou mais jovens, são elas que cumprem a função do cuidado, tarefa definida tradicionalmente como sendo feminina.

Por fim, Camarano afirma que

“o envelhecimento populacional, assim como qualquer outra mudança na estrutura etária de uma população, não é intrinsecamente bom ou ruim; trata-se de um fenômeno que pode ou não ser um problema, em função da maneira como a sociedade lida com ele” (p.375).

Em 2004 em versão revisada, atualizada e ampliada do livro publicado em 1999, Camarano organiza outra publicação, igualmente importante intitulado “Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?”. O objetivo do livro foi analisar a dinâmica da população idosa em um contexto de transformações sociais e de ajuste fiscal. Investiga as oportunidades, os problemas e os desafios de uma proteção social efetiva para a população idosa, sob o ponto de vista das políticas públicas e do apoio familiar.

O livro foi dividido em cinco partes, com coautores dos mais variados temas sobre a população idosa, como condições de vida e perfil sociodemográfico; prolongamento da vida; envelhecimento e deficiência; finitude da vida como direito; arranjos familiares; transferência de apoio entre gerações; contratos intergeracionais; políticas públicas para a população idosa; idoso e seguridade social; gastos com saúde; e mercado de trabalho.

Um dos resultados reafirma o aumento da esperança de vida ao nascer, permitindo que mais pessoas atinjam idades avançadas. No Brasil, embora de forma desigual, esse aumento do número de pessoas em idade avançada só foi possível por meio das melhores condições de vida e de saúde. Segundo Camarano (2004), a questão que preocupa é: “se os novos idosos brasileiros ou os idosos do futuro poderão continuar desfrutando das relativas melhores condições de vida que desfrutaram os de hoje” (p.588).

De acordo com os resultados, observou-se que há uma relativa melhora na situação econômica dos idosos quando comparada aos outros segmentos da população. E conforme evidenciado no livro de 1999, na edição de 2004, os idosos vivenciaram períodos de maior estabilidade política, econômica e afetiva também, sendo o homem o principal provedor da família e a mulher, a cuidadora. Embora às vezes esteja em condições de dependência, como é o caso das viúvas (as mulheres têm uma sobrevivência maior que os homens), com maior frequência residem no domicílio de seus filhos e além de receber ajuda, também ajudam, especialmente no cuidado dos netos. Sua renda é obtida por meio da pensão que é somada a renda familiar. Segundo Camarano (2004, p.590) “a família continua sendo um espaço de apoio importante para os segmentos vulneráveis. Na verdade, é um sistema de trocas de apoio mediado pelas políticas sociais”.

Desde a Constituição de 1988 houve reconhecimento de vários benefícios para a população idosa, no entanto (Camarano, 2004, p.591) ressalta que algumas das políticas “estão contribuindo para a redução das desigualdades que marcaram a trajetória de vida desses indivíduos, outras as estão reforçando”. Em um dos capítulos, Oliveira *et al.* (2004) apontam algumas distorções do sistema previdenciário urbano, cita o caso da aposentadoria por tempo de serviço ou contribuição. De acordo com autores 91% dos aposentados do sexo masculino por tempo de contribuição até 1998 passaram a ser beneficiários antes de se tornarem idosos. Dessa forma, com a esperança de vida aumentando, esses idosos irão permanecer recebendo o benefício por um período longo e assim pressionando o sistema. Outra questão levantada pelos autores é a vinculação do recebimento do benefício à contribuição. Afirmam que essa associação não considera a dinâmica do mercado de trabalho, além de prejudicar os trabalhadores que estavam na informalidade ou desocupados, dificultando a sua aposentadoria, não solucionaria o problema de financiamento da previdência.

Outro benefício garantido pela Constituição de 1988 refere-se as idosas residentes no meio rural que passaram a ser elegíveis para o benefício, independentemente de o chefe do domicílio já estar recebendo. É um benefício associado ao trabalho e contributivo, no entanto cabe destacar que essas mulheres pertencem à coorte de 60 a 79 anos, que atualmente são beneficiárias, não trabalharam e também não contribuíram para o sistema, mais marcante entre as mulheres residentes em áreas rurais (Camarano, 2003; Beltrão, Camarano e Mello, 2004). As mulheres viúvas podem acumular dois benefícios, pois além da aposentadoria, têm direito de receber a pensão por morte. Uma consequência desse duplo

direito observado por Camarano (2002) é a alteração na relação de gênero. As não idosas são mais pobres comparado aos não idosos e as idosas são menos pobres que os idosos.

Outros resultados apontados foram: a família brasileira está menor e novas configurações nos arranjos familiares são encontradas, há múltiplos casamentos. Com a entrada maciça da mulher no mercado de trabalho, ela passa também a desempenhar a função de provedora e com isso tem parcela importante na contribuição da renda da família. No entanto, têm menos tempo para a função de cuidadora. Segundo Camarano (2004, p.593) enfatiza a importância de uma política de cuidado

“à família pobre, e em especial a mulher, precisa de ajuda para cuidar dos seus dependentes. Em outras palavras, políticas devem ajudá-la na decisão de cuidar dos dependentes ou de ir para o mercado de trabalho para garantir a sobrevivência”.

Ainda entre as políticas de saúde é necessário elaborar políticas de promoção e acesso universal aos serviços de saúde pública considerando fatores ambientais, econômicos, sociais, educacionais, no aparecimento de enfermidades e incapacidades. Acolá disso, as políticas de prevenção e promoção à saúde devem ser implementadas também para o público antes de se tornarem idosos, e também voltados para o público masculino (Kanso, 2011).

Outra pesquisadora de destaque é Minayo (2003, 2012 e 2014). Um de seus objetos de estudo é a violência contra o idoso. Um tema bastante delicado devido à sua natureza e a carência de informações que ainda perdura nos dias atuais. Um de seus estudos foi publicado em 2005, “Violência contra Idosos: o avesso respeito à experiência e à sabedoria”. Além de apresentar os diversos conceitos para violência, apresenta alguns indicadores de morte por causas violentas entre idosos no período de 1991 a 2000. No entanto, um dos maiores destaques refere-se à violência que não alcança as estatísticas, como por exemplo a violência institucional e familiar. Segundo Minayo (2005, p.31)

“A violência institucional que, em geral, também ocorre em todo o mundo, no Brasil ocupa um capítulo muito especial nas formas de abuso aos idosos. Ela se realiza como uma agressão política, cometida pelo estado, em nível macro-social. E de maneira mais particular, é atualizada e reproduzida nas instituições públicas de prestação de serviços e nas entidades públicas e privadas de longa permanência”

Sobre a violência familiar a autora afirma que:

“é enfatizada nos estudos internacionais como a mais frequente forma de abuso contra os idosos. Chavez (2002) e Kleinschmidt (1997) mostram que 90% dos casos de violência e de negligência contra as pessoas acima de 60 anos ocorrem em lares. Para o Brasil essa afirmação seria prematura, pois as pesquisas existentes não permitem explicitar a proporção em que incidem os abusos dos parentes próximos, os que ocorrem fora dos lares e dentro das instituições.

No entanto, ainda que não haja pesquisas sobre a magnitude nacional do problema, estudos focalizados comprovam a gravidade da violência familiar contra idosos no país. É possível dizer que as agressões e negligências estão presentes e configuram um sério problema social.” (p.33)

Alguns dados apresentados por Minayo (2005) são estudos de áreas específicas, como da Delegacia de Proteção ao idoso em São Paulo. Das 1.500 notificações feitas no período de 1991 a 1998, 40% das queixas dos idosos são contra filhos, netos ou cônjuges e outros 7%, são de outros parentes. Aproximadamente 13% das denúncias referem-se a agressão física e mais de 60% de abusos econômicos por parte de familiares (IBCCRIM, 2004 apud Minayo, 2005).

Apesar da escassez de informações e estudos, a autora reconhece que algumas estratégias de proteção aos idosos, vítimas de violência têm sido implementadas: como os Conselhos Nacionais e Locais de Direitos dos Idosos, os SOS-Idoso; os Ligue-Idoso, entre outros.

Com o objetivo de apresentar indicadores sobre as condições de vida da população idosa que subsidiassem a elaboração e acompanhamento de políticas públicas para esse segmento, IPEA (2005) organiza em parceria com a Subsecretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH) a publicação intitulada “Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas”.

A publicação apresenta indicadores de condições de vida divididos nos seguintes temas: população e família; educação; econômicos; saúde; violência; dependência dos idosos e idosos institucionalizados. Também apresenta indicadores de acompanhamento de políticas, divididos em: atenção à saúde; benefícios da previdência e assistência social; cuidados de longa duração e denúncia de maus tratos a idosos. Para essas informações teve como fonte de dados o IBGE, Ministério da Saúde (MS), Ministério da Previdência Social (MPS), Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), bem como outras publicações sobre os idosos; o objetivo, além de apresentar um conjunto de indicadores bastante abrangente, sobre os diversos temas e período, também preencheu as lacunas sobre informações

disponíveis, como as condições de idosos institucionalizados. Também apontou indisponibilidade de variáveis em níveis mais desagregados, como raça e a carência de informação sobre violência, cuidado informal, participação em atividades de integração social entre outras.

Camarano avançando em suas discussões sobre a população idosa brasileira amplia o debate e inicia suas contribuições na área do cuidado desse segmento. Como a responsabilidade do cuidado do idoso recai sobre a família e a mulher, chama a atenção sobre a necessidade de se buscar novas alternativas de cuidado formal, como por exemplo as instituições de longa permanência para idosos, denominadas de ILPI, antigamente chamadas de asilos. Essa alternativa de cuidado levanta um debate delicado por diversos motivos: primeiro pela ausência do Estado em oferecer esse serviço, conforme veremos adiante, e segundo pelo estigma repleto de preconceito que essas instituições ainda carregam. No entanto, até aquele momento não se tinham muitas informações sobre quantas e onde se localizavam, bem como suas características. Diante desse contexto, entre 2006 e 2010, foi a campo a pesquisa “Condições de funcionamento e de infraestrutura nas instituições de longa permanência para idosos (ILPIs)”⁹, pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), coordenada por Camarano, em parceria com a Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH), do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Produto desta pesquisa foram as publicações em cinco volumes, uma para cada região do país, intituladas “Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)”. Esse foi o primeiro levantamento nacional de caráter censitário sobre este tipo de serviço e teve como objetivo mapear o número e a localização das ILPIs, em funcionamento, existentes no Brasil. Nas cinco publicações, contemplavam uma análise sobre um conjunto dos indicadores que visavam captar a infraestrutura física, os serviços oferecidos, os recursos humanos e financeiros disponíveis nas instituições entrevistadas, os gastos e sua composição e algumas características dos idosos residentes. Ao final de cada uma das cinco publicações haviam um anexo com uma série de tabelas, onde se encontram esses indicadores desagregados por Unidade da Federação.

Os resultados dessa pesquisa foram fundamentais e contribuíram para as discussões sobre a população idosa do ponto de vista do cuidado. A consolidação das principais conclusões encontra-se em um capítulo de outro livro lançado em 2010, também organizado por Camarano, intitulado “Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?”

A pesquisa identificou 3.548 instituições, sendo a maioria de natureza filantrópica. Embora as instituições de natureza privada sejam em menor número, houve um aumento expressivo a partir dos anos 2000. A ausência do Estado na oferta desse serviço pode ser verificada na pequena proporção de instituições públicas ou mistas, 6,6% do total. As instituições pesquisadas são pequenas, pois mais de um terço atende até 20 residentes. Outra característica, é que embora não sejam instituições para abrigar pessoas com menos de 60 anos, há aproximadamente 12% nessa faixa de idade. As instituições são compostas em sua maioria por mulheres, à exceção das regiões Norte e Centro-Oeste.

9. Ipea (2007, 2008a, 2008b, 2008c e 2010).

Apenas 1% da população idosa reside nesses espaços, o que indica baixa cobertura. Outro dado que corrobora com essa baixa utilização e baixa oferta foi que em 70% dos municípios brasileiros não existia nenhuma ILPI.

Quanto ao grau de dependência, é bastante variado e se acentua de acordo com a natureza jurídica da instituição. No total das ILPI, aproximadamente 35% têm residentes independentes. Já nas públicas e filantrópicas há predominância de residentes independentes, o que não é observado entre as privadas, onde o percentual de residentes independentes é bem inferior, 24,5%. Segundo Camarano *et al.* (2010, p.210)

“o perfil diferenciado dos residentes, de acordo com a natureza jurídica, parece refletir os motivos que levam à busca de moradia em uma instituição, bem como os serviços ofertados. De modo geral, é bastante elevada a proporção das instituições que relatam oferecer serviço médico e de fisioterapia”.

A preocupação das autoras refere-se ao viés de saúde que essas instituições têm, tornando-se mais evidente entre as privadas. Entre as públicas, que em sua maioria têm residentes independentes, há maior proporção de atividades que geram renda, de lazer e/ou cursos diversos. No entanto, as autoras ressaltam que essas atividades geralmente são direcionadas para as mulheres e que nas instituições públicas predominam os homens como residentes. Com o aumento do número de pessoas idosas vivendo cada vez mais e com comprometimento de sua capacidade física, cognitiva e mental, as instituições estão sendo demandas por mais serviços, além de abrigo ou residência. E essa é uma preocupação da SBGG, uma de suas reivindicações é que as instituições passem a compor, além da rede de assistência social, a rede de assistência à saúde.

As autoras levantam o seguinte questionamento: “como se pode definir uma instituição de longa permanência brasileira e qual o seu papel?” (Camarano *et al.*, 2010, p.210). Para Groisman (1999, p.174), as instituições de residência para idosos cumprem duas funções:

“uma manifesta, de abrigar e cuidar das pessoas desamparadas ou que estejam impossibilitadas de estar junto às famílias e à comunidade; e outra latente, de “servir como locus” socialmente aprovado de segregação de seres humanos cuja produtividade econômica e representação social foram consideradas esgotadas pelo sistema social”.

Outros autores também importantes que contribuíram para a compreensão do envelhecimento populacional do ponto de vista da fragilidade e de cuidados foi Neri (1999, 2001, 2007, 2011), que coordenou o estudo FIBRA (fragilidade em idosos brasileiros). Debret (1999, 2000, 2011) com

um olhar antropológico sobre a velhice e Lima-Costa (2002, 2009, 2012) com colaboradores, na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia. Coordenadora do Projeto Bambuí, um estudo de coorte no município de Bambuí, Minas Gerais, com o objetivo de investigar fatores que antecipam eventos adversos na saúde de idosos¹⁰.

Diante da necessidade de compreender mais sobre o envelhecimento individual e populacional do ponto de vista de diversos profissionais da saúde e da esfera do cuidado, Neri *et al.* (2002) e Freitas *et al.* (2006, 2011 e 2016) organizaram uma publicação intitulada “Tratado de Geriatria e Gerontologia”. A obra revisada e ampliada ao longo de suas quatro edições apresenta informações atualizadas e relevantes sobre o envelhecimento da população brasileira voltado para o público em geral e especialistas, reconhecendo que há uma demanda em conhecer cada vez mais sobre como cuidar das pessoas à medida que a idade avança, bem como dar subsídios na elaboração de políticas públicas adequadas às transições demográfica e epidemiológica. Segundo Kalache (2016, p. xxii),

“envelheceremos muito mais rapidamente em um contexto de múltiplas demandas, em meio à desigualdade social, problemas graves de infraestrutura, com os mais baixos índices de competitividade e produtividade entre os países emergentes”

Outro trabalho de destaque é o de Carvalho (2013), pois buscou estudar o perfil dos idosos que vivem em domicílios elegíveis, beneficiados ou não, pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC). Com pouco estudos sobre o tema, a autora utilizou dados da PNAD de 2006. Suas principais conclusões foram: nível de escolaridade baixo entre os elegíveis e entre idosos atendidos ou não, é justificado pela autora por terem tido

“menos chances de ter conseguido emprego estável e qualificado na idade produtiva, o que poderia ter-lhes permitido o acesso ao emprego formal e/ou contribuir para o sistema previdenciário, de forma a ter direito a uma aposentadoria na fase idosa” (p.134)

Os idosos atendidos residem em domicílios menores e os não atendidos vivem em domicílios mais numerosos, que pode ser entendido como uma forma de compartilhar o bem-estar entre seus membros. Questão de gênero confirmada pela autora é que os homens idosos, em grande parcela dos domicílios, são tidos como a pessoa de referência independentemente de no domicílio ser ele ou não o beneficiário, o que não ocorre entre as mulheres, pois a existência do benefício está associada à sua condição no domicílio.

10. Essas pesquisas serão detalhadas na seção 5 deste capítulo.

Por fim Carvalho (2013) conclui que domicílios onde há idosos que recebem o BPC têm condições mais satisfatórias no domicílio do que os não atendidos. Segundo a autora, isso indica “a importância do BPC para a melhora da condição de vida do idoso e a importância de o valor do benefício ser no mínimo no valor de 1 salário mínimo” (p. 136).

Em 2016, Alcântara *et al.* organizam um livro intitulado “Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões” com o objetivo de analisar as condições que culminaram na aprovação da PNI, assim como a sua efetivação por meio das políticas setoriais. Também traz as questões que não foram abarcadas pela política, como violência, cuidadores, instituições de longa permanência, democracia nos conselhos e dificuldades encontradas para a construção da cidadania. Camarano (2016, p.16) deixa claro que o objetivo do livro é:

“analisar a efetivação dos preceitos legais e também a sua pertinência atual, bem como a necessidade de serem consideradas novas questões. Esse é o principal objetivo deste livro. Ressalta-se que o objetivo não é acompanhar e avaliar a implementação da lei, pois as informações disponíveis não permitem”.

Os autores reconhecem os avanços ocorridos desde a Constituição de 1988, embora apontem que ainda há grandes desafios para a plena efetivação da PNI. O que está ocorrendo é que a política não acompanha as rápidas mudanças da dinâmica populacional e também do novo perfil epidemiológico. Segundo Giacomini (2016, p.593) “Certamente, o direito a envelhecer com dignidade não se inicia nem termina aos 60 anos; portanto, sua efetivação necessita da existência de políticas públicas ao longo de toda a vida, mas tampouco se restringe a isso”. A autora faz a constatação de alguns pontos e destaca algumas medidas urgentes: há um atraso na elaboração de políticas públicas para uma população muito heterogênea; deve-se pensar estratégias e elaborar ações voltadas para o segmento idoso; também deve-se pensar estratégias para fortalecer a PNI; e por fim destaca a importância da gestão no cuidado das famílias com pessoas idosas.

Destacaram-se aqui os estudos que contribuíram para a literatura brasileira sobre o tema e suas principais questões, no entanto, conforme dito anteriormente, o volume de estudos após a PNI cresceu de forma exponencial e não seria possível esgotar o debate. Esses estudos também se destacaram, pois, para retratar a dinâmica e as necessidades desse segmento utilizaram como ferramenta alguns indicadores, elaborados pelos próprios estudiosos ou disponíveis. São de fontes variadas como: IBGE, MS e também de outras pesquisas, conforme será descrito a seguir.

BASES NACIONAIS DE ESTATÍSTICAS PARA ELABORAÇÃO DE INDICADORES - POPULAÇÃO IDOSA

Para auxiliar no dimensionamento, acompanhamento e projeção das necessidades de um determinado grupo, uma das ferramentas mais utilizadas é o indicador social. Por meio dos indicadores é possível traçar o perfil dos demandantes e realizar diagnósticos de forma a subsidiar a formulação de políticas, sobretudo quando há restrição orçamentária. Neste caso, os indicadores também auxiliam na tomada de decisão mais assertiva, pois definem parâmetros e priorizam ações e recursos. No entanto, para a construção de indicadores é necessário que dados estejam disponíveis e organizados. Segundo Jannuzzi (2012, p. 22),

“os indicadores sociais se prestam a subsidiar as atividades de planejamento público e formulação de políticas sociais nas diferentes esferas de governo, possibilitam o monitoramento das condições de vida e bem-estar da população por parte do poder público e sociedade civil e permitem aprofundamento da investigação acadêmica sobre a mudança social e sobre os determinantes dos diferentes fenômenos sociais”.

O Brasil, embora tenha evoluído muito na produção de dados primários e na construção de indicadores nacionais, ainda tem um longo caminho a percorrer quando comparado a tradição histórica de estatísticas produzidas nos países desenvolvidos. Desde a década de 1960, há produção de dados estatísticos pelo IBGE, órgão oficial de coleta de informações da população brasileira, por meio dos Censos Demográficos, Pesquisas Domiciliares e registros administrativos. Estes últimos pertencentes ao IBGE e também aos Ministérios da Saúde, do Trabalho, Secretaria da Previdência, entre outros. No entanto, em décadas anteriores havia uma necessidade de ter mais informações disponíveis para que os estudos avançassem. Baldijão (1992), referindo-se aos dados de saúde, revelou dificuldades para se trabalhar as informações devido à carência de fidedignidade, a não disponibilidade das informações na desagregação necessária, ou ainda falta de compatibilização, dificultando a realização de diagnósticos detalhados e precisos na utilização, planejamento e avaliação de políticas. Segundo Camarano (1990) havia um descompasso entre disponibilidade da oferta das informações e sua demanda.

Ao longo dos anos muito mais informações foram sendo coletadas e disponibilizadas, e com a evolução da tecnologia, essa disponibilidade foi bastante facilitada, tornando o acesso mais democrático. Em função dessas mudanças observa-se a diferença no volume de estudos antes e depois da PNI, bem como a maior rapidez na divulgação das informações, como por exemplo, os microdados¹¹ das

11. Microdados, no formato de códigos numéricos, consistem no menor nível de desagregação dos dados de uma pesquisa. Os microdados possibilitam aos usuários, com conhecimento de linguagens de programação ou softwares de cálculo, criar suas próprias tabelas. Os arquivos de microdados são acompanhados de uma documentação que fornece os nomes e os respectivos códigos das variáveis e suas categorias, a metodologia da pesquisa, e o instrumento de coleta (IBGE). Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pnad_continua/default_microdados.shtm. Acessado em 01/05/2018.

pesquisas do IBGE e as publicações com diversos indicadores já construídos pelo IBGE (Simões *et al.*, 2018; IBGE, 2016)¹².

A proposta dessa seção é citar as bases de dados das pesquisas mais utilizadas na construção de indicadores sociais para a população idosa.

IBGE: CENSO DEMOGRÁFICO, PNAD, PNS E REGISTRO CIVIL

Os Censos Demográficos, apesar de iniciarem sua série histórica em 1872, só passaram a ter periodicidade decenal a partir dos anos de 1940, o primeiro realizado pelo IBGE. Desde então o número de questões investigadas foi se ampliando, bem como sua parcela amostral tornou-se cada vez mais complexa para se alcançar maior representatividade. O último Censo Demográfico realizado foi em 2010 e foi a campo com dois questionários (censitário e amostral) para investigar características dos domicílios, das famílias e das pessoas. Os temas pesquisados contemplavam além das condições de moradia da população, e também buscou informações demográficas (mortalidade, fecundidade, migração e nupcialidade), além de deficiência, educação, trabalho, rendimentos e benefícios.

Sem dúvida, entre as bases nacionais de estatísticas, o Censo Demográfico é uma das mais importantes e uma das mais utilizadas. Além de sua função de coletar, processar e divulgar estatísticas detalhadas, abrange pequenas áreas e subgrupos populacionais e conta com a periodicidade decenal. Para a construção de alguns indicadores pode ser a única fonte de informação e é fundamental para o planejamento dos setores público e privado.

Entre os estudos apresentados sobre população idosa, especialmente nas décadas de 1980 e 1990, o Censo Demográfico foi uma das fontes mais utilizadas por ter abrangência nacional e informações que podiam ser desagregadas em nível municipal. No entanto, algumas discontinuidades ocorreram ao longo dos anos, como por exemplo, o detalhamento sobre o valor dos benefícios recebidos pela

12. Desde os anos 2000, o IBGE publica, anualmente, a “Síntese de Indicadores Sociais - uma análise das condições de vida da população brasileira”. Contém informações sobre a realidade social brasileira, acompanhadas de análises sobre diversos temas traçando o perfil das principais características observadas nos diferentes estratos populacionais. A publicação apresenta informações sobre: aspectos demográficos, famílias e arranjos, grupos populacionais específicos, educação, trabalho, padrão de vida e distribuição de renda e domicílios. Os indicadores são ilustrados em tabelas e gráficos e quando possível, desagregados por situação urbana e rural. A principal fonte de informação é a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD); Censo Demográfico; Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) e Contas Nacionais Trimestrais. As fontes externas analisadas abrangem as bases de dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação; o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), ambos do Ministério da Saúde; e o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados - Caged, do Ministério do Trabalho. De acordo com o IBGE, a sistematização desses indicadores atende a recomendações internacionais e contribui entender o perfil demográfico, social e econômico da população, bem como, possibilita o monitoramento de políticas sociais e a disseminação de informações relevantes para toda a sociedade brasileira (<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novportal/sociais/saude/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?edicao=17068&t=o-que-e>).

13. O Censo Demográfico de 1990 foi realizado em 1991 por questões orçamentárias.

população, sendo uma investigação fundamental para a população idosa no que diz respeito a composição da renda nos domicílios com idosos, assim como a composição da própria renda do idoso. E também informações sobre o detalhamento da escolaridade para aqueles que já frequentaram a escola. O que também afeta diretamente os indicadores que poderiam ser estudados para os idosos.

Outra pesquisa que a partir dos anos 2000 esteve mais presente nos estudos de envelhecimento populacional foi a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Sua primeira edição ocorreu em 1967 e surgiu para atender a demanda de informações entre os períodos intercensitários. Segundo o IBGE (2015) é uma pesquisa de caráter amostral com abrangência nacional (menor nível de desagregação é região metropolitana) que investiga temas como habitação e trabalho, associados aos aspectos demográficos, educacionais e de rendimento da população brasileira. Além do corpo básico da PNAD com esses quesitos, em anos específicos ocorreram os suplementos especiais¹⁴. Muito importante para o cálculo dos indicadores de saúde da população idosa destacam-se os suplementos de saúde nos anos de 1998, 2003 e 2008. Nestes suplementos foram investigadas questões sobre o acesso e utilização de serviços de saúde, realização de exames preventivos da saúde das mulheres, realização de cirurgia para retirada do útero, mobilidade física e fatores de risco e proteção da saúde da população (atividade física, tabagismo, trânsito e violência), presença de doenças crônicas, entre outras características.

Mais recentemente e utilizada pelos estudiosos da área de saúde, dando continuidade aos suplementos especiais da PNAD de 1998, 2003 e 2008, o IBGE juntamente com o MS foi a campo em 2013 com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e teve como objetivo buscar informações sobre o desempenho do sistema nacional de saúde que inclui acesso e utilização dos serviços de saúde, cobertura de plano de saúde, bem como as condições de saúde da população brasileira que engloba questões sobre a autoavaliação de saúde, que segundo o IBGE (2014, p.9) é o

“indicador que tem sido utilizado, nacional e internacionalmente, para estabelecer diferenças de morbidade em subgrupos populacionais, comparar necessidades de serviços e recursos de saúde por área geográfica, bem como para calcular outros indicadores de morbi-mortalidade, tais como a esperança de vida saudável”

Além desses quesitos, também foi investigado sobre acesso ao diagnóstico e à assistência prestada às doenças crônicas, com destaque para hipertensão arterial, diabetes e depressão. O acesso a exames complementares de diagnóstico, consultas com especialistas, medicamentos de uso contínuo, limitações das atividades habituais, sequelas e internações referente às doenças. Também foram investigadas informações sobre o uso de tabaco, bebidas alcoólicas, prática de atividades físicas e hábitos de alimentação. Além de fazer a medição da pressão arterial, o peso, a altura e o perímetro abdominal, a PNS coletou informações para o monitoramento de sobrepeso e obesidade, também importante para a população idosa, de natureza preventiva.

14. Ver tabela no Anexo e para mais detalhes, ver IBGE (2015).

A PNS tem como objetivo subsidiar a formulação das políticas públicas nas áreas de promoção, vigilância e atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), alinhadas às estratégias do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, como hipertensão e diabetes, a redução do consumo do sal, do tabaco, do álcool e da inatividade física, deter o crescimento da obesidade, dentre outras. A PNS busca informações sobre alguns programas, como a Rede Cegonha e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, bem como monitora de forma indireta políticas do governo federal, como Viver sem Limites, Brasil sem Miséria e Bolsa Família (IBGE, 2104).

Além de outras pesquisas de responsabilidade do IBGE, há também a coleta de informações específicas sobre fecundidade, nupcialidade e mortalidade por meio dos eventos de nascimentos, óbitos, óbitos fetais, casamentos, separações e divórcios registrados no ano da pesquisa. O objetivo do Registro Civil é atender a demanda de estudos demográficos para a elaboração de estatísticas vitais, e também contribuir para o aprimoramento dos programas governamentais nos campos escolar, previdenciário, econômico, social e da saúde pública. A coleta dessas informações foi iniciada em 1974, é anual e de abrangência nacional.

Sem dúvida, há uma demanda crescente de informações socioeconômicas e demográficas, não só no Brasil, mas também em órgãos e instituições internacionais. Essa demanda, além de manter as informações já coletadas e divulgadas, também requer a inclusão de novas informações com o objetivo de oferecer um detalhamento maior e permitir a investigação em intervalos de tempo mais curtos ou buscar a regularidade dos levantamentos. Segundo o IBGE¹⁵, para isso a solução é a adoção de modelos que contemplam a concepção sistêmica, com a produção de fontes de informações e bases de dados integradas. Com esse entendimento, o IBGE desenvolveu o Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD), onde cada tema investigado será parte de um sistema integrado de indicadores socioeconômicos e demográficos. O planejamento, a execução, a disseminação e a análise dos resultados das diversas pesquisas é realizada de forma associada, otimizando recursos e facilitando o atendimento de novas demandas. Assim, o SIPD reúne as seguintes pesquisas: PNAD, a Pesquisa Mensal do Emprego (PME), Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) e a Pesquisa da Economia Informal Urbana (ECINF).

MINISTÉRIO DA SAÚDE: SIM E SIH

O MS, por meio do Departamento de Informática do SUS (DataSUS) é responsável por vários sistemas de informação e coleta as informações para a população como um todo. Destacam-se aqui dois sistemas bastante utilizados para o cálculo dos indicadores para a população idosa: o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS).

O SIM foi desenvolvido e implementado pelo MS em 1975 com o objetivo de conhecer o perfil epidemiológico da população brasileira. Por meio de sua coleta de dados é possível elaborar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área de saúde pública. Além da coleta

15. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/metodos-e-classificacoes/outros-documentos/21089-reformulacao-das-pesquisas-domiciliares-amostrais-do-ibge.html?=&t=o-que-e>. Acessado em 20/04/2018.

das informações, o sistema também produz estatísticas de mortalidade; constrói os principais indicadores de saúde; analisa estatísticas, epidemiológicas e sóciodemográficas. O DataSUS disponibiliza as principais informações para tabulação sobre as Bases de Dados do SIM/SUS e também, quando solicitado, fornece os microdados com informações mais detalhadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O SIHSUS¹⁶ foi criado em 1981 com o objetivo de registrar todos os atendimentos de internações hospitalares financiados pelo SUS. O SIH/SUS coleta mais de 50 variáveis relativas às internações: identificação e qualificação do paciente, procedimentos, exames e atos médicos realizados, diagnóstico, motivo da alta, valores devidos etc. O DataSUS disponibiliza as principais informações para tabulação sobre as Bases de Dados do SIH/SUS e também, quando solicitado, fornece os microdados com informações mais detalhadas.

A partir desses sistemas é possível fazer um recorte para a população idosa e captar as informações sobre o perfil epidemiológico, bem como os atendimentos hospitalares desse segmento. Embora tenha ocorrido uma melhora significativa da qualidade das informações obtidas, ainda há necessidade de maior acesso e detalhamento das informações, especialmente para os idosos.

SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: CENSO SUAS¹⁷

O Censo do Sistema Único de Assistência Social (Suas) é uma pesquisa que coleta dados por meio de um formulário eletrônico preenchido pelas secretarias e conselhos de Assistência Social e busca traçar um perfil detalhado sobre a estrutura e os serviços prestados nos equipamentos de assistência social de todo o país. Realizado desde 2007, por meio de uma ação integrada entre a Secretaria de Assistência Social e a Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI), a implementação desse monitoramento surgiu da necessidade de estruturação de um processo para acompanhar os recursos federais e da qualidade da oferta dos serviços socioassistenciais.

As unidades investigadas são as públicas e privadas de Assistência Social, órgãos gestores da Assistência Social municipal e estadual (Conselhos e Secretarias). E as unidades de análise são: Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centros de Referência Especializados para pessoas em Situação de Rua (Centros POP), Unidades de acolhimento, Órgãos Gestores Municipal e Estadual, Conselhos Municipais e Estaduais, Unidades da Rede Socioassistencial Privada, unidades de atendimento que incluem idosos, como o Centro Dia e os abrigos.

O público alvo são os beneficiados diretos da aplicação do Censo Suas, gestores e conselheiros de Assistência Social nos três níveis federativos que podem utilizar os dados, os indicadores e as metas de desenvolvimento para a tomada de decisão baseada em dados oficiais. A população é beneficiada

16. Informações disponíveis em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitalares/sihsus>. Acessado em 20/05/2018.

17. Informações disponíveis em <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/gestao-do-suas/vigilancia-socioassistencial/censo-suas>. Acessado em 20/05/2018.

por meio da expansão da oferta e da melhoria da qualidade dos serviços prestados. Ministérios setoriais, órgãos de controle, universidades, institutos de pesquisas, agências internacionais, também são usuários do Censo Suas.

As informações coletadas pelo Censo Suas referem-se a 1) estrutura física - acessibilidade; equipamentos; quantidade de salas; horário de funcionamento; entre outras; 2) Serviços - público atendido; tipos de serviços ofertados; concessão de benefícios eventuais; articulação dos serviços socioassistenciais com demais serviços de outras políticas setoriais; entre outras; 3) Recursos Humanos - quantitativo de profissionais nas unidades pesquisadas; escolaridade dos profissionais; tipo de vínculo empregatícios, entre outras; 4) Gestão e Controle Social - financiamento de serviços; ações de capacitação; existência de programas de transferência de renda; quantidade e composição dos conselhos de assistência social; dinâmica de funcionamento dos conselhos; entre outras.

AMBIENTES DE SISTEMATIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES PARA ELABORAÇÃO DE INDICADORES SOCIOECONÔMICOS PARA A POPULAÇÃO IDOSA

IBGE: SIDRA E BME

O IBGE dispõe de sistemas onde é possível gerar tabelas e gráficos para serem utilizados pelos seus usuários. Esta ferramenta permite que usuários que não estão habituados a utilizar os microdados possam criar tabelas com dados que não estejam disponibilizados na publicação do IBGE. Um deles é o Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA). Tem por objetivo facilitar aos gestores, pesquisadores e à sociedade em geral, por meio da Internet, o acesso e a captação gratuita dos dados agregados de estudos e pesquisas realizados pelo IBGE. No SIDRA estão disponíveis séries históricas, desagregadas em diversos níveis geográficos, como município, distrito e bairro. Sua interface é de fácil utilização.

O SIDRA¹⁸ é composto por 33 pesquisas, e, portanto, tem disponível para o público milhões de dados agregados. Sua atualização é contínua e há informações sobre os temas: território; população; índices de preços; emprego; construção civil; indústria; comércio; previsão de safra; agricultura; pecuária; silvicultura; horticultura; extração vegetal; orçamento familiar; contas nacionais; registro civil; serviços e empresas.

Diferente do SIDRA, outro banco de dados é o Banco Multidimensional de Estatísticas (BME)¹⁹ composta por microdados das pesquisas do IBGE (Censo Demográfico, PNAD, entre outras) e pela metainformação associada à sua produção. Assim, o BME permite a manipulação dos dados de forma a atender melhor as agregações que o usuário necessita. As consultas livres são limitadas e sua utilização requer um pouco mais de conhecimento. Além disso, há uma área restrita aos usuários que deve ser solicitada ao IBGE e é liberada mediante a assinatura e senha.

18. Informações disponíveis em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/disseminacao/eventos/workshop/sidra.shtm>. Acessado em 20/05/2018.

19. Informações disponíveis em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/disseminacao/eventos/workshop/bme.shtm>. Acessado em 20/05/2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE: RIPSA E SISAP

Pelo MS foi criada em 1996, a Rede Integrada de Informações para a Saúde (Ripsa). Em acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), o objetivo é promover a disponibilidade adequada e oportuna de dados básicos, indicadores e análises sobre as condições de saúde e suas tendências, bem como os de natureza econômica e social que possam influenciar as condições de saúde. Visam aperfeiçoar a capacidade de formulação, gestão e avaliação de políticas e ações públicas pertinentes.

Até o momento o único sistema voltado exclusivamente para a população idosa é Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-Idoso)²⁰. Foi desenvolvido como uma iniciativa conjunta da Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI) do MS e do Laboratório de Informação em Saúde (LIS) do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

O SISAP-Idoso é um sistema de consulta de indicadores pela internet, em níveis de desagregação municipal, estadual e federal sobre a saúde do idoso. O objetivo é ter uma ferramenta para a gestão do SUS que forneça informações sobre a situação de saúde da população idosa e estabelecer processos contínuos de acompanhamento e avaliação das políticas. Em sua proposta busca oferecer aos gestores e à sociedade dados úteis à formulação de políticas e ações de prevenção, além de contribuir na melhoria da qualidade da assistência à saúde e da informação gerada nos níveis básicos de atenção do SUS.

A maior contribuição do SISAP-Idoso está na complementariedade da forma como estão estruturados os indicadores. A primeira delas é a Matriz de Dimensões de Saúde no Brasil, que fornece aos gestores e à população uma ferramenta para realizar a análise de situação de saúde da população idosa. A segunda, chamada Matriz Conceitual para o Acompanhamento de Políticas e Programas, tem como objetivo acompanhar as políticas e programas de saúde da pessoa idosa por meio de indicadores selecionados. Segundo a coordenação do Sistema

“Sua função é subsidiar a formulação e o acompanhamento de políticas e programas de saúde do idoso para encorajar a utilização apropriada dos recursos públicos, desestimular o uso inadequado de procedimentos, serviços e tecnologias e promover a prestação de serviços de saúde com maior eficiência, eficácia e equidade. A preocupação na elaboração do SISAP-Idoso foi a construção de um marco teórico que permitisse um processo permanente de diálogo com a realidade do sistema de saúde brasileiro que levasse em consideração na construção de seus indicadores e de suas matrizes de organização ao mesmo tempo a situação de saúde da população idosa no Brasil e a evolução das políticas públicas adotadas pelo governo para resolver problemas sociais”.

20. Informações disponíveis em: <https://sisapidoso.ict.fiocruz.br/apresentacao>. Acessado em 20/05/2018.

SECRETARIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

As informações disponíveis pela Secretaria da Previdência Social processadas pelo Dataprev são disponibilizadas pela internet, por meio do Infologo ou publicadas no Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS)²¹ que já está em sua 25ª edição. Contém informações que permitem o acompanhamento das principais variáveis utilizadas para avaliar a evolução da Previdência Social, como suas receitas e despesas, o número de contribuintes, o fluxo e o estoque dos benefícios, além da cobertura previdenciária. Algumas variáveis também estão disponibilizadas por sexo, idade e UF. É importante ressaltar que essas informações vêm dos registros administrativos da Previdência Social. No Infologo algumas informações estão disponíveis a partir de 1988, outras a partir de 1991, além disso observa-se uma melhora na qualidade da informação com a diminuição do número de informações ignoradas por sexo e faixa de idade, mas ainda é necessário melhorias na qualidade das informações.

OUTRAS FONTES DE INFORMAÇÕES: PESQUISAS ESPECÍFICAS SOBRE A POPULAÇÃO IDOSA

ELSI

O ELSI-Brasil (Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros)²² é uma pesquisa longitudinal, de base domiciliar, com amostra de representatividade nacional de adultos mais velhos, com 50 anos ou mais. O objetivo é examinar os determinantes sociais e biológicos do envelhecimento e suas consequências para o indivíduo e a sociedade. Os resultados da pesquisa também buscam orientar na elaboração de políticas para a promoção do envelhecimento ativo e para melhorar a qualidade da atenção à saúde às pessoas nas idades mais velhas. O estudo utiliza metodologia semelhante adotada em outros estudos longitudinais internacionais possibilitando comparações com outros países. É coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/MG) e pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O inquérito da linha de base do ELSI-Brasil foi conduzido em amostra de cerca de 10.000 indivíduos, residentes em 70 municípios situados em diferentes regiões do país.

Os objetivos específicos do ELSI-Brasil são:

- verificar as condições de saúde física e mental da população brasileira com idade igual ou superior a 50 anos, assim como examinar o perfil do uso de serviços de saúde, o nível de bem-estar econômico, social e psicológico e a contribuição dessa população para a família e a sociedade;
- examinar as tendências, no médio e longo prazo, das dimensões acima mencionadas;

21. Informações disponíveis em: <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2018/01/AEPS-2016.pdf>. Acessado em 20/05/2018.

22. Informações disponíveis em: <http://elsi.cpqrr.fiocruz.br/>. Acessado em 20/05/2018.

- examinar os fatores determinantes das condições de saúde física e mental da população brasileira com idade igual ou superior a 50 anos, por meio de dados longitudinais, considerando-se as condições sócio econômicas, o uso de serviços de saúde e a participação social, entre outros;
- examinar os fatores associados ao uso de serviços de saúde, assim como avaliar a sua efetividade para a melhora das condições de saúde e aspectos correlacionados;
- examinar a dinâmica dos gastos com saúde da família e das pessoas mais velhas.

FIBRA

O Estudo FIBRA (Fragilidade em Idosos Brasileiros) investiga a fragilidade e variáveis associadas em idosos de 65 anos ou mais residentes em zonas urbanas de cidades brasileiras reunidas em quatro polos: Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (USP-RP), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Trata-se de estudo multicêntrico e de corte transversal. Cabe destacar que o recorte de idade em 65 anos, embora na legislação brasileira o idoso seja a pessoas com 60 anos ou mais, se deve a importância de comparar os dados brasileiros com os dos países desenvolvidos, que adotam os 65 anos como idade inicial da velhice.

O objetivo é investigar as condições de fragilidade do idoso a fim de reconhecer a condição de fragilidade do idoso a partir de biomarcadores e de indicadores sociais e psicológicos, vinculando-a com enfermidades crônico-degenerativas, incapacidade funcional, déficit cognitivo e outros problemas comumente associados ao envelhecimento. Essa pesquisa ocorreu de forma similar em outros países.

PROJETO BAMBUÍ

Esse projeto tem o objetivo de investigar fatores que podem antecipar eventos sobre a saúde dos idosos. Foi conduzido pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e também pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Na linha de base da pesquisa, constituída em 1997, foram selecionados 1.742 habitantes com 60 anos de idade ou mais, sendo que 92% participaram da investigação. A população de estudo passou por entrevistas, exames clínicos e laboratoriais. Dentre as áreas de interesse do projeto, estão saúde mental, fatores de riscos cardiovasculares, nutrição, capacidade funcional e autonomia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente capítulo, embora não tenha o objetivo de esgotar os estudos sobre a população idosa, buscou trazer os mais relevantes e que tivessem apresentados indicadores socioeconômicos sobre esse segmento. Há claramente um avanço tanto nas pesquisas (estatísticas) quanto nos estudos, constatado pelo volume de estudos e pesquisadores sobre o tema após a PNI, primeiro marco legal de reconhecimento do Estado sobre as demandas específicas da população idosa. Esse progresso teve como grande aliado o avanço da tecnologia que favoreceu o aumento de informações disponíveis, bem como a agilidade do processamento e divulgação das informações.

