

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**

**INTERSETORIALIDADE: UM DESAFIO NA  
IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO  
NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

**AUTORA:** Mirna Luz Costa Ferreira

**ORIENTADORA:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Eliana Labra

Dissertação apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Rio de Janeiro, setembro de 2003

*Dedico esta dissertação ao Ferreira, meu esposo, que nos últimos 25 anos tem me dado incondicional amor e, nesta minha caminhada, apoio fundamental.*

*Teoricamente a PNI é linda, maravilhosa, uma lei muito bonita. Precisa, como todas as outras leis, ser cumprida. É muito bonito dizer que o idoso tem direito ao ônibus, se o motorista do ônibus não deixa o idoso entrar. É muito interessante dizer que o idoso tem direito ao remédio, se o governo não fornece o remédio e as farmácias não dão o desconto. É muito bonito dizer que o idoso tem vantagens no judiciário e ter que esperar na fila para ser atendido. A lei é excelente, basta que nós possamos cumpri-la (...). Precisamos cobrar aquilo que está escrito, cobrar o cumprimento das leis.*

Deputado Estadual Paulo Pinheiro, Presidente da Comissão da Criança, do Adolescente e do Idoso da Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, 15 de abril de 2003.

## SUMÁRIO

<b>Lista de Tabelas, Quadros e Gráficos</b>	
<b>Glossário de Siglas</b>	
<b>Introdução</b>	9
<b>Capítulo I – Implementação de Políticas Públicas e Intersetorialidade: Aspectos Teóricos e Conceituais</b>	14
1. A construção da intersectorialidade na gestão de políticas públicas	14
2. Paradoxos da implementação de políticas	21
<b>Capítulo II - O Envelhecimento da População Brasileira e a Política Nacional do Idoso (PNI)</b>	28
1. Mudanças demográficas da população brasileira	28
2. Políticas públicas destinadas aos idosos no Brasil	32
3. Aspectos da formulação e implementação da PNI	40
a) A distancia entre a formulação e a implementação	42
b) O desafio de implementar a PNI	43
c) Os conteúdos da PNI	44
Intersetorialidade	47
O Plano de Ação Governamental Integrado para o Desenvolvimento da PNI	56
Modelo de gestão	58
Participação	58
Financiamento	59
<b>Comentários</b>	60
<b>Capítulo III – O Envelhecimento da População no Estado do Rio de Janeiro e a (In) Ação Governamental</b>	63
1. Características da população idosa	63
2. Legislação para o idoso	67
<b>Capítulo IV – A Intersetorialidade na Implementação da PNI no Estado do Rio de Janeiro</b>	74

<b>1.</b>	<b>Assistência aos idosos e principais órgãos envolvidos na implementação da PNI</b>	<b>74</b>
<b>a)</b>	<b>Secretaria de Estado de Ação Social e Cidadania – Programa de Atendimento Ao Idoso</b>	<b>75</b>
<b>b)</b>	<b>Secretaria de Estado de Ciência e Tecnologia – Universidade Aberta da Terceira Idade, da UERJ</b>	<b>83</b>
<b>c)</b>	<b>Defensoria Pública Geral do Estado do Rio de Janeiro – Núcleo Especial de Atendimento a Pessoa Idosa</b>	<b>86</b>
<b>d)</b>	<b>Secretaria de Estado de Segurança Pública - Delegacia do Idoso</b>	<b>88</b>
<b>e)</b>	<b>Secretaria de Estado de Saúde - Assessoria de Saúde do Idoso</b>	<b>90</b>
<b>2.</b>	<b>As arenas institucionais de deliberação e decisão e a intersetorialidade</b>	<b>92</b>
<b>a)</b>	<b>Fórum Permanente da Política Nacional do Idoso no Estado do Rio de Janeiro-FÓRUMPNEI-RJ</b>	<b>93</b>
<b>b)</b>	<b>Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa do Rio de Janeiro-CEDEPI</b>	<b>96</b>
<b>3.</b>	<b>A (des) articulação na atenção ao idoso no Estado do Rio de Janeiro</b>	<b>105</b>
	<b>Considerações Finais</b>	<b>111</b>
	<b>Referências Bibliográficas</b>	<b>117</b>

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b>	População residente, por situação do domicílio e sexo, segundo grupos de idade no Brasil –2000	29
<b>Tabela 2</b>	Evolução do benefício de prestação continuada para o idoso no Brasil (1996-2000)	39
<b>Tabela 3</b>	Idosos vacinados nas Campanhas de Imunização no Brasil (1999-2002)	56
<b>Tabela 4</b>	Distribuição do crescimento da população geral e idosa no estado do Rio de Janeiro (1940-2000)	64
<b>Tabela 5</b>	Taxa de crescimento da população geral e idosa no estado do Rio de Janeiro (1940-2000)	64
<b>Tabela 6</b>	População idosa no estado do Rio de Janeiro distribuída por sexo e grupos de idade – 2000	65
<b>Tabela 7</b>	Distribuição da renda dos idosos responsáveis pelos domicílios no estado do Rio de Janeiro – 2000	66
<b>Tabela 8</b>	Municípios que a SEASC implantou as modalidades de atendimento ao idoso	81
<b>Tabela 9</b>	Composição do Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa para a gestão 2003-2005	105

## Lista de Quadros

<b>Quadro 1</b>	População residente, segundo grupos de idade no Brasil - 2000	36
<b>Quadro 2</b>	Ministérios participantes do Plano de Ação Governamental Integrado para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso-PAG-PNI e principais estratégias de ação	49
<b>Quadro 3</b>	Ações Contempladas no Plano de Ação Governamental Integrado para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso-PAG-PNI	59
<b>Quadro 4</b>	Preceitos referentes à família, criança, adolescente e idoso na Constituição do estado do Rio de Janeiro – 1989	67
<b>Quadro 5</b>	Legislação estadual referente ao atendimento especial aos idosos e outros no estado do Rio de Janeiro	68
<b>Quadro 6</b>	Legislação estadual referente a lazer e cultura para o idoso no estado do Rio de Janeiro	69
<b>Quadro 7</b>	Legislação estadual referente à assistência social, à saúde e legal aos idosos no estado do Rio de Janeiro	71

## Lista de Gráficos

<b>Gráfico 1</b>	População residente, segundo grupos de idade no Brasil - 2000	30
<b>Gráfico 2</b>	Distribuição dos anos de estudo em idosos alfabetizados no estado do Rio Janeiro – 2000	65
<b>Gráfico 3</b>	Distribuição das denúncias recebidas pelo Ligue Idoso/Ouvidoria – julho de 1999 a janeiro de 2003	77
<b>Gráfico 4</b>	Distribuição das denúncias recebidas e resolvidas no Ligue-Idoso/Ouvidoria – julho de 1999 a janeiro de 2003	78

## Glossário

ANG	Associação Nacional de Gerontologia
ASAPREV	Associação de Aposentados e Pensionistas da Previdência Social
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CEDEPI	Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa
CNDI	Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos
COBAP	Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas
FÓRUMPNEI-RJ	Fórum Permanente da Política Nacional e Estadual do Idoso do Rio de Janeiro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MP	Ministério Público
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PAB	Programa de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAG-PNI	Plano de Ação Governamental Integrado para Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso
PAI	Programa de Assistência ao Idoso
PCS	Programa Comunidade Solidária
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PSF	Programa de Saúde da Família
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SEAS	Secretaria de Estado e Assistência Social
SESC	Serviço Social do Comércio
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União



## **AGRADECIMENTOS**

A professora Dr<sup>a</sup> **Maria Eliana Labra**, que nas horas mais difíceis foi solidária e incentivou-me a ir em frente. Seu conhecimento, carinho e dedicação foram imprescindíveis para que pudesse concluir este trabalho.

À **Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ**, pela eficiência de seus funcionários e pela contribuição de seus professores nas questões mais relevantes da sociedade.

A **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES**, pela bolsa, permitindo maior dedicação à pesquisa e aos estudos.

Aos professores convidados para a banca de defesa, **Serafim Fortes Paz; Selma de Souza-Leão; José Luiz de Almeida Telles** e **Sara Nigri Goldmam**, por terem aceito meu convite e pelas valiosas contribuições, mas, acima de tudo, pela amizade atenta e carinhosa.

Aos meus filhos **Ferreirinha** e **Cristiane**, pelo amor e carinho de sempre.

A todos os entrevistados pela forma carinhosa que me receberam e pela contribuição das valiosas informações prestadas.

Aos membros do Fórum Permanente da Política Nacional e Estadual do Idoso do Rio de Janeiro e do Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa do Estado do Rio de Janeiro pela acolhida carinhosa.

A todos que, de várias formas, ajudaram-me a percorrer este caminho.

## RESUMO

O envelhecimento da população brasileira gerou novas demandas por serviços, benefícios e atenção para os idosos. Para responder estas e outras questões formulou-se a Lei nº 8.842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, definindo princípios e diretrizes que asseguram os direitos sociais da pessoa maior de 60 anos. Sua principal característica deriva da intenção dos legisladores de responder às necessidades dos idosos mediante programas e ações de diferentes tipos numa perspectiva **intersetorial**, envolvendo Previdência e Assistência Social, Saúde, Trabalho, Justiça, Planejamento, Cultura e outros. Desde a sua regulamentação, em julho de 1996, estados e municípios brasileiros passaram a tê-la como eixo norteador na adoção de políticas públicas para aquele segmento.