Os estudos apontam que inicialmente o debate esteve em torno dos aspectos mais demográficos, depois de saúde, trabalho, previdência e atualmente, identifica a necessidade de conhecer mais informações sobre cuidados de longa duração, características e demandas dos cuidadores. Estes últimos, em grande parcela, referem-se às mulheres, função tida como natural do sexo feminino. Outro aspecto que ainda carece de informações é o tema de violência contra idosos, tanto do ponto de vista de coleta de dados, bem como a elaboração de indicadores.

Ainda dentro do tema da saúde, sabe-se que o custo das internações hospitalares pode ser uma *proxy* do perfil de morbidade hospitalar da população dos idosos no Brasil, no entanto, a formulação de inquéritos sobre doenças específicas seria a melhor opção para se estudar a morbidade. De acordo com Bezerra et al (2012), os sistemas de saúde ainda não são capazes de atender a demanda crescente por procedimentos diagnósticos e terapêuticos de doenças crônicas, principalmente as cardiovasculares e as neurodegenerativas, bem como a demanda por serviços de reabilitação física e mental. No entanto, essa demanda encontra dificuldades para ser atendida, porque em países em desenvolvimento, como o Brasil, também persistem problemas que ainda não foram sanados, como as doenças infecciosas.

Perfil socioeconômico da população idosa no Brasil: uma análise descritiva entre 1940 e 2015

INTRODUÇÃO

Este capítulo tem por objetivo descrever as condições de vida da população idosa por meio das transformações socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas pelas quais tem vivenciado ao longo do período de 1940 até 2015, bem como apresentar projeções populacionais. As análises consideram as diferenças por sexo e idade. Aqui, julga-se pertinente examinar os indicadores sob a ótica de gênero, muito em função da *feminização da velhice*.

Os dados são provenientes dos Censos Demográficos, da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) e da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), todos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Também são apresentadas informações das Nações Unidas e do Ministério da Saúde (MS).

Está dividido em quatro partes, sendo a primeira esta introdução. A segunda compreende as condições de vida da população idosa, no que diz respeito aos temas de Família; Saúde; Mobilidade e Acessibilidade; Violência; Inclusão Social, Convivência familiar e Comunitária. Na terceira parte são apresentadas as projeções populacionais do IBGE para o Brasil e Unidades da Federação. Na quarta parte estão as considerações finais.

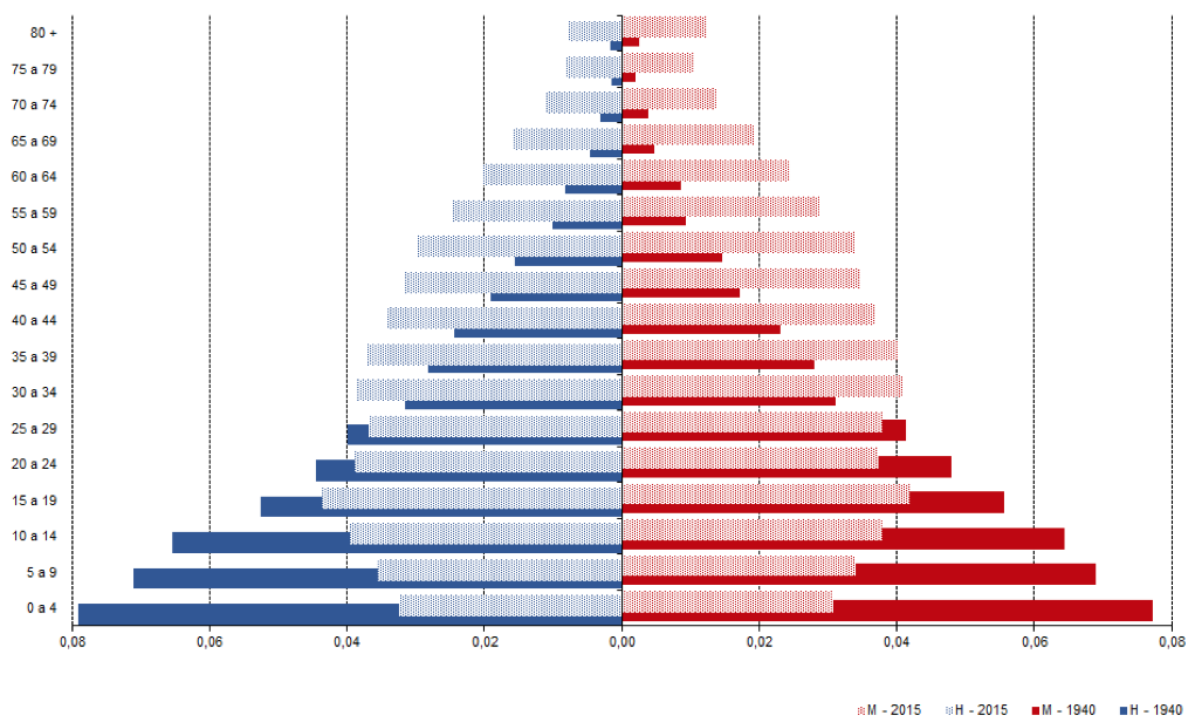
CONDIÇÕES DE VIDA

POPULAÇÃO E FAMÍLIA

Ao analisar a distribuição proporcional da população brasileira por sexo e idade, entre 1940 e 2015, observa-se que nesses últimos 75 anos ocorreu um acentuado estreitamento da base, provocado pela queda significativa da taxa de fecundidade - passou de 6,2 para 1,6 filho por mulher (abaixo no nível de reposição) - e alargamento do topo, provocado pela queda da taxa de mortalidade nas idades avançadas - a taxa bruta passou de 19,7 para 6,0 óbitos a cada 1.000 habitantes. Além disso, nota-se o peso maior das mulheres nas idades avançadas.

GRÁFICO 1 - Distribuição proporcional da população por idade e sexo - Brasil, 1940 e 2015

Fonte: IBGE, Censo Demográfico de 1940; PNAD de 2015.



Ao comparar o percentual da população idosa por sexo e situação de domicílio observam-se algumas diferenças. Na área urbana, ao longo dos anos, há predominância crescente de mulheres. Na década de 1960 representavam 5,7% e homens, 5,1%. Em 2015, passaram para 15,7% e 14,3%, respectivamente. Já na área rural, o percentual de homens foi ligeiramente mais elevado comparado ao das mulheres nas décadas passadas e a partir dos anos 2000, a importância em termos relativos de mulheres idosas cresceu, tornando-se bastante similar aos dos homens. Na área rural, em 1960, homens representavam 4,4% e mulheres 4,0%, em 2015 ambos representavam 14,8%, conforme gráficos 2 e 3.

GRÁFICO 2 - Percentual da população de 60 anos ou mais da área urbana por sexo - Brasil, 1960 a 2015 *Fonte: IBGE, Censo Demográfico de 1960 a 2010; PNAD de 2015.*

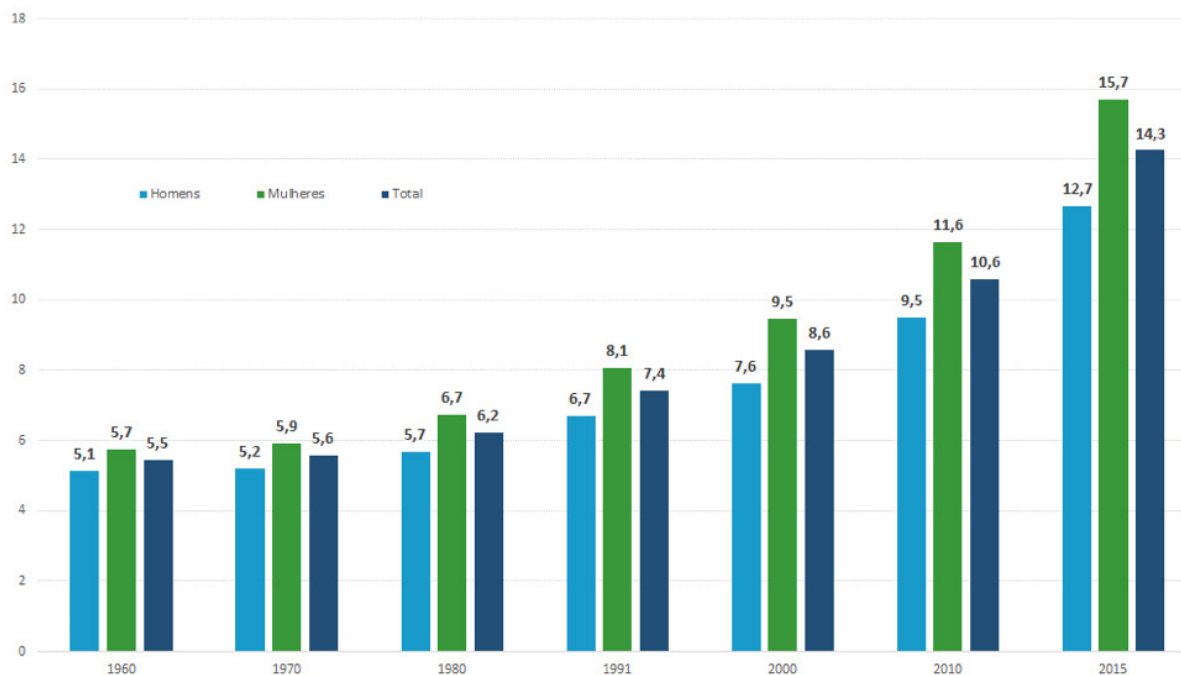
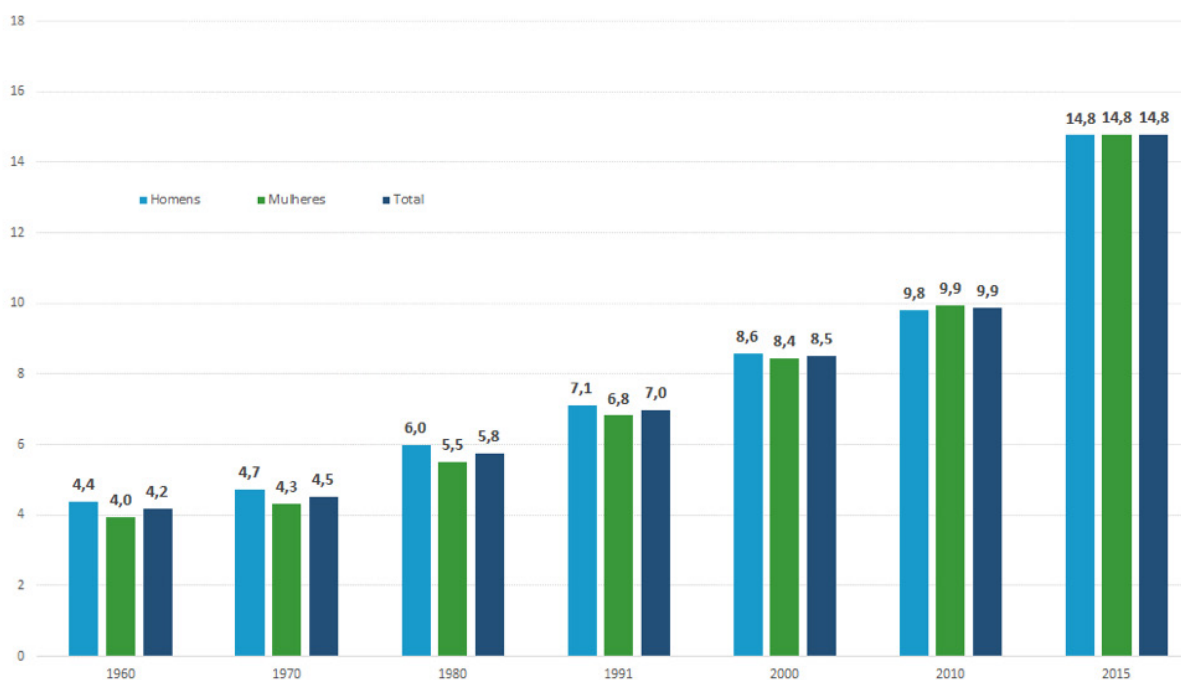


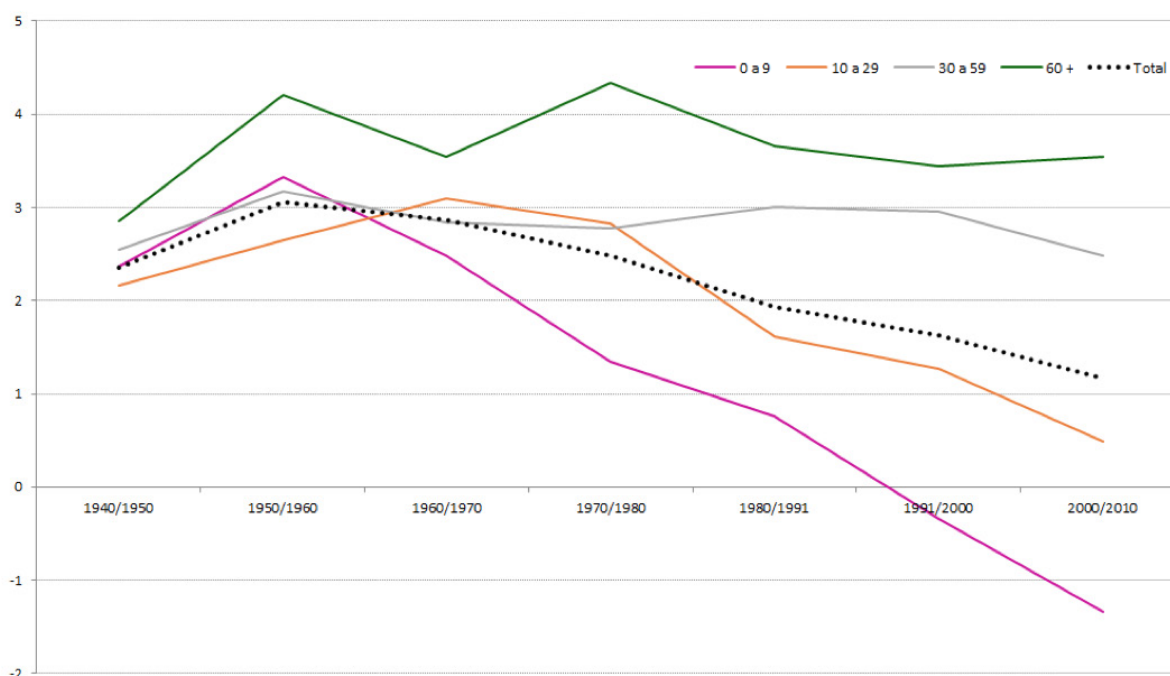
GRÁFICO 3 - Percentual da população de 60 anos ou mais da área rural por sexo - Brasil, 1960 a 2015 *Fonte: IBGE, Censo Demográfico de 1960 a 2010; PNAD de 2015.*



Um dos impactos mais importantes, resultante da queda das taxas de fecundidade e mortalidade, foi o arrefecimento das taxas de crescimento da população. Embora em termos absolutos a população brasileira continue crescendo, seu ritmo vem diminuindo. Ou seja, são taxas positivas, porém cada vez menores. Entre 1940 e 1950, a taxa média de crescimento foi de 2,4% e entre 2000 e 2010, de 1,2%. No entanto, se observar a taxa de crescimento por grupos de idade, a população idosa é o segmento que vem apresentando taxas mais elevadas quando comparada aos outros segmentos populacionais, conforme gráfico 4.

GRÁFICO 4 - Taxas de crescimento anual por segmento populacional - Brasil, 1940 a 2010

Fonte: IBGE, Censo Demográfico de 1940 a 2010.



Outros indicadores que também podem auxiliar na compreensão dessas mudanças ocorridas na população brasileira, confirmando o processo de envelhecimento acelerado ocorrido em pouco mais de 50 anos são: razão de sexo (RS), razão de dependência (RD), o índice de envelhecimento (I_ENV), a razão de apoio (RA) e a razão entre a população mais idosa e idosa (R_MI_I), conforme apresentado na tabela 1.

Tanto a razão de sexo quanto a razão de dependência apresentaram declínio. O primeiro indicador revela que ao longo dos anos, o número de mulheres idosas está aumentando quando comparado aos homens idosos, o que é denominado na literatura de feminização da velhice (CAMARANO, 2003; CAMARANO, KANSO E FERNANDES, 2016.). Em 1950 havia para cada 100 mulheres idosas 92,2 homens idosos e em 2015 passou para 78,8. Conforme a idade avança, menor essa razão. Já a queda na razão de dependência significa que a população em idade produtiva (15 a 59 anos) sustenta uma parcela cada da população dependente (0 a 14 anos e 60 anos ou mais). Passou de

85,6 em 1950 para 56,7 em 2015. Vale destacar que esse é um indicador definido em função apenas do recorte etário, não considerando as mudanças no mercado de trabalho.

Os outros indicadores registraram aumento. O índice de envelhecimento aponta a participação crescente de idosos em relação aos jovens na população brasileira, passando de 10,2 em 1950 para 68,2 em 2015. O aumento da razão de apoio de 13,9 para 64,2, no mesmo período, mostra que a capacidade de apoio da população de 50 anos em relação aos muito idosos está diminuindo. Por fim, o crescimento da razão entre a população mais idosa e idosa revela o crescimento acelerado da proporção da população muito idosa (80 anos ou mais) em relação à população idosa total (60 anos ou mais), visto que essa razão passou de 9,5 para 14,0.

TABELA 1 - Indicadores para a população idosa - Brasil, 1940 a 2015

ANO	RS	RD	I_ENV	RA	R_MI_I
1950	92,2	85,6	10,2	13,9	9,5
1960	98,3	90,2	11,1	14,4	8,7
1970	94,9	89,3	12,1	23,3	10,3
1980	89,8	79,6	15,9	21,7	8,2
1991	85,2	72,5	21,0	38,6	10,5
2000	81,6	61,7	28,9	48,1	12,6
2010	81,0	53,5	44,8	55,2	13,5
2015	78,8	54,7	68,2	64,2	14,0

Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1940 a 2010; PNAD de 2015.

RS (razão de sexo): homens/mulheres *100.

RD (razão de dependência): (0-14 anos + 60 anos ou mais) / 15-59 anos * 100.

I_ENV (índice de envelhecimento): 60 anos ou mais / menores de 15 anos * 100.

RA (razão de apoio): 85 anos ou mais / 50 anos * 100.

R_MI_I (razão entre a população mais idosa e idosa) - 80 anos ou mais / 60 anos ou mais * 100.

Além das mudanças na estrutura etária e por sexo da população brasileira provocadas pela transição demográfica, outra consequência foi a redução do tamanho médio da família. Não apenas influenciada pela queda da fecundidade, outros fatores, como a entrada da mulher no mercado de trabalho, também contribuíram para alterar as etapas do ciclo de vida familiar e assim, modificar a composição dos arranjos familiares. Segundo dados do IBGE, em 1980 o tamanho médio da família brasileira era de 4,6 e em 2010 passou para 3,3. Nesse mesmo período, a proporção de famílias com pelo menos um idoso aumentou de 21,6% para 26,8%. De acordo com a tabela 2, no Brasil, tanto em 1991 quanto em 2015, há predominância de famílias nucleares, especialmente entre as famílias que não têm idosos. Nas famílias com idosos, o elevado percentual de famílias extensas revela uma especificidade que é a convivência entre gerações. Apesar da queda entre 1991 e 2015, o percentual ainda é expressivo, passou de 42,5% para 32,7%.

Em 1991, nas famílias com idosos havia predominância de casais com filhos (41,0% entre nucleares e extensas), seguida de casais sem filhos (20,2%). Já em 2015 houve alteração desse perfil, o percentual de casais sem filhos aumentou, passando para 26,3% e casais com filhos registrou queda, representando 25,2%. Apesar da redução entre 1991 e 2015, ainda predominavam nas famílias sem idosos, os casais com filhos (69,5% e 53,3%, respectivamente). Outra informação refere-se ao percentual crescente de homens e mulheres que vivem sozinhos. Em 1991, homens sozinhos representavam 3,4% e em 2015 passou para 9,9%. Já as mulheres, com o percentual maior, passaram de 14,4% para 19,1% no mesmo período.

TABELA 2 - Indicadores para a população idosa - Brasil, 1940 a 2015

	1991		2015	
	NUCLEARES	EXTENSAS	NUCLEARES	EXTENSAS
FAMÍLIAS COM IDOSOS				
Casal sem filhos	14,3	5,9	21,5	4,8
Casal com filhos	18,9	22,1	14,8	10,5
Mãe com filhos	8,5	5,8	8,5	8,0
Mulher sozinha	6,3	8,0	13,4	5,7
Pai com filhos	3,7	3,1	1,6	1,3
Homem sozinho	1,7	1,6	7,5	2,4
TOTAL	53,5	46,5	67,3	32,7
FAMÍLIAS SEM IDOSOS				
Casal sem filhos	8,3	2,5	13,8	1,5
Casal com filhos	59,0	10,5	47,5	5,8
Mãe com filhos	2,0	1,3	11,0	3,4
Mulher sozinha	7,5	3,0	4,8	1,6
Pai com filhos	3,1	1,7	1,4	0,3
Homem sozinho	0,8	0,3	7,5	1,5
TOTAL	80,7	19,3	85,9	14,1

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 1991; PNAD de 2015.

SAÚDE

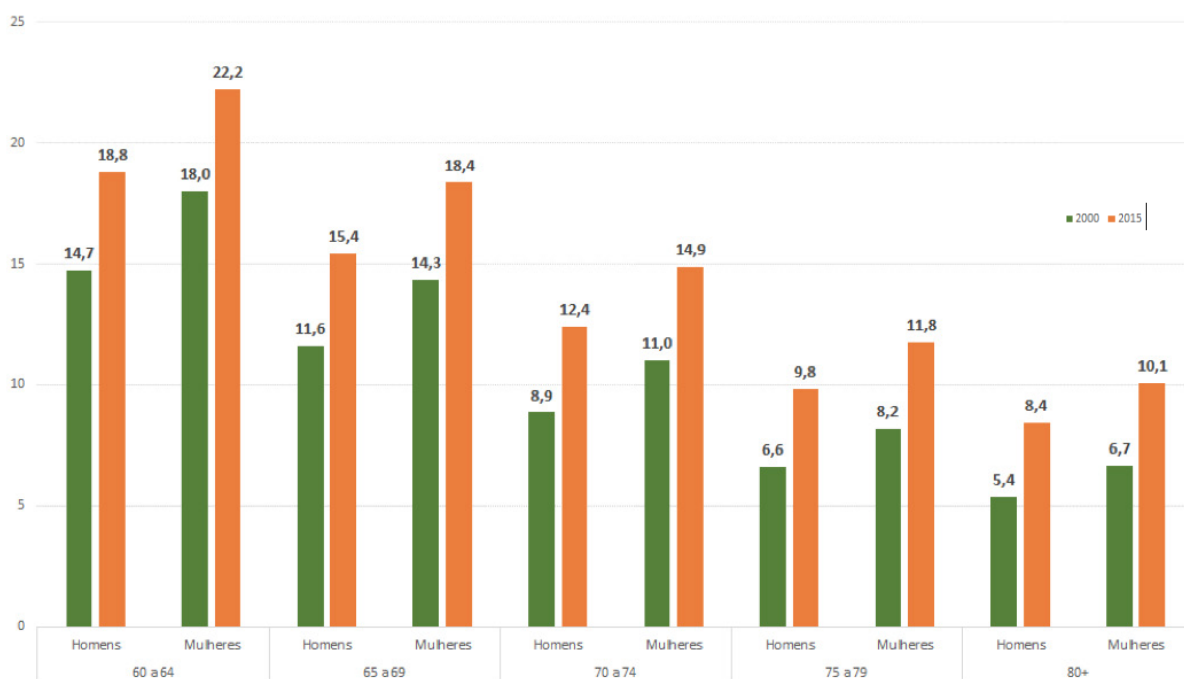
A queda da mortalidade ocorrida ao longo do século XX foi uma das maiores conquistas sociais. Beneficiou todas as idades, mas ocorreu de forma diferenciada no que diz respeito à velocidade, intensidade e *timing* entre grupos de idade e causas. A redução foi observada primeiro entre os mais jovens, especialmente entre as crianças, devido à diminuição dos óbitos por doenças infecciosas e parasitárias. Depois, houve redução das taxas de mortalidade da população adulta, e com o aumento

da longevidade, ganharam importância as doenças crônico-degenerativas (FRIES, 2005; FERRUCCI et al., 2008; REZENDE et al., 2004). Entre os homens idosos essa taxa, embora seja mais elevada do que as taxas das mulheres, registrou uma queda mais acentuada, de 33,6 em 1991 para 22,7 por 1.000 habitantes em 2015. Já entre as mulheres idosas, seguindo a mesma tendência de queda, esta foi menos expressiva, de 21,7 para 19,0 por 1.000 habitantes.

Os ganhos para a população idosa também podem ser observados no aumento da esperança de vida nas faixas de idade a partir de 60 anos e de acordo com o sexo. O indicador é mais elevado para as mulheres e registrou aumento entre 2000 e 2015, conforme gráfico 5. O maior ganho foi para as mulheres com idade entre 60 e 64 anos. Ou seja, espera-se que uma mulher com idade entre 60 e 64 anos viva, em média, mais 22,0 anos e os homens, 18,0 anos.

GRÁFICO 5 - Esperança de vida na faixa de idade por sexo - Brasil, 2000 a 2015

Fonte: IBGE/Tábuas de mortalidade 2000 e 2015.



Além dos ganhos obtidos nas esperanças de vida, também houve ganhos na esperança de vida saudável entre 2000 e 2015. Ou seja, são anos de vida vividos sem incapacidades. Segundo a Comissão Europeia¹ a esperança de vida saudável é um indicador que tem sido utilizado para: analisar a saúde como fator econômico e de produtividade; introduzir o conceito de qualidade de vida; avaliar a empregabilidade dos trabalhadores mais idosos; acompanhar os progressos realizados em termos de acesso, qualidade e sustentabilidade dos cuidados de saúde. De acordo com a tabela 3, entre 2000 e

1. Disponível em https://ec.europa.eu/health/about_pt

2015, houve ganhos na esperança de vida saudável ao nascer e aos 60 anos. Em 2015, um brasileiro ao nascer esperava viver sem incapacidades, em média, mais 65,5 anos. Para as mulheres esse indicador foi de 67,8 anos e entre os homens 63,1 anos. Esses diferenciais podem ser explicados, pois as mulheres, em média, têm hábitos mais saudáveis que os homens e realizam exames preventivos ao longo da vida. Essa não é uma realidade vivenciada entre os homens, pois não têm o hábito de consultar o médico como medida de prevenção. Segundo Arruda et al. (2017), a procura por atendimento médico ocorre em situações extremas. Ainda de acordo com os autores, dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SAI-SUS), para o ano de 2010, revelaram que o número médio de consultas médicas de homens com idade entre 20 e 59 anos foi de 0,06 e de mulheres, de 4,33. O que significa que a prevenção, antes de se tornar idoso, não é realizada pelos homens.

Essa mesma tendência de aumento e maior esperança de vida saudável para as mulheres foi observada aos 60 anos. Alcançando a idade de 60 anos, a idosa esperava viver sem incapacidades, mais 17,3 anos, e os homens idosos, 15 anos. Destaca-se que os maiores ganhos para os homens foram na esperança de vida ao nascer (3,8 anos) e para as mulheres, aos 60 anos (1,9 anos).

TABELA 3 - Esperança de vida ao nascer e aos 60 anos saudável - Brasil, 2000 e 2015

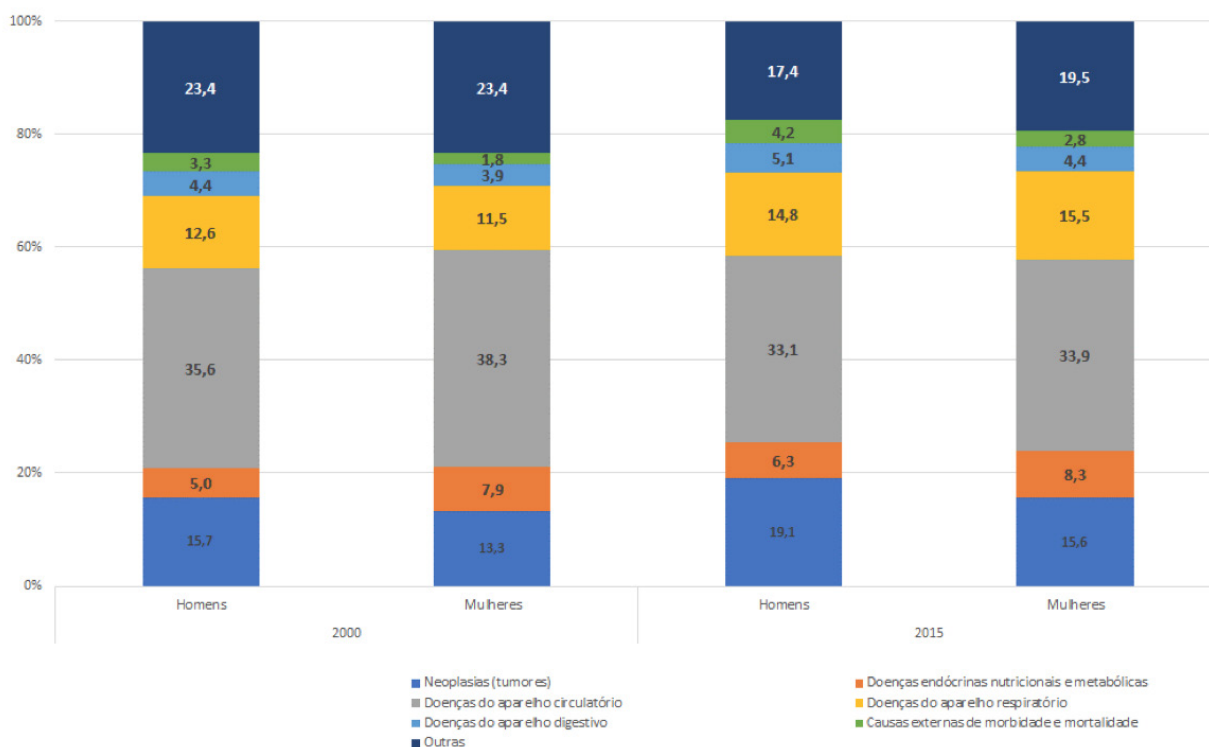
	E ₀ SAUDÁVEL		E ₆₀ SAUDÁVEL	
	2000	2015	2000	2015
Homens	59,3	63,1	13,3	15,0
Mulheres	64,5	67,8	15,4	17,3
TOTAL	61,9	65,5	14,4	16,2

Fonte: WHO

As mudanças na dinâmica demográfica ocorreram não somente em função da transição demográfica, mas também em consequência da transição epidemiológica, caracterizada pela mudança nos padrões de morbimortalidade². Por um lado, ocorreu a queda da mortalidade por doenças infecciosas e aumento na expectativa de vida. Por outro, o aumento das doenças crônico-degenerativas e das causas externas. Essas mudanças contribuíram para configurar o atual perfil da mortalidade no Brasil. O gráfico 6 apresenta a distribuição proporcional das principais causas de morte da população idosa por sexo nos anos de 2000 e 2015. Entre elas destacam-se, para ambos os anos, os óbitos devido às doenças do aparelho circulatório, seguido das neoplasias e aparelho respiratório. Essa tendência também é observada para homens e mulheres. No entanto, embora o padrão seja o mesmo para 2000 e 2015, nota-se que as doenças do aparelho circulatório registraram queda entre os idosos, passou de 35,6% para 33,1% e entre as idosas, de 38,3% para 33,9%. Já os óbitos por neoplasia tiveram um aumento, de 15,7% para 19,1% entre os homens e entre as mulheres, de 13,3% para 15,6%. Outras causas que também registraram aumento foram as doenças do aparelho respiratório e as causas externas. Estas últimas com o percentual mais elevado entre os homens, passando de 3,3% para 4,2%.

2. Termo utilizado para análise dos óbitos (mortalidade) e das doenças e agravos à saúde em uma população (morbidade).

GRÁFICO 6 - Distribuição proporcional das principais causas de morte da população idosa - Brasil, 2000 e 2015 *Fonte: Ministério da Saúde/Datasus*

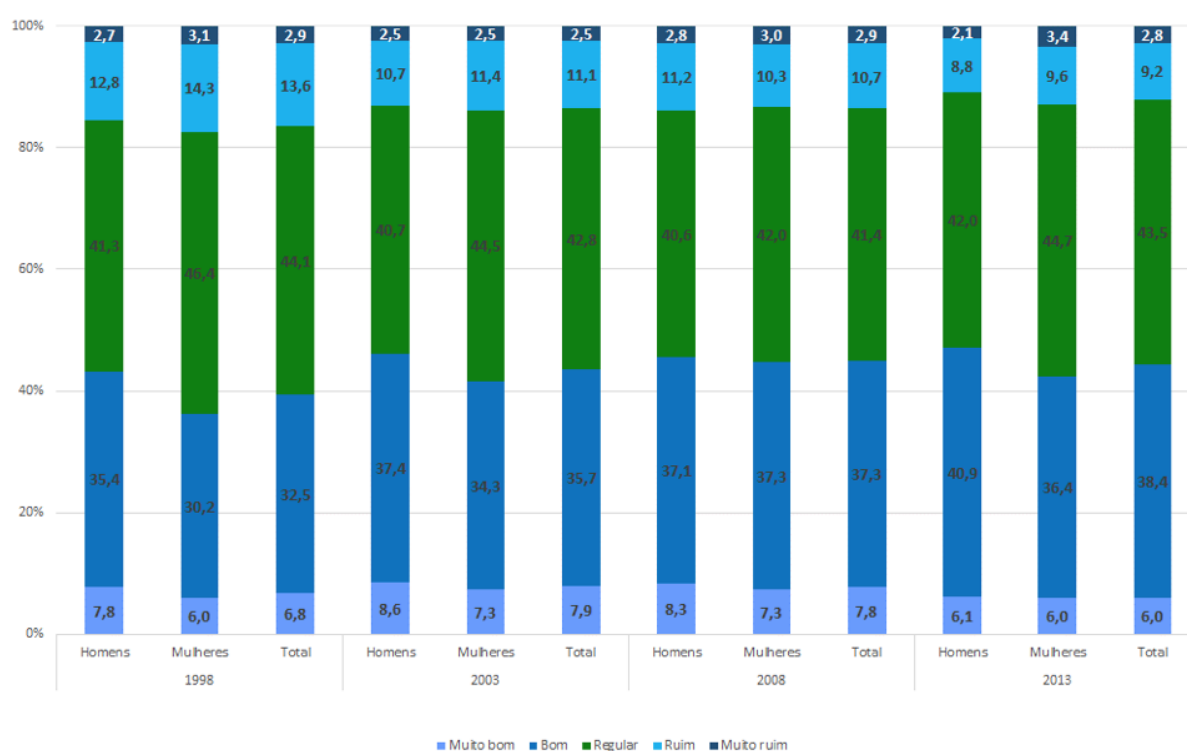


Outros dois indicadores importantes para a avaliação de saúde são a percepção sobre o estado de saúde do idoso e o percentual de doenças crônicas selecionadas, diabetes, artrite, hipertensão, doenças do coração e depressão. O gráfico 7 apresenta a distribuição percentual da população idosa sobre a percepção do seu estado geral de saúde. Os dados foram obtidos no suplemento especial de Saúde da PNAD de 1998, 2003 e 2008 e da PNS de 2013. Embora a proporção de idosos que declarou sua condição de saúde como regular, ruim ou muito ruim tenha diminuído entre 1998 e 2013, 55,6% declarou seu estado de saúde como negativo.

Observa-se que entre os homens, a percepção sobre seu estado de saúde é um pouco mais elevada quando comparado ao das mulheres. Em 1998, 43,2% dos homens declararam que sua saúde era muito boa ou boa, enquanto que as mulheres, registraram 36,2%. Essa mesma tendência foi observada em 2013, com percentuais de 47,1% e 42,4%, respectivamente. Já as mulheres têm uma percepção pior, visto que em 1998, 17,4% das idosas avaliou como ruim ou muito ruim, e entre os homens, esse percentual foi 15,5%. Em 2013, a tendência foi mantida, 10,9% e 13,0%, respectivamente. Sabendo que as informações de saúde são muito sensíveis as diferenças entre homens e mulheres, especialmente na busca por atendimento médico, autores justificam que as mulheres procuram por serviços de saúde como forma de prevenção, além da necessidade de realização de exames rotineiros, como os ginecológicos. Isto permite o acompanhamento da doença e, assim, são mais conscientes de seu estado de

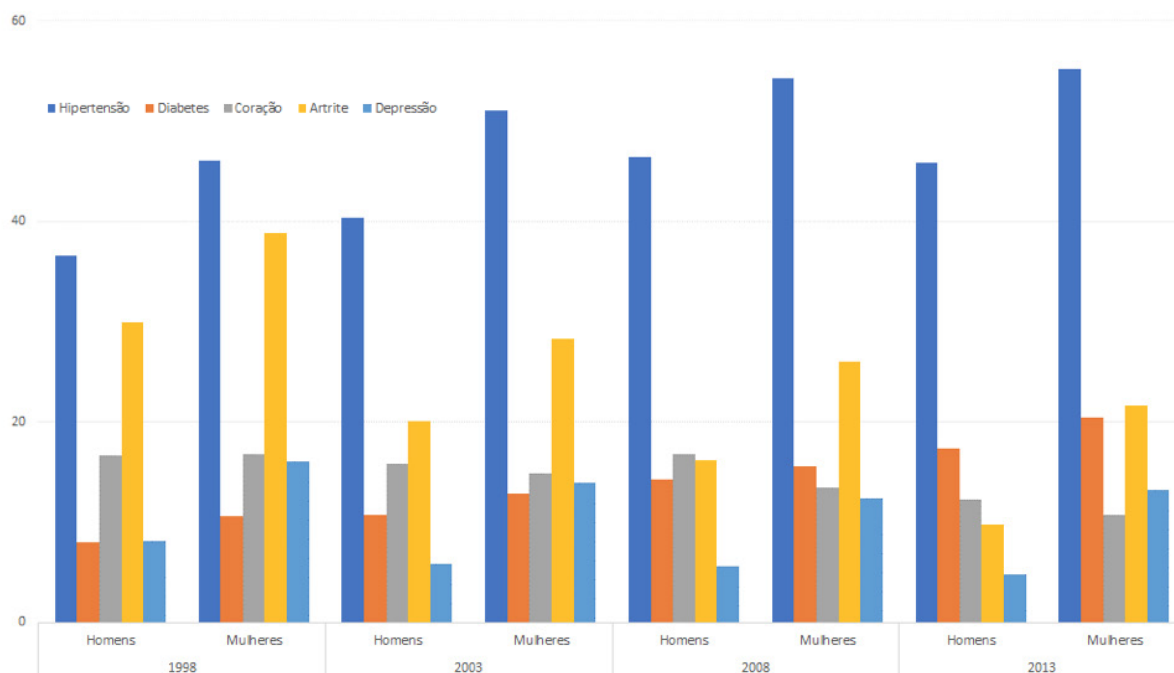
saúde. Entre os homens, a procura por atendimento médico ocorre em situações de emergência, e sua percepção de saúde é frequentemente avaliada como boa (DUNLOP et al., 2002; FERNANDEZ et al., 1999; MUTRAN; FERRERO, 1988).

GRÁFICO 7 - Distribuição percentual da população de 60 anos ou mais de idade por sexo segundo a auto avaliação de saúde - Brasil - 1998, 2003, 2008 e 2013 *Fonte: IBGE/PNAD de 1998, 2003 e 2008. PNS de 2013.*



Entre as doenças crônicas selecionadas, a hipertensão é a de maior percentual tanto em homens quanto em mulheres em todos os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013. O comportamento foi crescente, variando entre os homens de 36,6% em 1998 a 45,8% em 2013. Entre as mulheres, os percentuais também cresceram, passando de 46,1% para 55,2%. Outro aumento foi observado entre os idosos que declararam ter diabetes. Com percentual mais elevado entre as mulheres, variou de 10,6% em 1998 a 20,4% em 2013. Entre os homens, em patamares menores, variou de 8,0% a 17,3%. As quedas nos percentuais foram observadas nas doenças do coração, artrite e depressão, conforme o gráfico 8. No entanto, destaca-se a diminuição da artrite, passando de 30,0% para 9,7% entre os homens e entre as mulheres, de 38,8% para 21,6%, no período analisado.

GRÁFICO 8 - Percentual da população de 60 anos ou mais de idade por sexo segundo doenças crônicas - Brasil - 1998, 2003, 2008 e 2013 Fonte: IBGE/PNAD de 1998, 2003 e 2008. PNS de 2013.



POLÍTICAS DE SAÚDE: ATENÇÃO À SAÚDE

Conforme observado ao longo deste capítulo, o Brasil apresentou ganhos significativos na esperança de vida entre os idosos, embora este indicador ainda seja menor quando comparado a países vizinhos, indicando a possibilidade de redução das taxas de mortalidade entre os idosos no Brasil (KANSO, 2011).

Um indicador que pode auxiliar nessa avaliação e monitoramento é a taxa de internação hospitalar dos idosos referente as doenças sensíveis a atenção básica, a saber: neoplasias, diabetes *mellitus*, doenças hipertensivas, doenças isquêmicas e do coração, outras doenças cerebrovasculares, acidente vascular cerebral (AVC) e pneumonia. A seguir são apresentados os gráficos com as taxas de internação (a cada 10.000 habitantes) por sexo de acordo com a doença para o período de 2003 a 2012. Os gráficos referem-se aos grupos de idade de 60 a 69 anos e 70 anos ou mais. Os níveis são mais elevados para a população mais velha e masculina, à exceção da diabetes *mellitus* e das doenças hipertensivas, na qual as taxas foram mais elevadas para as mulheres. As doenças com as taxas mais elevadas de internação e com tendência crescente foram: neoplasias, doenças isquêmicas e do coração e pneumonia para o grupo de 70 anos ou mais. A tendência de queda foi observada entre as hipertensivas e AVC. Entre as doenças, a maior taxa foi em 2012, para os homens com 70 anos ou mais e com pneumonia (202,3 a cada 10.000 habitantes) e a menor, entre as mulheres em 2011, com 60 a 69 anos com outras doenças cerebrovasculares (2,4).