Esta dissertação examina, no marco da análise da implementação de políticas públicas, os requisitos de intersetorialidade previstos para o êxito da PNI, quanto ao desenvolvimento de ações conjuntas das diversas secretarias de governo do Estado do Rio de Janeiro, com ênfase nas arenas decisórias, nos atores envolvidos e nas interações entre as agências governamentais. Entre as conclusões, destacamos: (1) o estado do Rio de Janeiro dispõe da proporção mais alta de idosos do país e reúne um grande número de instituições assistenciais, em particular na saúde; (2) apesar dessas facilidades, há deficiências estruturais e materiais para atender às necessidades dos idosos; (3) as burocracias públicas apresentam resistências inauditas para trabalhar de forma cooperativa na execução das diretrizes legais; (4) a execução das ações é pontual e desarticulada; (5) a atuação intersetorial ocorre apenas em momentos que o desrespeito aos direitos dos idosos ganha visibilidade na mídia. Apesar desse quadro, constatou-se que o otimismo é consensual quanto ao avanço, no futuro próximo, das políticas destinadas à população idosa no estado.

**Palavras-chaves:** Brasil; Estado do Rio de Janeiro; Política Nacional do Idoso; Implementação de Políticas Públicas; Intersetorialidade.

## **ABSTRACT**

Demographic changes in Brazil are demanding new services, benefits and health assistance for older people. Accordingly, the National Policy for the Elderly, enacted by the Law nr. 8.842/1994, stated principles and rules to assure human and social rights to individuals above 60 years old. Its main characteristic is to comply those objectives through an inter sector arrangement, that is to say, that implementation must be carried out in an integrated compromise between the following governmental agencies: Social Security, Social Assistance, Health, Labor, Justice, Planning, Culture, and others. At the present time, the law 8.842 is being used by Brazilian states and municipalities as a guide for implementing programs directed to the elder.

This dissertation examines the intersectoriality dimension in relation with the implementation of the National Policy for the Elderly in the state of Rio de Janeiro, focusing on the state agencies involved, the decisional arenas, the actors involved, and the interactions between them.

Among the conclusions we mention: (1) Rio de Janeiro State has the highest proportion of people above 60 years old in Brazil and has a huge network of social services, specially in the Health sector; (2) in spite of those facilities, there are many deficiencies for complying with the demands of that population; (3) public bureaucracies show resistance to work in a cooperative way in order to enforce the laws and rules; (4) the implementation of programs and actions is disjointed, (5) gaining some breath when crisis occur, as is the case of serious abuses and disrespect against older people that gain public visibility. In spite of that scenario, among officials and social actors there is wide consensus concerning the success of the policy for the aged in the near future.

**Key words:** Brazil; Rio de Janeiro State; National Policy for the Elderly; Public Policy Implementation; Intersectoriality

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos têm havido mudanças expressivas na composição da pirâmide etária brasileira, com aumento continuado da população idosa com mais de 60 anos. Sua participação no total da população nacional mais do que dobrou nos últimos 50 anos, passando de 4% em 1940 para 8,5% em 2000, estimando-se que em 20 anos alcançará 16%.

As rápidas mudanças no perfil demográfico brasileiro vêm acarretando uma série de conseqüências sociais, culturais e epidemiológicas, para as quais o país ainda não está preparado. De fato, o envelhecimento representa novas demandas por serviços, benefícios e atenção para os idosos, mas requisitos como infra-estrutura, instalações, programas específicos e recursos humanos e financeiros adequados ainda são precários ou insuficientes.

Contudo, a partir do início da década de 90, a prestação de serviços aos idosos foi sistematizada por meio da legislação e de planos de ação governamental, os quais resultaram em políticas de atenção aos idosos nos níveis federal, estadual e municipal. De forma concomitante, foi intensificada a criação de instituições com fins lucrativos, entidades beneficentes e organizações de defesa dos interesses dos idosos como forma de atender demandas veiculadas pelos mais diferentes setores da sociedade e do governo.

Nessa direção, a Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre o Conselho Nacional do Idoso e a Política Nacional do Idoso (PNI), regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, veio ao encontro dessas preocupações, ao definir princípios e diretrizes que asseguram os direitos sociais da pessoa maior de 60 anos, no atendimento de suas necessidades específicas em saúde, atenção, moradia, renda e segurança, condições necessárias para a promoção de sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Fixa também as competências dos órgãos e entidades públicas, os quais deverão trabalhar integrados na implementação e financiamento de programas contemplados na PNI.

A PNI considera, sobretudo, as condições de vida da população idosa, marcadas por grande exclusão decorrente da ausência de apoio familiar, da pobreza material e da insuficiência de programas e serviços sociais, acentuando as fragilidades naturais do envelhecimento.

Sua principal característica deriva da intenção dos legisladores de responder às necessidades dos idosos - grupo etário que mais cresce no Brasil - mediante programas e ações de diferentes tipos numa perspectiva **intersetorial**, na medida em que envolve intervenções diretas da Previdência e Assistência Social, Saúde, Trabalho, Justiça, Desportos e Lazer, Cultura e outros. Em suma, sua implementação exige a cooperação de agências governamentais, com vistas a enfrentar de forma integrada as necessidades individuais e coletivas dos cidadãos idosos.

Para Inojosa (1998), a abordagem intersetorial dos problemas de determinado grupo populacional significa o reconhecimento da necessidade de moldar a ação governamental por um novo paradigma. É nesse sentido que a articulação intersetorial na formulação da PNI surge como possibilidade de solução integrada das necessidades dos idosos, incluindo benefícios pecuniários, reformulação dos currículos universitários, readequação das redes de saúde e de assistência social para atendimento integral, criação de instrumentos que permitam a inserção dessa população na vida social e econômica das comunidades, modernização das leis e regulamentos, desenvolvimento do turismo e lazer, dentre outros.

Em resumo, a situação da velhice demonstra a necessidade de respostas conjugadas de diversas instituições governamentais e não-governamentais, segundo preconiza a lei. Todavia, a tradição de hierarquizar as questões sociais em níveis de maior e menor importância para determinar as prioridades da política social, bem como a fragmentação da atividade estatal, colocam desafios inéditos para o enfrentamento do fenômeno da velhice no país.

O Estado do Rio de Janeiro tem a proporção mais alta de idosos do país e poderia dar respostas adequadas e oportunas aos problemas desse contingente, já que reúne um grande número de instituições, a começar pelo parque assistencial na saúde e em outras áreas. Somando-se a isso, o estado tem tudo a oferecer em termos de atividades comunitárias, de lazer, de convivência, culturais e outras, tendo em vista a importância histórica que teve e tem para o desenvolvimento do país e também pelas suas tantas belezas naturais.

Dadas essas condições, seria de se esperar efetivos avanços na implementação da PNI no estado. Todavia, como esta dissertação vai mostrar, não somente persistem dificuldades estruturais e deficiências materiais para responder às necessidades dos idosos, mas também as burocracias públicas apresentam resistências inauditas para trabalhar de forma cooperativa na execução das diretrizes legais.

Tomando o Estado do Rio de Janeiro como estudo de caso, esta dissertação parte do pressuposto que, apesar da complexa rede institucional participante na formulação e implementação da PNI, tendo a intersetorialidade como requisito indispensável para atingir seus objetivos, evidenciam-se enormes contrastes, desigualdades e lacunas no atendimento aos idosos. Existem áreas geográficas com boa estrutura de serviços, que concentram os estratos sociais mais ricos, que desfrutam de facilidades e serviços típicos das regiões mais desenvolvidas. Em contraste, há locais que abrigam grandes contingentes de pessoas em condições de miséria quase absoluta que dependem de ações governamentais e não-governamentais e se deparam com a carência ou a precariedade de serviços e de recursos humanos qualificados.

Nesse contexto, o estudo da intersetorialidade no processo de implementação da PNI apresenta-se como objeto da maior oportunidade e relevância, em particular no que concerne ao melhor conhecimento das dinâmicas que dificultam a integração dos poderes públicos e das agências setoriais executivas na consecução de objetivos comuns. Soma-se a esses desafios o fato de o planejamento intersetorial ser recente no Brasil e o próprio processo de descentralização ainda em difícil andamento, visto as fragilidades do Pacto Federativo brasileiro.

O interesse em analisar a intersetorialidade das ações envolvidas na implementação da PNI, surgiu, em primeiro lugar, da minha inserção profissional em programas de saúde e de assistência social destinados a pessoas idosas de baixa renda e, em segundo lugar, da constatação das grandes dificuldades existentes, na prática, para prestar os cuidados que essa população necessita e que requer, via de regra, intervenções de diferentes setores, coordenadas e convergentes com o propósito de assegurar um atendimento oportuno, eficaz e digno a esses cidadãos.

O objetivo central do presente trabalho é estudar em que medida os requisitos de intersetorialidade previstos para o êxito da PNI, quanto ao desenvolvimento de ações conjuntas das diversas secretarias de governo, vêm sendo atendidos na implementação da PNI no Estado do Rio de Janeiro, com ênfase nas arenas decisórias, nos atores envolvidos e nas interações entre as agências governamentais.