GRÁFICO 9 - Taxas de internação hospitalar (SUS) da população de 60 a 69 anos, segundo sexo por causas selecionadas: neoplasias - Brasil, 2003 a 2012 Fonte: Ministério da Saúde/Datasus

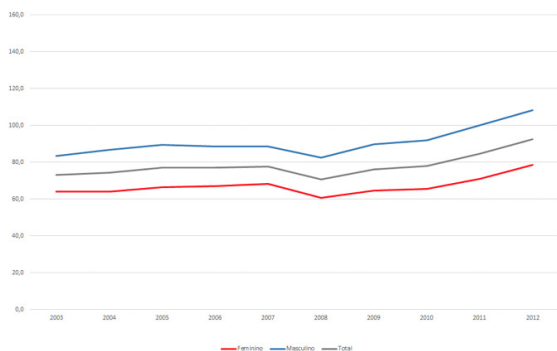


Gráfico 10 - Taxas de internação hospitalar (SUS) da população de 70 anos ou mais, segundo sexo por causas selecionadas: neoplasias - Brasil, 2003 a 2012 Fonte: Ministério da Saúde/Datasus

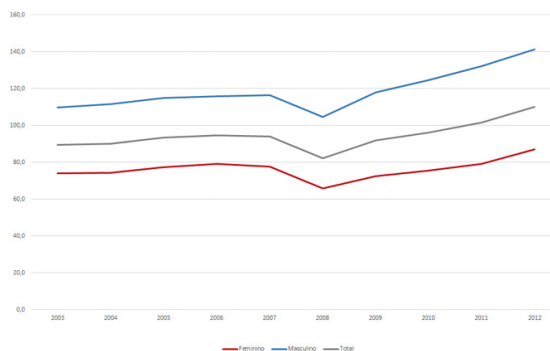


Gráfico 11 - Taxas de internação hospitalar (SUS) da população de 60 a 69 anos, segundo sexo por causas selecionadas: diabetes mellitus - Brasil, 2003 a 2012 Fonte: Ministério da Saúde/Datasus

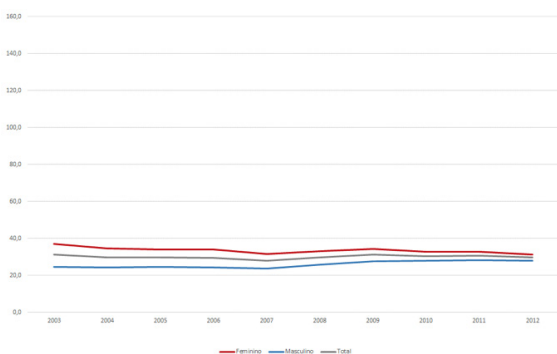


Gráfico 12 - Taxas de internação hospitalar (SUS) da população de 70 anos ou mais, segundo sexo por causas selecionadas: diabetes mellitus - Brasil, 2003 a 2012 Fonte: Ministério da Saúde/Datasus

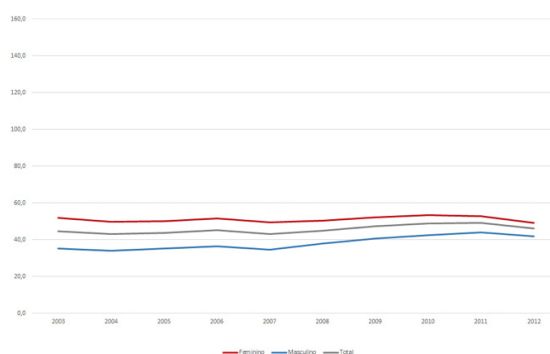


Gráfico 13 - Taxas de internação hospitalar (SUS) da população de 60 a 69 anos, segundo sexo por causas selecionadas: doenças hipertensivas - Brasil, 2003 a 2012 Fonte: Ministério da Saúde/Datasus

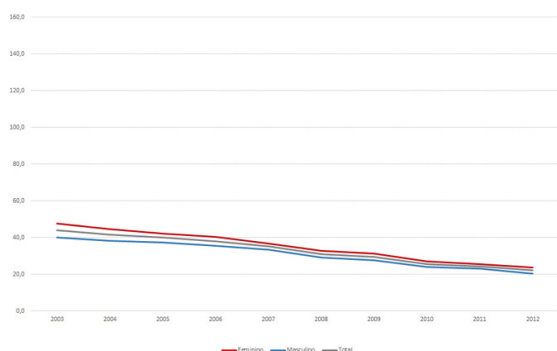


Gráfico 14 - Taxas de internação hospitalar (SUS) da população de 70 anos ou mais, segundo sexo por causas selecionadas: doenças hipertensivas - Brasil, 2003 a 2012 Fonte: Ministério da Saúde/Datasus

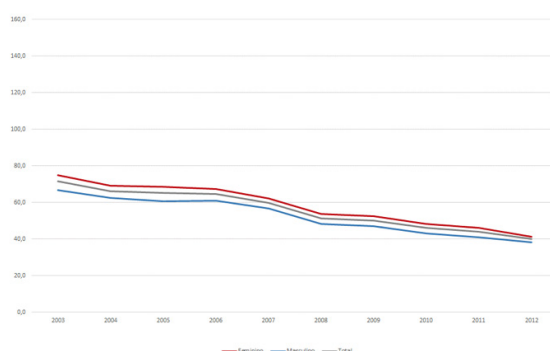


GRÁFICO 15 - Taxas de internação hospitalar (SUS) da população de 60 a 69 anos, segundo sexo por causas selecionadas: doenças isquêmicas e do coração - Brasil, 2003 a 2012 Fonte: Ministério da Saúde/Datasus

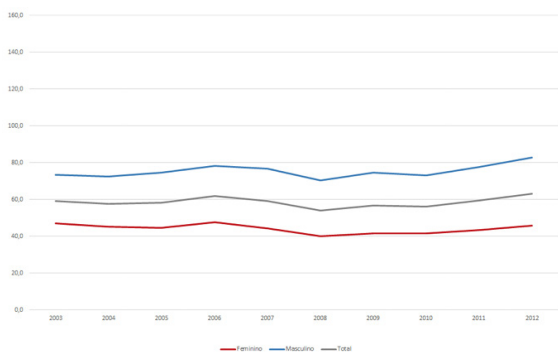


Gráfico 16 - Taxas de internação hospitalar (SUS) da população de 70 anos ou mais, segundo sexo por causas selecionadas: doenças isquêmicas e do coração - Brasil, 2003 a 2012 Fonte: Ministério da Saúde/Datasus

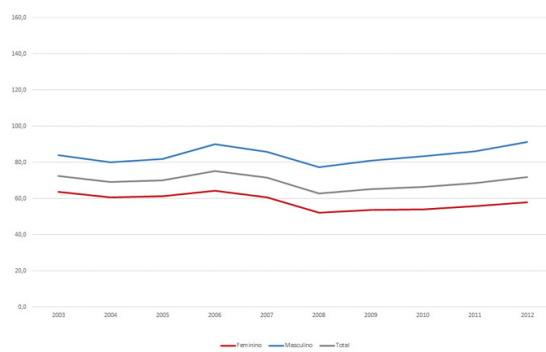


Gráfico 17 - Taxas de internação hospitalar (SUS) da população de 60 a 69 anos, segundo sexo por causas selecionadas: outras doenças cerebrovasculares - Brasil, 2003 a 2012 Fonte: Ministério da Saúde/Datasus

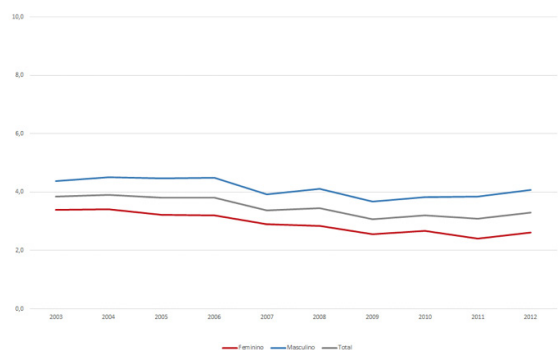


Gráfico 18 - Taxas de internação hospitalar (SUS) da população de 70 anos ou mais, segundo sexo por causas selecionadas: outras doenças cerebrovasculares Brasil, 2003 a 2012 Fonte: Ministério da Saúde/Datasus

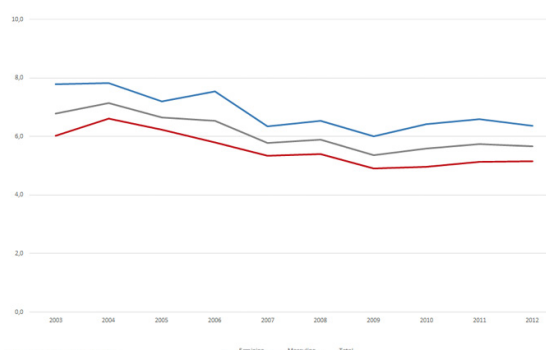


Gráfico 19 - Taxas de internação hospitalar (SUS) da população de 60 a 69 anos, segundo sexo por causas selecionadas: AVC - Brasil, 2003 a 2012 Fonte: Ministério da Saúde/Datasus

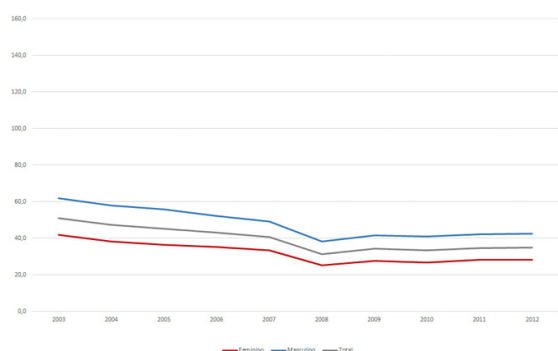


Gráfico 20 - Taxas de internação hospitalar (SUS) da população de 70 anos ou mais, segundo sexo por causas selecionadas: AVC - Brasil, 2003 a 2012 Fonte: Ministério da Saúde/Datasus

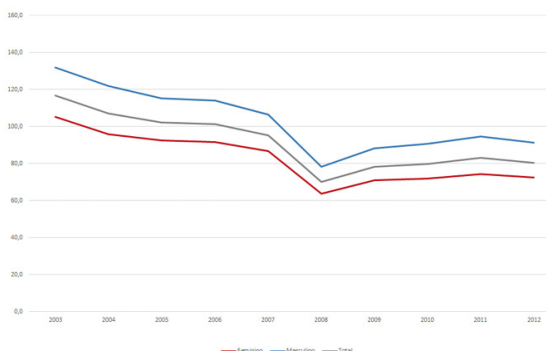


GRÁFICO 21 - Taxas de internação hospitalar (SUS) da população de 60 a 69 anos, segundo sexo por causas selecionadas: pneumonia - Brasil, 2003 a 2012 Fonte: Ministério da Saúde/Datasus

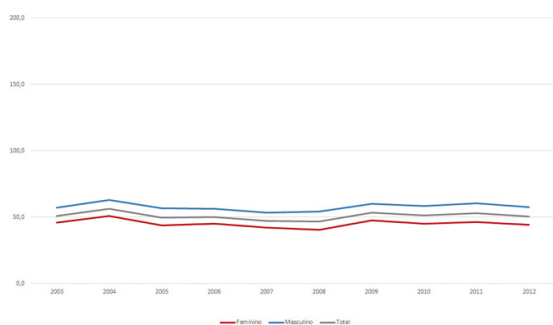
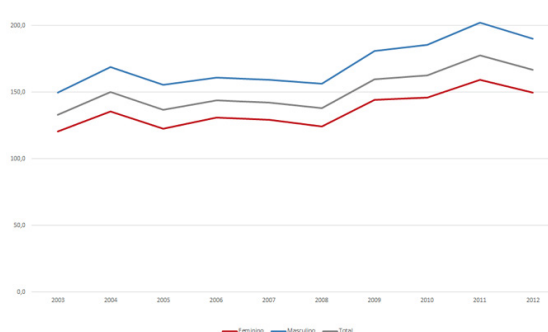


Gráfico 22 - Taxas de internação hospitalar (SUS) da população de 70 anos ou mais, segundo sexo por causas selecionadas: pneumonia - Brasil, 2003 a 2012 Fonte: Ministério da Saúde/Datasus



MOBILIDADE E ACESSIBILIDADE

Para responder às necessidades de uma população mais envelhecida e acometida, sobretudo, por doenças crônicas (WONG; CARVALHO, 2006), são importantes os estudos sobre mobilidade e acessibilidade. Segundo Blanco et al (2014), em consequência do envelhecimento, algumas necessidades públicas, como transporte e saúde são necessárias. De acordo com os autores (p. 143), “a mobilidade é um dos fatores responsáveis pela qualidade do envelhecimento do indivíduo, pois garante manutenção da atividade cotidiana e a autonomia dos idosos”. Uma das causas de morte com maior percentual são as quedas. E isso se deve também a necessidade de melhorias das vias públicas e dos espaços utilizados cada vez mais utilizada por idosos. Segundo Camarano, Kanso e Fernandes (2016), a elevação no percentual de óbitos referente às quedas indica uma demanda na melhoria e na adequação dos espaços utilizados. Para Camarano, Kanso e Mello (2004, p. 43), estas causas:

“estão relacionadas diretamente com a circulação dos idosos pelos espaços públicos que, apesar das leis existentes com o intuito de normatizá-los, são ainda bastante inadequados. À medida que os idosos passam a utilizar mais o espaço da rua no seu cotidiano, tornam-se mais suscetíveis e vulneráveis a acidentes. Da mesma forma, passam a ficar mais expostos aos riscos da violência urbana”.

Informações sobre a mobilidade e acessibilidade dos idosos podem ser observadas nos gráficos seguintes, para homens e mulheres, nos anos de 1998, 2003 e 2008. As informações apresentadas referem-se ao grau de dificuldade para desempenhar as seguintes atividades: a) alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro; b) correr, levantar objetos pesados, praticar esportes ou realizar trabalhos pesados; c) empurrar mesa ou realizar consertos domésticos; d) subir ladeira ou escada; e) abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se; f) andar mais do que um quilômetro e g) andar cerca de 100 metros.

Observa-se que boa parte das atividades, há uma percepção de maior dificuldade para as mulheres quando comparada aos homens. As atividades relacionadas ao próprio cuidado, como alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro, tem um percentual elevado de idosos sem nenhuma dificuldade (84,8% em 2008). Atividades que exigem um pouco mais de esforço físico, o grau de dificuldade aumenta. Entre os idosos, 62,7% declararam ter alguma dificuldade para correr, levantar objetos pesados, praticar esportes ou realizar trabalhos pesados e 39,8% declararam não conseguir ou tem grande dificuldade. Empurrar mesa ou realizar consertos domésticos registrou um percentual de 43,0% que tem alguma dificuldade, embora 57,0% tenha declarado não ter qualquer dificuldade. Entre os idosos, metade declarou que tem alguma dificuldade em abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se e a outra metade, avaliou não ter dificuldade. Subir ladeira ou escada e andar cerca de 100 metros também seguiram a mesma tendência da atividade anterior. Já andar mais do que um quilômetro exige esforço maior, e em 2008 o percentual que declarou alguma dificuldade foi de 42,6%. Em todas essas atividades, conforme a idade avança, maiores os percentuais de ter alguma dificuldade para realização, pois sua mobilidade e agilidade reduzem-se, especialmente entre os mais idosos, sendo mais intensas entre as mulheres.

GRÁFICO 23 - Distribuição percentual da população idosa segundo dificuldade para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro - Brasil - 1998, 2003 e 2008 Fonte: IBGE/PNAD de 1998, 2003 e 2008

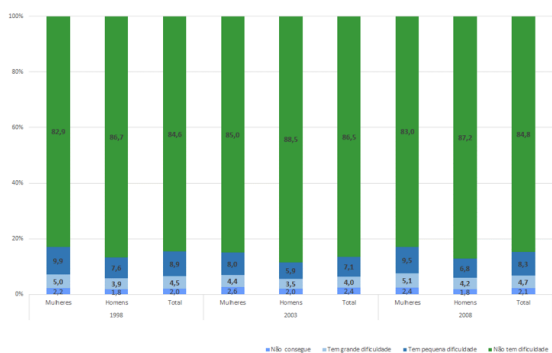
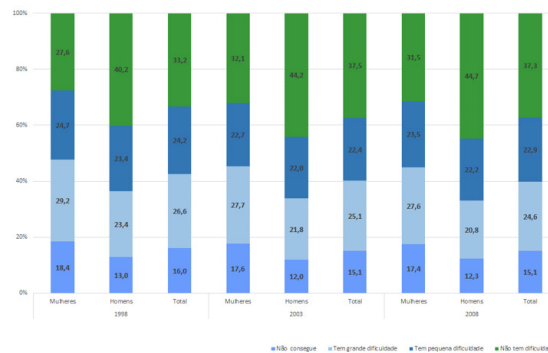


Gráfico 24 - Distribuição percentual da população idosa segundo dificuldade para correr, levantar objetos pesados, praticar esportes ou realizar trabalhos pesados - Brasil - 1998, 2003 e 2008 Fonte: IBGE/PNAD de 1998, 2003 e 2008



Pesquisa e produção do conhecimento para disseminação sobre temas diversos da pessoa idosa

GRÁFICO 25 - Distribuição percentual da população idosa segundo dificuldade para empurrar mesa ou realizar consertos domésticos - Brasil - 1998, 2003 e 2008 Fonte: Ministério da Saúde/Datasus

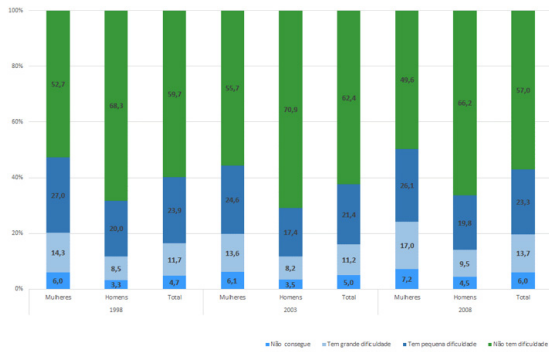


Gráfico 26 - Distribuição percentual da população idosa segundo dificuldade para abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se - Brasil - 1998, 2003 e 2008 Fonte: Ministério da Saúde/Datasus

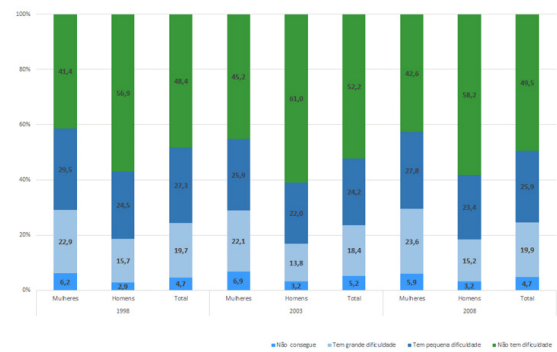


Gráfico 27 - Distribuição percentual da população idosa segundo dificuldade para subir ladeira ou escada - Brasil - 1998, 2003 e 2008 Fonte: Ministério da Saúde/Datasus

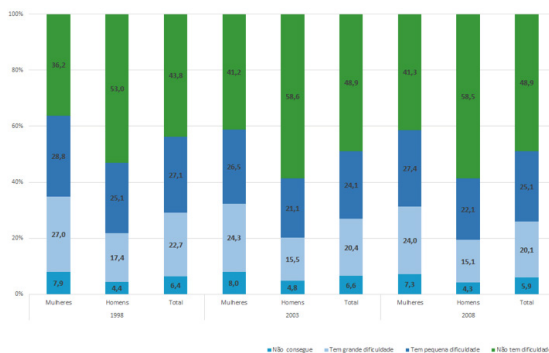


Gráfico 28 - Distribuição percentual da população idosa segundo dificuldade para andar mais do que um quilômetro - Brasil - 1998, 2003 e 2008 Fonte: Ministério da Saúde/Datasus

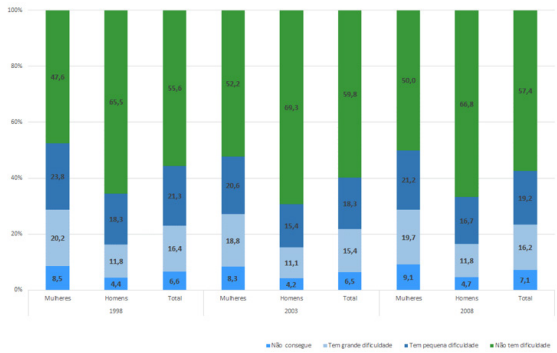
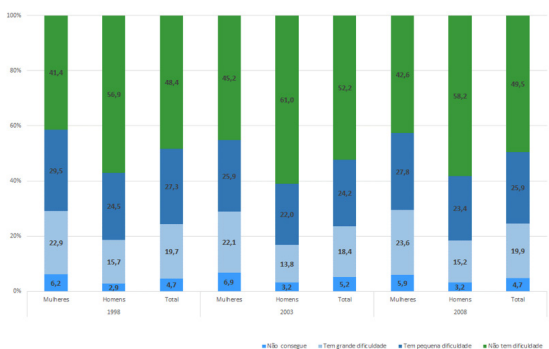


Gráfico 29 - Distribuição percentual da população idosa segundo dificuldade para andar cerca de 100 metros - Brasil - 1998, 2003 e 2008 Fonte: Ministério da Saúde/Datasus



Apesar da relevância do tema, poucos estudos na área social contemplam a dimensão da deficiência, especialmente com foco nos idosos. As informações sobre deficiência são coletadas, de forma não padronizada, desde o Censo Demográfico de 1991. No entanto, neste capítulo, devido à dificuldade de compatibilização dos dados serão apresentadas apenas as informações de 2010.

No Censo de 2010, as questões sobre deficiências dizem respeito às dificuldades permanentes de enxergar, ouvir, caminhar ou subir degraus, além de deficiência mental ou intelectual permanente. As informações investigadas mostram que conforme a idade avança, maior o percentual e se mostraram diferentes entre homens e mulheres. As diferenças mais discrepantes foram observadas na deficiência auditiva, alcançando um percentual de 7 p.p. a mais na idade de 75 a 79 anos para os homens, estes com 32,9% e mulheres com 25,8%. Com percentuais bastante reduzidos, a deficiência mental não registrou diferenças entre homens e mulheres, com percentuais variando de 2,0% em idosos com 60 a 64 anos a 4,3% entre os muito idosos (80 anos ou mais). Entre as idosas, variou de 1,9% entre as mais jovens a 5,4% nas muito idosas, conforme tabela 4.

Embora as mulheres tenham uma esperança de vida mais elevada que os homens, elas convivem por um período maior de fragilidade do que eles (NOGALES, 1998; CAMARANO E KANSO, 2010). Esse prolongamento da vida entre as mulheres, provavelmente serão anos de vida a mais com algum tipo de deficiência ou doença crônica.

TABELA 4 - Percentual da população idosa por idade e sexo segundo os tipos de deficiências - Brasil, 2010

	60-64	65-69	70-74	75-79	80+
HOMENS					
Deficiência visual	39,9	42,8	46,1	49,9	55,6
Deficiência auditiva	14,4	19,5	25,7	32,9	44,4
Deficiência mental	2,0	2,1	2,4	3,2	4,3
Deficiência motora	16,6	21,3	27,5	35,6	50,6
MULHERES					
Deficiência visual	46,2	48,6	51,2	52,7	55,9
Deficiência auditiva	11,6	15,3	20,0	25,8	38,1
Deficiência mental	1,9	1,9	2,3	3,2	5,4
Deficiência motora	25,8	32,5	40,0	48,1	62,0

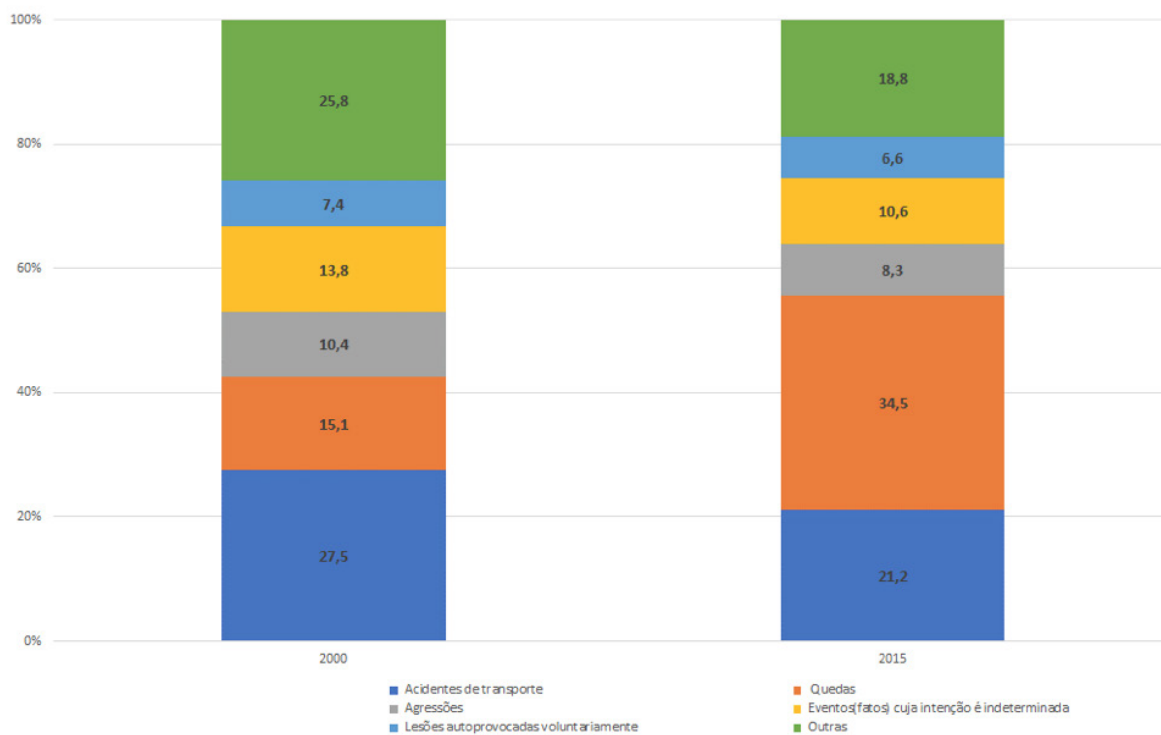
Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 2010.

VIOLÊNCIA

As informações sobre violência apresentadas a seguir referem-se à distribuição proporcional das causas de morte por violência em 2000 e 2015. De acordo com o gráfico, a principal causa de morte por violência entre idosos em 2000 foram os acidentes de trânsito (27,5%), seguido das quedas (15,1%). Em terceiro lugar estavam os eventos cuja intenção é indeterminada (13,8%), em quarto, os homicídios (10,4%), seguido dos suicídios (7,4%). As outras causas de morte incluem: afogamento e submersões acidentais, exposição à fumaça, ao fogo e às chamas, envenenamento, intoxicação por substância nociva, intervenções legais e operações de guerra, entre outras. Em 2015, essa configuração foi alterada devido a dois movimentos: a queda nos acidentes de trânsito (21,2%) e significativo aumento das quedas, responsáveis por 34,5%. Esse aumento, conforme falado anteriormente, é resultado também da falta de acessibilidade e mobilidade dos espaços públicos para idosos.

GRÁFICO 30 - Distribuição percentual das causas de morte por violência - Brasil, 2000 e 2015

Fonte: Ministério da Saúde/Datasus



INCLUSÃO SOCIAL

Outro indicador utilizado para avaliar as condições de vida de uma população e que está associado as condições de saúde e a participação no mercado de trabalho é a escolaridade. Conforme a tabela a seguir, observa-se o percentual de idosos analfabetos e o número médio de anos de estudo por sexo para os anos de 2001, 2006, 2011 e 2015. Tanto para os homens quanto para as mulheres, o percentual de analfabetismo diminuiu e o número médio de anos de estudo aumentou. No início dos

anos 2000, o percentual de analfabetismo entre as mulheres era mais elevado e foi decrescendo até alcançar níveis similares ao dos homens, 22,8% e 21,8%, respectivamente. Esses resultados refletem o efeito coorte. Idosos de décadas anteriores tiveram acesso restrito à educação formal, enquanto que as gerações seguintes foram beneficiadas pelo acesso ampliado da educação formal (CAMARANO, KANSO E FERNANDES, 2016). Apesar da elevação no número médio de anos de estudo para ambos os sexos, esse indicador ainda é baixo. Para os homens, a escolaridade média aumentou de 3,0 anos para 4,8 anos e, para as mulheres, de 3,4 ano para 5,0 anos.

TABELA 5 - PERCENTUAL DE ANALFABETOS E NÚMERO MÉDIO DE ESTUDO DA POPULAÇÃO IDOSA POR SEXO - BRASIL - 2001, 2006, 2011 E 2015

	2001	2006	2011	2015
PERCENTUAL DE ANALFABETOS				
Homens	31,3	27,6	23,2	21,8
Mulheres	36,2	30,9	26,1	22,8
TOTAL	34,0	29,5	24,8	22,3
NÚMERO MÉDIO DE ANOS DE ESTUDO				
Homens	3,0	3,6	4,2	4,8
Mulheres	3,4	4,0	4,6	5,0
TOTAL	3,2	3,8	4,4	4,9

Fonte: IBGE/PNAD de 2001, 2006, 2011 e 2015.

A taxa de participação da população idosa no mercado de trabalho vem caindo tanto para homens quanto para mulheres, com mais intensidade para eles. Entre os homens idosos, a taxa passou de 45,9% em 2001 para 39,1% em 2015. Em níveis bem menores, porém com uma queda mais discreta, as mulheres passaram de 19,2% para 17,5% durante o mesmo período. De acordo com Camarano, Kanso e Fernandes (2016), essa queda se justifica pela saída precoce da força devido, em grande parte, à aposentadoria, apesar do contínuo aumento da esperança de vida.

Ainda segundo Camarano, Kanso e Fernandes (2016), o processo de envelhecimento populacional também provocou o envelhecimento da população economicamente ativa (PEA). Ainda segundo as autoras (p.86):

“Isto requer uma permanência mais longa dos trabalhadores na atividade econômica para compensar a menor entrada. Além disso, o prolongamento da permanência pode ser importante, também para os trabalhadores idosos, não apenas pela renda gerada, mas pelo fato de que o trabalho é um fator de integração social, principalmente, para os homens. O Brasil é um dos poucos países do mundo que permite que o aposentado retorne ao mercado de trabalho sem nenhuma restrição”.

GRÁFICO 31 - Taxa de atividade da população idosa masculina por faixa etária - Brasil - 2001, 2006, 2011 e 2015 *Fonte: IBGE/PNAD de 2001, 2006, 2011 e 2015.*

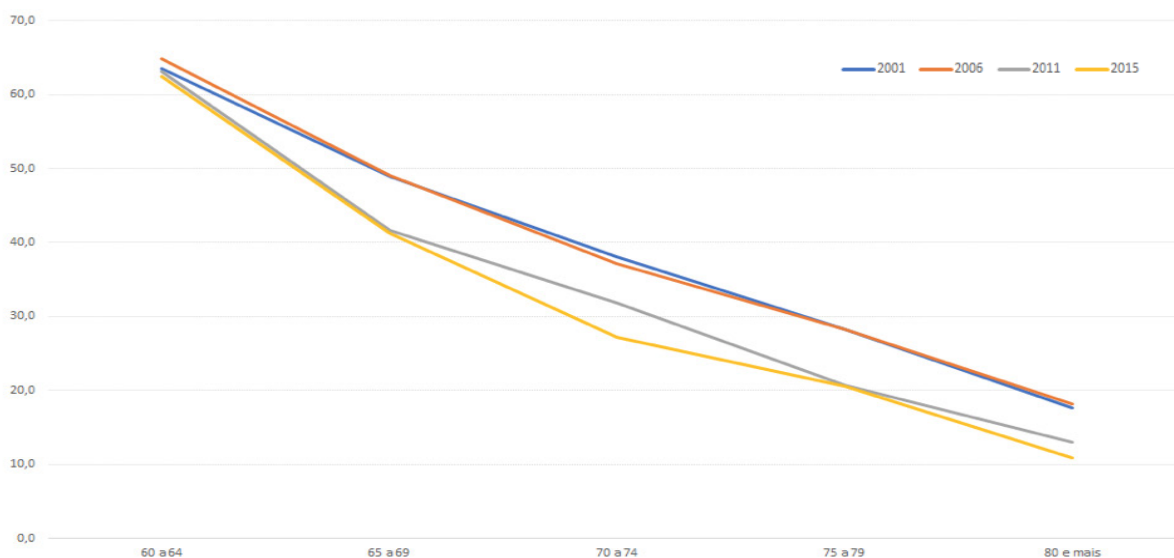
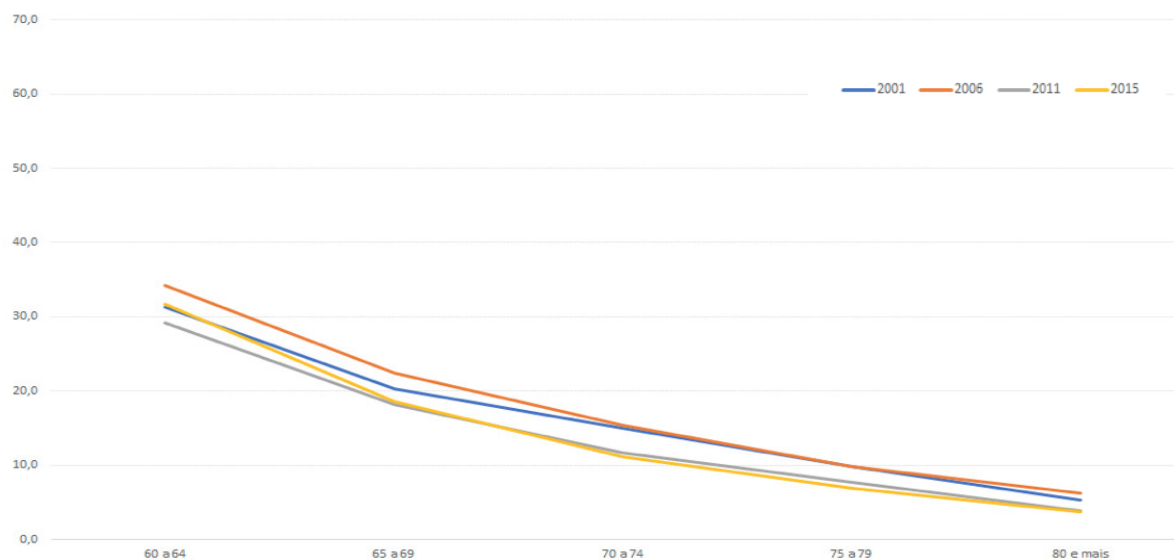


GRÁFICO 32 - Taxa de atividade da população idosa feminina por faixa etária - Brasil - 2001, 2006, 2011 e 2015 *Fonte: IBGE/PNAD de 2001, 2006, 2011 e 2015.*



O percentual de idosos aposentados no período de 2001 a 2015 não variou muito permanecendo em 66,0%. Apesar do comportamento similar entre homens e mulheres, os níveis são mais elevados para os homens, conforme gráficos a seguir. O percentual de homens aposentados em 2001 era de 79,0% e em 2015 passou para 75,2%. Enquanto que as mulheres registraram um aumento, de 55,0% para 60,0%.

GRÁFICO 33 - Percentual de aposentados na população idosa masculina por faixa etária - Brasil - 2001, 2006, 2011 e 2015 *Fonte: IBGE/PNAD de 2001, 2006, 2011 e 2015.*

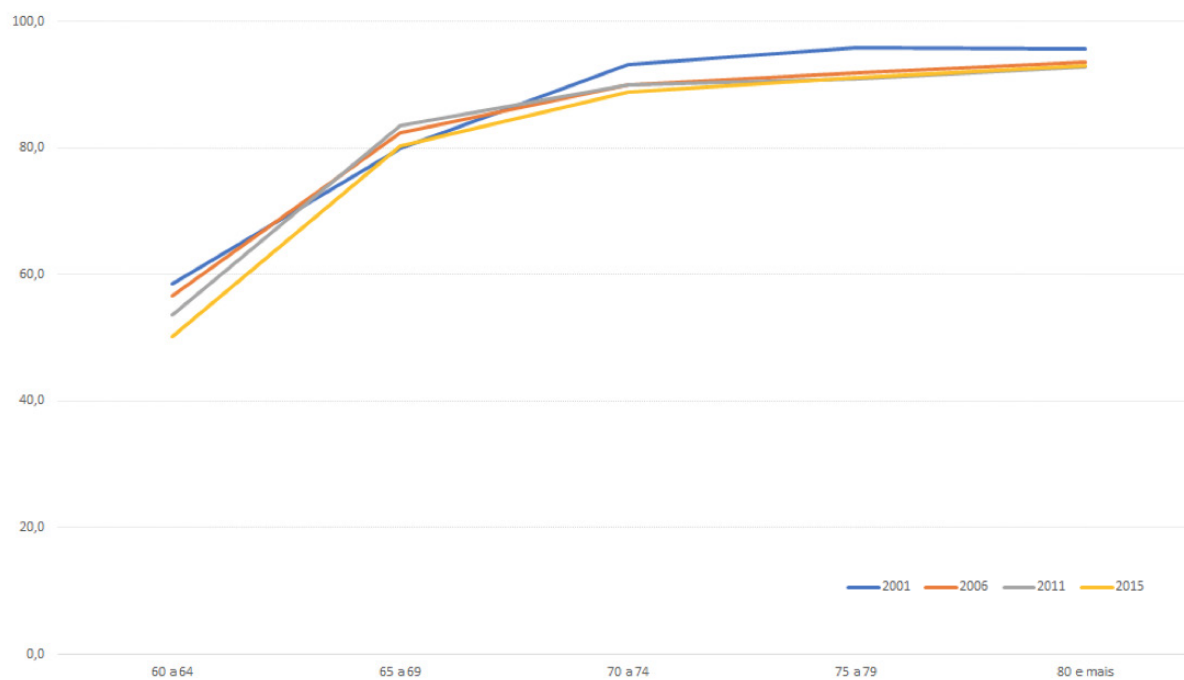
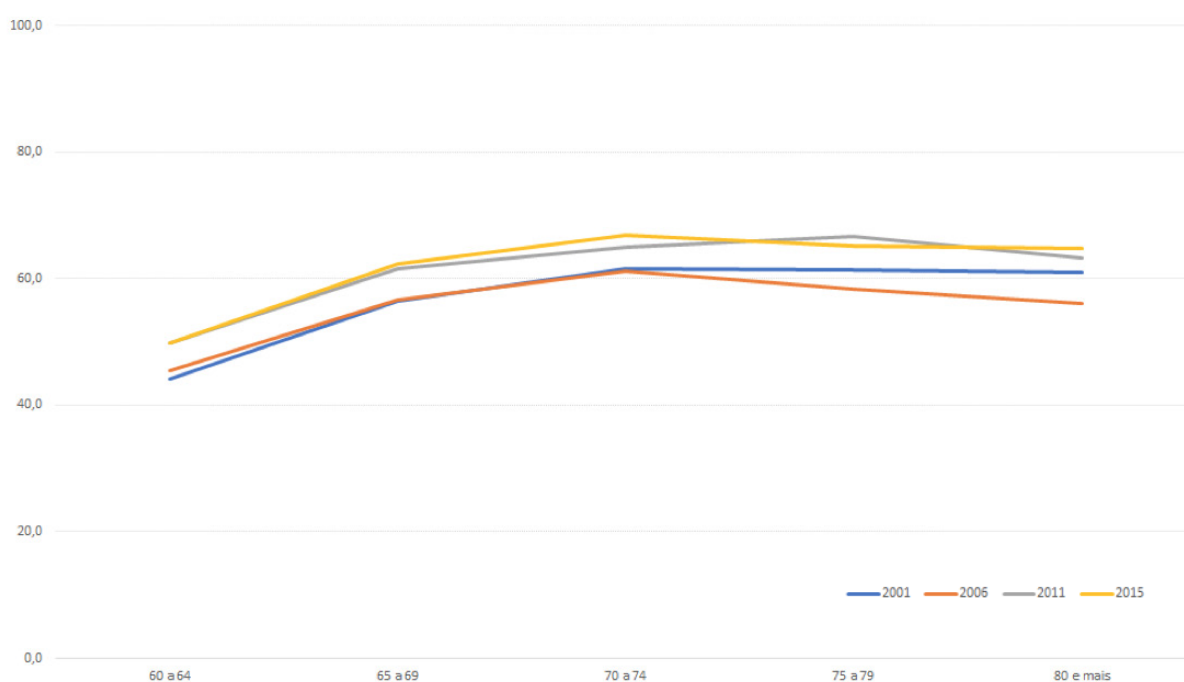


GRÁFICO 34 - Percentual de aposentados na população idosa feminina por faixa etária - Brasil - 2001, 2006, 2011 e 2015 *Fonte: IBGE/PNAD de 2001, 2006, 2011 e 2015.*



Complementando a informação anterior, outro indicador utilizado é o percentual de idosos aposentados e ocupados. Tanto os idosos quanto as idosas registraram queda nesse percentual. Em 2001, 28,9% dos idosos eram aposentados e estavam ocupados e em 2015 passou para 20,7%. As mulheres, com níveis bem menores, mantiveram percentuais praticamente constantes, passou de 10,9% para 9,0%. Cabe ressaltar que, a maior parcela de idosos encontravam-se nos setores primário (34,2%) e terciário (45,9%), compondo cerca de 80% dos idosos ocupados.

Quanto a garantia de renda, a Constituição Federal de 1988 registrou avanços para a população idosa, especialmente para as mulheres. Em 2001, o percentual de mulheres idosas sem rendimento já era reduzido, 17,8%, reflexo daquelas conquistas e permaneceu em queda ao longo dos anos. Em 2015, o percentual reduziu-se para 12,8%. Entre os homens, esse percentual ao longo do período já era bem menor e manteve-se constante, de 3,8% a 3,5%. No entanto, cabe destacar que embora mais baixos os diferenciais entre homens e mulheres sem rendimento, ainda há diferenças expressivas entre eles.

Quanto ao recebimento dos benefícios de aposentadoria e pensão, há diferenças mais expressivas entre os homens idosos e as mulheres idosas. Em 2015, aproximadamente 75% dos homens recebiam apenas a aposentadoria, 4,0% só pensão e 2,7% ambos os benefícios. Entre as mulheres, esses percentuais eram, respectivamente, 60,0%, 26,3% e 11,2%, destacando o elevado percentual de idosas que recebem só pensão (por morte) e ambos os benefícios quando comparado aos homens.

TABELA 6 - PERCENTUAL DE IDOSOS POR SEXO SEGUNDO O RECEBIMENTO DOS BENEFÍCIOS DE APOSENTADORIA E PENSÃO - BRASIL - 2001 E 2015

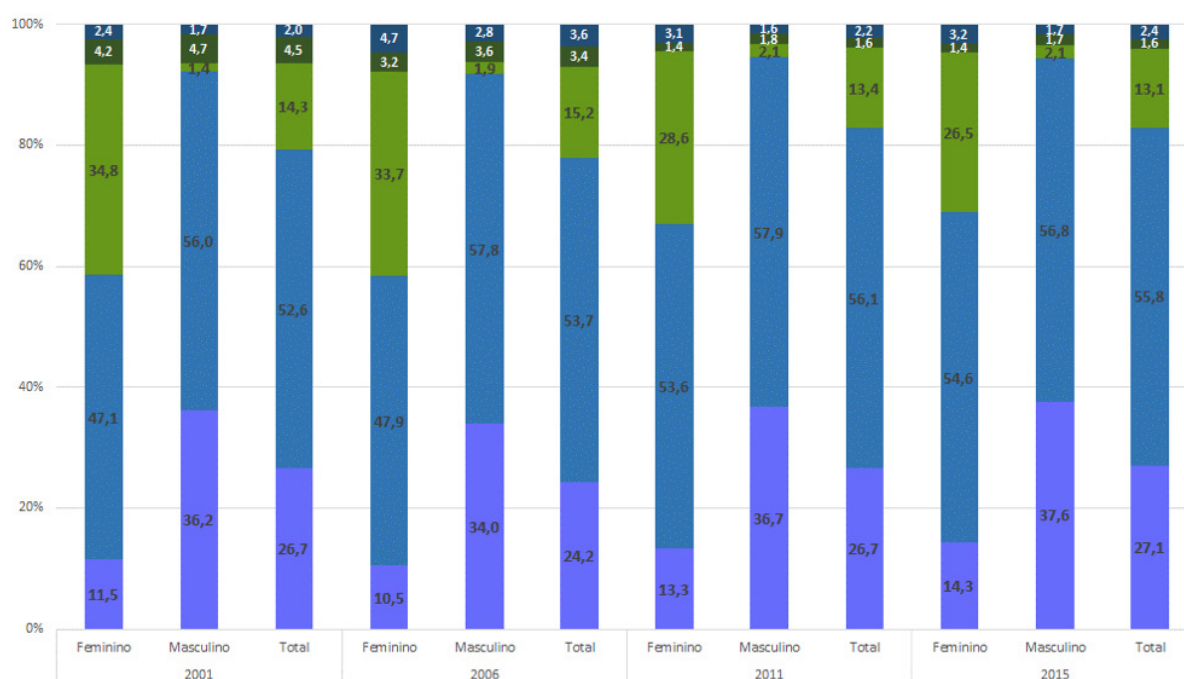
	2001		2015	
	HOMENS	MULHERES	HOMENS	MULHERES
Só aposentadoria	79,0	55,0	75,2	60,0
Só pensão	2,0	29,6	4,0	26,3
Aposentadoria e pensão	1,1	8,9	2,7	11,2

Fonte: IBGE/PNAD de 2011 e 2015.