O percurso utilizado para atingir tal objetivo contou com os seguintes procedimentos: 1) apropriação da literatura sobre o tema; 2) levantamento das instâncias governamentais envolvidas na execução da PNI no Estado do Rio de Janeiro<sup>1</sup>; 3)

---

<sup>1</sup> Foram identificadas quatro secretarias estaduais e um órgão vinculado ao Executivo estadual com programas e equipes destinadas especificamente ao atendimento da população idosa: Secretaria de Ação Social e Cidadania (SEASC) com o Programa de Atendimento ao Idoso e o Ligue Idoso/Ouvidoria; Secretaria de Estado de Saúde (SES) com a Assessoria de Saúde do Idoso; Secretaria de Segurança Pública (SSP) com a Delegacia do Idoso; Secretaria de

acompanhamento das reuniões nas arenas institucionais de deliberação e decisão<sup>2</sup>, leitura das atas, análise e classificação por assunto; 4) visitas à Comissão da Criança, do Adolescente e do Idoso da Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro<sup>3</sup>; 5) realização de entrevistas semi-estruturadas com representantes das instâncias governamentais que executam programas destinados à população idosa: Programa de Atendimento ao Idoso e Ligue Idoso/Ouvidoria (SEASC); Assessoria de Saúde do Idoso (SES); Delegacia do Idoso (SSP) ; Universidade Aberta da Terceira Idade-UERJ (SCT) e Núcleo Especial de Atendimento à Pessoa Idosa (DPGE) e participação em eventos relacionados ao tema.

A pesquisa compreendeu o período de janeiro de 1999 a junho de 2003, tempo no qual se definem mais claramente as políticas estaduais acerca do assunto. O estudo documental incluiu exame das atas das reuniões do FÓRUMNEI-RJ, do CEDEPI e de outras fontes consideradas importantes. Cabe ressaltar que a qualidade das atas não favorece uma análise mais próxima da realidade, visto que refletem superficialmente as discussões travadas em torno dos assuntos, demonstrando inclusive pouca profundidade e possibilitando ao leitor um precário conhecimento de como se estabelecem as divergências e pactuações entre os atores envolvidos. Para nos aproximarmos o mais próximo da realidade, foi realizada observação participante, com base num roteiro de pontos observados, no período de abril de 2002 a março de 2003.

No Capítulo I são tratados os aspectos teóricos e conceituais que dão subsídios à análise e a compreensão no exame da **intersectorialidade** das ações de apoio à pessoa idosa no processo de **implementação** da PNI no Estado do Rio de Janeiro.

No Capítulo II apresentamos o fenômeno do envelhecimento da população brasileira, mostrando suas particularidades, o que requer a adoção de políticas específicas. A organização e articulação dos atores com vistas a influenciar o processo de formulação e implementação das políticas públicas destinadas aos idosos, que culminaram na aprovação da PNI e do Plano de Ação Governamental Integrado para Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso (PAG-PNI), documento que orienta a execução das ações intersectoriais.

O capítulo III examina o envelhecimento da população no Estado do Rio de

---

Ciência e Tecnologia (SCT) com a Universidade Aberta da Terceira Idade/Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Defensoria Pública Geral do Estado (DPGE) com o Núcleo Especial de Atendimento à Pessoa Idosa.

<sup>2</sup> As arenas analisadas foram: o Fórum Permanente da Política Nacional e Estadual do Idoso do Rio de Janeiro (FÓRUMNEI-RJ), que tem a finalidade de propor maior articulação entre órgãos governamentais, sociedade civil e os diversos segmentos vinculados ou interessados nas políticas públicas de ação social e/ou de defesa dos direitos prescritos na PNI e o Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa do Rio de Janeiro (CEDEPI) que visa congrega e conjugar esforços dos órgãos públicos, entidades privadas e grupos organizados e estabelecer as diretrizes de política social e de saúde para o idoso no Estado do Rio de Janeiro.

<sup>3</sup> Foi também realizada uma entrevista com o Presidente desta comissão.

Janeiro, bem como, o conjunto de leis e as ações governamentais adotadas para atender as demandas dos idosos.

Por último, o Capítulo IV refere-se à conformação da assistência aos idosos, a apresentação e análise dos principais órgãos envolvidos na implementação da PNI no Estado do Rio de Janeiro, a participação dos atores-chave nesse processo, as arenas decisórias e as ações intersetoriais desenvolvidas.

Ressalta-se que se trata de um estudo exploratório, na medida em que o processo de produção de uma política é complexo, permeado de incertezas, não linear nem unívoco, cuja compreensão somente pode ser apreendida empiricamente e, mesmo assim, apenas parcialmente.



# CAPÍTULO I

## IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E INTERSETORIALIDADE: ASPECTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS

Este capítulo destina-se a revisão de dois temas centrais para a compreensão das dinâmicas político-institucionais envolvidas na PNI. (1) a **intersectorialidade** e (2) a **implementação**. Tais conteúdos visam a um primeiro reconhecimento, de fato, de que, para dar conta cabal de objetivos tão complexos e abrangentes como assegurar os direitos sociais do idoso, criar condições para promover sua autonomia e integra-lo na sociedade, era preciso envolver nessas e em outras iniciativas diversas instituições governamentais, com seus próprios recursos de poder e interesses antagônicos, tornando, por isso mesmo, bastante complexo o processo de implementação. Em outras palavras, se a execução de políticas públicas é por si um desafio para os governos, a intersectorialidade aumenta condicionalmente as dificuldades já esperadas, distanciando ainda mais as intenções dos formuladores das ações dos implementadores. Este capítulo busca, em resumo, subsídios para explicar essas duas lógicas contraditórias: a intersectorialidade com vistas à integração institucional na implementação das políticas e a tendência à separação entre formulação e implementação, aprofundada pela fragmentação setorial das políticas públicas.

### 1. A construção da intersectorialidade na gestão de políticas públicas

A perspectiva da intersectorialidade é requisito crucial e condicionou a formulação da PNI. A busca da integração é condição *sine qua non* para os resultados dessa política se efetivarem, na medida em que há o compromisso explícito entre os órgãos envolvidos na sua execução.

A baixa capacidade das diferentes estruturas tradicionais, frente a determinados tipos de problemas, gera a necessidade de buscar novas saídas conduzentes a uma maior articulação, que começa a ser correspondida na medida em que a definição dos objetivos e estratégias, e também a operacionalização das ações, incluem a participação dos diversos atores sociais envolvidos no processo, lembrando que a literatura sobre a **intersectorialidade** ainda é escassa no país e que as experiências são recentes.

De acordo com a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), a intersectorialidade pode ser definida como *o processo no qual objetivos, estratégias,*

*atividades e recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e feitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores (OPAS, 1992).*

Para autores como Inojosa & Junqueira (1997); Sucupira (1998) e Junqueira, (1998), há consenso com relação ao que se entende por intersectorialidade: *é a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando a um efeito sinérgico do desenvolvimento social.* É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas, que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na vida da população. Como vemos, esse entendimento do termo ratifica a definição da OPAS.

Mais do que um conceito, a intersectorialidade seria uma prática social que vem sendo construída a partir da existência de profundas insatisfações em pelo menos dois campos da modernidade. Em primeiro lugar, no campo filosófico, em que há um questionamento do lugar e da possibilidade de ação que a concepção positivista de mundo confere às pessoas. O mundo da modernidade é o mundo da racionalidade, dominado pelo funcional e pelo instrumental, concebido segundo uma visão objetiva da realidade, na qual o homem foi convertido em um objeto qualquer, preso e progressivamente subjugado pelas forças da técnica e da história. (Japiassu citado por Feuerwerker e Costa, 2000:27) Em contraposição a este tipo de compreensão, há uma busca pelo resgate da subjetividade, da possibilidade de ser sujeito, de ser solidário e de participar da construção do mundo e do futuro.

Em segundo lugar, no campo da prática, há uma insatisfação com a capacidade de resposta da organização social tradicional, setorial, aos problemas complexos de nosso mundo. A crítica à fragmentação produzida pela racionalidade cientificista, predominante na maneira de pensar e organizar o mundo, existe há muito tempo. No entanto, as evidências de esgotamento desse paradigma têm sido cada vez maiores. Essa crítica, atualmente, produz mais eco e tem maior capacidade de estimular alternativas porque o mundo foi se transformando, tornando-se mais complexo, produzindo problemas e situações novas que o conhecimento especializado e fragmentado não tem capacidade para explicar, nem a ação setorial tem capacidade de resolver. (Akerman, 1998:323)

Desta forma, a crítica e a busca de alternativas se fortalecem porque há um esgotamento da racionalidade cientificista, uma incapacidade da lógica da

especialização excessiva e da fragmentação para dar conta de problemas complexos, a exemplo da violência, que exige o tratamento concomitante/simultâneo de aspectos individuais e coletivos, subjetivos e objetivos, de condições de vida, de educação, de capacidade de ação e possibilidade de expressão, de rompimento da exclusão e de mudança do significado da inclusão (Agudelo, 1997:48). Assim, nessa concepção, as prioridades não serão setoriais, mas definidas tendo-se por base problemas da população, cujo equacionamento envolve ações integradas de vários setores.