A composição das fontes de rendimentos dos idosos por sexo é apresentada no gráfico a seguir. Observa-se que entre os homens é grande o peso do rendimento advindo do trabalho (37,6%) e da aposentadoria (56,8%), totalizando aproximadamente 95% dos seus rendimentos. Entre as mulheres, mais de 80% do seu rendimento vem dos benefícios recebidos, sendo a aposentadoria responsável por 54,6% e a pensão por 26,5%. Rendimentos de abono, aluguel e outros fontes são bem reduzidos. Essa composição não se alterou ao longo do período.

Esses diferenciais de renda entre homens e mulheres podem ser explicados por diversos fatores. Segundo Soares (2012), um contingente expressivo de idosas não contribuiu para a Previdência Social e também não tiveram acesso a escola e, portanto, têm escolaridade baixa. Com vínculos instáveis de trabalho e sem rendimento encontram-se em situação de maior dependência, registrando níveis mais elevados de pobreza comparado aos homens.

GRÁFICO 35 - Composição das fontes de rendimento da população com 60 anos ou mais por sexo - Brasil - 2001, 2006, 2011 e 2015 *Fonte: IBGE/PNAD de 2001, 2006, 2011 e 2015.*

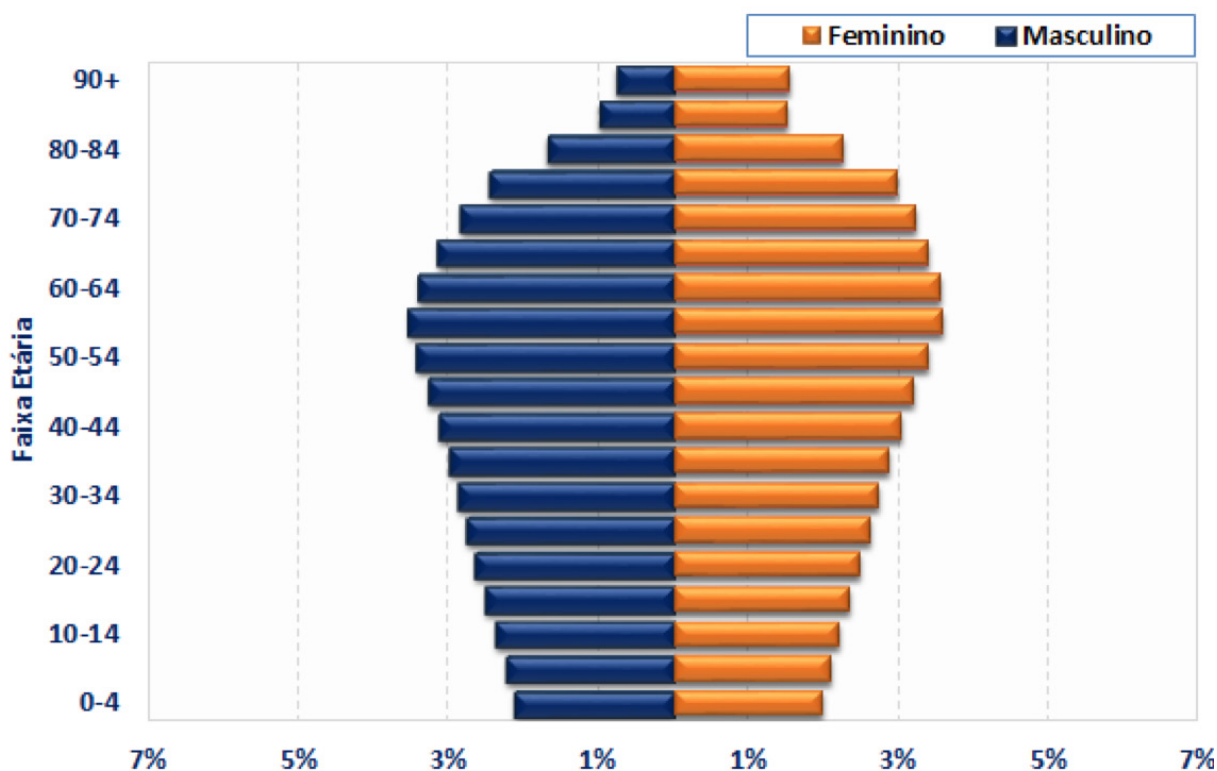


A importância da renda do idoso no domicílio pode ser observado por meio de dois indicadores: a proporção de domicílios pobres com a presença de idosos e a renda do domicílio que depende da renda do idoso. O percentual de domicílios pobres de 2001 a 2015 caiu de 16,5% para 11,2%, e o percentual da contribuição da renda do idoso na renda familiar aumentou de 57,1% para 61,0%. Em alguns domicílios a renda dos benefícios dos idosos é a principal fonte de renda.

PROJEÇÕES

Projeções do IBGE apontam que para 2060, a população brasileira alcançará um volume de 218,2 milhões de pessoas, sendo que destes, 73,6 milhões serão idosos e responsáveis por aproximadamente 34% da população. Se mantidas as taxas de fecundidade e mortalidade, a tendência é de que a população comece a diminuir em termos absolutos a partir do ano de 2043. Entre todos os segmentos populacionais, o idoso é o único que crescerá com taxas positivas e o percentual de mulheres continuará crescendo. A pirâmide a seguir reflete essa contínua alteração, com o estreitamento da base devido à queda da fecundidade e o alargamento do topo, em função da queda da mortalidade.

GRÁFICO 36 - - Projeção da população por idade e sexo - Brasil, 2060 *Fonte: Livro Projeções da população: Brasil e unidades de federação. IBGE, 2013. Download dos dados atualizados para 2014 no link <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?&t=resultados>*



Para as unidades da federação (UF), o IBGE realizou projeções até 2030. Conforme falado no início deste capítulo, também no Brasil, as mudanças na dinâmica demográfica e epidemiológica ocorreram de forma diferenciada, tanto no ritmo quanto no momento. No Anexo são apresentadas as pirâmides sobrepostas de cada UF com o Brasil no ano de 2060. Ao observar essas pirâmides reconhece-se como são diferentes as experiências e a tendência de estreitamento da base e alargamento do topo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo teve como objetivo traçar o perfil da população idosa no período de 1940 a 2015 por meio de indicadores de saúde, violência, mobilidade, acessibilidade, inclusão social, e não há dúvida de que a nova configuração da população, já estabelecida, traz novos desafios na elaboração de políticas públicas, especialmente nas áreas da saúde, do cuidado e da previdência social.

Conforme visto, a queda das taxas de fecundidade e de mortalidade ocorridas no Brasil foram responsáveis por uma nova distribuição da população, acarretando um acelerado processo de envelhecimento. Segundo Camarano e Kanso (2010), além do envelhecimento da população, o novo regime demográfico resultou também no crescimento maior da população com 80 anos ou mais, que é mais vulnerável e que demandará de cuidados, apesar das melhores condições de saúde em que vive a população.

A reconfiguração da população também está sendo acompanhada por mudanças no perfil de morbimortalidade, no qual predominam as doenças crônicas. E que, embora as mulheres vivam mais, devido também a sobremortalidade masculina, principalmente entre os jovens devido à violência, elas convivem por um tempo maior com alguma deficiência ou doença crônica. Também apresentam tendência em reportar com maior frequência as doenças crônicas do que os homens, e uma percepção pior sobre seu estado de saúde.

Com relação ao cuidado da população idosa, destaca-se que com a diminuição no tamanho médio da família brasileira e a entrada da mulher no mercado de trabalho, a capacidade das famílias em cuidar dos seus membros dependentes (crianças e idosos) tem diminuído. Diante dessas mudanças deve-se repensar de quem e como será o cuidado dessa população que estará mais exposta às fragilidades, frequentes à medida que a idade avança e, demandante de cuidados (CAMARANO, 2008).

Quanto às desigualdades de renda entre homens e mulheres, ainda presentes, a despeito dos avanços obtidos com a Constituição Federal de 1988, especialmente para as mulheres, há percentuais mais elevados da população idosa feminina sem rendimento, sendo mais pobres do que os homens, consequência também do menor acesso que tiveram à escola.

Com a redução da relação entre contribuintes e beneficiários, a queda da população em idade ativa e aumento da população idosa, o sistema previdenciário também é afetado, sendo necessária uma reestruturação do sistema, considerando, entre outros fatores, a permanência por mais tempo dos trabalhadores no mercado considerando as diferenças nas ocupações, bem como avaliar outras formas e possibilidades de contribuição dependendo da atividade.

As projeções apresentadas confirmam o intenso envelhecimento da população brasileira. Segundo dados do IBGE, a população idosa será responsável por 34% da população em 2060, contabilizando mais de 70 milhões. Essa tendência também será observada entre as UFs, embora em momentos e ritmos diferentes.

Aplicação do IF-Br e Pesquisa Socioeconômica sobre os idosos e adultos jovens

INTRODUÇÃO

Com o processo de envelhecimento ocorre um declínio do desempenho funcional e este fato associado ao aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas nos idosos leva a um aumento da incapacidade nessa faixa populacional (ALVES, 2008). A perda da autonomia é um importante indicador de saúde, especialmente no idoso, comprometendo a qualidade de vida e trazendo um impacto social com institucionalização e aumento do uso do sistema de saúde (RODRIGUES, 2009).

Pode-se dizer que uma das características marcantes e relativas ao processo de envelhecimento biológico é a perda de certas funcionalidades, ou a presença de algum tipo de deficiência. Segundo o Censo Demográfico 2010, do IBGE, 23,9% da população brasileira, naquele ano, possuía pelo menos um tipo de deficiência (BRASIL, 2012). Entretanto, quando consideradas somente as pessoas idosas, a deficiência estava presente em 67,7% deste grupo populacional. (CAMARANO, 2016)

A capacidade de identificar as pessoas com deficiência é ainda um dos principais desafios do atual panorama da política pública nacional. Isso ocorre não apenas porque as pessoas com deficiência formam um grupo heterogêneo uma vez que possuem variados tipos e graus de deficiência e funcionalidade, mas também porque variam em termos sociais, já que as condições de vida dessas pessoas podem ser extremamente distintas. Desse modo, um instrumento que tenha a capacidade de identificar essas pessoas com diferentes características e condições socioeconômicas é de fundamental importância, sobretudo entre o segmento de pessoas com mais de 60 anos de idade, onde há uma urgência maior nesta direção.

Apesar da relevância do tema, poucos estudos na área social contemplam a dimensão da deficiência, especialmente com foco nos idosos. Também, para que as políticas públicas sejam mais assertivas, e focalizadas nesta população, com bom uso dos recursos públicos, faz-se fundamental reconhecer seu perfil socioeconômico, suas urgências, vislumbrando demandas futuras.

Compreendendo a importância do tema, e a relação intrínseca entre a população idosa e a perda de funcionalidades, um dos objetivos principais da presente pesquisa foi aplicar o instrumento Índice de Funcionalidade Brasileiro (IF-BR) sobre a população idosa e uma base de referência (nesse caso, adultos não-idosos ou adultos jovens, como aqui chamado). Ademais, buscou-se revelar características demográficas e socioeconômicas de ambas populações segundo os tipos de incapacidade, bem como o grau de acometimento, idade e sexo.

Este capítulo irá, portanto, se centrar na descrição dos resultados da aplicação do IF-BR e analisar as características socioeconômicas e demográficas captadas pela pesquisa de campo. Este documento está dividido em cinco partes, sendo a primeira esta introdução. A metodologia está na segunda parte. A terceira apresenta os resultados da aplicação do IF-BR e a quarta traça um perfil dos entrevistados segundo características demográficas, educação, condições de moradia, saúde, trabalho e rendimentos, convivência comunitária, segurança e violência. E sempre que possível e pertinente estas informações serão apresentadas, por idade, sexo, tipo de incapacidade e grau de acometimento. As considerações finais estão na quinta parte.

CONCEITUAÇÃO E MÉTODO

CONSIDERAÇÕES SOBRE A INCAPACIDADE NOS IDOSOS

Devemos considerar o Desempenho Funcional como um novo paradigma da saúde, particularmente importante para o idoso. Um idoso com uma ou mais doenças crônicas pode ser considerado saudável quando comparado a um idoso com as mesmas doenças, com incapacidades associadas. Na velhice o bem-estar, ou saúde em um sentido amplo, seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões. (RAMOS, 2003)

A *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*, conhecida como CIF, conceitua a funcionalidade como uma interação dinâmica entre a condição de saúde de uma pessoa, os fatores ambientais e os fatores pessoais. Funcionalidade e incapacidade são entendidas como termos abrangentes que denotam os aspectos positivos e negativos da funcionalidade sob uma perspectiva biológica, individual e social. Deste modo, a classificação oferece uma abordagem biopsicossocial com múltiplas perspectivas que se reflete no modelo multidimensional (FARIAS, 2005).

Alguns conceitos e definições, introduzidos pela CIF, são importantes para disseminar uma linguagem padronizada e uma base conceitual para definição e medida da incapacidade:

- **Funcionalidade** é um termo abrangente para funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação. Denota os aspectos positivos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os fatores contextuais daquele indivíduo (fatores ambientais e pessoais).

- **Incapacidade** é um termo abrangente para deficiências, limitações de atividade e restrições de participação. Ela denota os aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os fatores contextuais daquele indivíduo (fatores ambientais e pessoais).
- **Funções do Corpo** são as funções fisiológicas do sistema do corpo (inclusive funções psicológicas)
- **Estruturas do Corpo** são as partes anatômicas como órgãos, membros e seus componentes.
- **Deficiências** são problemas nas funções ou estruturas do corpo como um desvio significativo ou perda.
- **Atividade** é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo.
- **Participação** é o envolvimento em situações de vida.
- **Limitações de atividade** são as dificuldades que um indivíduo pode encontrar na execução das atividades.
- **Restrições de participação** são problemas que um indivíduo pode enfrentar ao se envolver em situações de vida.
- **Fatores Ambientais** são ambiente físico, social e de atitude no qual as pessoas vivem e conduzem sua vida. Estes são barreiras ou facilitadores para a funcionalidade de uma pessoa.
- **Desempenho** descreve o que uma pessoa faz no seu ambiente habitual
- **Capacidade** descreve a habilidade de um indivíduo em executar uma tarefa ou ação, o que uma pessoa faz em uma situação em que o efeito do contexto está ausente. Indica o provável nível máximo de funcionalidade que a pessoa pode atingir (OMS, 2013).

A Convenção Sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU), aprovada pelo Brasil no Decreto Legislativo 186, de 9 de julho de 2008 e ratificada em primeiro de agosto de 2009, trouxe ao ordenamento jurídico brasileiro um novo conceito de pessoa com deficiência: “Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 2009).

A maioria dos autores considera que o conceito de incapacidade envolve componentes físicos, mentais e emocionais, e já que a incapacidade funcional se relaciona a desempenho, ela pode ser avaliada pela dificuldade ou necessidade de auxílio na execução de tarefas cotidianas básicas ou mais complexas (ALVES, 2008).

Uma ampla variedade de instrumentos tem sido desenvolvida para a avaliação da incapacidade funcional em indivíduos idosos. São instrumentos que avaliam a execução de determinadas atividades ou questionários de relato do desempenho. As tarefas mais frequentemente avaliadas são as atividades básicas e instrumentais da vida diária e as de mobilidade. (ALVES, 2008; RODRIGUES,

2009). A representatividade das categorias da CIF nos instrumentos de avaliação de incapacidade é variável, sendo as mais frequentes: andar, tomar banho, autocuidados, vestir-se; sendo rara a inclusão dos fatores ambientais (YANG, 2014).

A incapacidade transcende o atributo de um indivíduo, na medida em que também compreende um conjunto complexo de condições, muitas delas criadas pelo ambiente social ou características pessoais além das alterações anatômicas e fisiológicas.

IF-BR

Por recomendação do Grupo de Trabalho Interministerial, instituído pela Presidência da República em 26 de setembro de 2007, foi solicitada a elaboração de um modelo único brasileiro de classificação e valoração das deficiências para uso em todo território nacional, sendo criado o Índice de Funcionalidade Brasileiro - IF-Br (BRASIL, 2008).

Este projeto, viabilizado pela Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, órgão da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, teve início em janeiro de 2011, sendo concluído em abril de 2012. Em 10 de janeiro de 2017, o Índice de Funcionalidade Brasileiro - IF-Br foi definido como o instrumento base para a avaliação de incapacidades no Brasil, pelo decreto 8954 da Casa Civil da Presidência da República (BRASIL, 2017).

Este instrumento tem o objetivo de aferir o grau de funcionalidade do indivíduo, sendo sua construção baseada na CIF (BUCHALLA, 2003).

O IF-Br pretende afastar-se do modelo biológico, baseado somente no diagnóstico etiológico, evoluindo para um modelo social, que leva em consideração o ambiente em que a pessoa está inserida, descrevendo a funcionalidade de uma pessoa, levando em consideração os possíveis fatores externos (do ambiente físico, social e de atitudes) que possam atuar como barreiras para o desempenho de suas atividades e participação social.

São consideradas 41 atividades e participações, que descrevem como o indivíduo exerce suas atividades diárias e sua atuação social. É dividido em 7 domínios: Sensorial, Comunicação, Mobilidade, Cuidados Pessoais, Vida Doméstica, Educação /Trabalho / Vida Econômica, Socialização e Vida Comunitária.

A pontuação do IF-Br leva em consideração se o indivíduo:

- não realiza a atividade (25 pontos),
- necessita do auxílio de terceiros para realizá-la (50 pontos),
- realiza de forma adaptada (75 pontos) ou
- realiza de forma independente sem nenhum tipo de modificação e em segurança (100 pontos).

Ao término da sua aplicação obtém-se um Escore por Domínio e um Escore Total, que será a média de seus domínios.

Na ficha de avaliação constam dados de identificação da avaliação, de caracterização do avaliado, de identificação do tipo de deficiência que o indivíduo apresenta: se Auditiva, Intelectual/Cognitiva, Motora, Visual ou Mental e das alterações das funções corporais presentes. Um questionário socioeconômico caracteriza a pessoa no seu contexto, investigando as seguintes dimensões: demografia, educação, mercado de trabalho, renda e infraestrutura. Nesta pesquisa foi o questionário socioeconômico foi adaptado para a população idosa, para que pudesse contemplar temas pertinentes a Política Nacional do Idoso (PNI), tais como violência, mobilidade e acessibilidade, convivência comunitária e familiar.

As versões existentes do IF-Br são Adulto, Infantil e Infantojuvenil. (FRANZOI, 2013).

OBJETIVO DA PESQUISA

O objetivo desta pesquisa é validar o Instrumento de Classificação do Grau de Funcionalidade de Pessoas com Deficiência para Cidadãos Brasileiros: o Índice de Funcionalidade Brasileiro (IF-Br) na população idosa, testando e validando seus critérios de pontuação, com a criação de uma base de referência¹.

GRUPOS DE ANÁLISE

A coleta foi realizada entre dezembro de 2017 e março de 2018, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), da Universidade Federal do Rio de Janeiro, pois apresenta um ambiente mais controlado e de mais fácil acesso a indivíduos do público alvo. Como não há a possibilidade de se estudar toda a população de idosos do HUCFF foi selecionada uma amostra não probabilística. Além disso, esse público será analisado tendo como referência um grupo de adultos jovens saudáveis.

Foram incluídos na amostra indivíduos/pacientes, disponíveis no local, que preenchiam determinados critérios de seleção pré-definidos pelos pesquisadores. Cabe ressaltar que apesar da seleção amostral por conveniência impossibilitar a construção de afirmações que extrapolem os resultados da amostra para a população, ela se mostra adequada aos objetivos do estudo em fornecer um bom retrato da população idosa com deficiência.

O tamanho da amostra realizada foi de 883 idosos para a base de análise e 417 adultos jovens saudáveis para a base de referência, totalizando 1.300 entrevistas. A partir das orientações e critérios estabelecidos pelos pesquisadores e pela composição dessas características na população, foi definida uma seleção conforme o sexo, o tipo de deficiência e faixas de idade:

1. Para maiores detalhes sobre conceituação, consultar Anexo.

1. Sexo - homens (44,4%) e mulheres (55,6%);
2. Tipo de deficiência (apenas para idosos);
 - a. Motora (48,6%);
 - b. Cognitiva/intelectual (21,0%);
 - c. Sensorial (30,5%).
3. Faixas de idade - grupo de idosos: responsáveis por 67,9%;
 - a. 60 a 69 anos;
 - b. 70 a 79 anos;
 - c. 80 ou mais anos.
4. Faixas de idade - grupo de adultos saudáveis: responsáveis por 32,1%;
 - a. 18 a 29 anos;
 - b. 30 a 39 anos;
 - c. 40 a 49 anos;
 - d. 50 a 59 anos.

TABELA 1 - NÚMERO TOTAL DE ENTREVISTADOS, POR SEXO, TIPO DE DEFICIÊNCIA E FAIXA ETÁRIA - 2017/2018

FAIXA ETÁRIA	TOTAL	MULHER	HOMEM
TOTAL	1.301	724	576
Faixa etária - Idosos	883	504	379
60 a 69	301	173	128
70 a 79	341	186	155
80 +	241	145	96
Faixa etária - adultos	417	220	197
18 a 29	104	52	52
30 a 39	101	52	49
40 a 49	92	51	41
50 a 59	120	65	55
Tipo de incapacidade (apenas para idosos)	883	504	379
Motor	429	246	183
Cognitivo/Mental	185	112	73
Auditivo	98	44	54
Visual	171	102	69

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

APLICAÇÃO DO IF-BR

A média de duração da entrevista foi de 24 minutos na base de Referência e de 37 minutos na base de idosos. A entrevista foi realizada na maioria das vezes com a própria pessoa (85%), seguido de dados colhidos com familiar ou amigo (12%).

Dos 883 idosos com incapacidade, 340 foram consideradas incapacidades leves (sem dependência em ABVD e AIVD), 297 moderadas (dependência de terceiros na AIVD) e 246 graves (dependência na ABVD). A gravidade da deficiência, com faixa etária e tipo de incapacidade estão descritos na tabela 2.

TABELA 2 - NÍVEL DE ACOMETIMENTO DAS INCAPACIDADES NA BASE DE IDOSOS (N=883)

NÍVEL DE ACOMETIMENTO	LEVE	MODERADO	GRAVE
TOTAL	340	297	246
Faixa etária			
60 a 69	141	99	61
70 a 79	130	112	99
80 ou mais	69	86	86
Tipo de incapacidade			
Motor	263	238	215
Cognitivo/Mental	65	81	100
Auditivo	107	112	108
Visual	99	103	87

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

A Base de Idosos foi estratificada pelo tipo de incapacidade: Motora, Cognitiva, Visual e Auditiva. Cada idoso poderia apresentar 1 ou mais tipos de incapacidade. O tipo de incapacidade mais comum foi a motora, prevalente em 81% da população, sendo que a maioria dos idosos (54%) acumulava mais do que um tipo de incapacidade. Com o avançar da idade mais indivíduos acumulam os diferentes tipos de incapacidades. Cerca de 60% dos idosos na faixa etária de 60 a 69 anos tinham somente um tipo de incapacidade, enquanto na faixa etária de 80 anos ou mais era somente 31%. Esses dados estão descritos por faixa etária na tabela 3.

TABELA 3 - TIPOS DE INCAPACIDADES (MOTORA, VISUAL, AUDITIVA, COGNITIVA) POR FAIXA ETÁRIA NA BASE DE IDOSOS (N=883)

FAIXA ETÁRIA	TIPOS DE INCAPACIDADES				ACÚMULO DE INCAPACIDADES			
	MOTOR	AUDITIVA	VISUAL	COGNITIVO	1	2	3	4
60 a 69 anos	238	74	89	64	174	93	27	6
70 a 79 anos	272	134	104	97	155	119	54	13
80 anos ou mais	206	119	96	85	77	79	69	16
60 anos ou mais	716	327	289	246	406	291	150	35

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

A tabela 4, na próxima página, identifica quais das 41 atividades do IF-Br foram pontuadas por capacidade - C (pela habilidade em executar a tarefa, apesar de não o fazer, por outros motivos que não a incapacidade) e não por desempenho na Base De Referência e a Tabela 5 na Base de Idosos.

Na base de Referência (n=417), as atividades que mais pontuaram por capacidade foram: *Educação* (187) e *Qualificação profissional* (172), principalmente com o aumento da idade; *Cuidar dos outros* (79), principalmente os homens; *Trabalho remunerado* (69), principalmente as mulheres; *Cozinhar* (58) e *Realizar tarefas domésticas* (53), principalmente os homens.

-

Na base de idosos (n=883), as atividades que mais pontuaram por capacidade foram: *Vida política e cidadania* (276); *Cuidar dos outros* (218); *Educação* (211), *Qualificação profissional* (211) e *Trabalho* (161), com um decréscimo ao avançar da idade; *Cozinhar* (144) e *Realizar tarefas domésticas* (120), principalmente em homens.

As seguintes atividades foram pontuadas por capacidade somente na Base de Idosos, não sendo na base de Referência: *Discutir*; *Deslocar-se dentro de edifícios que não a própria casa*; *deslocar-se fora da sua casa e de outros edifícios*; *Cuidar das partes do corpo*; *Relacionamentos familiares e com pessoas familiares* e *Fazer as próprias escolhas*. Esse fato evidencia há perda da funcionalidade em mais atividades, com o avançar da idade, por motivos não relacionados à saúde.

TABELA 4 - ATIVIDADES PONTUADAS POR CAPACIDADE NA BASE DE REFERÊNCIA (N=418)

ATIVIDADES	MULHERES N=220					HOMENS N=198					TOTAL
	18-29 N=52	30-39 N=52	40-49 N=51	50-59 N=65	18-59 N=220	18-29 N=52	30-39 N=49	40-49 N=41	50-59 N=56	18-59 N=198	18-59 N=418
2.5 Utilização de dispositivos de comunicação à distância	2	2	0	4	0	0	0	0	4	0	0
3.7 Utilizar transporte coletivo	0	0	6	6	10	9	3	22	28	3	22
3.8 Utilizar transporte individual como passageiro	6	12	13	31	41	47	25	113	144	25	113
5.1 Preparar refeições tipo lanches	9	13	10	32	28	37	23	88	120	23	88
5.2 Cozinhar	1	14	3	18	6	8	5	19	37	5	19
5.3 Realizar tarefas domésticas	26	46	26	98	31	51	38	120	218	38	120
5.4 Manutenção e uso apropriado de objetos pessoais e utensílios	64	38	13	115	51	36	9	96	211	9	96
5.5 Cuidar dos outros	55	36	9	100	47	31	10	88	188	10	88
6.1 Educação	48	31	8	87	29	37	8	74	161	8	74
6.2 Qualificação profissional	7	7	4	18	10	8	7	25	43	7	25
6.3 Trabalho remunerado	5	2	1	8	3	2	1	6	14	1	6
6.4 Fazer compras e contratar serviços	3	1	3	7	1	1	1	3	10	1	3
6.5 Administração de recursos econômicos pessoais	2	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0
7.3 Relacionamento com estranhos	43	62	47	152	14	19	15	48	200	15	48
7.5 Relacionamentos íntimos	5	4	3	12	3	5	1	9	21	1	9
7.6 Socialização	1	1	1	3	1	1	1	3	6	1	3
7.8 Vida política e cidadania	32	75	48	155	20	57	44	121	276	44	121

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

TABELA 5 - ATIVIDADES PONTUADAS POR CAPACIDADE NA BASE DE IDOSOS, POR FAIXA ETÁRIA E GÊNERO (N=883)

ATIVIDADES	MULHERES			HOMENS			TOTAL		
	60-69 N=173	70-79 N=186	80/+ N=145	60-69 N=504	70-79 N=128	80/+ N=155	60-69 N=96	70-79 N=379	80/+ N=883
2.4 Discutir	2	2	0	4	0	0	0	0	4
2.5 Utilização de dispositivos de comunicação à distância	10	18	13	41	15	14	8	37	78
3.5 Deslocar-se dentro de edifícios que não a própria casa	0	0	1	1	0	0	1	1	2
3.6 Deslocar-se fora de casa	0	0	1	1	1	1	0	2	3
3.7 Utilizar transporte coletivo	10	13	13	36	15	17	14	46	82
3.8 Utilizar transporte individual como passageiro	2	2	1	5	2	4	2	8	13
4.2 Cuidar das partes do corpo	0	1	0	1	0	1	0	1	2
5.1 Preparar refeições tipo lanches	0	0	6	6	10	9	3	22	28
5.2 Cozinhar	6	12	13	31	41	47	25	113	144
5.3 Realizar tarefas domésticas	9	13	10	32	28	37	23	88	120
5.4 Manutenção e uso apropriado de objetos pessoais e utensílios	1	14	3	18	6	8	5	19	37
5.5 Cuidar dos outros	26	46	26	98	31	51	38	120	218
6.1 Educação	64	38	13	115	51	36	9	96	211
6.2 Qualificação profissional	55	36	9	100	47	31	10	88	188
6.3 Trabalho remunerado	48	31	8	87	29	37	8	74	161
6.4 Fazer compras e contratar serviços	7	7	4	18	10	8	7	25	43
6.5 Administração de recursos econômicos pessoais	5	2	1	8	3	2	1	6	14
7.3 Relacionamento com estranhos	3	1	3	7	1	1	1	3	10
7.4 Relacionamentos com familiares e pessoas familiares	2	0	0	2	0	0	0	0	2
7.5 Relacionamentos íntimos	43	62	47	152	14	19	15	48	200
7.6 Socialização	5	4	3	12	3	5	1	9	21
7.7 Fazer as próprias escolhas	1	1	1	3	1	1	1	3	6
7.8 Vida política e cidadania	32	75	48	155	20	57	44	121	276

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

Quase vinte e cinco por cento (24,8%) dos idosos eram dependentes de terceiros para realização das ABVD (*Manter e mudar a posição do corpo, Deslocar-se dentro de casa, Lavar-se, Regulação da micção, Regulação da defecação, Vestir-se, Comer e Beber*). Sendo o Vestir-se e Lavar-se os mais comuns. A Tabela 6 descreve a distribuição absoluta encontrada. O mesmo paciente pode ser dependente em mais de uma atividade.

TABELA 6 - IDOSOS DEPENDENTES NAS ABVD (N=883)

ATIVIDADES	60/+ N=883	60-69 N=301	70-79 N=341	80/+ N=241
Vestir-se	146	33	56	57
Lavar-se	142	28	52	62
Regulação da Micção	129	34	43	52
Regulação da Defecação	102	23	35	44
Mudar e manter a posição do corpo	86	22	30	34
Deslocar-se dentro de casa	84	17	31	36
Comer	52	12	18	22
Beber	46	12	16	18

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

Trinta e três por cento dos idosos eram dependentes de terceiros nas AIVDs (*Utilizar transporte individual como passageiro, Cozinhar, Realizar tarefas domésticas, Fazer compras e contratar serviços e Administração de recursos econômicos pessoais*); sendo o Fazer compras e contratar serviços o mais comum seguido da Administração de Recursos econômicos pessoais. A tabela 7 descreve os números encontrados.

TABELA 7 - IDOSOS DEPENDENTES NAS AIVD (N=883)

ATIVIDADES	60/+ N=883	60-69 N=301	70-79 N=341	80/+ N=241
Fazer compras e contratar serviços	416	118	150	148
Administração de recursos econômicos pessoais	388	99	144	145
Realizar tarefas domésticas	362	100	131	131
Utilizar transporte individual como passageiro	306	65	115	126
Cozinhar	281	74	101	106

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

A dependência de terceiros (pontuação 25 ou 50) em todas as 41 atividades do IF-Br estão descritas na Tabela 8. No domínio Sensorial a mais prevalente foi o *Observar-Ver*; no Domínio Comunicação foi o *Utilizar dispositivos de comunicação*; no Domínio Mobilidade foi *Utilizar transporte coletivo*, no Domínio Cuidados Pessoais foi *Vestir-se*, no Domínio Vida Doméstica foi *Cuidar dos Outros*, no Domínio Educação, Trabalho, Vida Econômica foi *Educação*, e no Domínio Socialização e Vida Comunitária foi *Vida Política e Cidadania*. Essas atividades também foram muitas vezes pontuadas por capacidade, refletindo que outros fatores podem interferir na funcionalidade de um indivíduo e não só a saúde.

As barreiras às atividades mais citadas foram: *Atitudes* (182), seguidas por *Serviços Sistemas e Políticas* (93), *Produtos e Tecnologias* foram citadas por 19 pessoas e *Ambiente* por 18. Apoio e relacionamentos não foi citado. As Atividades mais associadas à Barreiras foram *Transporte Coletivo* (n=50), *Qualificação Profissional* (46), *Educação* (43) e *Trabalho* (43).

TABELA 8 - DEPENDÊNCIA DE TERCEIROS NAS 41 ATIVIDADES DO IF-BR (N=883)

DOMÍNIOS E ATIVIDADES	60/+ N=883	60-69 N=301	70-79 N=341	80/+ N=241
Domínio Sensorial				
Observar	44	11	15	18
Ouvir	13	2	6	5
Domínio Comunicação				
Recepção de mensagens	95	21	42	32
Produção de mensagens	71	23	27	31
Conversar	48	10	18	20
Discutir	77	22	24	31
Utilização de dispositivos	300	57	121	122
Domínio Mobilidade				
Mudar e manter a posição do corpo	86	22	30	34
Alcançar, transportar e mover objetos	195	45	73	77
Movimentos finos das mãos	43	12	18	13
Deslocar-se dentro de casa	84	17	31	36
Deslocar-se dentro de edifícios que não a própria casa	303	70	111	122
Deslocar-se fora de sua casa e outros edifícios	345	86	121	138
Utilizar transporte coletivo	398	103	140	155
Utilizar transporte individual como passageiro	306	65	115	126

CONTINUA ►

TABELA 8 - DEPENDÊNCIA DE TERCEIROS NAS 41 ATIVIDADES DO IF-BR (N=883)

DOMÍNIOS E ATIVIDADES	60/+ N=883	60-69 N=301	70-79 N=341	80/+ N=241
Domínio Cuidados Pessoais				
Lavar-se	142	28	52	62
Cuidar das partes do corpo	105	23	37	45
Regulação da micção	129	34	43	52
Regulação da defecação	102	23	35	44
Vestir-se	146	33	56	57
Comer	52	12	18	22
Beber	46	12	16	18
Capacidade de identificar agravos à saúde	61	13	19	29
Domínio Vida Doméstica				
Preparar refeições tipo lanches	147	30	49	68
Cozinhar	281	74	101	106
Realizar tarefas domésticas	362	100	131	131
Manutenção e uso apropriado de objetos pessoais e utensílios da casa	275	69	106	100
Cuidar dos outros	455	117	174	164
Domínio Educação, Trabalho e Vida Econômica				
Educação	656	176	261	219
Qualificação profissional	641	166	260	215
Trabalho remunerado	602	154	235	213
Fazer compras e contratar serviços	416	118	150	148
Administração de recursos econômicos pessoais	388	99	144	145
Domínio Socialização e Vida Comunitária				
Regular o comportamento nas interações	34	9	7	18
Interagir de acordo com as regras sociais	30	7	7	16
Relacionamento com estranhos	83	18	29	36
Relacionamento familiares e com pessoas familiares	30	8	9	13
Relacionamentos íntimos	167	39	58	70
Socialização	283	75	96	112
Fazer as próprias escolhas	141	27	46	68
Vida política e cidadania	384	84	143	157

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

As funções corporais mais acometidas foram as Funções dos Movimentos seguida da Visão e a maioria dos idosos apresentavam mais de uma função alterada (88%). As funções corporais acometidas estão descritas na Tabela 9 e acúmulo dos acometimentos na Tabela 10.

TABELA 9 - FUNÇÕES CORPORAIS ACOMETIDAS (N=883)

FUNÇÕES CORPORAIS ACOMETIDAS	
Função dos Movimentos	501
Visão e função relacionadas	429
Função das articulações e dos ossos	367
Funções Auditivas	345
Dor	307
Sistema cardiovascular	299
Funções musculares	219
Funções mentais globais	190
Sistema metabólico e endócrino	171
Funções mentais específicas	158
Sistema digestivo	131
Funções urinárias	122
Sistema Respiratório	110
Funções da voz e da fala	79
Funções vestibulares	60
Função da pele, pelos e unhas	47
Sistema hematológico	42
Funções sensoriais adicionais	34
Funções genitais e reprodutivas	34
Sistema imunológico	15

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

TABELA 10 - NÚMERO DE FUNÇÕES CORPORAIS ACOMETIDAS NOS IDOSOS (N=883)

NÚMERO DE FUNÇÕES CORPORAIS ACOMETIDAS	
Uma	104
Duas	158
Três	169
Quatro	124
Cinco	100
Seis	81
Sete	49
Oito	40
Nove	23
Dez	15
Onze	15
Doze	2
Treze	1
Quatorze	1
Quinze	1

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

A pontuação média geral do IF-Br na Base de Referência foi de 99,13 em 100; sendo o Domínio mais acometido o Sensorial (94,93) em função do uso de óculos comum, que constitui uma adaptação, mas não é considerado deficiência visual.

A pontuação média geral do IF-Br na Base de Idosos foi 74,37; sendo o Domínio mais acometido o Educação, Trabalho e Vida Econômica (52,15), seguido do Domínio Vida Doméstica (67,54) e Mobilidade (72,47). Houve uma queda da pontuação a medida que a população envelhece em todos os domínios. Os resultados dos diferentes Domínios, segundo a faixa etária estão descritos na Tabela 11.

A pontuação do IF-Br nas 41 atividades na Base de Idosos está descrita na Tabela 12. A atividade com pior desempenho foi Educação e Qualificação profissional, o que pode ser devido ao fato de não ser uma atividade frequente nessa faixa etária.

No Domínio Sensorial a atividade mais acometida foi o Observar - Ver, relacionado a um número elevado de uso de óculos. O Observar foi a atividade que menos frequentemente (26%) recebeu a pontuação máxima (100). A atividade que mais frequentemente recebeu essa pontuação foi *Interagir* segundo as regras sociais (88%), o que reflete o fato da alteração cognitiva ser a menos prevalente na nossa amostra.

No Domínio Comunicação a atividade mais acometida foi *Utilização de dispositivos à distância*, o que pode ser reflexo da pouca familiaridade dos idosos com tecnologia. No Domínio Mobilidade a atividade mais acometida foi *Utilizar transporte coletivo*; no Domínio Cuidados Pessoais foi a atividade *Lavar-se* seguido de *Vestir-se*; no de Vida Doméstica foi a atividade *Cuidar dos Outros*; no Domínio Educação Trabalho e Vida Econômica foi a Atividade Educação e no Domínio Socialização e Cidadania foi a Atividade *Vida Política e Cidadania* seguido da *Socialização*. O baixo desempenho na atividade *Vida Política e Cidadania* pode ser reflexo da lei federal que elimina a obrigatoriedade do voto para o idoso acima de 70 anos.

TABELA 11 - MÉDIA GERAL E DOS DOMÍNIOS NO IF-BR SEGUNDO AS FAIXAS ETÁRIAS

DOMÍNIOS	FAIXAS ETÁRIAS								
	18-29 N=104	30-39 N=101	40-49 N=92	50-59 N=121	18-59 N=418	60-69 N=301	70-79 N=341	80/+ N=241	60/+ N=883
IF-Br Total	99,38	99,60	99,13	98,51	99,13	79,03	74,91	67,78	74,37
Domínio Sensorial	95,79	97,28	94,70	92,15	94,86	83,26	80,83	77,70	80,80
Domínio Comunicação	99,95	100	99,95	99,79	99,92	84,29	80,18	74,03	79,90
Domínio Mobilidade	100	100	99,02	99,74	99,71	75,98	73,40	66,79	72,47
Domínio Cuidados Pessoais	99,13	100	100	99,92	99,76	86,95	84,81	79,13	83,99
Domínio Vida Doméstica	100	99,95	100	99,63	99,88	73,51	68,59	58,61	67,54
Domínio Educação Trabalho e Vida Econômica	100	100	99,51	99,21	99,67	60,90	52,08	41,29	52,15
Domínio Socialização e Vida Comunitária	100	100	100	99,85	99,96	88,07	85,44	77,43	84,15

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

TABELA 12 - MÉDIA DAS 41 ATIVIDADES DO IF-BR NA BASE DE IDOSOS POR FAIXA ETÁRIA (883)

DOMÍNIOS E ATIVIDADES	60/+ N=883	60-69 N=301	70-79 N=341	80/+ N=241
PONTUAÇÃO TOTAL	74,37	79,03	74,91	67,78
Domínio Sensorial	80,80	83,26	80,83	77,70
Observar	75,62	76,91	76,10	73,34
Ouvir	85,97	89,58	85,56	82,05
Domínio Comunicação	79,90	84,29	80,18	74,03
Recepção de mensagens	78,94	82,72	78,67	74,59
Produção de mensagens	86,49	88,54	86,95	83,30
Conversar	83,55	87,21	84,24	78,01
Discutir	83,13	86,30	84,16	77,70
Utilização de dispositivos	68,09	78,16	66,86	57,26
Domínio Mobilidade	72,47	75,98	73,40	66,79
Mudar e manter a posição do corpo	76,27	77,99	77,05	73,03
Alcançar, transportar e mover objetos	70,50	74,34	70,89	65,15
Movimentos finos das mãos	87,40	88,70	87,83	85,17
Deslocar-se dentro de casa	76,13	78,24	76,91	72,41
Deslocar-se dentro de edifícios que não a própria casa	68,69	72,84	69,28	62,66
Deslocar-se fora de sua casa e outros edifícios	67,10	71,01	68,18	60,68
Utilizar transporte coletivo	62,43	68,69	64,37	51,87
Utilizar transporte individual como passageiro	72,31	78,07	73,02	64,11
Domínio Cuidados Pessoais	83,99	86,95	84,81	79,13
Lavar-se	76,47	79,82	77,35	71,06
Cuidar das partes do corpo	81,26	84,05	82,26	76,35
Regulação da micção	81,29	85,71	82,11	74,59
Regulação da defecação	84,48	88,37	85,48	78,22
Vestir-se	76,59	79,32	77,35	72,10
Comer	88,96	90,78	89,96	85,27
Beber	91,08	92,36	91,94	88,28
Capacidade de identificar agravos à saúde	92,13	94,77	92,74	87,97

CONTINUA ►

TABELA 12 - MÉDIA DAS 41 ATIVIDADES DO IF-BR NA BASE DE IDOSOS POR FAIXA ETÁRIA (883)

DOMÍNIOS E ATIVIDADES	60/+ N=883	60-69 N=301	70-79 N=341	80/+ N=241
Domínio Vida Doméstica	67,54	73,51	68,59	58,61
Preparar refeições tipo lanches	79,73	84,14	81,96	71,06
Cozinhar	69,48	75,33	71,19	59,75
Realizar tarefas domésticas	60,39	66,20	61,14	52,07
Manutenção e uso apropriado de objetos pessoais e utensílios da casa	69,54	75,42	69,87	61,72
Cuidar dos outros	58,35	65,86	58,58	48,65
Domínio Educação, Trabalho e Vida Econômica	52,15	60,90	52,08	41,29
Educação	41,65	51,33	40,62	31,02
Qualificação profissional	42,33	53,41	39,96	31,85
Trabalho remunerado	44,25	55,15	43,55	31,64
Fazer compras e contratar serviços	62,34	67,52	63,93	53,63
Administração de recursos econômicos pessoais	68,43	75,17	69,94	57,88
Domínio Socialização e Vida Comunitária	84,15	88,07	85,44	77,43
Regular o comportamento nas interações	93,06	94,60	94,26	89,42
Interagir de acordo com as regras sociais	94,28	95,60	95,45	90,98
Relacionamento com estranhos	89,55	92,11	90,76	84,65
Relacionamento familiares e com pessoas familiares	92,50	94,02	93,62	89,00
Relacionamentos íntimos	79,78	85,13	80,87	71,58
Socialização	71,74	75,25	73,83	64,42
Fazer as próprias escolhas	88,00	92,69	89,66	79,77
Vida política e cidadania	65,18	75,50	65,69	51,56

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

TABELA 13 - MÉDIA DAS 41 ATIVIDADES DO IF-BR NA BASE DE IDOSOS POR GRAVIDADE (883)

*OBS.: As 10 atividades mais acometidas estão destacadas em negrito

DOMÍNIOS E ATIVIDADES	TOTAL N=883	LEVE N=340	MODERADO N=297	GRAVE N=246
PONTUAÇÃO TOTAL	74,37	83,19	74,11	62,71
Domínio Sensorial	80,80	83,42	80,72	77,29
Observar	75,62	78,01	75,76	72,15
Ouvir	85,97	88,79	85,69	82,42
Domínio Comunicação	79,90	85,84	80,63	70,82
Recepção de mensagens	78,94	83,09	79,46	72,56
Produção de mensagens	86,49	91,62	87,12	78,66
Conversar	83,55	88,46	84,60	75,51
Discutir	83,13	90,15	84,34	71,95
UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS	68,09	77,13	67,51	56,30
Domínio Mobilidade	72,47	81,62	72,28	60,07
Mudar e manter a posição do corpo	76,27	81,62	77,78	67,07
Alcançar, transportar e mover objetos	70,50	79,19	71,55	57,22
Movimentos finos das mãos	87,40	92,28	88,64	79,17
Deslocar-se dentro de casa	76,13	81,47	77,86	66,67
DESLOCAR-SE DENTRO DE EDIFÍCIOS QUE NÃO A PRÓPRIA CASA	68,69	78,82	67,51	56,10
DESLOCAR-SE FORA DE SUA CASA E OUTROS EDIFÍCIOS	67,10	78,31	64,90	54,27
UTILIZAR TRANSPORTE COLETIVO	62,43	78,90	59,26	43,50
Utilizar transporte individual como passageiro	72,31	85,37	70,12	56,91
Domínio Cuidados Pessoais	83,99	91,22	86,12	71,43
Lavar-se	76,47	84,19	79,12	62,60
Cuidar das partes do corpo	81,26	90,15	82,07	67,99
Regulação da micção	81,29	89,26	84,09	66,87
Regulação da defecação	84,48	92,43	87,04	70,43
Vestir-se	76,59	85,00	79,38	61,59
Comer	88,96	94,41	90,57	79,47
Beber	91,08	96,69	92,51	81,61
Capacidade de identificar agravos à saúde	92,13	97,72	94,87	81,10

CONTINUA ►

TABELA 13 - MÉDIA DAS 41 ATIVIDADES DO IF-BR NA BASE DE IDOSOS POR GRAVIDADE (883)

*OBS.: As 10 atividades mais acometidas estão destacadas em negrito

DOMÍNIOS E ATIVIDADES	TOTAL N=883	LEVE N=340	MODERADO N=297	GRAVE N=246
Domínio Vida Doméstica	67,54	83,53	66,58	46,60
Preparar refeições tipo lanches	79,73	92,43	82,32	59,04
Cozinhar	69,48	87,28	68,60	45,93
REALIZAR TAREFAS DOMÉSTICAS	60,39	78,38	56,82	39,84
Manutenção e uso apropriado de objetos pessoais e utensílios da casa	69,54	85,51	68,60	48,58
CUIDAR DOS OUTROS	58,35	74,04	56,99	38,31
Domínio Educação, Trabalho e Vida Econômica	52,15	65,17	48,04	39,12
EDUCAÇÃO	41,65	49,78	39,56	32,93
QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	42,33	52,06	38,97	32,93
TRABALHO REMUNERADO	44,25	56,84	39,48	32,62
FAZER COMPRAS E CONTRATAR SERVIÇOS	62,34	80,07	56,48	44,92
Administração de recursos econômicos pessoais	68,43	85,74	63,05	51,02
Domínio Socialização e Vida Comunitária	84,15	91,52	84,44	73,63
Regular o comportamento nas interações	93,06	96,90	94,78	85,67
Interagir de acordo com as regras sociais	94,28	97,79	95,71	87,70
Relacionamento com estranhos	89,55	95,88	91,33	78,66
Relacionamento familiares e com pessoas familiares	92,50	96,40	93,52	85,87
Relacionamentos íntimos	79,78	87,35	79,63	69,51
Socialização	71,74	83,24	69,28	58,84
Fazer as próprias escolhas	88,00	97,06	88,97	74,29
Vida política e cidadania	65,18	79,63	63,47	47,26

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

O preenchimento do modelo linguístico dos diferentes tipos de Incapacidades será descrito nas tabelas 14 a 17.