Contudo, segundo Buss (2000), forjar um Estado que opere a lógica da ação pública intersetorial supõe implementar uma nova institucionalidade social, entendida como o conjunto de organismos estatais encarregados do desenho, da coordenação, execução e financiamento das políticas sociais.

No entanto, nos países em que há um avanço no processo democrático, ainda existe uma profunda desigualdade social, a construção da intersectorialidade, como um novo arranjo para intervenção, tem o potencial de se converter em uma estratégia democratizadora e que possibilita a abertura de novos espaços de participação, a constituição de novos sujeitos, o empoderamento e a inclusão de novos atores sociais no processo de decisão política e de gestão dos espaços públicos (Santos citado por Feuerwerker e Costa, 2000:30).

Como processo organizado e coletivo, a ação intersectorial não é espontânea, por depender de uma ação deliberada, que pressupõe o respeito à diversidade e às particularidades de cada setor ou participante. Envolve a criação de espaços comunicativos, a capacidade de negociar e também trabalhar os conflitos para que finalmente se possa chegar, com maior potência, às ações. Ações que não necessariamente implicam na resolução ou enfrentamento final do problema principal, mas que implicam na acumulação de forças, na construção de sujeitos, na descoberta da possibilidade de agir. (Campos, 2000:73)

Inojosa e Junqueira (1997) propõem que nessa abordagem os problemas sociais devem ser considerados onde eles se manifestam. Dessa forma, a cidade constitui um espaço privilegiado para realizar a ação intersectorial. É um espaço definido territorial e socialmente, onde as pessoas vivem e se reproduzem. É aí que os indivíduos e os grupos se relacionam para construir seu futuro. Por isso é na cidade onde principalmente se concretiza a integração das políticas sociais e, conseqüentemente, a ação intersectorial e interinstitucional. Assim, nessa concepção, as prioridades não serão setoriais, mas definidas tendo-se por base problemas da população, cujo equacionamento envolve ações integradas de vários setores.

Os mesmos autores complementam que o desafio da intersectorialidade exige a concepção de uma forma diferente de planejar, realizar e controlar a prestação de serviços, o que significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental que, muitas vezes, possuem percepções e interesses diferentes. Porém, a concepção de uma atuação que tenha como pressuposto a intersectorialidade não é facilmente assimilada por todos os níveis de poder, nem pelas corporações setoriais. Nessa perspectiva, a intersectorialidade não é um conceito que engloba apenas as políticas sociais, mas, também, interfaces com outras dimensões, como as relações de poder, que determinam sua organização e regulam a maneira como se dão as relações entre os diversos segmentos sociais.

Mario Testa (citado por Feuerwerker e Costa, 2000:32) distingue modalidades de poder: técnico, político e administrativo. E todas elas estão envolvidas na construção de uma nova maneira de governar, de tratar os problemas relevantes da cidade ou de outros espaços coletivos. Se o objetivo é a flexibilidade, a sinergia, a cooperação mútua e a abertura de espaços democráticos de participação, necessariamente tem que haver repartição e compartilhamento de poder.

Essa maneira de trabalhar está baseada no reconhecimento da necessidade de criar novas alternativas, que dependem da articulação de outros olhares, outros saberes e outras forças. O primeiro passo, então, é reconhecer as limitações do olhar setorial (cada qual detém uma parte da verdade, das explicações, mas não a totalidade). Deve-se, portanto, partir do pressuposto que não se têm todas as respostas e nem poder suficiente para dar conta do problema. Assim, o segundo passo é que, em troca da possibilidade de uma ação mais potente, os vários segmentos estejam dispostos a abrir mão de parcelas de poder para viabilizar a ação intersectorial. Isso não implica ausência de conflitos ou contradições; ao contrário, estão presentes todo o tempo, fazendo parte do processo aprender a desenvolver tolerância, capacidade de escuta, de negociação, etc. (Inojosa, 1998; Westphal e Mendes, 2000)

A construção da intersectorialidade tem importância já que possibilita uma articulação de distintos setores sociais e a descoberta de caminhos para a ação, podendo transformar-se numa construção coletiva de um novo modo de estar no mundo e de reconstruí-lo. Essa capacidade de compartilhar, de reconhecer o lugar do outro, de ser tolerante, de articular fragmentações é, em si mesma, um ganho fundamental.