TABELA 14 - PREENCHIMENTO DO MODELO LINGUÍSTICO DA INCAPACIDADE MOTORA (N=716)

CARACTERÍSTICAS	
Houve pontuação 25D ou 50D em alguma atividade do Domínio Mobilidade ou Cuidados Pessoais	390
Houve pontuação 75 em todas as atividades do Domínio Mobilidade ou Cuidados Pessoais	67
Desloca-se exclusivamente em cadeira de rodas	36
Não dispõe de auxílio de terceiros sempre que necessário	113

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

TABELA 15 - PREENCHIMENTO DO MODELO LINGUÍSTICO DA INCAPACIDADE AUDITIVA (N=327)

CARACTERÍSTICAS	
Houve pontuação 25D ou 50D em alguma atividade do Domínio Comunicação ou Socialização	188
Houve pontuação 75 em todas as atividades do Domínio Comunicação ou Socialização	34
A surdez ocorreu antes dos 6 anos	4
Não dispõe de auxílio de terceiros sempre que necessário	43

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

TABELA 16 - PREENCHIMENTO DO MODELO LINGUÍSTICO DA INCAPACIDADE VISUAL (N=289)

CARACTERÍSTICAS	
Houve pontuação 25D ou 50D em alguma atividade do Domínio Mobilidade ou Vida Doméstica	187
Houve pontuação 75 em todas as atividades do Domínio Mobilidade ou Vida Doméstica	24
A pessoa já não enxergava ao nascer	0
Não dispõe de auxílio de terceiros sempre que necessário	57

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

TABELA 17 - PREENCHIMENTO DO MODELO LINGÜÍSTICO DA INCAPACIDADE COGNITIVA (N=246)

CARACTERÍSTICAS	
Houve pontuação 25D ou 50D em alguma atividade do Domínio Vida Doméstica e Socialização	202
Houve pontuação 75 em todas as atividades do Domínio Vida Doméstica e Socialização	12
Não pode ficar sozinho em segurança	52
Não dispõe de auxílio de terceiros sempre que necessário	43

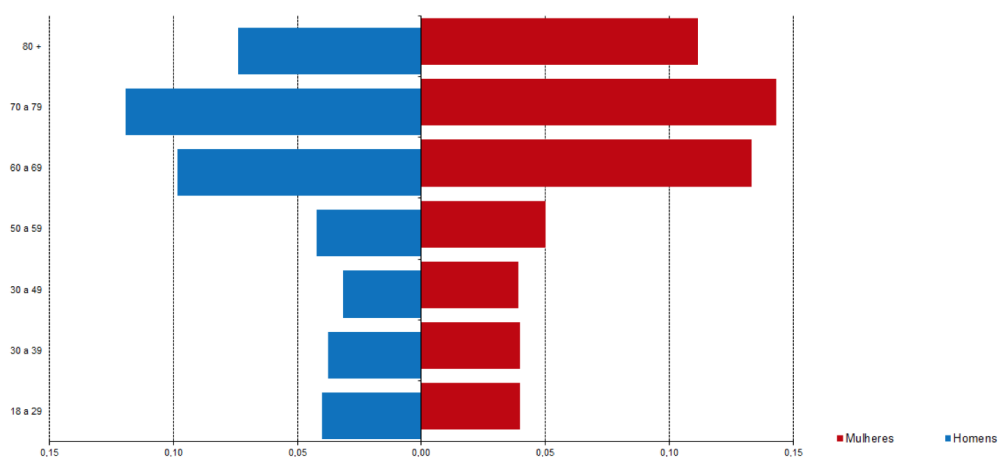
Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

PERFIL DOS ENTREVISTADOS

DEMOGRÁFICO

O gráfico 1 mostra a distribuição proporcional dos entrevistados por sexo e faixa etária. Observa-se que em todas as faixas de idade há mais mulheres do que homens e conforme a idade avança, essa distribuição torna-se mais distante. No total as mulheres foram 55,7% enquanto que os homens representaram 44,3%. Entre os adultos jovens essa distribuição é mais equilibrada, pois as mulheres compunham 52,8% e os homens, 47,2%. Entre os idosos as diferenças são mais acentuadas, 57,1% de mulheres e 42,9% de homens. Esse também é um reflexo da dinâmica populacional brasileira, do envelhecimento e da feminização da população.

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ENTREVISTADOS, POR FAIXA ETÁRIA E SEXO - 2017/2018



Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

O tamanho médio dos domicílios em que viviam os entrevistados foi de 2,9, sendo que 1/3 deles era composto por duas pessoas, 22,8% por três e os domicílios unipessoais foram responsáveis por 17,0%. Se observar essa distribuição por faixa etária, os adultos não idosos, de 18 a 59 anos, estavam em domicílios mais numerosos quando comparado aos idosos, conforme tabela 18.

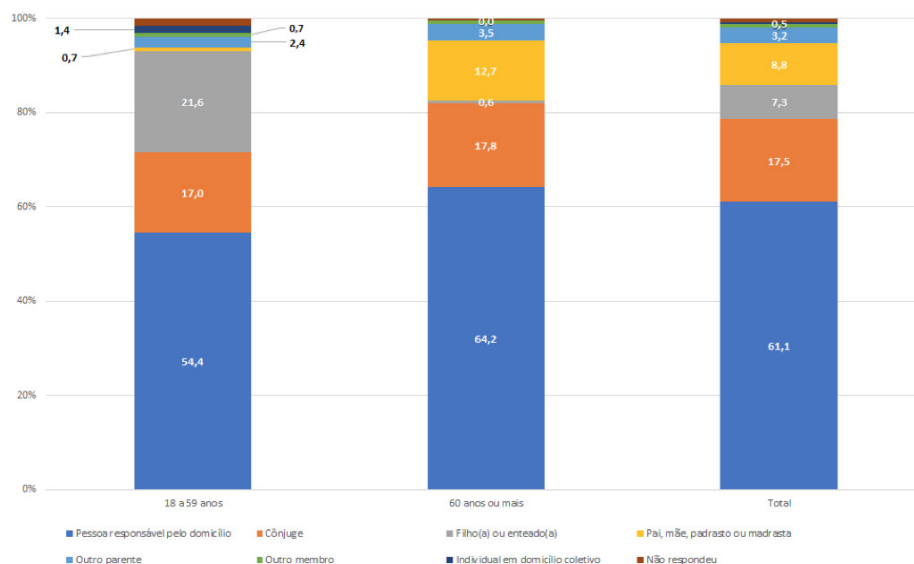
TABELA 18 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ENTREVISTADOS, POR FAIXA ETÁRIA, SEGUNDO NÚMERO DE PESSOAS QUE MORAM NO DOMICÍLIO - 2017/2018

Nº DE MORADORES	TOTAL	FAIXA ETÁRIA				
		18-59 ANOS	60-69 ANOS	70-79 ANOS	80 / +	60 / +
1	17,0	11,5	16,9	22,3	19,1	19,6
2	32,7	21,8	36,5	37,5	39,8	37,8
3	22,8	26,9	19,6	21,4	21,6	20,8
4	15,8	24,7	15,6	9,4	9,5	11,6
5/+	11,6	14,9	11,3	9,4	9,5	10,1

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

A distribuição dos entrevistados por faixa etária segundo a posição no domicílio pode ser observada no gráfico 1. As maiores diferenças entre os adultos jovens e os idosos estão nos percentuais de chefe, filho/enteado e pais ou padrastos. Destaca-se a proporção maior na posição de chefe entre os idosos (64,2%), filhos ou enteados entre os adultos jovens (21,6%), justificado por serem domicílios ainda em expansão ou com filhos menores, e pais e padrastos entre os idosos (12,7%).

GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ENTREVISTADOS, POR FAIXA ETÁRIA, SEGUNDO POSIÇÃO NO DOMICÍLIO EM QUE VIVEM - 2017/2018



EDUCAÇÃO

Outro aspecto abordado pela pesquisa foi a escolaridade dos entrevistados. Com o aumento da escolaridade da população brasileira em geral, era de se esperar que a taxa de analfabetismo estivesse concentrada, sobretudo entre os idosos. Os resultados da pesquisa apontam que a taxa de analfabetismo entre os adultos jovens foi de 0,2%, enquanto que, entre os idosos, esta foi de 9,6%, variando de 4,3% entre os idosos mais jovens, aqueles com 60 a 69 anos, a 14,6% entre aqueles com 80 anos ou mais. Taxa bastante similar entre aqueles que possuem comprometimento cognitivo/mental (14,6%).

Quanto à frequência à escola, por um lado os adultos jovens têm maior frequência comparado aos idosos, 23,3% e 2,3%. Por outro, a não frequência concentra-se entre os idosos, 97,7% e adultos jovens, 76,7%. Outra informação de destaque, que revela a diferenças entre as gerações, é o percentual daqueles que nunca frequentaram a escola, visto que entre os mais idosos, conforme a idade avança, maior o percentual. No total, cerca de 10% dos idosos nunca frequentaram e entre os adultos jovens esse percentual foi de 1,0%.

Com maior acesso às escolas, é compreensível que tenha uma proporção mais elevada de adultos jovens frequentando escolas públicas (18,2%). Dos idosos, daqueles que frequentam, apenas 1,8% estavam em escolas públicas. Outro ponto é que entre os adultos jovens, a frequência à escola é maior entre as mulheres à medida que elas envelhecem do que entre os homens.

O nível mais elevado concluído reafirma a diferença do acesso à escola entre as gerações. Enquanto que entre os adultos jovens, 48,0% concluíram o ensino médio, seguido de 22,3% que concluíram o nível superior, totalizando mais de 70%. Entre os idosos, juntos esses percentuais não alcançaram 20%. Isso se deve, pois cerca de 60% finalizaram o ensino fundamental I ou II. Com alguma incapacidade, o desenvolvimento do aprendizado e alcançar níveis mais elevados de escolaridade torna-se mais difícil, sobretudo entre os idosos.

Essas diferenças educacionais também podem estar relacionadas a composição dos grupos de análise. Entre os entrevistados, os idosos eram em sua maioria pacientes do HUCFF, enquanto os adultos jovens, que compunham a base de referência, eram em grande parte médicos residentes, alunos ou profissionais transeuntes no campo da pesquisa.

TABELA 19 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ENTREVISTADOS, POR FAIXA ETÁRIA, SEGUNDO NÍVEL MAIS ELEVADO CONCLUÍDO - 2017/2018

NÍVEL ESCOLAR	TOTAL	FAIXA ETÁRIA	
		18-59 ANOS	60 / +
TOTAL	100,0	100,0	100,0
Creche, Pré-escola, Classe de Alfabetização - CA	0,5	0,0	0,7
Alfabetização de Jovens e Adultos	0,7	0,0	1,0
Antigo Primário (Elementar)	10,5	1,0	14,9
Antigo Ginásio (Médio 1º ciclo)	1,5	0,0	2,2
Antigo Ginásio (Da 1ª a 3ª série / Do 1º ao 4º ano)	10,2	0,2	14,8
Antigo Ginásio (4ª série / 5º ano)	12,1	4,1	15,9
Antigo Ginásio (Da 5ª a 8ª série / Do 6º ao 9º ano)	9,5	5,3	11,6
Supletivo do Ensino Fundamental ou do 1º grau	4,1	4,3	4,0
Antigo Científico, Clássico, etc (Médio 2º ciclo)	5,5	5,8	5,4
Regular ou Supletivo do Ensino Médio ou do 2º grau	22,8	48,0	11,0
Superior de Graduação	11,5	22,3	6,3
Especialização de Nível Superior (mínimo de 360 horas)	2,2	5,0	0,8
Mestrado	0,9	1,9	0,5
Doutorado	0,5	1,2	0,2
Em Branco	7,6	1,0	10,8

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

CONDIÇÕES DE MORADIA

São poucos estudos que se dedicam a avaliar as condições de moradia e entorno da população, sobretudo de idosos. Ter condições adequadas de moradia são essenciais para a saúde e assim para o desenvolvimento do indivíduo. Segundo Costa et al. (2016, p.296) "Considera-se indispensável investir em pesquisa de questões relacionadas à habitação adequada para a população idosa no Brasil".

A pesquisa buscou caracterizar as condições de moradia dos entrevistados. Quase a totalidade (95,2%) declarou ter como forma de abastecimento de água a rede geral de distribuição. Ter a rua pavimentada também foi declarado por mais de 90% independentemente da idade e do comprometimento. No entanto, cabe destacar que entre aqueles com incapacidade cognitiva/mental, 7,6% não tinham pavimentação na rua.

TABELA 20 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ENTREVISTADOS, POR TIPO DE INCAPACIDADE, SEGUNDO PAVIMENTAÇÃO DA RUA - 2017/2018

PAVIMENTAÇÃO DA RUA	TOTAL	TIPO DE INCAPACIDADE			
		MOTORA	COGNITIVA/ MENTAL	AUDITIVA	VISUAL
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sim	94,8	94,2	92,4	94,9	97,7
Não	4,9	5,6	7,6	5,1	1,8
Não resposta	0,3	0,2	0,0	0,0	0,6

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

Quanto à área de localização da rua, a pesquisa investigou se era plana, inclinada ou escadaria. Mais de 70% dos entrevistados têm seus domicílios em área plana e uma fração expressiva reside em áreas inclinadas, cerca de 20% e o restante em escadarias, independentemente da idade. Quando se observada essa informação por incapacidade há algumas diferenças, embora a maioria estivesse em áreas planas, (75,8%), variando de 70,4% com incapacidades auditivas a 83,0% com comprometimento visual. Entre aqueles com algum tipo de comprometimento que viviam em áreas inclinadas houve variação de 14,0% dos entrevistados com incapacidades visuais a 23,5% daqueles com incapacidade auditiva.

TABELA 21 - DISTRIBUIÇÃO ABSOLUTA DOS ENTREVISTADOS, POR TIPO DE INCAPACIDADE, SEGUNDO ÁREA DE LOCALIZAÇÃO DO DOMICÍLIO - 2017/2018

LOCALIZAÇÃO DO DOMICÍLIO	TOTAL	TIPO DE INCAPACIDADE			
		MOTORA	COGNITIVA/ MENTAL	AUDITIVA	VISUAL
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Área plana	75,8	75,3	79,5	70,4	83,0
Área inclinada	18,7	19,6	15,7	23,5	14,0
Escadaria	5,0	4,9	4,9	5,1	2,9
Não resposta	0,5	0,2	0,0	1,0	0,0

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

Outra questão investigada foi a forma de deslocamento para a unidade de saúde mais próxima. Podendo declarar mais de uma forma de deslocamento, 40,9% optaram pelo carro particular, seguido de 25,8% do ônibus sem ser adaptado, 25,2% a pé e taxi/uber com 18%. Observando por incapacidade vale destacar que entre aqueles com comprometimento motor a distribuição permanece bastante similar ao total de entrevistados. Para os entrevistados com incapacidade cognitiva/mental, embora o percentual de carro particular tenha sido o maior, taxi/uber também são bastante utilizados para se deslocar até a unidade de saúde (24,3%). O ônibus sem ser adaptado foi declarado pela maioria daqueles com incapacidade auditiva (34,7%). Entre os entrevistados com comprometimento visual, o carro particular (42,7%) e o ônibus sem ser adaptado (32,2%) foram os mais demandados.

TABELA 22 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ENTREVISTADOS, POR TIPO DE INCAPACIDADE, SEGUNDO FORMA DE DESLOCAMENTO A UNIDADE DE SAÚDE MAIS PRÓXIMA - 2017/2018

FORMA DE DESLOCAMENTO	TOTAL	TIPO DE INCAPACIDADE			
		MOTORA	COGNITIVA/ MENTAL	AUDITIVA	VISUAL
A pé	25,2	21,9	18,4	27,6	22,2
Ônibus adaptado	8,0	9,3	7,6	4,1	11,1
Ônibus sem ser adaptado	25,8	25,6	15,7	34,7	32,2
Carro particular (próprio, família, amigos)	40,9	39,2	48,1	27,6	42,7
Taxi ou uber	18,0	18,9	24,3	20,4	17,0
Outros	6,0	7,0	3,2	7,1	6,4
Não resposta	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

O grau de comprometimento, leve, moderado ou grave, interfere na distribuição de acordo com a opção de deslocamento. Conforme aumenta o grau de comprometimento que o entrevistado tem, mais utilizado é o carro particular, pois variou de 32,6% com grau leve a 53,3% no nível grave ou taxi/uber que também variou de 14,4% a 29,7%. Essa mesma tendência foi verificada por idade, já que conforme a idade avança, mais comprometimentos o indivíduo tem.

TABELA 23 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ENTREVISTADOS, POR GRAU DE ACOMETIMENTO, SEGUNDO FORMA DE DESLOCAMENTO A UNIDADE DE SAÚDE MAIS PRÓXIMA - 2017/2018

FORMA DE DESLOCAMENTO	TOTAL	GRAU DE ACOMETIMENTO		
		LEVE	MODERADO	GRAVE
A pé	25,2	27,1	24,6	11,4
Ônibus adaptado	8,0	11,2	8,1	6,1
Ônibus sem ser adaptado	25,8	29,4	27,6	18,7
Carro particular (próprio, família, amigos)	40,9	32,6	38,7	53,3
Taxi ou uber	18,0	14,4	17,8	29,7
Outros	6,0	7,1	5,4	5,7
Não resposta	0,2	0,0	0,0	0,0

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

QUEDAS

Na área da saúde, uma das maiores preocupações são as quedas, seja no próprio domicílio ou em vias públicas. É um tema que está associado não somente a saúde, mas também a acessibilidade. A pesquisa investigou a presença de queda, entre os entrevistados, no último ano. A maioria dos entrevistados declarou não ter tido queda (72,2%), com algumas variações entre os tipos de incapacidade, variando de 58,4% na cognitiva/mental a 70,4% na auditiva. E conforme a idade avança, maiores os percentuais de queda. Entre os adultos jovens foi de 9,6% e entre os idosos de 80 anos ou mais 36,2%. Entre os mais idosos (80 anos ou mais) esse percentual foi de 39,4%. Essa mesma tendência ocorre à medida que aumenta a gravidade do comprometimento. A presença de queda foi maior entre aqueles com grau de acometimento grave (43,9%) comparado entre aqueles com leve (28,5%).

TABELA 24 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ENTREVISTADOS, POR TIPO DE INCAPACIDADE, SEGUNDO PRESENÇA DE QUEDA NO ÚLTIMO ANO - 2017/2018

PRESENÇA DE QUEDA NO ÚLTIMO ANO	TOTAL	TIPO DE INCAPACIDADE			
		MOTORA	COGNITIVA/ MENTAL	AUDITIVA	VISUAL
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sim	27,7	36,6	41,6	29,6	33,3
Não	72,2	63,4	58,4	70,4	66,7
Não resposta	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

TABELA 25 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ENTREVISTADOS, POR GRAU DE ACOMETIMENTO, SEGUNDO PRESENÇA DE QUEDA NO ÚLTIMO ANO- 2017/2018

FORMA DE DESLOCAMENTO	TOTAL	GRAU DE ACOMETIMENTO		
		LEVE	MODERADO	GRAVE
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0
Sim	27,7	28,5	38,7	43,9
Não	72,2	71,5	61,3	56,1
Não resposta	0,1	0,0	0,0	0,0

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

O número de quedas dentro do domicílio e em vias públicas também foi investigado. Em média, adultos jovens caem menos que os idosos em casa, 1,5 e 2,7, respectivamente. Em vias públicas essa média aumenta para ambos segmentos, mas ainda maior para idosos, 2,3 e 2,9, respectivamente. E o que se observa é que tanto em casa quanto em vias públicas, a queda é recorrente entre os idosos.

O número médio de quedas por incapacidade é mais elevado, seja pelo local (domicílio ou vias públicas) e independentemente do tipo de comprometimento. Em casa a auditiva e a visual apresentaram as maiores médias, 2,9 e 3,5, respectivamente. Enquanto que fora do domicílio foram: motora (3,1) e visual (3,6).

TABELA 26 - NÚMERO MÉDIO DE QUEDAS SOFRIDAS NO ÚLTIMO ANO, POR FAIXA ETÁRIA, SEGUNDO NÚMERO DE VEZES E LOCAL- 2017/2018

FREQUÊNCIA DE QUEDA NO ÚLTIMO ANO	TOTAL	FAIXA ETÁRIA				
		18-59 ANOS	60-69 ANOS	70-79 ANOS	80 / +	60 / +
Número médio de quedas em casa	2,6	1,5	2,8	2,8	2,7	2,7
Número médio de quedas em espaço público	2,8	2,3	3,0	2,8	3,2	2,9

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

TABELA 27 - NÚMERO MÉDIO DE QUEDAS SOFRIDAS NO ÚLTIMO ANO, POR FAIXA ETÁRIA, SEGUNDO NÚMERO DE VEZES E LOCAL- 2017/2018

FREQUENCIA DE QUEDA NO ÚLTIMO ANO	TOTAL	TIPO DE INCAPACIDADE			
		MOTORA	COGNITIVA/ MENTAL	AUDITIVA	VISUAL
Número médio de quedas em casa	2,6	2,6	2,5	2,9	3,5
Número médio de quedas em espaço público	2,8	3,1	1,8	2,9	3,6

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

Além do número médio de quedas, também importante saber suas causas. A de maior proporção declarada pelos entrevistados foi a superfície escorregadia (26,9%), seguido dos obstáculos no caminho, como móveis baixos, pequenos objetos, fios (23,6%) e via pública mal conservada com buracos ou irregularidades (18,9%). Outras causas tiveram um percentual elevado de 37,5%, no entanto não foram especificadas. Entre os tipos de incapacidade a distribuição manteve-se similar. Vale destacar que iluminação inadequada foi mais elevada entre os entrevistados com incapacidades auditivas (13,8%) ou visuais (10,5%), e degraus altos e estreitos, foi de 14,0% para aqueles com dificuldade motora. Por idade destacaram-se essas mesmas causas, no entanto, com percentuais mais elevados entre os idosos.

TABELA 28 - NÚMERO MÉDIO DE QUEDAS SOFRIDAS NO ÚLTIMO ANO, POR FAIXA ETÁRIA, SEGUNDO NÚMERO DE VEZES E LOCAL- 2017/2018

CAUSAS DAS QUEDAS	TOTAL	TIPO DE INCAPACIDADE			
		MOTORA	COGNITIVA/ MENTAL	AUDITIVA	VISUAL
Iluminação inadequada	7,5	8,3	2,6	13,8	10,5
Superfície escorregadia	26,9	28,7	20,8	31,0	26,3
Tapetes soltos ou com dobras	4,7	2,5	7,8	6,9	8,8
Degraus altos estreitos	11,1	14,0	9,1	6,9	8,8
Obstáculos no caminho (móveis baixos, pequenos objetos, fios)	23,6	21,0	20,8	27,6	31,6
Ausência de corrimãos em corredores ou banheiros	6,4	8,3	5,2	3,4	8,8
Prateleiras baixas ou elevadas	0,3	0,6	0,0	0,0	0,0

CONTINUA ►

TABELA 28 - NÚMERO MÉDIO DE QUEDAS SOFRIDAS NO ÚLTIMO ANO, POR FAIXA ETÁRIA, SEGUNDO NÚMERO DE VEZES E LOCAL- 2017/2018

CAUSAS DAS QUEDAS	TOTAL	TIPO DE INCAPACIDADE			
		MOTORA	COGNITIVA/ MENTAL	AUDITIVA	VISUAL
Calçados inadequados e/ou patologia dos pés	5,6	8,9	0,0	6,9	3,5
Maus tratos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Roupas compridas	0,3	0,6	0,0	0,0	0,0
Via pública mal conservada com buracos ou irregularidades	18,9	19,1	14,3	24,1	24,6
Transporte público inadequado	3,6	5,7	2,6	0,0	3,5
Outras	37,5	41,4	39,0	31,0	35,1

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

TRABALHO E RENDIMENTOS

Outro objetivo da pesquisa foi traçar o perfil dos entrevistados de acordo com algumas características do mercado de trabalho. A taxa de desemprego total foi de 5,5, entre os adultos jovens foi de 3,3, e dos idosos, 12,0% este último com diferenciais por sexos. As idosas tiveram uma taxa de 8,7% e os idosos, de 14,8%. Essa taxa de desemprego também foi diferente por tipo de incapacidade: visual (15,0%), motora (14,3%) e cognitiva/mental (10,0%).

TABELA 29 - TAXA DE DESEMPREGO POR SEXO E FAIXA ETÁRIA - 2017/2018

FAIXA ETÁRIA	SEXO		
	TOTAL	MULHER	HOMEM
TOTAL	5,47	5,00	5,94
18 a 59 anos	3,31	3,90	2,70
60 a 69 anos	13,85	10,71	16,22
70 a 79 anos	10,71	6,67	15,38
60 anos ou mais	12,00	8,70	14,81

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

O setor de atividade de maior destaque entre os entrevistados foi o comércio e serviços (66,6%) seguido do setor público (21,1%) e essa distribuição também apresentou a mesma tendência entre homens e mulheres. Mas por idade nota-se que comércio e serviços tem um percentual mais elevado de idosos (77,3%) quando comparado aos adultos jovens (63,4%) e o setor público é o inverso (idosos, 14,8%; adultos jovens, 22,9%). O setor de atividade registrou a mesma tendência por tipo de incapacidade, com níveis mais elevados de comércio e serviços entre aqueles com incapacidade visual (88,2%) comparado às outras incapacidades. E no setor público, o comprometimento motor registrou maiores percentuais (18,8%).

TABELA 30 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ENTREVISTADOS OCUPADOS, POR SEXO E FAIXA ETÁRIA, SEGUNDO SETOR DE ATIVIDADE - 2017/2018

SETOR DE ATIVIDADE	TOTAL			MULHER			HOMEM		
	TOTAL	18-59 ANOS	60/+ ANOS	TOTAL	18-59 ANOS	60/+ ANOS	TOTAL	18-59 ANOS	60/+ ANOS
Comércio e Serviços	66,6	63,4	77,3	67,9	64,9	78,6	65,3	61,8	76,1
Indústria	2,1	2,4	1,1	0,5	0,7	0,0	3,7	4,2	2,2
Setor Público	21,1	22,9	14,8	21,6	23,6	14,3	20,5	22,2	15,2
Agricultura	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Militar	1,3	1,7	0,0	1,6	2,0	0,0	1,1	1,4	0,0
Outro	7,9	8,2	6,8	6,8	6,8	7,1	8,9	9,7	6,5
Não resposta	1,1	1,4	0,0	1,6	2,0	0,0	0,5	0,7	0,0

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

TABELA 31 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ENTREVISTADOS OCUPADOS, IDOSOS, POR TIPO DE INCAPACIDADE, SEGUNDO SETOR DE ATIVIDADE - 2017/2018

SETOR DE ATIVIDADE	TOTAL	TIPO DE INCAPACIDADE			
		MOTORA	COGNITIVA/ MENTAL	AUDITIVA	VISUAL
Comércio e Serviços	66,6	72,9	77,8	78,6	88,2
Indústria	2,1	0,0	0,0	0,0	5,9
Setor Público	21,1	18,8	11,1	14,3	5,9
Agricultura	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Militar	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Outro	7,9	8,3	11,1	7,1	0,0
Não resposta	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

A posição na ocupação apresentou uma distribuição concentrada nos empregados com carteira (41,8%), seguido do trabalhador por conta-própria (24,2%), funcionário público/militar (13,9%) e empregado sem carteira (11,1%), totalizando 91,1% dos ocupados. Por idade, há mais idosos trabalhando por conta-própria (52,3%) e adultos jovens concentraram-se nos empregos com carteira (47,3%). Essa tendência também foi observada por sexo.

TABELA 32 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ENTREVISTADOS OCUPADOS, IDOSOS, POR TIPO DE INCAPACIDADE, SEGUNDO SETOR DE ATIVIDADE - 2017/2018

POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO	TOTAL			MULHER			HOMEM		
	TOTAL	18-59 ANOS	60/+ ANOS	TOTAL	18-59 ANOS	60/+ ANOS	TOTAL	18-59 ANOS	60/+ ANOS
Empregado com carteira assinada	41,8	47,3	23,9	38,9	45,3	16,7	44,7	49,3	30,4
Empregado sem carteira assinada	11,1	11,6	9,1	14,2	14,9	11,9	7,9	8,3	6,5
Trabalhador doméstico	1,1	0,7	2,3	1,6	0,7	4,8	0,5	0,7	0,0
Cooperativado	0,5	0,7	0,0	0,5	0,7	0,0	0,5	0,7	0,0
Empregador	1,3	1,4	1,1	1,6	1,4	2,4	1,1	1,4	0,0
Trabalhador por conta própria	24,2	15,8	52,3	19,5	10,8	50,0	28,9	20,8	54,3
Aprendiz ou estagiário	3,9	5,1	0,0	4,2	5,4	0,0	3,7	4,9	0,0
Funcionário público ou militar	13,9	15,4	9,1	16,3	17,6	11,9	11,6	13,2	6,5
Trabalhador para consumo próprio	0,8	0,3	2,3	1,1	0,7	2,4	0,5	0,0	2,2
Não remunerado	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,7	0,0
Não resposta	1,1	1,4	0,0	2,1	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

Para os tipos de incapacidade, embora concentrado nessas mesmas categorias, há algumas diferenças que merecem ser destacadas. Entre aqueles com comprometimento motor, cognitivo/mental e auditivo houve maior proporção de trabalhador por conta-própria (58,3%; 55,6% e 57,1%, respectivamente), e entre aqueles com incapacidade visual, empregado com carteira (58,8%).

TABELA 33 - DISTRIBUIÇÃO ABSOLUTA E PERCENTUAL DOS ENTREVISTADOS OCUPADOS, IDOSOS, POR TIPO DE INCAPACIDADE, SEGUNDO POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO - 2017/2018

POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO	TOTAL	TIPO DE INCAPACIDADE			
		MOTORA	COGNITIVA/ MENTAL	AUDITIVA	VISUAL
Empregado com carteira assinada	41,8	10,4	33,3	21,4	58,8
Empregado sem carteira assinada	11,1	8,3	11,1	7,1	11,8
Trabalhador doméstico	1,1	4,2	0,0	0,0	0,0
Cooperativado	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Empregador	1,3	2,1	0,0	0,0	0,0
Trabalhador por conta própria	24,2	58,3	55,6	57,1	29,4
Aprendiz ou estagiário	3,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Funcionário público ou militar	13,9	12,5	0,0	14,3	0,0
Trabalhador para consumo próprio	0,8	4,2	0,0	0,0	0,0
Não remunerado	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Não resposta	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

Os idosos aposentados compunham 75,5% e quanto mais idoso, maiores esses percentuais, inclusive entre os homens. Esses percentuais foram mais elevados quando se observa o tipo de incapacidade e o grau de acometimento. O maior percentual de aposentados foi observado entre aqueles com comprometimento auditivo (81,6%) e no com acometimento grave (95,5%).

TABELA 34 - PORCENTAGEM DE APOSENTADOS DOS ENTREVISTADOS IDOSOS, POR TIPO DE INCAPACIDADE, SEGUNDO POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO - 2017/2018

FAIXA ETÁRIA DE IDOSOS	SEXO		
	TOTAL	MULHER	HOMEM
TOTAL DE IDOSOS	75,5	75,5	75,5
60 a 69 anos	62,5	60,7	64,8
70 a 79 anos	81,8	74,7	90,3
80 anos ou mais	83,0	75,9	93,8

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

TABELA 35 - PORCENTAGEM DE APOSENTADOS DOS ENTREVISTADOS, POR TIPO DE INCAPACIDADE E GRAU DE ACOMETIMENTO - 2017/2018

TIPO DE INCAPACIDADE	TOTAL	GRAU DE ACOMETIMENTO		
		LEVE	MODERADO	GRAVE
TOTAL DE APOSENTADOS	75,5	71,5	77,4	78,9
Motor	72,3	68,8	74,1	75,0
Cognitivo/Mental	78,4	75,0	85,2	75,0
Auditivo	81,6	79,6	74,1	95,5
Visual	77,2	69,2	79,0	86,4

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

Os adultos jovens contribuem em maior proporção para a previdenciária (68,6%) do que os idosos (43,2%) e esse padrão também foi observado entre homens e mulheres.

TABELA 36 - PORCENTAGEM DE APOSENTADOS DOS ENTREVISTADOS, POR TIPO DE INCAPACIDADE E GRAU DE ACOMETIMENTO - 2017/2018

CONTRIBUIÇÃO PARA PREVIDÊNCIA	TOTAL	FAIXA ETÁRIA	
		18-59 ANOS	60 / +
Sim	62,9	68,8	43,2
Não	35,0	28,4	56,8
Não resposta	2,1	2,7	0,0
MULHER			
Sim	63,7	72,3	33,3
Não	34,7	25,7	66,7
Não resposta	1,6	2,0	0,0
HOMEM			
Sim	62,1	65,3	52,2
Não	35,3	31,3	47,8
Não resposta	2,6	3,5	0,0

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

Em relação ao rendimento bruto mensal, em média, os idosos (R\$ 2.075,25) e as mulheres (R\$ 2.298,39) declararam rendimentos menores quando comparados aos adultos jovens (R\$ 2.696,73) e homens (R\$ 2.776,89). Ou seja, mulheres ganham 82,8% do valor médio dos homens e os idosos ganham 77,0% do valor médio dos adultos jovens. Conforme avança a idade, maiores são estes hiatos de rendimento - o que pode refletir um aspecto geracional.

Entre as incapacidades, os menores rendimentos estavam entre aqueles com comprometimento cognitivo/mental (R\$ 1.550,00) e o visual (R\$ 1.752,94), e os mais elevados, motor (R\$ 2.246,28) e auditivo (R\$ 2.334,55). Cabe destacar que essa é uma informação sensível e que geralmente, há um percentual de entrevistados que não respondem, no caso da presente pesquisa, cerca de 4 não respondeu (20,3%) ou não sabia (3,9%). Esse mesmo padrão foi observado para o rendimento domiciliar e por tipo de incapacidade segundo o grau de acometimento.

TABELA 37 - RENDIMENTO BRUTO MENSAL MÉDIO POR SEXO E FAIXA ETÁRIA - 2017/2018

FAIXA ETÁRIA ADULTOS	SEXO		
	TOTAL	MULHER	HOMEM
TOTAL	2.533,72	2.298,39	2.776,89
18 a 59 anos	2.696,73	2.492,30	2.922,19
60 a 69 anos	2.418,27	2.220,45	2.563,33
70 a 79 anos	1.534,35	1.025,83	2.089,09
80 anos ou mais	996,00	333,33	1.990,00
60 anos ou mais	2.075,25	1.680,00	2.415,35

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

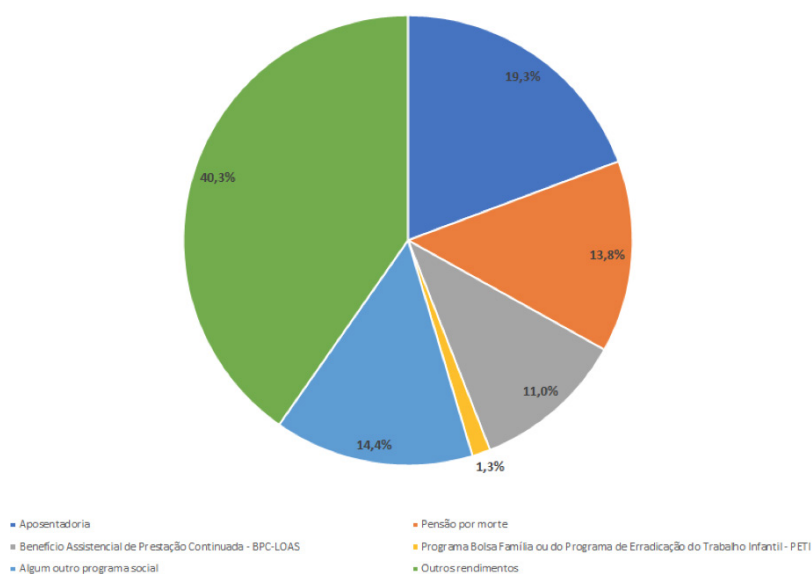
TABELA 38 - RENDIMENTO BRUTO MENSAL MÉDIO POR TIPO DE INCAPACIDADE E GRAU DE ACOMETIMENTO - 2017/2018

TIPO DE INCAPACIDADE	TOTAL	GRAU DE ACOMETIMENTO		
		LEVE	MODERADO	GRAVE
TOTAL	2.533,72	2.232,16	1.534,00	2.388,89
Motor	2.246,28	2.365,71	1.761,11	2.416,67
Cognitivo/Mental	1.550,00	1.507,14	900,00	2.500,00
Auditivo	2.334,55	2.728,57	1.193,33	3.000,00
Visual	1.752,94	1.994,44	1.478,57	1.500,00

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

Quanto aos tipos de rendimento dos entrevistados, 84,3% era composto por aposentadoria (19,3%), programa social (14,0%), pensão por morte (13,8%) e Benefício de Prestação Continuada (BPC), 11,0%.

GRÁFICO 3 - Distribuição percentual do rendimento mensal domiciliar por tipo de rendimento mensal domiciliar- 2017/2018 Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.



A Tabela a seguir revela os valores médios estimados para cada tipo de rendimento domiciliar. Outros rendimentos, tais como alugueis, investimentos, etc foram os que apresentaram maior valor médio: R\$ 3.396,58. A aposentaria foi o segundo tipo de rendimento de maior montante, em torno de R\$ 1.628,12.

TABELA 39 - RENDIMENTO MENSAL DOMICILIAR POR TIPO DE RENDIMENTO - 2017/2018

TIPO DE RENDIMENTO	VALOR
Aposentadoria	1.628,12
Pensão por morte	1.161,88
Benefício Assistencial de Prestação Continuada - BPC-LOAS	925,72
Programa Bolsa Família ou do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI	110,36
Algum outro programa social	1.211,00
Outros rendimentos	3.396,58

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

CONVIVÊNCIA COMUNITÁRIA

Os entrevistados também foram questionados sobre a frequência com que participam de atividades esportivas, artísticas ou de reuniões de associações de moradores ou movimentos comunitários nos últimos 12 meses. Os adultos jovens declararam participar com mais frequência dessas atividades em relação aos idosos, já que 53,1% dos idosos não frequentaram nenhuma vez, enquanto que entre os adultos jovens esse mesmo percentual foi de 21,6%. Entre os adultos jovens 56,8% declararam que participam dessas atividades pelo menos duas vezes por mês, e os idosos, 24,2%. Entre os sexos não se observaram diferenças. Se observadas essas atividades por incapacidade, elas se tornam menos frequentes.

TABELA 40 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ENTREVISTADOS POR SEXO E FAIXA ETÁRIA, SEGUNDO FREQUÊNCIA EM CONVIVÊNCIA COMUNITÁRIA - 2017/2018

CONVIVÊNCIA COMUNITÁRIA	TOTAL	FAIXA ETÁRIA	
		18-59 ANOS	60 / +
Mais de uma vez por semana	16,8	28,1	11,4
Uma vez por semana	7,6	12,2	5,4
De 2 a 3 vezes por mês	10,3	16,5	7,4
Algumas vezes no ano	17,1	17,5	16,9
Uma vez no ano	5,1	3,8	5,7
Nenhuma vez	43,0	21,6	53,1
Não respondeu	0,2	0,2	0,1
MULHER			
Mais de uma vez por semana	15,6	26,8	10,7
Uma vez por semana	7,3	10,5	6,0
De 2 a 3 vezes por mês	8,7	15,5	5,8
Algumas vezes no ano	17,1	19,5	16,1
Uma vez no ano	6,1	4,1	6,9
Nenhuma vez	45,2	23,6	54,6
Não respondeu	0,0	0,0	0,0
HOMEM			
Mais de uma vez por semana	18,2	29,4	12,4
Uma vez por semana	8,0	14,2	4,7
De 2 a 3 vezes por mês	12,3	17,8	9,5
Algumas vezes no ano	17,0	15,2	17,9
Uma vez no ano	3,8	3,6	4,0
Nenhuma vez	40,3	19,3	51,2
Não respondeu	0,3	0,5	0,3

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

Ainda sobre a interação com algum tipo de movimento, também foi pesquisada a frequência com que os entrevistados compareceram a cultos ou atividades religiosas nos últimos 12 meses. A distribuição da frequência das atividades religiosas é bastante similar entre adultos jovens e idosos, visto que 47,8% dos idosos declararam que compareceram pelo menos duas vezes por mês e os adultos jovens, 49,6%. Já quando se observa por sexo, os homens frequentam em menor proporção quando comparado às mulheres. E quanto ao grau do acometimento, quanto mais grave for, menor sua participação.

TABELA 41 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ENTREVISTADOS POR SEXO E FAIXA ETÁRIA, SEGUNDO FREQUÊNCIA EM CONVIVÊNCIA COMUNITÁRIA - 2017/2018

ATIVIDADES RELIGIOSAS	TOTAL	FAIXA ETÁRIA	
		18-59 ANOS	60 / +
Mais de uma vez por semana	16,6	20,6	14,7
Uma vez por semana	22,4	20,4	23,3
De 2 a 3 vezes por mês	9,4	8,6	9,7
Algumas vezes no ano	19,8	17,5	20,8
Uma vez no ano	2,8	2,9	2,7
Nenhuma vez	29,0	29,7	28,7
Não respondeu	0,1	0,2	0,0
MULHER			
Mais de uma vez por semana	19,5	24,5	17,3
Uma vez por semana	27,3	25,5	28,2
De 2 a 3 vezes por mês	9,4	9,5	9,3
Algumas vezes no ano	19,2	16,8	20,2
Uma vez no ano	2,3	2,7	2,2
Nenhuma vez	22,2	20,9	22,8
Não respondeu	0,0	0,0	0,0
HOMEM			
Mais de uma vez por semana	13,0	16,2	11,3
Uma vez por semana	16,1	14,7	16,9
De 2 a 3 vezes por mês	9,4	7,6	10,3
Algumas vezes no ano	20,5	18,3	21,6
Uma vez no ano	3,3	3,0	3,4
Nenhuma vez	37,5	39,6	36,4
Não respondeu	0,2	0,5	0,0

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

SEGURANÇA E VIOLÊNCIA

Sobre a percepção de segurança em casa, os idosos se sentem menos seguros (84,9%) que os adultos jovens (90,9%). No espaço público, tendo algum comprometimento, a percepção do nível de insegurança aumenta (66,6%), bem como quanto mais grave for o nível de acometimento (leve, 64,7%; moderado 65,3% e grave, 70,7%). Entre os tipos de incapacidade houve maior insegurança na rua para aqueles com incapacidade motora e visual.

TABELA 42 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ENTREVISTADOS POR SEXO E FAIXA ETÁRIA, SEGUNDO PERCEPÇÃO DE SEGURANÇA EM CASA- 2017/2018

SENTE-SE SEGURO EM CASA?	TOTAL	FAIXA ETÁRIA	
		18-59 ANOS	60 / +
Sim	86,8	90,9	84,9
Não	13,0	8,6	15,1
Não respondeu	0,2	0,5	0,0
MULHER			
Sim	85,5	88,2	84,3
Não	14,4	11,4	15,7
Não respondeu	0,1	0,5	0,0
HOMEM			
Sim	88,5	93,9	85,8
Não	11,3	5,6	14,2
Não respondeu	0,2	0,5	0,0

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

TABELA 43 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ENTREVISTADOS POR TIPO DE INCAPACIDADE E GRAU DE ACOMETIMENTO, SEGUNDO PERCEPÇÃO DE SEGURANÇA NA RUA - 2017/2018

SENTE-SE SEGURO NA RUA?	TOTAL	TIPO DE INCAPACIDADE			
		MOTORA	COGNITIVA/ MENTAL	AUDITIVA	VISUAL
Sim	33,1	32,9	31,9	41,8	31,0
Não	66,6	67,1	68,1	58,2	68,4
Não respondeu	0,3	0,0	0,0	0,0	0,6
ACOMETIMENTO LEVE					
Sim	35,3	34,1	30,4	40,8	38,5
Não	64,7	65,9	69,6	59,2	61,5
Não respondeu	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ACOMETIMENTO MODERADO					
Sim	34,7	38,8	29,5	37,0	29,0
Não	65,3	61,2	70,5	63,0	71,0
Não respondeu	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ACOMETIMENTO GRAVE					
Sim	28,9	23,2	35,3	50,0	22,7
Não	70,7	76,8	64,7	50,0	75,0
Não respondeu	0,4	0,0	0,0	0,0	2,3

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

Quanto a ter sofrido algum tipo de violência, física, psicológica, financeira, abandono, a maioria declarou que não (77,5%), não tendo diferenças expressivas entre os dois segmentos populacionais e entre os sexos. Embora esses percentuais tenham sido discretamente mais elevados entre os adultos jovens que declararam ter sofrido algum tipo de exposição à violência (25,7%) comparado aos idosos (20,8%) e entre os homens (25,0%) quando comparado às mulheres (20,3%).

TABELA 44 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ENTREVISTADOS, POR SEXO E FAIXA ETÁRIA, SEGUNDO EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA FÍSICA, PSICOLÓGICA, FINANCEIRA OU ABANDONO - 2017/2018

EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA	TOTAL	FAIXA ETÁRIA	
		18-59 ANOS	60 / +
Sim	22,4	25,7	20,8
Não	77,5	74,1	79,2
Não respondeu	0,1	0,2	0,0

CONTINUA ►

TABELA 44 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ENTREVISTADOS, POR SEXO E FAIXA ETÁRIA, SEGUNDO EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA FÍSICA, PSICOLÓGICA, FINANCEIRA OU ABANDONO - 2017/2018

EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA	TOTAL	FAIXA ETÁRIA	
		18-59 ANOS	60 / +
MULHER			
Sim	20,3	22,7	19,2
Não	79,7	77,3	80,8
Não respondeu	0,0	0,0	0,0
HOMEM			
Sim	25,0	28,9	23,0
Não	74,8	70,6	77,0
Não respondeu	0,2	0,5	0,0

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

TABELA 45 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ENTREVISTADOS, POR TIPO DE INCAPACIDADE E GRAU DE ACOMETIMENTO, SEGUNDO EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA FÍSICA, PSICOLÓGICA, FINANCEIRA OU ABANDONO- 2017/2018

EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA	TOTAL	TIPO DE INCAPACIDADE			
		MOTORA	COGNITIVA/ MENTAL	AUDITIVA	VISUAL
Sim	22,4	19,3	25,4	23,5	18,1
Não	77,5	80,7	74,6	76,5	81,9
Não respondeu	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
ACOMETIMENTO LEVE					
Sim	21,8	21,2	26,8	20,4	20,0
Não	78,2	78,8	73,2	79,6	80,0
Não respondeu	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ACOMETIMENTO MODERADO					
Sim	17,8	16,3	26,2	18,5	12,9
Não	82,2	83,7	73,8	81,5	87,1
Não respondeu	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ACOMETIMENTO GRAVE					
Sim	23,2	20,5	23,5	36,4	22,7
Não	76,8	79,5	76,5	63,6	77,3
Não respondeu	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fonte: Estimativas produzidas com base na pesquisa de campo primária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), 2017-2018.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação do instrumento foi rápida com média de 24 minutos na base de referência e 37, nos idosos. Foram entrevistados 1300 indivíduos, sendo 883 na Base de Idosos e 417 na de Referência, sendo que na maioria das vezes os próprios foram os respondentes (85%).

A estratificação do nível de acometimento mostrou uma amostra de idosos predominantemente dependente de terceiros em atividades cotidianas, já que 27,9% eram dependentes em pelos menos 1 de 8 atividades básicas da vida diária e 33,6% eram dependentes em pelo menos 1 de 5 atividades instrumentais. Somente 38,5% da amostra de idosos foi classificado como nível de acometimento leve, por não apresentar dependência em nenhuma das 13 atividades (básicas ou instrumentais). Esta gravidade é mais prevalente nos mais idosos, o que podemos constatar pelo número de indivíduos com a faixa etária de 60 a 65 anos no grupo considerado com deficiência leve (41,5%) e grave (24,8%). O fato das entrevistas terem sido realizadas em um hospital universitário de nível terciário de um grande centro urbano pode ter refletido na gravidade do nível de acometimento da Base de Idosos.

A estratificação dos tipos de incapacidades (Motora, Auditiva, Visual, Cognitiva) evidenciou uma base de idosos com mais de um tipo de incapacidade (54%), sendo que esse acúmulo também é mais prevalente nos mais idosos. A incapacidade mais prevalente foi a Motora, presente em 88% da amostra, seguida pela Auditiva (37%), Visual (32,7%) e Cognitiva (27,9%), lembrando que um mesmo idoso podia ter mais do que um tipo de incapacidade.

A pontuação por capacidade, e não por desempenho, reflete as atividades que os indivíduos não fazem por outros motivos que não os de saúde. Muitas vezes deixamos de fazer alguma atividade por escolha própria ou circunstância de vida. Por exemplo não cozinhar (apesar de ser capaz de fazê-lo) porque alguém faz por você.

Importante salientar que na Base de Referência essas atividades refletiram questões ligadas à idade, pontuando mais por capacidade a medida do avanço da idade (Educação, Qualificação Profissional) e questões ligadas à nossa cultura de gênero: mais homens pontuam por capacidade na atividade Cuidar dos Outros; Cozinhar e Realizar Tarefas Domésticas; e mais mulheres pontuam por capacidade na atividade Trabalho Remunerado.

Na Base de Idosos, surgiram atividades que pontuaram por Capacidade, que não estavam na Base de Referência, o que pode ser reflexo de uma barreira atitudinal cultural em relação aos idosos. Essas atividades foram: Discutir; Deslocar-se dentro de edifícios que não a própria casa; deslocar-se fora da sua casa e de outros edifícios; cuidar das partes do corpo; Relacionamentos familiares e com pessoas familiares e fazer as próprias escolhas. Em algumas atividades por capacidade na Base de Idosos, evidencia-se um importante viés de gênero; mais homens pontuam por capacidade nas atividades: Preparar Refeições tipo Lanches, Cozinhar, Realizar Tarefas Domésticas, Manutenção e uso apropriado de objetos pessoais e utensílios; e mais mulheres pontuam por capacidade na atividade Relacionamentos Íntimos.

Em relação à dependência, aproximadamente 4 dos idosos era dependente em pelo menos 1 das 8 atividades básicas de vida diária (Manter e mudar a posição do corpo, deslocar-se dentro de casa, Lavar-se, Regulação da micção, Regulação da defecação, Vestir-se, Comer e Beber). Sendo o Vestir-se e Lavar-se os mais comuns; sendo que 33% dos idosos eram dependentes de terceiros em pelo menos 1 das 5 AIVDs (Utilizar transporte individual como passageiro, Cozinhar, Realizar tarefas domésticas, Fazer compras e contratar serviços e Administração de recursos econômicos pessoais); sendo o Fazer compras e contratar serviços o mais comum seguido da Administração de Recursos econômicos pessoais.

Foram citadas 312 barreiras ambientais. As barreiras eram exploradas quando a pontuação era 25 D. O mesmo idoso poderia citar mais de uma barreira. A barreira citada mais frequentemente foi a de Atitudes (182), seguida pela Barreira de Serviços Sistemas e Políticas (93).

As funções corporais mais acometidas foram as Funções dos Movimentos, seguidas da Visão e a maioria dos idosos apresentavam mais de uma função alterada (88%).

A pontuação média geral do IF-Br na Base De Referência foi de 99,13 em 100; sendo o Domínio mais acometido o Sensorial (94,93) em função do uso de óculos comum, que constitui uma adaptação, mas não é considerado deficiência visual. A pontuação média geral do IF-Br na Base de Idosos foi 74,37; sendo o Domínio mais acometido o Educação, Trabalho e Vida Econômica (52,15), seguido do Domínio Vida Doméstica (67,54) e Mobilidade (72,47). Houve uma queda da pontuação a medida que a população envelhece em todos os domínios.

Outro ponto importante a se destacar foi uma clara diferenciação entre a Base de Referência e a Base de Idosos em relação à pontuação Geral e dos Domínios do IF-Br. Ressaltamos que a pontuação dos Domínios, mais do que a pontuação Geral, nos informa a área de vida mais acometida, já que os construtos de cada Domínio podem ser muito distintos.

O Domínio mais acometido foi o Educação, Trabalho e Vida Econômica (52,15 em 100), seguido do Domínio Vida Doméstica (67,54) e Mobilidade (72,47). Houve um gradiente de perda da funcionalidade com o aumento da idade. A pontuação geral na faixa etária de 60 a 69 anos foi 79,03; na faixa de 70 a 79 foi 74,91 e na faixa de 80 anos ou mais 67,78.

A atividade com pior desempenho foi Educação e Qualificação profissional, o que pode ser explicado pelo fato de não ser uma atividade frequente nessa faixa etária.

No Domínio Sensorial a atividade mais acometida foi o Observar - Ver, relacionado a um número elevado de uso de óculos. No Domínio Comunicação, a atividade mais acometida foi Utilização de dispositivos à distância, o que pode ser reflexo da pouca familiaridade dos idosos com tecnologia. No Domínio Mobilidade a atividade mais acometida foi Utilizar transporte seletivo, que pode ser devido à precariedade deste serviço na nossa cidade; no Domínio Cuidados Pessoais foi a atividade Lavar-se seguido de Vestir-se; no de Vida Doméstica foi a atividade Cuidar dos Outros; no Domínio Educação Trabalho e Vida Econômica foi a Atividade Educação e no Domínio Socialização e Cidadania foi a Atividade Vida Política e Cidadania seguido da Socialização.

A pontuação do instrumento também reflete a estratificação por nível de acometimento, o que observamos pela pontuação geral no IF-Br no grupo de Incapacidades Leves (83,19 em 100), Moderadas (74,11) e Graves (62,71).

A perda da funcionalidade é um importante indicador de saúde, especialmente no idoso, já que somente a descrição de dos agravos de saúde e das comorbidades podem não refletir o real funcionamento do idoso, portanto o Desempenho Funcional deve ser considerado um novo paradigma da saúde de um indivíduo, particularmente do idoso.

A capacidade de identificar pessoas com deficiência é um desafio, já que há variados tipos e graus de deficiência, assim como ambiente sociais diversos. O IF-Br mostrou-se capaz de identificar idosos com diferentes tipos e níveis de incapacidade, descrevendo através de seus Domínios o gradiente de acometimento funcional nas diversas áreas do funcionamento humano; diferenciando-os de uma base de Referência de adultos sem deficiência.

Este capítulo também teve como objetivo traçar o perfil socioeconômico e demográfico dos participantes da pesquisa de campo que abordou temas como: educação, condições de moradia, saúde, trabalho e rendimento, convivência comunitária, segurança e violência. Destacam-se as diferenças na saúde, entendida que a medida que a idade avança, maior comprometimento dos idosos e maior o grau de acometimento. A elaboração de políticas de promoção e prevenção pode adiar o aparecimento dessas limitações.

Importante para entender as condições de vida e de saúde da população, é necessário que outros estudos investiguem sobre as condições de moradia e entorno da população. São subsídios fundamentais para elaboração de políticas de habitação, bem como de acessibilidade para o deslocamento das pessoas, especialmente de idosos, que conforme visto no capítulo apresentam mais limitações.

Embora seja um tema sensível, a pesquisa também apontou que os rendimentos recebidos pelos idosos e pelas mulheres são inferiores aos dos adultos jovens e homens. É necessário que sejam considerados esses diferenciais para se pensar políticas que diminuam essas diferenças, especialmente entre homens e mulheres.

Políticas públicas voltadas à população idosa

BREVE HISTÓRICO

O processo de envelhecimento populacional presente em grande parte dos países vem apresentando novas demandas. Embora esse processo esteja ocorrendo em momentos e ritmos diferentes, esses novos desafios já estão postos e necessitam de políticas efetivas para atender essa população. De acordo com Ribeiro (2016), na medida em que o Estado não atende as necessidades de sua população, torna-se essencial que essas demandas sejam debatidas e discutidas no campo do judiciário. Ainda segundo a autora a “judicialização das políticas públicas expressa a incapacidade do Estado de assegurar a todos os cidadãos os direitos que lhes são genericamente reconhecidos nas leis” (RIBEIRO, 2016, p. 380). Um desses desafios, por exemplo, refere-se às questões sobre os cuidados de longa duração tanto para os aqueles que são cuidados quanto para aqueles que cuidam. No entanto, no caso do Brasil, segundo Camarano (2016), as demandas do envelhecimento foram adicionadas a outras demandas básicas ainda não solucionadas, portanto há demandas básicas não atendidas.

A questão do envelhecimento é uma preocupação que permeia a agenda de políticas públicas há algumas décadas. Embora haja lacunas na legislação e a não efetivação de leis já estabelecidas, gradualmente foram realizadas ações que são específicas para a população ou também que contemplam esse segmento. Uma das primeiras medidas foi a concessão ao direito de aposentadoria aos funcionários dos Correios com a idade mínima de 60 anos e 30 anos de serviço, realizada pelo Decreto nº 9.912-A, de 26 de março de 1888. Mais tarde, em 1923, reconhecida como um dos marcos históricos da previdência, foi a implementação da Lei Elói Chaves¹. Esta estabeleceu a previdência social no Brasil, garantindo assistência médica, remédios, aposentadoria e pensões, criando a Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAPs) para os empregados de empresas ferroviárias. Na década seguinte, com o governo de Getúlio Vargas houve a expansão da previdência social, já que quase

1. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923.

todos os trabalhadores da zona urbana passaram a ter esse direito. Outra medida importante, foi criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (Decreto nº 19.433, de 26 de novembro de 1930), para supervisionar e orientar as ações da Previdência (BELTRÃO *et al*, 2000).

A partir dos anos de 1960 e 1970 percebe-se um progresso nas leis e os idosos passam a ser reconhecidos como atores que demandam de políticas específicas. Em 1960 a previdência social tornou-se mais abrangente, pois incluiu a maior parcela dos trabalhadores da área urbana por meio da Lei Orgânica de Previdência Social (LOPS)².

A inclusão dos trabalhadores da área rural foi possível por meio da criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Prorural/FUNRURAL), subordinado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social. Trabalhadores rurais com 65 anos ou mais de idade e inválidos em qualquer idade passaram a ser cobertos. O chefe do domicílio passou a ser o beneficiário e recebia meio salário mínimo. No caso das aposentadorias por invalidez do trabalhador rural, o benefício era de 75%. A partir da Constituição de 1988 o valor desse benefício passou a ser de um salário mínimo e a idade para o seu requerimento foi alterada de 65 para 60 anos para homens e 55 para mulheres. Outra mudança foi a unidade do beneficiário, do domicílio foi transferida para o indivíduo, contribuindo fortemente para a queda da pobreza entre os idosos do meio rural, sobretudo entre as mulheres.

Em meados dos anos de 1960, as instituições previdenciárias³ (denominadas de Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPs) foram unificadas com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)⁴. A princípio, grande parcela dos trabalhadores urbanos estava coberta pelo sistema, no entanto, na prática, esta cobertura era inferior a 50% dos empregados e não ultrapassava 10% no caso dos empregadores e trabalhadores por conta própria (OLIVEIRA; BELTRÃO, 2000). Na década seguinte foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPS), separado do Ministério do Trabalho e Previdência Social⁵, que passou a ser o responsável pelos assuntos da previdência social e o INPS, pela concessão de benefícios da previdência.

Paralelamente e em alguns momentos anteriores a implementação de leis e decretos estabelecidos pelos governos, também estava presente na pressão e influência de estudiosos, sociedade civil e órgãos internacionais, alertando sobre o processo de envelhecimento. Assim, também vale destacar duas importantes iniciativas envolvendo a mobilização da sociedade. A primeira foi a criação, em 1961, da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) tendo como objetivo “estimular iniciativas e obras sociais de amparo à velhice e cooperar com outras organizações interessadas em atividades educacionais, assistenciais e de pesquisas relacionadas com a Geriatria e Gerontologia”

2. Lei nº 3.807 de 26 agosto de 1960.

3. Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) eram autarquias por categorias profissionais, criadas em 1930 pelo presidente Getúlio Vargas. Estas substituíram as caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), fundadas em 1923. Os IAPs foram consolidados e deram origem, em 1966, ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), englobando todos os empregados com carteira assinada, que recebiam assistência médica dos serviços do INPS, hospitais e ambulatórios médicos (BELTRÃO *et al.*, 2004; BATICH, 2004).

4. Decreto-Lei nº 72, de 21 de novembro de 1966.

5. Lei nº 6.036, de 1º de maio de 1974.

(CAMARANO, 2016, p.20). A segunda foi realizada pelo Serviço Social do Comércio (Sesc) em 1963, na cidade de São Paulo, com a criação do primeiro grupo de convivência de idosos no país. O objetivo era reintegrá-los ao convívio social devido a dois fatores importantes que impactam sua vida: aposentadoria e a emancipação dos filhos. Essa iniciativa no país foi inédita, pois até então havia apenas asilos e ações de cunho assistencial para idosos carentes e sem família (FERRIGNO, 2013).

Na década de 1970 outras medidas foram adotadas, as quais foram traduzidas em dois benefícios não contributivos: 1) as aposentadorias para os trabalhadores rurais e 2) a Renda Mensal Vitalícia (RMV)⁶ para os necessitados urbanos e rurais e para os portadores de deficiência. Esse benefício sofreu algumas alterações com a Constituição de 1988, sendo substituído pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC)⁷. Os beneficiários da RMV receberiam 50% do salário mínimo (SM), exceto pela aposentadoria por invalidez do trabalhador rural, pois esta seria 75% do SM.

Em 1976, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), reconhecendo as condições de vida e a necessidade de atender as demandas da população idosa, elaborou diretrizes para uma política social para a população idosa. As principais propostas foram (CAMARANO, 2016, p.20):

1. *“implantação de um sistema de mobilização comunitária, visando, entre outros objetivos, a manutenção do idoso na família;*
2. *revisão de critérios para a concessão de subvenções a entidades que abrigam idosos;*
3. *criação de serviços médicos especializados para o idoso, incluindo atendimento domiciliar;*
4. *revisão do sistema previdenciário e preparação para a aposentadoria;*
5. *formação de recursos humanos para o atendimento de idosos; e*
6. *coleta e produção de informações e análises sobre a situação do idoso pelo Serviço de Processamento de Dados da Previdência e Assistência Social (Dataprev), em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre outras”*

Dando sequência a essas iniciativas, o Brasil passou a ser signatário do Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento de 1982. Como o país estava passando por um processo de redemocratização na década de 1980, foi possível ampliar o debate e incluir na Constituição Federal de 1988 uma política na qual garantia renda para a população que trabalhava - resultando, ao final, resultou na universalização da seguridade social, garantindo renda para a população idosa (CAMARANO E PASINATO, 2004).

6. A RMV foi criada em 1974, por meio da Lei nº 6.179/74, como benefício previdenciário destinado às pessoas “maiores de 70 (setenta) anos de idade e os inválidos, definitivamente incapacitados para o trabalho, que, num ou noutro caso, não exerçam atividade remunerada” e não recebiam rendimento superior a 60% do valor do salário mínimo. Além disso, não poderiam ser mantidos pela família bem como não poderiam ter outro meio de se sustentar

7. Mais adiante este benefício será detalhado.

Em 1993 foi sancionada a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS)⁸ que regulamentou o BPC. Nela, os idosos com 70 anos ou mais, sem condições de se manter ou ser mantido pela família tiveram a garantia de um SM mensal, e caso estivesse em condição de vulnerabilidade temporária poderia receber outro benefício adicional⁹.

Todas essas medidas adotadas pelos governos, movimentos da sociedade civil e de órgãos internacionais, bem como a divulgação de estudos sobre o processo de envelhecimento e as condições de vida da população idosa culminaram, em 1994, na elaboração da Política Nacional do Idoso (PNI). Essa política foi, de fato, o pleno reconhecimento do Estado brasileiro sobre as necessidades específicas desse segmento. A partir desse momento, o Brasil inclui definitivamente em sua agenda o tema do envelhecimento populacional.

A PNI, como será visto, é bastante abrangente, pois além de criar o Conselho Nacional do Idoso (CNDI), na implementação de suas ações governamentais dispõe sobre as competências dos órgãos e entidades públicos nas áreas da assistência social, saúde, educação, trabalho e previdência social, habitação e urbanismo, justiça, cultura, esporte e lazer. No entanto, o que se verifica é sua pouca efetividade (COUTO, 2016).

Após esse breve histórico, o objetivo deste capítulo é apresentar uma análise das principais políticas públicas direcionadas para a população idosa, sempre que possível, em ordem cronológica. A referência inicial e mais importante será a Política Nacional do Idoso (PNI) de 1994.

O capítulo está dividido em quatro partes, sendo a primeira, este breve histórico. A segunda apresenta a Política Nacional do Idoso (PNI) e suas principais políticas setoriais, bem como algumas lacunas não contempladas na política. Outro importante instrumento legal, o Estatuto do Idoso (2003), é apresentado na terceira parte. Na quarta são descritas as considerações finais.

8. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

9. A idade mínima para requerimento do BPC foi reduzida para 65 anos em 2003 pelo Estatuto do Idoso, bem como a Loas alterou o caráter vitalício destes benefícios. Assim, a partir desta data, todos os beneficiários devem passar por uma reavaliação, a cada dois anos, para comprovar se as condições iniciais que o levaram a ser um beneficiário ainda permanecem.

POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO (PNI)¹⁰

Embora o Brasil já viesse implementando algumas ações e iniciativas, como visto anteriormente, culminado em uma Constituição cidadã, garantindo amplos direitos à população, é na Constituição que pela primeira vez se faz referência ao idoso¹¹. No entanto, é com a PNI que se tem o marco legal e reconhecimento do Estado sobre as necessidades desse segmento. Essa necessidade de elaboração de uma política específica para os idosos justifica-se, segundo Freire Jr (2004, p.103), pois “as políticas públicas são os meios necessários para a efetivação dos direitos fundamentais, uma vez que pouco vale o mero reconhecimento formal de direitos se ele não vem acompanhado de instrumentos para efetivá-los”. No momento em que a Constituição passa a não ser cumprida do ponto de vista dos direitos de cidadania, é inevitável que ações governamentais atendam esta demanda. Dessa forma, são criados mecanismos legais para que os direitos sejam respeitados e cumpridos, e efetivados por meio de políticas públicas.

Nesse contexto, a PNI foi aprovada em 1994 pela Lei no 8.842 e regulamentada pelo Decreto no 1.948 de 1996. À época a Secretaria de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) foi responsável pela coordenação e gestão dessa política. Composta por um conjunto de ações governamentais estruturada em 6 capítulos e 22 artigos, tem como objetivo “assegurar os direitos sociais dos idosos, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (Art. 1º). É regida pelos seguintes princípios (Art. 3o):

- I** - *“a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;*
- II** - *o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;*
- III** - *o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;*
- IV** - *o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;*
- V** - *as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta lei”.*

10. Cabe destacar que esta parte do relatório está fortemente baseada em Alcântara et al. (2016) por se tratar de uma obra detalhada sobre a PNI e suas décadas seguintes. Esta parte também irá se centrar nas questões em torno elaboração da PNI e pós PNI, pois as principais políticas, programas e ações pré PNI estão no breve histórico.

11. São os artigos 229 e 230. “Art. 229 - Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade. Art. 230 - A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (BRASIL, 1988).

A garantia da renda mínima (BPC) em função da perda da capacidade laboral, definida pela Constituição de 1988 e regulamentada em 1993, por meio da LOAS, tornou-se um benefício bastante importante na renda dos idosos, pois em algumas famílias é parcela significativa dentro do orçamento familiar, e em outras, a única fonte de renda do domicílio. A questão do envelhecimento e da velhice na PNI foi ampliada e sua elaboração contou com a participação de órgãos governamentais e não governamentais. Desta forma, a PNI surge para: 1) ampliar os serviços à população idosa, promover e expandir a capacitação de recursos humanos, entre outros; 2) prever ações nas mais diversas áreas (promoção e assistência social, saúde, educação, trabalho e previdência); 3) definir ações e estratégias para cada órgão setorial; 4) tratar os recursos financeiros entre as três esferas de governo; 5) estabelecer o acompanhamento, o controle e a avaliação das ações. Sendo muito abrangente e perpassando muitas áreas, em 1997, foi elaborado um plano de ação que determinou a articulação e a integração entre os ministérios para viabilizar a sua efetivação (BRASIL, 1997). Questão essa demandada pelos estudiosos e sociedade até os dias de hoje.

Cabe destacar que a responsabilidade pela gestão da política foi alterada ao longo dos anos, o que resultou em um forte impeditivo para sua efetivação em vários aspectos. Inicialmente estava vinculada ao Ministério da Assistência e Promoção Social e em 2009, a sua coordenação foi transferida para a Secretaria de Direitos Humanos (SDH) da Presidência da República, atual Ministério da Justiça e Cidadania. Segundo Camarano (2016, p. 21)

“A transferência se deu por meio do Decreto no 6.800/2009, cuja força é inferior à da lei que criou a PNI. Em outras palavras, esta transferência não ocorreu de direito. Na maioria dos municípios brasileiros, contudo, a gestão da política continua vinculada às secretarias de assistência social, que têm como recorte a vulnerabilidade social, não contemplando as demais necessidades da população alvo”.

Segundo Alcântara (2016) esta alteração impossibilitou a SDH de exercer as suas importantes atribuições, gerando dúvidas sobre a participação da secretaria tanto na coordenação quanto no acompanhamento e avaliação da PNI, bem como na discussão dos recursos financeiros.

A seguir serão descritas e analisadas algumas das políticas setoriais que foram contempladas na PNI, bem como as lacunas existentes em alguns setores e a dificuldade de efetivação da política que já tem mais de duas décadas. Na literatura há poucas referências bibliográficas analisando detalhadamente a PNI. Conforme já destacado, uma das obras que mais contribuiu para analisar a implementação PNI foi o livro intitulado “Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões”, organizado por Alcântara *et al.* (2016), no qual esta parte do capítulo irá se centrar.

MERCADO DE TRABALHO

Um dos pontos mais sensíveis, quando se discute o idoso no mercado de trabalho, é a discriminação, que pode ser de natureza diversa, seja por rendimento, seja em relação à definição e ao desenvolvimento de suas atribuições ou mesmo quando se refere aos critérios de admissão. Segundo Gugel (2016), a Constituição de 1988 proíbe qualquer discriminação referente a salários, exercício de funções e critérios de admissão do trabalhador por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil. O direito de não ser discriminado é decorrente do princípio da igualdade, no entanto, essa proibição vai de encontro a aposentadoria compulsória, que está em vigor para os funcionários públicos (aos 75 anos independentemente de suas condições, o funcionário é obrigado a se aposentar)¹².

Outro ponto que também deve ser considerado é que na PNI (assim como no Estatuto do Idoso, instituído em 2003) também proíbe a discriminação na contratação de idosos para qualquer trabalho ou emprego, fixando limite máximo de idade. De acordo com a autora, conforme prevê a Convenção no 111, da Organização Internacional do Trabalho (OIT),

“a discriminação nas relações de trabalho como sendo o ato de distinguir, excluir ou preferir alguém, cuja consequência ou resultado destrói e altera a igualdade de oportunidade e tratamento no trabalho” (GUGEL, 2016, p.225).

Conforme a idade avança, reconhece-se que a capacidade laboral do indivíduo diminui e suas condições de saúde pioram, entendendo que são inerentes ao processo de envelhecimento. Podendo haver assim comprometimento de sua saúde, limitação de sua mobilidade, dificuldades para desenvolver determinadas competências, bem como alterações no mercado de trabalho associadas às suas atividades laborais que dificultam o seu acompanhamento, como por exemplo, a evolução das inovações tecnológicas (GUGEL, 2016).

Outra questão importante levantada pela autora é a deficiência de programas que preparam os idosos para a aposentadoria¹³, visto que a retirada do ambiente laboral tem consequências para o indivíduo, para família e para seu entorno. A vivência da rotina de trabalho por mais de três décadas, descontinuada pela aposentadoria, revela para si mesmo o envelhecimento pessoal. O que pode afetar sua saúde mental, pois gera

“sentimentos de perda de identidade e prestígio social. A insegurança diante da mudança no ritmo de vida impacta o tempo e o novo modelo de vida que se impõe. Assim, o principal objetivo dos atuais programas de preparação para a aposentadoria é o de alertar o aposentando que o trabalho sairá de cena e que sua vida continua sendo absolutamente necessárias algumas redefinições, principalmente para enfrentar o maior tempo para si disponível, ou redefinir uma nova e segunda carreira que poderá durar vinte anos ou mais” (Gugel, 2016, p. 231).

12. Cabe ressaltar que a idade para se aposentar compulsoriamente foi alterada de 70 para 75 anos por meio da Lei Complementar 152, de 3 de dezembro de 2015.

13. Esses programas foram criados na década de 1950 nos Estados Unidos e aqui no Brasil iniciaram de forma discreta nos anos de 1980.

Por fim, a autora aponta as principais necessidades no âmbito das políticas públicas (GUGEL, 2016): 1) o reconhecimento da capacidade produtiva de trabalhadores idosos; 2) a eliminação dos obstáculos para contratação de idosos devido à idade, bem como o preconceito em relação aos trabalhadores idosos; 3) a preferência pelo trabalhador mais idoso para cargos de maior complexidade e visibilidade nas empresas; 4) o cuidado ofertado dos trabalhadores mais jovens a familiares idosos incapazes ou doentes, evitando assim, afastamentos sem perdas no salário e; 5) o incentivo ao aumento de mulheres idosas no trabalho, em respeito à lei de proteção à mulher trabalhadora. Reforçando os itens de 1 a 3, está o forte preconceito que os trabalhadores idosos enfrentam para se inserir no mercado de trabalho “devido a sua menor produtividade, maior taxa de absenteísmo devido à morbidade, dificuldades em acompanhar as mudanças tecnológicas, maiores salários, entre outras” (Camarano, 2016, p.31).

Considerando ainda o idoso no mercado de trabalho, Felix (2016) afirma que “a oferta de emprego depende de políticas macroeconômicas. Em outras palavras, depende da economia em que o trabalhador está ou não inserido” (p.241). Se por um lado, o nível de participação do idoso brasileiro no mercado de trabalho entre 1992 e 2012 foi considerado alto quando comparado a outros países, por outro houve uma redução de 12% nessa participação nesse mesmo período. Segundo o autor, isto pode apontar para a pouca efetividade da PNI, visto que um dos desafios da política é a inclusão do trabalhador mais velho no mercado de trabalho. Essa necessidade surgiu nos anos de 1990 quando a legislação previdenciária no Brasil passou a incentivar o adiamento da idade à aposentadoria, pois os debates não consideraram a empregabilidade do trabalhador maduro, com 50 anos ou mais. Acreditava-se que o desenvolvimento e o crescimento da economia iriam manter o mercado aquecido com empregos e que a aposentadoria para idosos estava garantida.

Felix (2016) alerta que a mão de obra ofertada não absorvida é maior comparada aos idosos no mercado, o que significa uma fase de inatividade prematura para muitos trabalhadores, e se absorvida, a mão de obra idosa é vulnerável, com inserção marginal e com vínculos precários não formais. A sugestão do autor é que ocorra uma revisão da PNI integrando a política com o estatuto previdenciário e as leis trabalhistas. Assim, nesta revisão, a demanda é por empregabilidade do trabalhador com 50 anos ou mais (denominado pelo autor de trabalhador maduro); a integração da população idosa com o mercado de trabalho; e “fim a não fragilização da segunda metade da carreira do trabalhador, a qual irá comprometer a sua sustentabilidade na velhice e, principalmente, os critérios de sua aposentadoria” (FELIX, 2016, p.259).

O autor ainda destaca para a discussão de políticas públicas com as lideranças dos movimentos sociais de trabalhadores e idosos (p.260).

- “1. Instituição de programa de fomento à educação continuada com estímulo fiscal para as empresas incentivarem o trabalhador com mais de 35 anos a aprimorar suas habilidades, técnicas ou acadêmicas. O incentivo se faria por linhas de crédito direto ao estudante.*
- 2. Reforço e prioridade aos programas de alfabetização e educação de jovens e adultos (EJA), sobretudo, com foco no chamado analfabetismo funcional e no analfabetismo digital.*

3. Adoção de cursos pelos institutos educacionais públicos e as instituições privadas sobre o envelhecimento populacional e a sua correlação com a gestão de pessoal para gerentes e diretores.
4. Alteração do texto do item c, do art. 10, inciso IV, da Lei no 8.842/1994, de “com antecedência mínima de dois anos antes do afastamento” para “durante toda a fase laboral” (Brasil, 1994).
5. Investigação, com vistas à adoção de uma política industrial específica, de setores com maior capacidade de empregabilidade e demanda de competências dos trabalhadores mais velhos.
6. Incentivo para as empresas adotarem a jornada flexível, a pré-aposentadoria ou a aposentadoria parcial, como forma de permitir a saída cautelosa do trabalhador do mercado de trabalho - sendo as três iniciativas reconhecidas pela legislação trabalhista.
7. Adoção de política de saúde ocupacional que reduza o contingente alarmante de aposentadorias por invalidez (Camarano, Fernandes e Kanso, 2013).
8. Legislação para estimular a empregabilidade a partir dos 50 anos, com o objetivo de evitar a fragilização da segunda metade da carreira.
9. Estabelecimento de políticas de proteção da aposentadoria ou preparação para a inatividade de acordo com os tipos diferentes de trabalhador (frágil, desatualizado ou expert)”

PREVIDÊNCIA

A política de previdência é inerente ao mercado de trabalho, visto que seu objetivo é garantir renda devido a perda da capacidade laboral. Ao longo dos anos os benefícios previdenciários recebidos tornaram-se principal fonte de renda para a população idosa e, em muitos casos, para todos os membros da família. No âmbito da previdência, na PNI está expressa a necessidade de

“priorizar o atendimento do idoso nos benefícios previdenciários; criar e estimular a manutenção de programas de preparação para aposentadoria nos setores público e privado com antecedência mínima de dois anos antes do afastamento” (Capítulo IV, Art. 10, inciso IV).

Para compreender melhor as políticas que envolvem os benefícios previdenciários, é necessário falar sobre os regimes que compõem esse sistema previdenciário¹⁴, são três, a saber: 1) Regime Geral de Previdência Social (RGPS), referente aos trabalhadores do setor privado, sendo a filiação compulsória; 2) Regime Próprio de Previdência Social (RPPS), referente aos servidores públicos; também sendo a filiação compulsória; e 3) Previdência Complementar, privado, de adesão facultativa (CAETANO, 2015). Cada unidade federada possui o seu regime próprio.

Uma das características da Constituição de 1988 foi ter como um de seus princípios a universalidade de cobertura e atendimento referente ao sistema de seguridade social. No entanto, segundo Camarano e Fernandes (2016), na prática isso não se verificou. As autoras justificam que do tripé da seguridade social, diferente da previdência, tanto a saúde quanto a assistência social não exigem que seus usuários contribuam com algum valor monetário específico para a sua utilização, o que restringe seu acesso apenas aos contribuintes e seus dependentes. A Emenda Constitucional (EC) no 20, de 15 de dezembro de 1998, regulamentada pela Lei no 9.876, de 26 de novembro de 1999, reafirma que o regime é contributivo e limitado (RANGEL et al., 2009). Também introduziu o fator previdenciário¹⁵ e aumentou o período de referência para o cálculo do valor do benefício. O objetivo foi desestimular as aposentadorias das pessoas mais jovens, estabelecendo uma relação entre o tempo de contribuição do segurado, sua idade no momento da aposentadoria e o período esperado de recebimento do benefício com o seu valor.

Outras alterações da emenda EC no 20/1998 foram:

- definiu uma idade mínima para a aposentadoria dos servidores públicos - 60 anos para homens e 55 para mulheres;
- eliminou a aposentadoria especial para os professores universitários;
- dispôs sobre os regimes de previdência social complementares, os quais não possuem limite de cobertura e possuem um regime de vinculação facultativa (OLIVEIRA E BELTRÃO, 2000; NOLASCO, 2012).

Além da EC no 20/1998, em 2003, a EC no 41 introduziu novas alterações:

- igualou o RGPS ao RPPS¹⁶;
- instituiu uma previdência complementar para servidores públicos federais¹⁷, mas só foi implementada em 2012 por meio da Lei no 12.618 de 30 de abril¹⁸;
- reestruturou as regras de pensão do RGPS e algumas medidas também foram adotadas para os servidores públicos federais.

14. Desde a Constituição de 1988, a legislação da previdência teve mais quatro emendas e três leis para sua complementação. Junto com a saúde e assistência social, compõe o Sistema de Seguridade Social do país.

15. É um fator multiplicativo aplicado ao valor dos benefícios previdenciários que considera o tempo de contribuição, a idade do segurado e a expectativa de vida. Esse fator previdenciário é adotado no cálculo das aposentadorias por tempo de contribuição e por idade, sendo opcional no segundo caso.

16. Na prática essa mudança só foi implementada em 2013.

17. Fundo de Previdência dos Servidores Públicos (Funpresp).

18. Apenas em 31 de janeiro de 2013 foi aprovado o regulamento pela Superintendência Nacional de Previdência Complementar (Previc).

Sobre as pensões por morte, com essa emenda foram impostas três condições: tempo mínimo de contribuição do segurado, duração da união e idade mínima para os cônjuges¹⁹. O benefício era vitalício para cônjuges e filhos incapazes, e o seu valor era equivalente ao benefício do segurado. A primeira mudança foi a introdução de uma carência de 18 meses de contribuição, ampliada para os servidores públicos da União. No entanto, foi criado um pagamento de quatro meses de benefício para segurados que não tivessem alcançado esse número mínimo de contribuições.

A seguir estão os benefícios monetários de longo prazo definidos pelo sistema de previdência social brasileira, conforme apresentado por Camarano e Fernandes (2016). Essa cobertura tem como princípio a perda da capacidade laboral e assim, de gerar renda. Dessa forma englobam: doença, acidente e morte, ou ainda decorrentes de acordos sociais, como as aposentadorias por tempo de contribuição, por idade e o seguro-desemprego.

1. No RGPS:

- a) aposentadoria por idade: 65 anos para homens e 60 para mulheres - atualmente o período mínimo de contribuição exigido é de 15 anos; anteriormente era de 5 anos para ambos os sexos;
- b) aposentadoria por tempo de contribuição: 35 anos de contribuição para os homens e 30 para as mulheres, à exceção dos professores que podem se aposentar com 5 anos de contribuição a menos;
- c) aposentadoria especial: depende da ocupação, perigosa ou insalubre, contribuem por apenas 15 anos;
- d) aposentadoria por invalidez a qualquer idade: acidentária (concedida por acidentes comprovadamente decorrentes do exercício do trabalho) ou previdenciária (concedida independentemente da aferição de sua correlação com o exercício do trabalho), as condições de elegibilidade são as mesmas nos dois regimes, público e privado;
- e) aposentadoria rural: o requerimento depende da comprovação de trabalho no meio rural e uma idade mínima de 60 anos para homens e 55 para mulheres; e
- f) pensão por morte, cujas condições de acesso são as mesmas no RGPS e no RPPS: assume-se a dependência do cônjuge; são elegíveis, além do cônjuge, os filhos menores de 21 anos ou inválidos, os pais e os irmãos não emancipados, menores de 21 anos ou inválidos. A duração do benefício depende da idade do cônjuge e/ou do filho; o valor do benefício continua sendo 100% do valor da aposentadoria que o segurado recebia ou a que teria direito quando se aposentasse.

19. Lei no 13.135, de 17 de junho de 2015 decorrente da Medida Provisória (MP) no 664 de 30 de dezembro de 2014.

2. Setor público ou do RPPS:

a) o regime próprio de cada ente federado (União, estado ou município): idade mínima de 55 anos para mulheres e 60 para homens, além de 30 e 35 anos de contribuição para mulheres e homens, respectivamente; e

b) previdência complementar optativa, custeada por contribuição adicional.

3. Aposentadoria privada: cobre aproximadamente 0,4% da população brasileira (ABRAPP, 2015), aí incluídos os participantes ativos, os beneficiários e os dependentes.

4. BPC: faz parte da Proteção Social Básica (PSB) do Sistema Único de Assistência Social (Suas). É individual e não vitalício no valor de um salário mínimo mensal que beneficia idosos, com 65 anos ou mais, e também pessoas com deficiência, de qualquer idade, com comprometimento físico, mental, intelectual ou sensorial, que o impeça de participar na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Tanto idosos quanto deficientes devem comprovar que não possuem meios para garantir o próprio sustento, ou ser provido pela família. A renda mensal familiar per capita deve ser inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo vigente. O BPC é financiado pelo Fundo de Assistência Social, pago pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

Mudanças decorrentes da Lei no 13.135: duração mínima de casamento ou união estável (dois anos) para o direito à pensão por morte para as esferas públicas e privadas, e pagamento de quatro meses de benefício para segurados que não completassem o tempo mínimo de união estável (IPEA, 2016). Em ambos os casos, quando o casal tiver filhos menores de 21 anos, será concedida pensão e proteção para estes, com exceção das pensões por morte devido aos acidentes após o casamento ou no início da união estável, assim como quando o cônjuge for considerado incapaz e não seja possível reabilitação para que possa realizar atividades laborais para seu próprio sustento (IPEA, 2016). Outro ponto alterado foi o fim do direito à pensão por morte para o dependente que cometer crime doloso que resultar na morte do segurado.

A duração do benefício de pensão também foi alterada: cônjuges com idade igual ou superior a 44 anos, o benefício continua sendo vitalício. Foi definida uma faixa de idade, a ser atualizada a cada três anos em função do aumento da expectativa de vida ao nascer ou quando esta tiver um aumento de pelo menos um ano²⁰, regra também válida para os servidores públicos federais (Ipea, 2016).

20. Para pessoas com idade inferior a 44 anos, foi estabelecida a seguinte duração: i) vinte anos, para cônjuges com idade entre 41 e 43 anos; ii) quinze anos, para aqueles entre 30 e 40 anos; iii) dez anos, para aqueles entre 27 e 29 anos; iv) seis anos, para aqueles entre 21 e 26 anos; e v) três anos, para aqueles com menos de 21 anos de idade.

Essa alteração compreende que os cônjuges jovens têm capacidade laboral para gerar sua própria renda e também para a sua família.

Camarano e Fernandes (2016) destacam outra mudança ocorrida em 2015²¹. Criou um fator 85/95 para calcular o benefício previdenciário por tempo de contribuição, podendo assim não ser considerado o fator previdenciário. O fator é a soma da idade do possível beneficiado com o tempo de contribuição, na data do requerimento da aposentadoria²². O tempo mínimo de contribuição não foi alterado: 30 anos para as mulheres e 35 para os homens.

Por fim, as autoras afirmam que como parcela expressiva da garantia de renda aos idosos é de responsabilidade do Estado, qualquer alteração afeta o próprio beneficiário, mas também famílias inteiras, visto que o grau de dependência financeira do benefício é elevado. Por fim, Camarano e Fernandes (2016, p. 289) concluem que:

“o perfil do sistema previdenciário construído hoje influirá na distribuição futura da renda das famílias. Sintetizando, pode-se concluir que se está frente a novos desafios para o financiamento da previdência social, uma questão que se impõe não apenas ao Brasil. Não se acredita em uma solução única para a maioria dos países. Esta deverá vir de uma decisão política”.

ASSISTÊNCIA SOCIAL

Antes de iniciar a abordagem que a PNI faz sobre a Assistência Social, vale destacar as diferenças entre os conceitos de assistência e previdência social. A primeira é financiada por recursos públicos, por meio dos tributos pagos pela sociedade. A segunda é um seguro de contribuição mútua para que no futuro o indivíduo receba um benefício. Assim, a previdência social torna-se uma poupança compulsória. É uma imposição para que o cidadão tenha condições financeiras para manter a sua capacidade de consumo quando perder sua capacidade laboral (BERZINS et al., 2016)

Quanto à organização da Assistência Social, no Art. 5º da LOAS tem como base as seguintes diretrizes:

- I** - descentralização político-administrativa para os estados, o Distrito Federal e os municípios, e comando único das ações em cada esfera de governo;
- II** - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis;
- III** - primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social em cada esfera de governo”.

21. Lei no 13.183, de 4 de novembro de 2015.

22. A progressividade deverá ocorrer da seguinte forma: em 31/12/2018, 86 para mulheres e 96 para homens; em 31/12/2020, 87 para mulheres e 97 para homens; em 31/12/2022, 88 para mulheres e 98 para homens; em 31/12/2024, 89 para mulheres e 99 para homens; e, em 31/12/2026, 90 para mulheres e 100 para homens

Quanto à gestão, é um sistema descentralizado e participativo, denominado Sistema Único de Assistência Social (Suas). A assistência social divide-se nos seguintes tipos de proteção:

- “I - proteção social básica: conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social que visa a prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários;*
- II - proteção social especial: conjunto de serviços, programas e projetos que tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direito, o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos. Parágrafo único. A vigilância socioassistencial é um dos instrumentos das proteções da assistência social que identifica e previne as situações de risco e vulnerabilidade social e seus agravos no território”.*

Quanto aos serviços oferecidos, a política de assistência para a população idosa no país oferece: a implantação de grupos de convivência, que não é suficiente; Serviço de Acolhimento Institucional, que são as instituições de longa permanência para idosos (ILPI), para idosos que não têm condições de permanecer com a família ou que vivenciam situações de violência e negligência ou em situação de rua e/ou de abandono ou com vínculos familiares fragilizados. Estas instituições são poucas no país, conforme apontado por Camarano et al. (2010). Além disso, oferecem serviços de centros-dia, casas-lar, repúblicas entre outros, mas também estão em número muito reduzido (BERZINS et al., 2016).

Importante ressaltar que na Constituição de 1988 está claro que a responsabilidade com o idoso é da família e a assistência social oferece serviços de apoio, mas dentro da sua rede. Dessa forma, não há uma política dentro da assistência definida apenas para os idosos. As estratégias executadas pela assistência em relação aos idosos é pensada dentro da perspectiva de atendimento de pessoas com vulnerabilidade. Além disso, o BPC é um benefício assistencial e dessa forma, sua execução está fortemente ligada as assistências sociais dos municípios, seja na orientação sobre concessão dos benefícios, quanto na inclusão das demandantes no Cadastro Único²³. Atualmente, antes de requerer o BPC, o idoso deve estar registrado no Cadastro Único mesmo sem estar recebendo algum benefício social²⁴, como por exemplo, o Bolsa Família. O acolhimento é visto como uma última opção entre os familiares. De fato, a assistência social não possui nenhuma política de atendimento de idosos que recebem o BPC.

23. O Cadastro Único é um conjunto de informações sobre as famílias brasileiras em situação de pobreza e extrema pobreza. Essas informações são utilizadas pelo Governo Federal, pelos Estados e pelos municípios para implementação de políticas públicas capazes de promover a melhoria da vida dessas famílias. Quem deve estar inscrito no Cadastro Único: 1) famílias de baixa renda: que ganham até meio salário mínimo por pessoa; ou que ganham até 3 salários mínimos de renda mensal total. Disponível em: <http://www.caixa.gov.br/cadastros/cadastro-unico/Paginas/default.aspx>. Acessado em 02/05/2018.

24. Portaria interministerial nº 5, de 22 de dezembro de 2017.

SAÚDE

Com a concepção de universalidade, integralidade e equidade, tanto a Constituição de 1988 quanto a PNI e o Estatuto do Idoso (2003)²⁵ reafirmam o compromisso do Estado em assegurar saúde à população. Segundo Giacomini e Maio (2016), embora tenha ocorrido um esforço da área técnica da Saúde do Idoso do Ministério da Saúde (MS) nas gestões que se seguiram à implementação da PNI, as autoras destacam que os progressos observados na saúde da população de idosos “reflitam muito mais a implementação do SUS que propriamente a influência ou a incorporação da PNI nesse processo” (p. 126).

Na implementação da PNI, são competências dos órgãos e entidades públicos (item II, art. 10 do capítulo IV):

- a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde;
- b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas;
- c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde;
- d) elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares;
- e) desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais;
- f) incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais;
- g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação; e
- h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso (Brasil, 1994).

A implementação da PNI foi no mesmo ano que se iniciou a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), que em 2011 tornou-se Estratégia Saúde da Família (ESF). É um novo conceito de modelo assistencial que busca reverter a prestação de assistência à saúde, bem como uma proposta de reorganização da atenção básica, centrada na assistência à doença mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida. Está em sintonia com os princípios da universalidade, equidade da atenção e integralidade das ações propostas pela Constituição de 1988, portanto busca gerar novas práticas e ratifica como é essencial o trabalho clínico e a promoção da saúde (SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE, 2000).

25. Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003.

De acordo com Giacomini e Maio (2016), no ano de 1997 foi elaborado o Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da PNI, pois suas ações deveriam ser articuladas e integradas aos diversos ministérios para que pudesse ser viabilizada. Ademais, definiu ações e estratégias para cada órgão setorial, a negociação dos recursos financeiros entre as esferas do governo, além de acompanhar, controlar e avaliar essas ações (BRASIL, 1997).

Ainda segundo as autoras, a partir de 1989, o MS estabeleceu normas para o funcionamento das instituições de atendimento ao idoso (BRASIL, 1989), porém apenas em 1998 foram incluídos os procedimentos referentes ao atendimento a pacientes sob cuidados prolongados e às internações em regime de hospital-dia geriátrico e domiciliar com equipe hospitalar (BRASIL, 1998a; 1998b; 1998c).

Destacam-se como outros instrumentos legais para a saúde da população idosa:

- Programa Nacional de Cuidadores de Idosos²⁶ - PNCI (BRASIL, 1999a). No entanto, não foi implementada.
- Política Nacional de Saúde do Idoso²⁷ - PNSI (BRASIL, 1999b);
- Portaria GM/MS no 280/1999 - torna obrigatório nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 anos de idade, quando internados (Brasil, 1999c);
- Portaria GM/MS no 830/1999 - regulamenta a cobrança de diária de acompanhante para maiores de 60 (sessenta) anos, por meio de Autorização de Internação Hospitalar/AIH (BRASIL, 1999d).
- Portaria GM/MS no 702/2002 - Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (BRASIL, 2002). Segundo Giacomini e Maio (2016, p. 144), "ainda não foram implantados em muitos estados, e os que estão em funcionamento se concentram na região Sudeste, especialmente no estado de São Paulo";
- Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa²⁸ - PNSPI. O objetivo foi elaborar uma estratégia de implementação da PNI na saúde pública. Um de seus resultados foi a instituição da imunização contra a gripe para idosos no calendário (BRASIL, 2006a).
- Pacto pela Saúde - inclui o Pacto pelo SUS, o Pacto pela Gestão e o Pacto pela Vida (BRASIL, 2006c)²⁹.

Cabe destacar que o Pacto pela Vida elenca seis prioridades, sendo uma delas a saúde do idoso. Tem o objetivo de implementar a PNSPI, buscando a atenção integral (BRASIL, 2006). Com a aprovação do Pacto, em 2006, e com a revogação da Portaria nº 1.395/GM de 1999, foi elaborada a PNSPI:

26. Portaria Interministerial MS/MPAS no 5.153, de 7 de abril de 1999.

27. Portaria no 1.395, de 10 de dezembro de 1999.

28. Portaria no 2.528 de 19 de outubro de 2006.1999.

29. Portaria no 399 de 22 de fevereiro de 2006.

“os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da política aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus programas, projetos e atividades em conformidade com as responsabilidades e diretrizes nela estabelecidas” (BRASIL, 2006)

São diretrizes da PNSPI (BRASIL, 2006):

- a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e
- i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Desta forma, a PNSPI sinaliza sobre a necessidade de efetivação de políticas de cuidado para a população idosa frágil, reforçando que as famílias com idosos também precisam de apoio, bem como a capacitação de profissionais.

Não há dúvida sobre os avanços nas leis brasileiras sobre a proteção aos idosos, como por exemplo, maior acesso aos serviços de saúde. No entanto, o que se observa é que parcela das políticas públicas ainda não foram efetivadas e desta forma, não foi possível oferecer aos brasileiros uma vida com mais qualidade. Inclusive para isso são necessários investimentos. A seguir são apresentadas algumas lacunas observadas por Giacomini e Maio (2016, p.167):

- “1. O SUS, embora universal, persiste com a segmentação e a fragmentação dos serviços.*
- 2. A aposta na estruturação da atenção primária via ESF ainda não contempla a especificidade da família com uma pessoa idosa.*
- 3. A integração e a coordenação da assistência à pessoa idosa com os demais serviços para além da atenção primária ainda é muito frágil.*
- 4. A falta de metas e indicadores relativos à população idosa aplica-se aos três níveis de atenção e impossibilita medir os efeitos sobre o cuidado oferecido à parcela idosa.*
- 5. O financiamento público para a saúde ainda é largamente insuficiente.”*

Outros programas, ações estratégicas e políticas de saúde direcionada à população idosa:

• Portaria MPAS/SEAS nº 73, de 10 de maio 2001 - estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, nas modalidades previstas na Política Nacional do Idoso, e aos desafios que o crescimento demográfico impõe ao país. Essa portaria integra a regulamentação da PNI e propõe novas modalidades de atenção ao idoso, que poderão ser adequadas à realidade de cada município, entendendo que é fundamental a participação do idoso, da família, da sociedade, dos fóruns e dos conselhos nas formas de organização dos serviços de atenção ao idoso, a saber: família natural; família acolhedora; residência temporária; centro dia; centro de convivência; casa lar; república; atendimento integral institucional; assistência domiciliar/atendimento domiciliar;

- Portaria MS/GM nº 702, de 16 de abril de 2002 - dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso;
- Portaria MS/GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006 - aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;
- Portaria MS/GM nº 1498, de 19 de julho de 2013 - redefine o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional;
- Portaria MS/GM nº 874, de 16 de maio de 2013 - institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Outra política que merece destaque dentro da temática de saúde é a *Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência* que foi aprovada pela Portaria MS/GM nº 1.060 de 5 de junho de 2002. Reconhecendo expressamente que havia a necessidade de definir, na área da saúde, uma política voltada para a reabilitação da pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, para sua inclusão plena em todas as esferas da vida social, bem como proteger a saúde deste segmento populacional e prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. A elaboração da política obteve a participação de diferentes setores governamentais e não governamentais envolvidos com o tema (BRASIL, 2002).

Anteriormente a esta política, os direitos da população com deficiência foram assegurados pela Constituição de 1988 em vários capítulos. Desde então, outros instrumentos legais foram aprovados, destacando-se:

1. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989 - dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.

2. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) - dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
3. Decreto nº 3.298 20 de dezembro de 1999 - regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências.

Segundo Resende e Vital (2008), o número de pessoas com deficiência está crescendo em função do aumento da esperança de vida e da violência. Girondi *et al.* (2016) afirmam que, anteriormente, as deficiências eram desencadeadas por doenças e que

“o aumento das comorbidades, das doenças crônicas não transmissíveis e os novos arranjos familiares processam uma nova forma de envelhecimento. Por isso, há que se ressaltar a grande heterogeneidade nos padrões de envelhecimento, vulnerabilidades e dependência dos idosos. Atrelado a isso tudo, ainda há que se considerar a diversidade cultural, econômica e política de cada região do Brasil, o que demanda ações diferenciadas para o atendimento de diferentes necessidades” (GIRONDI et al., 2016, p; 312).

A Política tem o objetivo de incluir pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e reconhece a necessidade de responder a questões complexas direcionadas para este segmento. Dessa forma, são diretrizes da política:

- promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência;
- assistência integral à saúde da pessoa com deficiência;
- prevenção de deficiências;
- ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação;
- organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência;
- capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2002).

No entanto, as necessidades dessa população em especial não devem estar voltadas apenas para a área da saúde, mas também é necessário reconhecer que ainda há outras áreas importantes que podem contribuir para aumentar a qualidade de vida dessas pessoas. São elas: educação, transporte, lazer entre outros, devendo ser ofertadas por ações intersetoriais.

No que diz respeito à deficiência da população idosa, no entanto, a discussão ainda é inicial. Apesar da legislação contemplar os idosos, há de se reconhecer as dificuldades devido aos preconceitos existentes, bem como a falta de planejamento e preparo. Girondi *et al.* (2016) afirmam que a

“assistência a essa população se insira marginalmente no sistema de saúde. A situação da assistência à pessoa idosa com deficiência no Brasil ainda apresenta um perfil de fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações na esfera pública e privada; por isso compreender a legislação em saúde nessa área significa viabilizar uma assistência de saúde digna e humana a essas pessoas.” (p. 319).

OUTROS TEMAS E LACUNAS

Conforme visto, a PNI é bastante abrangente, pois abordou vários temas setoriais. Além dos já citados anteriormente, há outros como habitação e urbanismo, educação, violência e cuidadores. Essa parte do capítulo irá apresentar os principais aspectos levantados sobre esses temas.

HABITAÇÃO E URBANISMO

A PNI define que a responsabilidade pelo cuidado do idoso é das famílias, o que significa uma coresidência. A habitação do idoso consta na lei associada aos aspectos do convívio, também intergeracional, do atendimento pela própria família, da permanência na comunidade. Também está explícita a oferta de habitação adequada para os idosos, adaptação de habitações, construção de novas moradias que previnam a perda de capacidade funcional e maior mobilidade. Além disso, a priorização do atendimento de idosos desabrigados e sem família pelos serviços públicos e privados (COSTA *et al.*, 2016).

De acordo com o decreto de regulamentação da PNI há uma distribuição de responsabilidade das ações entre vários órgãos: Ministério do Planejamento e Orçamento, Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Desporto, Ministério do Trabalho e Ministério da Cultura e à Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (Sedh/PR) e ao Instituto Nacional do Seguro Nacional (INSS). Entendendo que o setor de habitação deveria se unir com outros setores como saneamento, transporte e trânsito, em 2003, foi criado o Ministério das Cidades.

Conforme já citado, há várias formas de atendimento ao idoso. A PNI identifica unidades destinadas ao idoso, em regime de comodato, casas-lares e maior acesso à habitação popular. Apesar de poucas, há algumas iniciativas:

- 1999, o projeto Casa Segura, criado pela Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT). Integrante do Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso, utilizava medidas simples e de baixo custo para aprimorar o ambiente onde o idoso vive.
- Alguns estados ofertaram espaços sem barreiras, dotados de serviços no local e de áreas de socialização de moradores. Em diversos programas habitacionais reservaram percentuais de unidades para pessoas idosas com preços ajustados à sua realidade e previsão de acessibilidade física.

Segundo Costa et al. (2016, p.313),

“Está presente na PNI a dimensão física da habitação, sem que seja mencionado o aspecto psicossocial envolvido na corresponsabilidade propiciadora de oportunidades para companheirismo, facilidade para usufruto de serviços, participação e segurança. Além disso, não são fixadas fontes de recursos para a implementação das ações, tampouco foram explicitamente definidos critérios voltados a melhorias para habitações que inclusive facilitarão a observância das ações da PNI. No que concerne ao avanço do conhecimento, a PNI se limita a sugerir o incremento de estudos e a disseminação de resultados.”

Ainda de acordo com Costa et al. (2016), sobre a mobilidade urbana, pode-se pensar em transporte público para aumentar a qualidade do acesso a pessoas com limitações no deslocamento. Os autores citam algumas iniciativas: Natal e Rio Grande do Norte, a Procuradoria do município junto com as empresas de ônibus elaborou um projeto para aumentar a segurança e o acesso no/ao ônibus. Curitiba tem quase a totalidade da frota de transporte coletivo completamente acessíveis. Recentemente, a Secretaria de Trânsito de Curitiba fixou aparelhos nos postes em cruzamentos para que idosos e deficientes usem o cartão magnético do transporte público para assim, aumentar o tempo de travessia (COSTA et al., 2016). Com pequenos avanços, a PNI é um primeiro passo para dar continuidade e surgimento de outras políticas de planejamento urbano e de outras iniciativas.

EDUCAÇÃO

Estatísticas do IBGE apontam que cerca de 20% dos idosos não sabem ler ou escrever (Pnad Contínua), o que revela pouca efetividade de uma política que já vigora há aproximadamente 25 anos. De acordo com Cachioni e Todaro (2016), o direito à educação está na PNI (Arto 10, Capítulo IV, inciso III):

- a) adequar currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais destinados ao idoso;
- b) inserir nos currículos mínimos, nos diversos níveis do ensino formal, conteúdos voltados para o processo de envelhecimento, de forma a eliminar preconceitos e a produzir conhecimentos sobre o assunto;
- c) incluir a Gerontologia e a Geriatria como disciplinas curriculares nos cursos superiores;
- d) desenvolver programas educativos, especialmente nos meios de comunicação, a fim de informar a população sobre o processo de envelhecimento;
- e) desenvolver programas que adotem modalidades de ensino à distância, adequados às condições do idoso;
- f) apoiar a criação de universidade aberta para a terceira idade, como meio de universalizar o acesso às diferentes formas do saber;

Embora explícitas as recomendações, as autoras afirmam que ainda são muito incipientes. Uma das questões discutidas é a falta de uma política de educação formal destinada especificamente aos idosos. A Educação de Jovens e Adultos (EJA), modalidade de ensino no âmbito da educação formal que se propõe a atender pessoas analfabetas ou com pouca escolarização, não é exclusiva para os idosos. Sugerem a mobilização da sociedade civil em torno dessa questão.

Outra reivindicação citada pelas autoras é a inclusão de gerontologia como disciplina curricular nos cursos superiores. Presente apenas no estado de São Paulo, essa disciplina passou a integrar o currículo dos cursos superiores, a partir do Parecer 298/2008 da Câmara da Educação Básica (CEB). Propõe a inclusão de conteúdos voltados ao processo de envelhecimento, ao respeito e à valorização do idoso nos currículos das instituições escolares de todos os níveis de ensino do sistema estadual, tanto da rede pública quanto privada.

Outra iniciativa apontada pelas autoras, no âmbito da educação não formal, são as Universidades Abertas à Terceira Idade (Unatis) que oferecem atividades destinadas às pessoas idosas. Algumas delas, atendem pessoas a partir de 50 anos e tem a proposta de

“não é a de certificar ou profissionalizar os alunos idosos, mas, sim, abrir a eles o mundo do conhecimento e da possibilidade de se aprender ao longo de toda a vida. O ambiente universitário, multidisciplinar e intergeracional, propicia aos mais velhos o acesso a novos saberes, trocas de experiências e sociabilidade” (Cachioni e Todaro, 2016, p.181).

Ainda segundo as autoras, embora as Unatis estejam crescendo, são necessários alguns investimentos (Cachioni e Todaro, 2016, p.194):

1. *Metodologia e conteúdo dos programas: metodologia menos bancária (Freire, 1987). Os idosos não podem ser meros receptores do saber, mas, sim, protagonistas ativos na produção do conhecimento. Estabelecer modelos teóricos ativos e problematizadores. Os temas velhice e envelhecimento precisam ser mais explorados e discutidos.*
2. *Pesquisa: aumentar o investimento científico e as publicações em periódicos científicos reconhecidos e de impacto. A pesquisa deve alimentar a prática educativa, bem como favorecer a construção de material didático.*
3. *Formação docente: precisa ser qualificada na área gerontológica e ter conhecimento científico quanto à heterogeneidade do público atendido.*
4. *Aluno idoso: deve ser agente multiplicador do saber.*

VIOLÊNCIA

Existem várias formas de violência, a saber abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico, exploração financeira ou material, abandono, negligência e violência autoinfligida. Embora as principais causas de morte entre os idosos sejam as doenças do aparelho circulatório, as violências e acidentes estão entre as seis causas mais importantes, sendo mais acentuado entre as mulheres, devido às quedas. Minayo e Almeida (2016) destacam que a violência contra idosos não pode ser limitada ao âmbito criminal, pois também está associada a falta de estrutura de apoio, conflitos familiares, ineficiência de mecanismos de acesso à justiça e outros. Dessa forma, a não implementação da PNI remete à um ambiente que leva à violência.

De acordo com Minayo e Almeida (2016), do ponto de vista jurídico, entendem que o marco legal de proteção ao idoso contra a violência é o Estatuto do Idoso, pois este instrumento determina normas de natureza civil, criminal e administrativa com o objetivo de prevenir e reprimir a violência contra o idoso. As situações de risco definidas: 1) a ação ou omissão da sociedade ou do Estado; 2) falta, omissão ou abuso da família, do curador ou de entidade de atendimento; e 3) condições pessoais. Dessa forma, o Estatuto possibilita a aplicação de medidas de proteção, que são aplicadas pelo juiz ou representante do Ministério Público e visam proteger, amparar e retirar da situação de risco as pessoas idosas.

Segundo Souza e Minayo (2010), o que se observa na legislação brasileira (PNI, PNSPI, Estatuto do Idoso ou Conferências Nacionais dos Direitos do Idoso em 2006 e 2009)³⁰, são as especificidades do atendimento que deve ser oferecido. No entanto, as autoras alertam que o tema da violência não é tratado. Ainda segundo as autoras, essa década tem ocorrido

“a criação, articulação, integração e consolidação de Planos e Redes de proteção e de garantia dos direitos das pessoas idosas, como é o caso da Rede Nacional dos Direitos dos Idosos (RENADI) e da Rede Internacional de Prevenção de Maus-Tratos às Pessoas Idosas (RIPMTPI). Passos concretos são fundamentais, pois a população idosa cresce aceleradamente. E é preciso acompanhar tanto a maioria, para que tenha vida longa e saudável, como a pequena parcela dos que são dependentes e precisam de cuidados complexos e constantes” (SOUZA E MINAYO, 2010, p. 2667).

30. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Também vale destacar que em 2005 foi elaborado o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa, resultado do esforço conjunto do governo federal, Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos (CNDI) e dos movimentos sociais. Pretende estabelecer as estratégias sistêmicas de ação, revelando, assim, sua importância, tendo em vista o resultado do planejamento, organização, coordenação, controle, acompanhamento e avaliação de todas as etapas da execução das ações de prevenção e enfrentamento da violência contra a pessoa idosa.

CUIDADORES

Sem dúvida nenhuma, a questão dos cuidadores ainda é uma das grandes lacunas na efetivação das leis, apesar da demanda crescente e o país ter uma rede assistencial heterogênea e precária. Segundo Duarte *et al.* (2016), a PNI não deu atenção a essa questão, pois o decreto que regulamentou a PNI enfatiza e é reforçado pelo Estatuto do Idoso que o cuidado do idoso é de responsabilidade da família e que o Estado deve prover esse cuidado para os idosos muito pobres, abandonados e/ou completamente sem família. De acordo com Duarte *et al.* (2016) a institucionalização de um idoso se deve a inexistência de serviços suficientes e/ou eficazes para assistir as necessidades tanto dos indivíduos dependentes quanto de seus membros familiares. As autoras também sinalizam que quando um membro da família precisa de cuidados, a família também precisa de ajuda.

Apesar da ocupação de “cuidador de idosos” ter o reconhecimento do Ministério do Trabalho e Emprego, pois está na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), ela ainda não foi normatizada. Além disso, os programas voltados para o cuidador ainda são incipientes. Poucas são as iniciativas. Os programas públicos de assistência domiciliar não oferecem serviços de recursos humanos de 24 horas no domicílio para ajudar os idosos. Experiências internacionais garantem o descanso do cuidador por tempo maior, de forma a preservá-lo (Hirata e Guimarães, 2012). Portanto, esse é um dos pontos que deve estar presente nas discussões para se construir uma política de cuidados de longa duração em nosso país.

Duarte *et al.* (2016) destacam algumas definições sobre o cuidador:

- Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) define o cuidador como: a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente, no exercício das suas atividades de vida diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicações de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços que requeiram no cotidiano, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área de enfermagem (Brasil, 2006).
- Ministério da Saúde (MS): nos Cadernos de Atenção Básica, o cuidador é a pessoa, da família ou não, que presta cuidados à pessoa idosa que apresenta dependência (em maior ou menor grau). Suas tarefas envolvem o acompanhamento nas atividades diárias, como auxílio na alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina entre outros; auxiliando na recuperação e na qualidade de vida dessa pessoa (Brasil, 2006, p. 43).
- Ministério da Saúde (MS) em 2007: cuidador é uma pessoa que cuida de pessoas idosas com dependência, desenvolvendo ações que promovam a melhoria da sua qualidade de vida em relação a si, à família e à sociedade. Suas ações fazem interface principalmente com a saúde, a educação e a assistência social e devem ser pautadas pela solidariedade, compaixão, paciência e pelo equilíbrio emocional (Duarte, 2009, p. 18).
- SBGG: elaborou um texto para a formação daqueles que ingressam na tarefa de cuidar. Esse material sugere alguns pressupostos para a capacitação inicial de indivíduos que buscam

qualificação antes de iniciarem a tarefa de cuidar. Fala-se do cuidado cotidiano, aquele que a pessoa idosa faz no ambiente habitual para o autocuidado ou para a manutenção de sua participação social ativa. Quando, por qualquer razão - por questões físicas, mentais ou ambas -, a pessoa idosa tem dificuldades no desempenho das atividades diárias, ou não é mais capaz de executá-las de forma independente, faz-se necessário a presença de um cuidador.

Duarte *et al.* (2016, p.466) afirmam que:

“para apoiar as pessoas mais velhas com algum grau de incapacidade e evitar a sua institucionalização, além dos cuidadores domiciliares, seria necessário disponibilizar na comunidade serviços de complexidades variáveis, em especial aqueles voltados aos idosos mais dependentes. Infelizmente, mesmo tendo passado mais de vinte anos da publicação da PNI, estas iniciativas públicas de auxílio às famílias ainda são excepcionais na maioria das cidades brasileiras”.

Portanto, é imprescindível a efetivação das políticas de cuidados de longa duração, bem como garantir a participação dos idosos. Duarte *et al.* (2016, p.476) alertam que a Política de Cuidados de Longa Duração precisar ser implementada com urgência:

“de forma a garantir aos idosos mais fragilizados a manutenção de sua dignidade e a garantia de assistência adequada e integral. Para tanto, é essencial construí-la como política de Estado e não de governo. Isso significa: definição clara quanto a sua abrangência, competência, orçamento, monitoramento, transparência e controle social, por meio de indicadores mensuráveis de forma a serem acompanhados e avaliados não apenas pelos gestores, mas, principalmente, pela própria sociedade”.

Cabe destacar que em 2017, a Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa da Câmara dos Deputados aprovou projeto de lei que institui a Política Nacional do Cuidado³¹, com o objetivo de criar uma rede de assistência social para pessoas em situação de vulnerabilidade ou dependência, como crianças e idosos. Pela proposta a Política Nacional do Cuidado será implantada de forma descentralizada pelo governo com apoio de estados, Distrito Federal e municípios.

31. Projeto de Lei PL 2029/2015.

ESTATUTO DO IDOSO

O Estatuto do Idoso foi aprovado pela Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003. Contém 118 artigos e perpassa sobre diversas áreas e necessidades de proteção aos idosos, também definido como as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos de idade. Com o objetivo principal de regular os direitos das pessoas idosas em múltiplas esferas e dimensões (CAMARANO, 2013), também veio para reforçar as diretrizes da PNI, que por sua vez, parcela delas está contemplada na Constituição de 1988 (CAMARANO E PASINATO, 2004). Além de conter leis e políticas previamente aprovadas, incorpora novas diretrizes, fruto dos avanços ocorridos no âmbito nacional e internacional na formulação de políticas para a população idosa.

Alguns autores consideram que foi com o Estatuto que a legislação, de fato reconheceu os seus direitos dos idosos na sociedade brasileira, sobretudo nas áreas que promovem a garantia dos direitos e estruturam a atenção a sua saúde, como foi o caso da violência (MINAYO, 2006; SOUZA E MINAYO, 2013). Camarano e Pasinato (2004) afirmam que quando o Estado reconhece que a população idosa é um subgrupo especial com demanda específicas, está admitindo que a sua capacidade de obter resultados é diferente comparado aos outros segmentos de idade, tentando assim reduzir as diferenças nas capacidades dos diversos grupos etários.

Os principais direitos estabelecidos no Estatuto são: direito à vida, à proteção, à saúde, ao trabalho, à previdência social, à assistência social, à educação, à cultura, ao lazer, à moradia e ao voto. O grande avanço desse instrumento, segundo Camarano (2013, p.9) “está na previsão do estabelecimento de crimes e sanções administrativas para o não cumprimento dos ditames legais. No caso da violação destes ditames, caberá ao Ministério Público (MP) agir para a garantia dos mesmos” (Arto 4, 5, 6 e 19).

Nos artigos 23 e 39 asseguram a meia-entrada nas atividades culturais e de lazer e a gratuidade dos transportes coletivos públicos urbanos e semiurbanos, respectivamente. É necessário reconhecer que esses artigos buscam promover a integração e a participação social da população idosa. Porém, segundo Camarano (2013, p.13), na Constituição de 1988 foi observado os grandes avanços na garantia de benefícios da seguridade social,

“o que resultou em uma dissociação entre envelhecimento e pobreza. Com isto, não se pode mais dizer que a população idosa é mais pobre do que a dos demais grupos etários, o que a faria jus de benefícios compensatórios especiais. Por exemplo, em 2011, 6,0% da população idosa podia ser considerada pobre; a proporção comparável para a população de 20 a 59 anos foi de 27,3%. Um ponto a se avaliar é quão diferente são as necessidades da população idosa vis-à-vis a de outros grupos, o que justificaria essas medidas”.

De acordo com a autora ainda há outras contradições observadas no Estatuto, como a reserva de vagas em transportes para os idosos (Arto 39, 40 e 41). Segundo Camarano (2013) não são todos os idosos que vivem nessas condições, e a autora se questiona se esse direito ao invés de ser definido por meio da idade, não deveria ser definido por necessidade.

Quanto à saúde e os cuidados dos idosos, o Estatuto do Idoso define nos Artos 9 e 15 a proteção à vida e à saúde por meio da efetivação de políticas públicas, bem como o direito à atenção integral à saúde, por meio do SUS, respectivamente. Segundo Camarano (2006) e Paz e Goldman (2006) essa ampliação na cobertura de saúde podem gerar conflitos, pois irão demandar recursos que precisam ser retirados de outras áreas e, portanto, poderia diminuir a cobertura a outros segmentos. A contradição está na não definição das fontes de financiamento no Estatuto.

Outra questão é a responsabilidade da família no cuidado dos idosos, conforme parágrafo único do Arto 3:

“Art. 3º V - priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência”.

Sem apoio do Estado e em função de valores culturais, significa que esse cuidado será de responsabilidade da mulher. De acordo com Camarano (2013, p. 21) “desresponsabiliza o Estado da função de cuidar, mas lhe atribui a responsabilidade de fiscalizar e punir. Isto significa desconsiderar as mudanças na família, no papel social da mulher e no envelhecimento da própria população idosa”.

Entre outras questões, uma das mais sensíveis é o estabelecimento de fontes de financiamento para cada medida proposta. Segundo Camarano (2013, p. 24),

“medidas que ajudem a família a cuidar do idoso dependente tanto no domicílio quanto no hospital, inclusão nos serviços de saúde de ações que possam promover uma morte digna para aqueles que se encontram acometidos por uma doença terminal. Reforça-se a importância da alocação de recursos financeiros para as medidas propostas, pois isto é o primeiro passo para a sua implementação e transparência. Todas as medidas propostas devem ter como referência a Constituição Nacional”.

Por fim, a autora defende que (p. 23),

“as políticas direcionadas para a população idosa devem promover a solidariedade entre gerações. Isto significa equilibrar as prioridades das ações para os idosos com a de outros grupos populacionais. Não se tem dúvida da importância de políticas diferenciadas para cada fase da vida, pois cada uma delas tem demandas e necessidades específicas. No caso da população idosa, as condições de saúde/ autonomia têm um papel fundamental na determinação dessas demandas. No entanto, o seu reconhecimento não justifica a existência de preconceitos, nem de privilégios para os idosos, pois estes não vivem isolados na sociedade. O seu bem-estar depende do bem-estar de toda a sociedade”.

Cabe destacar que recentemente, em 2017, foi sancionada a Lei nº 13.466 que altera o Estatuto do Idoso e estabelece prioridade especial para pessoas maiores de 80 anos. Segundo a alteração, os maiores de 80 anos sempre terão suas necessidades atendidas com preferência em relação aos demais idosos. De acordo com lei “Em todos os atendimentos de saúde, os maiores de 80 anos terão preferência especial sobre os demais idosos, exceto em caso de emergência”. Assim observam-se duas prioridades: 1) a da PNI considera seu público-alvo aqueles com 60 anos ou mais e; 2) na Lei 13.466, que altera o Estatuto e dá prioridade mais elevada aos idosos com 80 anos ou mais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente capítulo, embora não tenha o objetivo de esgotar a discussão sobre a legislação referente à população idosa, buscou trazer as portarias, decretos e leis mais relevantes, especialmente sobre a PNI e após sua implementação.

Em relação as lacunas sobre as questões inerentes ao envelhecimento populacional, como o cuidado, o que se observou foi que as políticas de proteção social ainda se restringem a garantia de renda mínima, à oferta de serviços e programas de saúde pública. O Estado não se responsabiliza pelo cuidado e se mostra presente em atribuições pontuais, delegando a família (e a mulher) a responsabilidade do cuidado dos idosos nos domicílios. Com mudanças na dinâmica demográfica, especialmente no tamanho da família, estas estão perdendo a capacidade de cuidar. Além disso, mesmo que haja filhos, isso não significa garantia de cuidado. Outro aspecto, em relação aos cuidadores, é a necessidade capacitá-los, pois sendo qualificados podem fornecer ao idoso uma velhice com maior dignidade e menor sofrimento diante de suas limitações físicas ou cognitivas. Inerente ao cuidado, também está a falta de planejamento e preparo para atender as necessidades de idosos com deficiência. Embora haja uma política que inclua os idosos, o debate ainda é incipiente.

Outra lacuna apontada diz respeito à violência. A Política Nacional do Idoso (1994), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), o Estatuto do Idoso (2003) e as duas Conferências Nacionais dos Direitos do Idoso (2006 e 2009) descrevem as especificidades do atendimento que deve ser oferecido aos idosos, “mas não abordam devidamente o tema da violência nem do ponto de vista de suas manifestações, nem quanto à magnitude e intensidade com que ocorrem” (Souza e Minayo, 2010, p. 2667).

Dessa forma, para reduzir as desigualdades sociais e as de saúde, é primordial investir mais na oferta de serviços para prevenção, promoção, assistência e recuperação da saúde, especialmente para a população com menos recursos tendo em vista tanto aqueles que serão cuidados quanto aqueles irão desempenhar a função de cuidador. Inerente a estas questões, também importante, está a definição e a distribuição dos recursos financeiros destinados a cada uma dessas ações.

Bibliografia

CAPÍTULO 1

ALCANTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C., 2016. **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: IPEA, 2016.

BALDIJÃO, M. F. A. **Sistemas de Informação em Saúde**. São Paulo em Perspectiva, 6(4): 21-28, outubro/dezembro 1992.

BANDEIRA, K. M. **Discutindo a qualidade de vida do idoso**. A Terceira Idade, São Paulo, v. 16 nº 34, p.50-61, out. 2005

BELTRÃO, K. I., CAMARANO, A. A., MELLO, J. L. **Mudanças nas condições de vida dos idosos rurais brasileiros: resultados não-esperados dos avanços da Seguridade Rural**. Trabalho apresentado no I Congresso da Associação Latino-Americana de População, realizado em Caxambu. MG, de 18 a 20 de setembro, 2004

BERCOVICH, A. M. **Características regionais da população idosa no Brasil**. Rev. Bras. Estudos Pop., Campinas, 10(1/2), 1993.

BEZERRA, F.C.; ALMEIDA, M. I.; NÓBREGA-THERRIEN, S. M. **Estudos sobre Envelhecimento no Brasil: Revisão Bibliográfica**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2012; 15(1):155-167.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil – 1988**.

_____. **Lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso.

_____. **Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>

CAMARANO, A. A. **Informações demográficas: o que se tem, o que se usa e como se usa?** Rev. Bras. Estudos Pop., Campinas, 7(2), 1990.

_____. **Introdução. Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros?** Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

_____. **Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica**. Texto para Discussão no. 858. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

_____. **Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança?** Estudos Avançados 17 (49), 2003

_____. **Considerações finais - E a vida se alonga além dos 60: como?** In: Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60? IPEA: Rio de Janeiro, 2004.

_____. **Estatuto do Idoso: avanços com contradições**. Texto para Discussão no. 1.840. Rio de Janeiro: IPEA, 2013.

- _____. **Introdução. Política nacional do idoso: velhas e novas questões.** Rio de Janeiro: IPEA, 2016.
- CAMARANO, A. A.; ABRAMOVAY, R. **Êxodo rural, envelhecimento e masculinização no Brasil: panorama dos últimos cinquenta anos.** Rev. Bras. Estudos Pop., Campinas, 15(2), 1998;
- CAMARANO, A. A.; EL GHAOURI, S. K. **Idosos Brasileiros: que dependência é essa? Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros?** Rio de Janeiro: IPEA, 1999.
- CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. **O Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas.** Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60? IPEA: Rio de Janeiro, 2004.
- CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. **Como vive o idoso brasileiro? Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** IPEA: Rio de Janeiro, 2004.
- CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J.; FERNANDES, D. C. **As instituições de longa permanência para idosos no Brasil.** Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010.
- CARVALHO, D. F. **Perfil sociodemográfico dos idosos elegíveis ao Benefício de Prestação Continuada.** Dissertação (Mestrado) em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais - Escola Nacional de Ciências Estatísticas.) Rio de Janeiro, 2013. 167 f.
- CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. R. **A window of opportunity: some demographic and socioeconomic implications of the rapid fertility decline in Brazil.** Belo Horizonte: FACE/CEDEPLAR, 1995. 36p. (Texto para discussão; 91)
- DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento.** 1. ed. São Paulo: EDUSP, 1999. v. 2000. 266p.
- _____. **La reinvencción de la vejez.** 1 ed. Buenos Aires: siglo XXI, 2011. v. 1000. 248p
- DEBERT, G. G.; NERI, A. L. (Org.). **Velhice e Sociedade.** 1. ed. Campinas: Papirus Editora, 1999. v. 2000. 232p
- FARATH, L. M. G.A. **O trabalho na terceira idade.** São Paulo em Perspectiva, 3(3): 91-93, julho/setembro 1989.
- _____. **Envelhecimento e Inserção no Mercado de Trabalho.** São Paulo em Perspectiva, 4(3/4): 104-110, julho/dezembro 1989.
- FERRUCCI L, GIALLAURIA F., GURALNIK J. **Epidemiology of Aging.** Radiol Clin N Am 2008; 46:643-652.
- FREITAS, E.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Editora Guanabara Koogan, 2011
- _____. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Editora Guanabara Koogan, 2016
- FRIES, J. F. **The compression of Morbidity.** The Milbank Quarterly, Vol. 83, No. 4, 2005; 801-23.
- FRIES, J.F. & CRAPO, L.M. **Vitality and aging: implications of the rectangular curve.** San Francisco, WH Freeman & Co., 1981
- GIACOMIN, K. C. **Considerações Finais.** Alcântara et al. (orgs.). Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA, 2016.
- GIRALDELLI, B. G. **O que muda na composição e no volume da população paulista até o final do Séc XX?** São Paulo em Perspectiva, 3(3): 7-14, julho/setembro 1989.
- GROISMAN, D. **Duas abordagens aos asilos de velhos: da clínica Santa Genoveva à história da institucionalização da velhice.** Cadernos Pagu (13) pp.161-190, 1999.
- HUGO, G. **Population ageing: some demographic issues in developing countries.** Apresentado ao International Congress of Gerontology, New York, 1985.

IBGE. **PNAD: um registro histórico da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: 1967-2015.** Gerência de Biblioteca e Acervos Especiais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

_____. **Projeções da população do Brasil por sexo e idade para o período de 2000/2060.** Rio de Janeiro: 2013.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013 - Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas.** Rio de Janeiro: 2014.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais - uma análise das condições de vida da população brasileira 2016.** Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

IPEA. **Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas.** Brasília: Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

_____. **Características das instituições de longa permanência para idosos - região Norte.** Brasília: Ipea, Presidência da República, 2007.

_____. **Características das instituições de longa permanência para idosos - região Nordeste.** Brasília: Ipea, Presidência da República, 2008a.

_____. **Características das instituições de longa permanência para idosos - região Centro-Oeste.** Brasília: Ipea, Presidência da República, 2008b.

_____. **Características das instituições de longa permanência para idosos - região Sul.** Brasília: Ipea, Presidência da República, 2008c.

_____. **Características das instituições de longa permanência para idosos - região Sudeste.** Brasília: Ipea, Presidência da República, 2010.

JANNUZZI, P. M. **Indicadores sociais no Brasil.** Campinas, SP: Editora Alínea, 2012 - 5ª. edição

KALACHE, A. Prefácio. **Tratado de Geriatria e Gerontologia - 4ª. Edição.** Editora Guanabara Koogan LTDA, 2016.

_____. **O idoso na grande São Paulo.** Rev. Bras. Estudos Pop., janeiro/junho 1990.

_____. **O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social.** Ciência & Saúde Coletiva, 13(4): 1107-1111, 2008.

KANSO, S. **Causas de morte evitáveis para a população idosa.** Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011

LESER, W. **Crescimento da população da cidade de São Paulo, entre 1950 e 1970, e seu reflexo nas condições de saúde pública.** Cienc. Cult., 27: 244-56, 1975.

LIMA-COSTA, M. F.; GUERRA, H. L. ; FIRMO, J. O. A. ; UCHÔA, E. . **Projeto Bambuí: um estudo epidemiológico de características sociodemográficas, suporte social e indicadores de condição de saúde dos idosos em comparação aos adultos jovens.** Informe Epidemiológico do SUS, v. 11, n.2, p. 91-105, 2002.

LIMA-COSTA, M. F. **O envelhecimento populacional e suas repercussões para a Saúde Pública.** In: Rede Interagencial de Informações para Saúde. (Org.). **Demografia e Saúde: contribuição para análise de situação e tendências.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009, v., p. 65-82.

LIMA-COSTA, M. F.; FACCHINI, L. A. ; MATOS, D. L.; MACINKO, J. **Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008).** Revista de Saúde Pública (Impresso), v. 46, p. 100-107, 2012.

MALTA D., DUARTE E., ALMEIDA M. et al. **Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil.** Epidemiologia e Serviços de Saúde 2007; 16:233-244

- MINAYO, M. C. S.. **Desafios atuais do envelhecimento: a questão da violência contra os idosos.** In: XIV Simpósio de Geriatria e Gerontologia da Aeronáutica, 2003, Rio de Janeiro. Anais do XIV simpósio de Geriatria e Gerontologia da Aeronáutica. Rio de Janeiro: Edições Internas Aeronáutica/Saúde, 2003. v. 1. p. 24-30.
- Minayo M. C. S. **Violência contra idoso: o avesso do respeito à experiência e sabedoria.** Brasília (DF): Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2005.
- MINAYO, M. C. S. **O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde.** Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso), v. 28, p. 208-210, 2012
- MINAYO, M. C. S.. **Múltiplas faces da violência contra a pessoa idosa.** Mais 60: Estudos sobre o envelhecimento - Sesc, v. 25, p. 10-27, 2014.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de procedimentos do sistema de informações sobre mortalidade:** Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001.
- MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. **O envelhecimento populacional brasileiro desafios e consequências.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2016; 19(3):507-519.
- MYERS, G. & NATHANSON, G. **Ageing and the family.** *Wld Hlth Stat.*, 35: 225-38, 1982
- NACIONES UNIDAS. **Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento.** Viena, Áustria, 1982 (Resolución 37/51), 1982
- NERI, A. L. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura.** Campinas: Papyrus, 1993.
- NERI, A. L. **Idosos no Brasil: vivência, desafios e expectativas na terceira idade.** São Paulo, 2007
- NERI, A. L.; DEBERT GG (Org.) **Velhice e sociedade.** Campinas: Papyrus, 1999.
- NERI, A. L.; FREITAS EV (Org.); PY L (Org.); CANÇADO FAX (Org.); GORZONI ML (Org.); ROCHA SM (Org.) . **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v. 1. 1187p
- NERI, A. L.; GUARIENTO ME (Org.). **Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos.** Dados do Estudo Fibra Campinas. 1. ed. Campinas: Editora Alinea, 2011. v. 1. 301p
- NUNES, A. **Os custos do tratamento da saúde dos idosos no Brasil.** CAMARANO, A. A. (org.). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros.** Rio de Janeiro: IPEA, 1999.
- OLIVEIRA, F. E. B.; BELTRÃO, K. I. **O idoso e a previdência social. Muito Além dos 60: Os Novos Idosos Brasileiros?** IPEA: Rio de Janeiro, 1999
- OLIVEIRA, F. E. B.; BELTRÃO, K. I.; PINHEIRO, S. S.; PEYNEAU, F. P. L.; MENDONÇA, J. L. O. et al. **O idoso e a previdência social. O Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** IPEA: Rio de Janeiro, 2004.
- PATARRA, N. L. **Rumo a um novo perfil demográfico.** *São Paulo em Perspectiva*, 2(4): 23-28, outubro/dezembro 1998.
- RAMOS, L.R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. **Envelhecimento Populacional: uma realidade brasileira.** *Rev. Saúde públ.*, São Paulo, 21(3): 211-224, 1987.
- SAAD, P. M. **De que morrem os idosos no município de São Paulo? Uma análise por causas múltiplas de morte.** Anais: VI Encontro Nacional de Estudos Populacionais: transição demográfica. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Belo Horizonte; ABEP; 1988
- SAAD, P. M.; CAMARGO, A. B. M. **O Envelhecimento Populacional e suas Conseqüências.** *São Paulo em Perspectiva*, 3(3): 40-45, julho/setembro 1989.

SIMÕES, A.; ATHIAS, L.; BOTELHO, L. **Panorama nacional e internacional da produção de indicadores sociais: grupos populacionais específicos e uso do tempo.** Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2018 352 p. - (Estudos e análises. Informação demográfica e socioeconômica, ISSN 2236-5265; n. 6)

TAVARES, E. L.; ANJOS, L. A. **Perfil antropométrico da população idosa brasileira: Resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(4):759-768, out-dez, 1999.

TIMACUS I. **Families and households of the elderly population: prostepcts for those approaching old age.** Ageing and Society, 6: 271-293, 1986

UNITED NATIONS. **Patterns of urban and rural growth populations studies.** New York, 1980. (Serie n.o 68).

VERAS, R. P. **Considerações acerca de um jovem país que envelhece.** Cadernos de Saúde Pública, 4(4): 383-397, outubro/dezembro 1988.

VERAS, R. P.; DUTRA, S. **Envelhecimento da população brasileira: reflexões e aspectos a considerar quando da definição de desenhos de pesquisas para estudos populacionais.** PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva, Vol. 3, Número 1, 1993

VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. **Crescimento da população idosa no Brasil - transformações e consequências na sociedade.** Rev. Saúde públ., São Paulo, 21(3): 225-233, 1987.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. **O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas.** R. bras. Est. Pop., São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006

YAZAKI, L. M. **Perspectivas atuais do papel da família frente ao envelhecimento populacional: um estudo de caso.** R. bras. Est. Pop., Campinas, 8(1/2), 1991

CAPÍTULO 2

Blanco P. H. M. et al (2014). **Mobilidade urbana no contexto do idoso.** Revista Cesumar Ciências Humanas e Sociais Aplicadas, v.19, n.1, p. 143-155, jan./jun. 2014 - ISSN 1516-2664.

Camarano A. A, **Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança?** Estud. av. vol.17 no.49 São Paulo Sept./Dec. 2003.

_____. **Cuidados de longa duração para a população idosa.** Sinais Sociais, v. 3, p. 10-39, 2008.

Camarano A. A, Kanso S. **Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADs In Cuidados**

de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Camarano, AA (org.) Rio de Janeiro 2010: IPEA. pp. 93-122.

Camarano A. A, Kanso S., Fernandes D. **Brasil envelhece antes e pós-PNI.** In: Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Organizadores: Alexandre de Oliveira Alcântara, Ana Amélia Camarano, Karla Cristina Giacomini - Rio de Janeiro: Ipea, 2016. 615 p. : il.: gráfs.

Camarano AA, Kanso S, Mello JL. **Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros? In: Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Camarano, AA (org). Rio de Janeiro: IPEA 2004; 77-106.

Dunlop DD, Manheim LM, Song J, Chang RW. **Gender and ethnic/racial disparities in health care utilization among older adults.** J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2002;57:S221-233.

Fernandez E, Schiaffino A, Rajmil L, Badia X, Segura A. **Gender inequalities in health and health care services use in Catalonia (Spain).** J Epidemiol Community Health 1999; 53:218-222

Ferrucci L, Giallauria F, Guralnik J. **Epidemiology of Aging.** Radiol Clin N Am 2008; 46:643-652.

Fries JF. **The compression of Morbidity.** The Milbank Quarterly, Vol. 83, No. 4, 2005; 801-23.

IBGE. **Brasil em números, v. 25 - 2017.** Disponível em < https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2/bn_2017_v25.pdf>

Kanso S. **Causas de morte evitáveis para a população idosa.** Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

Mutran E, Ferrero K. **Medical need and use of services among older men and women.** J Gerontol 1988;43: S162-171.

Nogales, A. M. V. **A mortalidade da população idosa no Brasil. Como vai?** População brasileira. Brasília: Ipea, 1998. Ano 3. n. 3. p. 24-32.

Rezende EM, Sampaio IBM, Ishitani LH. **Causas múltiplas de morte por doenças crônico-degenerativas: uma análise multidimensional.** Cad de Saúde Pública 2004; 20(5):1223-1231.

Soares, C. **Envelhecimento populacional e as condições de rendimento das idosas no Brasil.** Niterói, v.12, n.2, p. 167-185, 1. sem. 2012

Wong L, Carvalho J. **O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas.** Rev.Bras.Est. Pop. 2006; 23:5-26.

CAPÍTULO 3

ALVES LC, LEITE IC, MACHADO CJ. **Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão da literatura.** Ciência & Saúde Coletiva, 13(4):1199-1207, 2008

BRASIL. Grupo de Trabalho Interministerial - GTI. **Relatório final do GTI: classificação e valorização das deficiências.** Brasília (DF); GTI: 2008.

BRASIL. **Decreto n.6.949.** Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); Seção 1:3-9. Ago; 2009

BRASIL. **Cartilha do Censo 2010 - Pessoas com Deficiência.** Coordenação-Geral do Sistema de

Informações sobre a Pessoa com Deficiência; Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012.

BRASIL. **Decreto nº 8954.** Institui o Comitê do Cadastro Nacional de Inclusão da Pessoa com Deficiência e da Avaliação Unificada da Deficiência, no âmbito do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); Seção 1, página 14, 11/01/2017.

BUCHALLA CM. **CIF: Classificação Internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde.** Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo; Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. **Brasil envelhece antes e pós-PNI**. In: Alcântara A. O., Giacomini, K. e Camarano A.A. (orgs.). *Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões*. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

GIACOMINI KC; PEIXOTO SV; UCHOA E; LIMA-COSTA MF. **Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil**. *Caderno de Saúde Pública*, 24(6):1260-1270, 2008

FARIAS N; BUCHALLA CM. **A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas**. *Rev. Bras. Epidemiol*, 8(2): 187-193, 2005

OMS. **Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. Versão Preliminar para discussão. Genebra. Outubro, 2013

RAMOS. **Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3):793-798, mai-jun, 2003

RODRIGUES MAP, FACCHINI LA, THUMÉ E, MAIA F. **Gênero e incidência de incapacidade funcional em idosos: revisão sistemática**. *Caderno de Saúde Pública*, 25 Sup 3:S464-S476, 2009

YANG M, LUO L, HAO Q, DONG B. **Content comparison of self-reported disability measures for the elderly according to the international classification of functioning, disability and health**. *Disability & Rehabilitation*, 36(11): 884-893, 2014

FRANZOI AC, XEREX DR. BLANCO M, AMARAL T, COSTA AJ, KHAN P, MAIA SR, MAGALHÃES C, MAIOR IL, PELOSI MB, SANTOS NQ, THEDIM M, VILELA L, RIBERTO M. **Etapas da elaboração do Instrumento de Classificação do Grau de Funcionalidade de Pessoas com Deficiência para Cidadãos Brasileiros: Índice de Funcionalidade Brasileiro - IF-Br**. *Acta Fisiátrica*, 20(3): 164-178, 2013.

CAPÍTULO 4

ABRAPP. **Associação Brasileira das Entidades Fechadas de Previdência Complementar. Consolidado estatístico**. São Paulo: Abrapp, 2015.

ALCÂNTARA, A.O. **Da política nacional do idoso ao estatuto do idoso: a difícil construção de um sistema de garantias de direitos da pessoa idosa**. *Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões*. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

ALCÂNTARA, A.O.; GIACOMINI, K, CAMARANO, A. A. **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

BATICH, M. **Previdência do trabalhador - uma trajetória inesperada**. *São Paulo em perspectiva*, 18(3): 33-40, 2004.

BELTRÃO, K. I., OLIVEIRA, F. E. B. de, PINHEIRO, S. **A população rural e a previdência social no Brasil: uma análise com ênfase nas mudanças constitucionais**. IPEA, 2000 (Texto para Discussão, 759).

BELTRÃO, K. I., CAMARANO, A. A., KANSO, S. **Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX**. Rio de Janeiro, IPEA, ago. 2004 (Texto para discussão, 1034).

BERZINS, M.A.V.S.; GIACOMIN, K.C.; CAMARANO, A.A. **A assistência social na política nacional do idoso**. Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

BRASIL. **Plano Integrado de Ação Governamental para o desenvolvimento da Política Nacional do idoso**. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social, 1997

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 102 p.: il. - (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 59).

_____. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica, Brasília, n. 19, 2006. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.: il. - (Série B. Textos Básicos de Saúde)

CACHIONI, M.; TODARO, M. A. A universidade para a terceira idade na construção da cidadania da pessoa idosa. **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

CAETANO, M.A. Estrutura, limitações e desafios para previdência de servidores públicos. TAFNER, P; BOTELHO, C.; ERBISTI, R. (Org.). **Reforma da previdência: a visita da velha senhora**. Brasília: Gestão Pública, 2015

CAMARANO, A.A. **Estatuto do Idoso: avanços com contradições**. Texto para Discussão no 1.840. Ipea, Rio de Janeiro, 2013.

CAMARANO, A.A. Introdução. **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

CAMARANO, A.A.; FERNANDES, D. **A previdência social brasileira**. Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. **O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J.; FERNANDES, D. C. **As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

COSTA, S; PLOUFLE; L.; VOELCKER; I. KALACHE, A. Habitação e Urbanismo. **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

COUTO, E.C. **Em que medida da Política Nacional do Idoso tem sido efetiva?** Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

DUARTE, Y. A. O. **Manual dos formadores de cuidadores de pessoas idosas**. Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social. São Paulo: Fundação Padre Anchieta, 2009.

DUARTE, Y.A.O.; BERZINS, M.A.V.S.; GIACOMIN, K.C. **Política Nacional do Idoso: as lacunas da lei e a questão dos cuidadores**. Política Nacional do Idoso

FELIX, J. **O idoso e o mercado de trabalho**. Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

- FERRIGNO, J. C. **Conflitos e cooperação entre gerações**. São Paulo: Edições Sesc-SP, 2013.
- FREIRE JUNIOR, A. B. **O controle judicial de políticas públicas**. Mestrado em direitos e garantias constitucionais fundamentais (Dissertação de Mestrado). Faculdades de Vitória, 2004
- GIACOMIN, K.C.; MAIO, I.G. **A PNI na área da saúde. Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.
- GIRONDI, J. B. R., HAMMERSCHMIDT, K. S. de A., LOCKS, M. O. H., FERNANDEZ, D. L. R. **Legislação em saúde da pessoa com deficiência na perspectiva do idoso**. Revista Kairós Gerontologia, 19 (Número Especial 22, "Envelhecimento e Velhice"), pp. 311-321, 2016.
- GUGEL, M. A.; MAIO, I. G.. **Pessoas idosas no Brasil: abordagem sobre seus direitos**. Brasília: Editora Instituto Atenas, 2009
- GUGEL, M. A. **O direito ao trabalho, a preparação e a conquista da aposentadoria. Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.
- HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. **Introdução. Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care**. São Paulo: Atlas, 2012. p. 1- 11.
- IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**, Brasília, n. 24, 2016.
- MAIO, I.G. **Pessoa idosa dependente: políticas públicas de cuidados intermediários ao idoso no Brasil e a atuação do Ministério Público**. Curitiba: Juruá, 2016.
- MINAYO MCS. **A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica**. Cien Saude Colet 2006; 11(Supl.):1259-1267.
- MINAYO, M.C.S.; ALMEIDA, L.C.C. **Importância da política nacional do idoso no enfrentamento da violência. Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.
- NOLASCO, L. **Evolução histórica da previdência social no Brasil e no mundo**. Revista Âmbito Jurídico, ano 18, n. 98, 2012
- OLIVEIRA, F. E. B.; BELTRÃO, K. **The Brazilian social security system**. Rio de Janeiro: Ipea, 2000. (Texto para Discussão, n. 775).
- PAZ, S. F.; GOLDMAN, S. N. **Estatuto do idoso**. In: FREITAS, E. V. de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- RANGEL, L. et al. **Conquistas, desafios e perspectivas da Previdência Social no Brasil: vinte anos após a promulgação da Constituição Federal de 1988**. Políticas Sociais: acompanhamento e análise, Brasília, v. 1, n. 17, 2009.
- RESENDE, A. P. C.; VITAL, F. M. P. **A convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência comentada**. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008.
- RIBEIRO, P.R.O. **A judicialização das políticas públicas: a experiência da central judicial do idoso. Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.
- SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE. **Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família**. Rev. Saúde Pública [online]. 2000, vol.34, n.3.
- Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Resumo da I Conferência Nacional de Direitos do Idoso**; 2006 maio 23-26; Brasília: SEDH; 2006.
- Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Resumo da II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa**; 2009 out 28-30; Brasília: SEDH; 2009.
- SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S. **Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 15(6):2659-2668, 2010.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International classification of functioning disability and health (ICIDH-2)**. Geneva, Suisse, 2001.

BRASIL. Decreto nº 9.912-a, de 26 de março de 1888. **Reforma os Correios do Império**. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-9912-a-26-marco-1888-542383-publicacaooriginal-50955-pe.html>

_____. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. **“Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados”**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/DPL4682-1923.htm.

_____. Decreto nº 19.433, de 26 de novembro de 1930. **Cria uma Secretaria de Estado com a denominação de Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio**. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19433-26-novembro-1930-517354-publicacaooriginal-1-pe.html>

_____. Lei nº 3.807 de 26 agosto de 1960. **Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1950-1969/L3807.htm

_____. Decreto-Lei nº 72, de 21 de novembro de 1966. **Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/Del0072.htm

_____. Lei nº 6.036, de 1º de maio de 1974. **Dispõe sobre a criação, na Presidência da República, do Conselho de Desenvolvimento Econômico e da Secretaria de Planejamento, sobre o desdobramento do Ministério do Trabalho e Previdência Social e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6036.htm

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Congresso Nacional, 5 out. 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm > .

_____. Portaria no 810, de 22 de setembro de 1989. **Aprova normas e os padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observados em todo o território nacional**. Diário Oficial da União, Brasília, p. 17.297-17.298, 27 set. 1989. Seção 1. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1989/prt0810_22_09_1989.html

_____. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. **Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7853.htm

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

_____. Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993. **Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, 8 dez. 1993. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm > .

_____. Lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm.

_____. Decreto no 1.948, de 3 de julho de 1996. **Regulamenta a Política Nacional do Idoso.** Diário Oficial da União, Brasília, 4 jul.1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm>.

_____. Emenda Constitucional no 41, de 15 de dezembro de 1998. **Modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc20.htm>.

_____. Portaria no 2.413/1998. **Internação domiciliar a pacientes crônicos.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998a.

_____. Portaria no 2.414/1998. **Credenciamento e critérios para realização de internação em hospital-dia geriátrico.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998b.

_____. Portaria no 2.416/1998. **Hospitalizações de longa permanência.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998c.

_____. Portaria Interministerial MS/MPAS no 5.153, de 7 de abril de 1999. **Institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos.** Brasília: Ministério da Saúde; Ministério da Previdência e Assistência Social, 1999a. Disponível em: <http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2site-box/arquivos/documentos/biblioteca/legislacao/portaria5153.pdf>

_____. Lei no 9.876, de 26 de novembro de 1999. **Dispõe sobre a contribuição previdenciária do contribuinte individual, o cálculo do benefício, altera dispositivos das Leis nos 8.212 e 8.213, ambas de 24 de julho de 1991, e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9876.htm

_____. Portaria no 1.395, de 10 de dezembro de 1999. **Política Nacional de Saúde do Idoso.** Diário Oficial da União, 13 dez. 1999b.

_____. Decreto nº 3.298 20 de dezembro de 1999. **Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm

_____. Portaria MPAS/SEAS nº 73, de 10 de maio 2001. **Estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, nas modalidades previstas na Política Nacional do Idoso, e aos desafios que o crescimento demográfico impõe ao país**

_____. Portaria MS no 702, de 12 de abril de 2002. **Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso.** Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_702.pdf

_____. Portaria MS/GM nº 1.060 de 5 de junho de 2002. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html

_____. Lei no 10.741, de 10 de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, 3 out. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm

_____. Emenda Constitucional no 41, de 19 de dezembro de 2003. **Modifica os arts. 37, 40, 42, 48, 96, 149 e 201 da Constituição Federal, revoga o inciso IX do § 3o do art. 142 da Constituição Federal e dispositivos da Emenda Constitucional no 20, de 15 de dezembro de 1998, e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc41.htm>.

_____. Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde de 2006 e aprova as diretrizes operacionais do referido plano.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

_____. Portaria GM no 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

_____. Decreto Legislativo nº 186 de 2008. **Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Congresso/DLG/DLG-186-2008.htm

_____. Decreto nº 6.949 de 25 de agosto de 2009. **Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm

_____. Decreto no 6.800, de 18 de março de 2009. **Dispõe sobre a nova redação ao art. 2o do Decreto no 1.948, de 3 de julho de 1996, que regulamenta a Lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, 19 mar. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6800.htm

_____. Lei no 12.213, de 20 de janeiro de 2010. **Institui o Fundo Nacional do Idoso e autoriza deduzir do imposto de renda devido pelas pessoas físicas e jurídicas as doações efetuadas aos Fundos Municipais, Estaduais e Nacional do Idoso; e altera a Lei no 9.250, de 26 de dezembro de 1995.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12213.htm

_____. Lei no 12.618 de 30 de abril de 2012. **Institui o regime de previdência complementar para os servidores públicos federais titulares de cargo efetivo, inclusive os membros dos órgãos que menciona; fixa o limite máximo para a concessão de aposentadorias e pensões pelo regime de previdência de que trata o art. 40 da Constituição Federal; autoriza a criação de 3 (três) entidades fechadas de previdência complementar, denominadas Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Executivo (Funpresp-Exe), Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Legislativo (Funpresp-Leg) e Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Judiciário (Funpresp-Jud); altera dispositivos da Lei no 10.887, de 18 de junho de 2004; e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12618.htm

_____. Portaria MS/GM nº 874, de 16 de maio de 2013. **Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html

_____. Portaria MS/GM nº 1498, de 19 de julho de 2013. **Redefine o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1498_19_07_2013.html

_____. Lei no 13.135, de 17 de junho de 2015. **Altera as Leis no 8.213, de 24 de julho de 1991, no 10.876, de 2 de junho de 2004, no 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e no 10.666, de 8 de maio de 2003, e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13135.htm

_____. Lei Complementar 152, de 3 de dezembro de 2015. **Dispõe sobre a aposentadoria compulsória por idade, com proventos proporcionais, nos termos do inciso II do § 1º do art. 40 da Constituição Federal.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp152.htm

_____. Lei nº 13.466 de 12 de julho de 2017. **Altera os arts. 3o, 15 e 71 da Lei no 10.741, de 1o de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13466.htm

_____. Portaria interministerial nº 5, de 22 de dezembro de 2017. **Prorroga o prazo para a inscrição dos atuais beneficiários idosos do Benefício de Prestação Continuada no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal.** Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/cadastro_unico/portarias/2017/PORTARIA_INTERMINISTERIAL_N5_22122017.pdf

Anexos

CAPÍTULO 1

TEMAS/SUPLEMENTOS PESQUISADOS NA PNAD DESDE 1972 ATÉ 2015

ANO	TEMA/SUPLEMENTO
1969	Migração interna
1970	Migração interna
1972	Fecundidade
1973	Fecundidade, Migração e Mão de Obra
1976	Migração, cor, religião e fecundidade
1977	Bens de Consumo Duráveis e Características das habitações (PM)
1978	Fecundidade
1979	Consumo de energia
1981	Saúde
1982	Educação
1983	Mão de obra e Previdência
1984	Fecundidade feminina e nupcialidade
1985	Situação do menor
1986	Acesso a serviços de saúde, Suplementação alimentar, Associativismo e Anticoncepção
1988	Participação Político-Social e Estoques de aparelhos utilizadores de energia
1989	Trabalho
1990	Trabalho
1992, 1993 e 1995	Nupcialidade, trabalho das crianças de 5 a 9 anos de idade e ensino supletivo
1996	Mobilidade Social

CONTINUA ►

ANO	TEMA/SUPLEMENTO
1998	Saúde e trabalho das crianças de 5 a 9 anos de idade
1999	Trabalho das crianças de 5 a 9 anos de idade
2001	Trabalho infantil e algumas características complementares de educação das crianças de 5 a 17 anos
2002	Trabalho das crianças de 5 a 9 anos de idade e algumas características de habitação
2003	Saúde, serviço preventivo de saúde em mulheres moradoras de 25 anos ou mais de idade e participação de programas sociais para educação de moradores de 5 a 17 anos
2004	Aspectos Complementares de Educação e Acesso a Transferências de Renda de Programas Sociais, Segurança Alimentar, Fecundidade
2005	Características de acesso à Internet pelos moradores de 10 anos ou mais de idade
2006	Acesso a transferências de renda de programas sociais, os aspectos complementares de educação de crianças e adolescentes de 0 a 17 anos de idade, o exercício e trabalho e de afazeres domésticos do contingente de 5 a 17 anos de idade.
2007	Características da educação de jovens e adultos para os moradores de 15 anos ou mais de idade e a educação profissional para os moradores de 10 anos ou mais de idade.
2008	Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008 e o acesso à Internet e a posse de telefone móvel celular para uso pessoal
2009	Segurança Alimentar e Vitimização e Justiça
2011	Acesso à Internet e a posse de telefone móvel celular para uso pessoal
2012	Acesso à Internet e posse de telefone móvel celular para uso pessoal; Nupcialidade; Trabalho das crianças de 5 a 9 anos de idade
2013	Acesso à Internet e à Televisão e Posse de Telefone Móvel Celular para Uso Pessoal 2013 e Segurança Alimentar 2013
2014	Mobilidade Sócio-Ocupacional 2014; Acesso ao Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e a Programas de Inclusão Produtiva 2014; Acesso à Internet e à Televisão e Posse de Telefone Móvel Celular para Uso Pessoal 2014
2015	Práticas de Esporte e Atividade Física 2015, Aspectos das Relações de Trabalho e Sindicalização 2015, Aspectos dos Cuidados das Crianças de Menos de 4 Anos de Idade 2015, Acesso à Internet e à Televisão e Posse de Telefone Móvel Celular para Uso Pessoal 2015

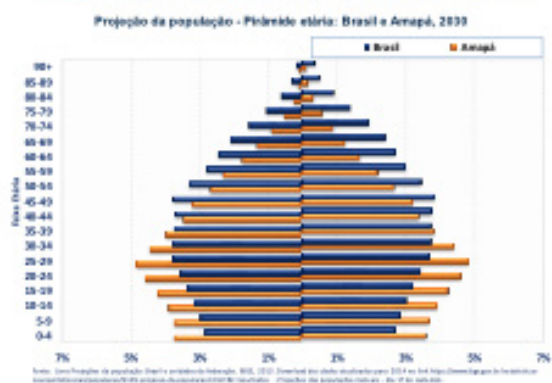
Fonte: Camarano e Martine (1988); Dedeca (1998) e IBGE (2015)

OUTROS TEMAS E LACUNAS

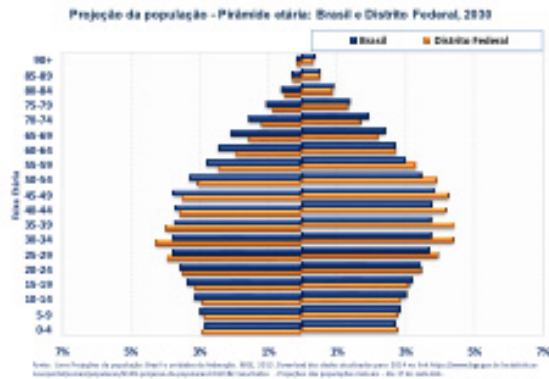
- 1972 - Rendimento familiar
- 1974-1975 - Estudo Nacional da Despesa Familiar - Endef (pesquisa especial sobre consumo alimentar e orçamentos familiares)
- 1976 - Mobilidade social e cor das pessoas
- 1986 - Anticoncepção (pesquisa realizada por meio de uma subamostra e restrita às mulheres de 15 a 54 anos de idade)
- 2008 - Tabagismo (pesquisa realizada por meio de uma subamostra e restrita a um único morador de 15 anos ou mais de idade selecionado em cada unidade domiciliar dessa subamostra)

CAPÍTULO 2

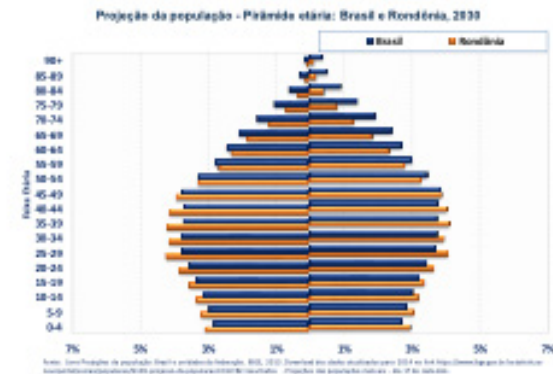
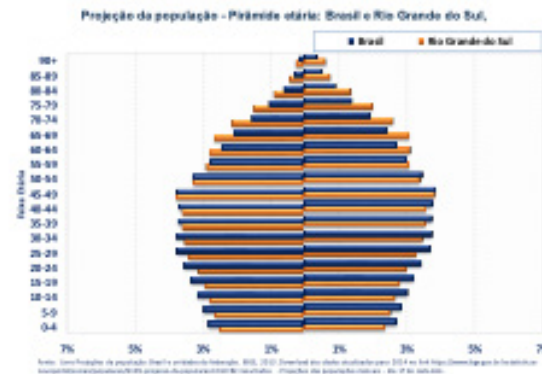
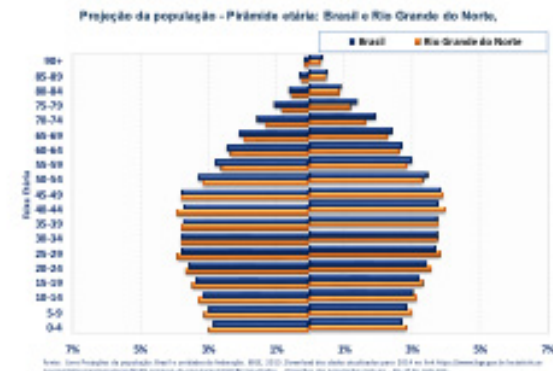
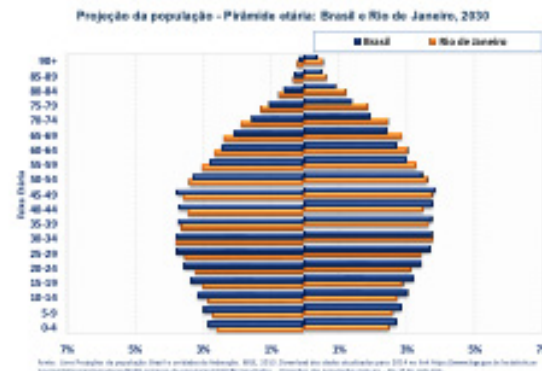
PROJEÇÃO: DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL POR FAIXA ETÁRIA E SEXO, BRASIL E UNIDADES DA FEDERAÇÃO - 2030

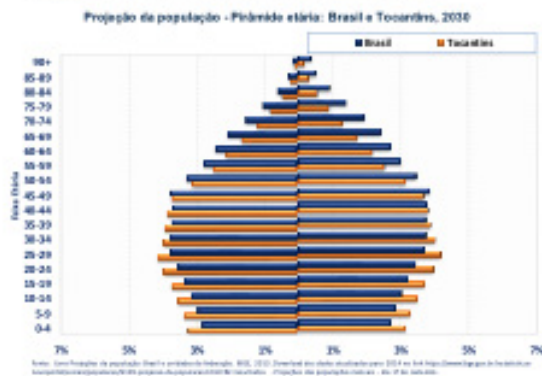
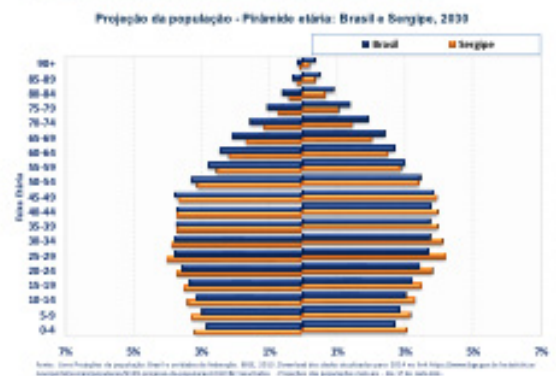
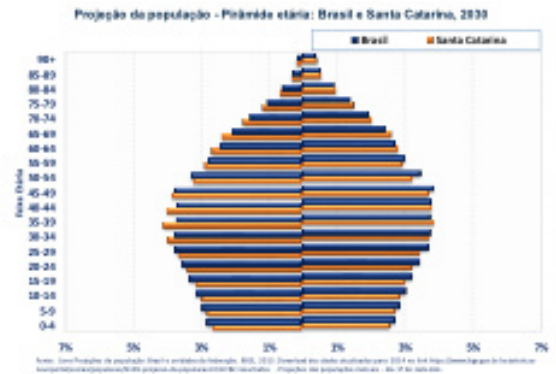


Pesquisa e produção do conhecimento para disseminação sobre temas diversos da pessoa idosa



Pesquisa e produção do conhecimento para disseminação sobre temas diversos da pessoa idosa





CAPÍTULO 3

INFORMAÇÕES E DEFINIÇÕES ADICIONAIS

Local do trabalho de campo: Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Desenho do estudo: Observacional e Corte Transversal
Amostra consecutiva e de conveniência

Base De Referência: população autodeclarada sem deficiência.

- **Pergunta disparadora:** O Sr(a) tem qualquer limitação nas suas atividades em função de um problema de saúde ou o Sr(a) deixa de fazer alguma atividade em função de um problema de saúde?
- **Resposta negativa:** considerado não deficiente e iniciando-se a entrevista.
- **Critério de Exclusão da Base De Referência:** Se durante a aplicação do questionário identifica-se alguma adaptação ou limitação na realização da atividade por qualquer problema de saúde. A única adaptação permitida será o uso de óculos com correção total da visão, já que a correção da refração com óculos comum não é considerado deficiência visual.

Questionário da Base De Referência:

- Ficha de Controle: nome do entrevistador, duração da entrevista, data, local, quem informou, gênero, indicação da base de referência, indicação da faixa etária.
- Dados pessoais do avaliado: nome, telefone, endereço, bairro, cidade, data de nascimento, cor autodeclarada, estado civil.
- Campo de observação opcional
- Atividades e Participações
- Domínios: Sensorial; Comunicação; Mobilidade; Vida Doméstica; Educação, Trabalho e Vida Econômica; Socialização e Vida Comunitária. Deve ser identificado, no instrumento, se a pontuação de cada uma das 41 atividades/participações for por Capacidade ou Desempenho.

Pontuação das atividades:

- 25: não realiza a atividade, não participando de nenhuma etapa
- 50: necessita de auxílio (mesmo preparo ou supervisão)
- 75: adaptou ou modificou a forma de realizar a atividade, sem o auxílio de terceiros
- 100: realiza a atividade de forma independente sem nenhum tipo de modificação e em segurança

Identificar a cada uma das 41 atividades se a pontuação for por desempenho (D) ou capacidade (C).

- Desempenho descreve o que uma pessoa faz no seu ambiente habitual
- Capacidade descreve a habilidade de um indivíduo em executar uma tarefa ou ação

Pontuação dos 7 Domínios: Média

Pontuação Total do IF-Br: Média dos 7 domínios

- Campo de Observação opcional
- Dimensão Socioeconômica

Base de Idosos: Incluídos idosos com qualquer alteração nas atividades e participações em função de algum problema de saúde. Incluindo alteração da forma do fazer (velocidade e segurança).

Estratificação da amostra de idosos:

Idade:

- 60 a 69 anos
- 70 a 79 anos
- 80 anos ou mais

Tipos de Deficiência:

- Motora
- Cognitiva/Mental
- Sensorial: Auditiva
- Sensorial: Visual

Gravidade da Deficiência: Será considerado idoso com deficiência grave aquele que não realizar ou necessitar de auxílio para realizar as seguintes atividades básicas da vida diária (ABVD) (pontuação 25 ou 50):

Atividade 3.1: Mudar e manter a posição do corpo

Atividade 3.4: Deslocar-se dentro de casa

Atividade 4.1: Lavar-se

Atividade 4.3: Regulação da micção

Atividade 4.4: Regulação da defecação

Atividade 4.5: Vestir-se

Atividade 4.6: Comer

Atividade 4.7: Beber

Será considerado idoso com deficiência moderada aquele que não realizar ou necessitar de auxílio de terceiros para realizar as seguintes atividades instrumentais da vida diária (AIVD) (pontuação 25 ou 50):

Atividade 3.8: Utilizar transporte individual como passageiro

Atividade 5.2: Cozinhar

Atividade 5.3: Realizar tarefas domésticas

Atividade 6.4: Fazer compras e contratar serviços

Atividade 6.5: Administração de recursos econômicos pessoais

Deverá ter independência modificada ou independência total (pontuação 75 ou 100) nas atividades básicas de vida diária que caracterizam o grave, listadas acima.

Será considerado idoso com deficiência leve aquele que tiver independência modificada ou independência total (pontuação 75 ou 100) nas atividades instrumentais e básicas listadas acima.

Questionário da Base de Idosos:

Os itens sublinhados são os que diferem do questionário da Base de Referência.

- **Ficha de Controle:** nome do entrevistador, duração da entrevista, data, local, quem informou, gênero, indicação da base de referência, indicação da faixa etária, nível de comprometimento.
- **Dados pessoais do avaliado:** nome, telefone, endereço, bairro, cidade, data de nascimento, cor autodeclarada, estado civil.
- Resumo da história da Incapacidade, Código Internacional das Doenças (CID) do diagnóstico, CID da seqüela.
- **Funções Corporais acometidas:** mentais; sensoriais e dor; voz e fala; sistema cardiovascular; hematológico; imunológico; respiratório; digestivo; metabólico e endócrino; genitourinárias e reprodutivas; urinárias; genitais e reprodutivas; neuromusculares e relacionadas ao movimento; pele.
- Campo de observação
- Atividades e Participações
- **Domínios:** Sensorial; Comunicação; Mobilidade; Vida Doméstica; Educação, Trabalho e Vida Econômica; Socialização e Vida Comunitária. Deve ser identificado, no instrumento, se a pontuação de cada uma das 41 atividades/participações for por Capacidade ou Desempenho.
- Campo de Observação
- **Modelo Linguístico:** Motor, Cognitivo/Mental, Auditivo e Visual
- Dimensão Socioeconômica

Recrutamento e Treinamento:

Recrutamento dos entrevistadores: Cursos de Graduação de Fisioterapia, Medicina e Fonoaudiologia.

Número de entrevistadores: 8

Treinamento: Disponibilização online do material para o treinamento: ficha de avaliação, plano de trabalho, manual de aplicação, aulas sobre o instrumento e regras de pontuação. Treinamento presencial com a simulação de casos.

Piloto: entrevista com pessoa sem deficiência (1) e entrevistas com idoso com deficiência (3)

Treinamento presencial para discussão das entrevistas realizadas no piloto.

Análise das entrevistas do Piloto para identificação de erros e dificuldades de preenchimento.

Reunião para devolução dos resultados do Piloto e possível adequação da ficha.

Reunião mensal com toda equipe para discussão do trabalho de campo e definição das metas dos números de entrevistas.

Supervisão de Campo:

1 supervisora de campo para cada 4 entrevistadores.

Validação após discussão de cada entrevista.

Liberação para digitação após validação das supervisoras de campo.

Resultados do Pré-teste:

Foram realizadas 30 entrevistas.

Não houve dificuldade de acesso aos idosos e à base de referência.

Foram identificados problemas no preenchimento dos formulários:

- Campos em branco

Ação: a máscara do banco de dados, não permitirá o avanço caso campos obrigatórios não sejam preenchidos.

- Falta de cálculo das médias dos Domínios e do Escore total.

Ação: identificamos que esse problema ocorreu em função da presunção que o programa calcularia automaticamente os resultados. Os entrevistadores foram informados que o cálculo será feito manualmente e constará como campo obrigatório na máscara do banco de dados.

- Preenchimento inadequado das Barreiras (quando a pontuação era diferente de 25D)

Ação: na máscara o campo das barreiras só estará disponível para preenchimento quando a pontuação da atividade for 25D

- Inconsistência no preenchimento do modelo linguístico

Ação: reunião das supervisoras de campo com os entrevistadores para tirar as possíveis dúvidas, discutir os erros ocorridos e reforçar os conceitos.

- Limite de preenchimento de 2 modelos linguísticos.

Ação: como os pacientes idosos podem apresentar concomitantemente vários tipos de incapacidade, a regra de preenchimento de no máximo 2 modelos linguísticos foi retirada.

Após o Piloto foram acrescentados na ficha da entrevista:

- bairro,
- estado civil,
- nova coluna nas Atividades e Participações para indicar se a atividade foi pontuada por Desempenho ou por Capacidade
- exclusão da regra de marcação de no máximo 2 modelos linguísticos; já que o acúmulo de deficiências aumenta com a faixa etária.