Nesse sentido, cada vez mais impõem-se espaços públicos para deliberações e acordos, como as câmaras setoriais e os conselhos. Segundo Burlandy (2003:44), com base em Kliksberg, espaços públicos de deliberação como os conselhos integrados por

diferentes lideranças setoriais, com reuniões periódicas, podem constituir-se em importante mecanismo institucional de coordenação ao possibilitarem, dentre outros aspectos, a construção de pactos em torno de decisões-chave como: alocação de recursos; planejamento global comum aos vários setores; identificação de áreas de interseção e definição de intervenções estratégicas. Todavia, apesar de imprescindíveis para a articulação, os conselhos não são suficientes para o desenvolvimento de projetos integrados que demandem interação mais cotidiana para o monitoramento das ações setoriais.

Os conselhos, enquanto arenas formais de deliberação e de interação entre representantes de atores organizados propiciam o compartilhamento de saber e de poder, de construção de novas linguagens e de novos pactos, de novos conceitos que não se encontram estabelecidos ou suficientemente experimentados. Assim, há necessidade de um exercício permanente de negociação, pois as pessoas estão habituadas a pensar de forma fragmentada e não articulada. Além disso, algumas vezes se percorrem caminhos já esgotados setorialmente; outras vezes surgem questões novas que jamais seriam pensadas do ponto de vista setorial.

Apesar de existirem conflitos, é possível perceber pequenos avanços, principalmente na direção de uma nova lógica de gestão pública, que tem como principais alicerces a desconcentração de poder marcada pelo “empoderamento” dos diversos atores sociais, e a descentralização, mediante o fortalecimento da participação da coletividade na formulação de políticas públicas. A criação de fóruns ampliados, envolvendo os diversos setores da administração e da sociedade para o enfrentamento coletivo dos problemas sociais, tem incentivado o desenvolvimento de mecanismos coletivos de construção das ações e democratização das relações, como mostram numerosos autores que vêm estudando os conselhos gestores no Brasil, a exemplo dos trabalhos coordenados por Dagnino (2002).

Reiterando, percebe-se que as políticas setoriais, isoladamente, não são capazes de contemplar todos os direitos sociais. Frequentemente, os serviços são dirigidos aos mesmos grupos sociais em um mesmo espaço geográfico. Às vezes o atendimento de cada política social é feito de maneira isolada, enfrentando os problemas apenas da sua ótica, independentemente da capacidade de resolução dos mesmos. Por exemplo, as doenças e suas causalidades podem estar na dependência de ações da assistência médica, mas também de outras intervenções em educação, trabalho, habitação, alimentação e saneamento. A questão é saber como superar essa fragmentação no

interior do aparelho estatal, pois as necessidades dos cidadãos não são satisfeitas apenas por uma política setorial e isolada.

A consciência das limitações da ação setorial é mais clara no setor saúde. A compreensão da determinação social do processo saúde-doença, o sabido impacto de ações não especificamente setoriais sobre as condições de saúde e a impotência setorial diante de certos problemas como a morbidade e mortalidade por causas externas, fazem com que o setor saúde esteja mais mobilizado em propor a articulação intersetorial.

O foco na promoção da saúde introduz uma postura que privilegia as necessidades individuais e comunitárias para se atingir uma vida mais saudável. Nesse sentido, valoriza as relações da saúde com os outros setores políticos, econômicos e ambientais e aponta para um novo paradigma que pressupõe uma mudança de atitude em relação à organização dos serviços de saúde, que devem ser reordenados para responder às necessidades do indivíduo, como pessoa, na sua integralidade (Buss, 2000:168).

A intersetorialidade envolve também a expectativa de maior capacidade de resolver situações de efetividade e de eficácia, pois se reconhece claramente que ela se constrói sobre a necessidade das pessoas e dos setores de enfrentarem problemas concretos. São estes que mobilizam as pessoas e criam o espaço possível de interação e de ação. Todavia, apesar de o processo ser em si importante, é fundamental também que produza resultados parciais, palpáveis, perceptíveis para retro-alimentar setores e pessoas participantes.

Outro fator importante para desencadear uma atuação intersetorial é que o objeto da ação seja uma questão que diga respeito a muitos outros setores, como é o caso do envelhecimento. Isto implica no reconhecimento da necessidade de implementar ações que resgatem não só o nível econômico dos idosos, mas que contemplem outras necessidades, como a alimentação, a habitação, lazer, etc.

Pode-se considerar que a PNI resultou desse processo, na medida em que, após ampla discussão, de maneira singular, se articulou em torno dos ministérios da Previdência e Assistência Social, Cultura, Educação, Justiça, Saúde, Trabalho e Planejamento e Orçamento, para desenvolver ações convergentes destinadas a um único objetivo: assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Essa medida corresponde à escuta, ao atendimento de uma demanda social difusa que, na sua complexidade, não pode ser resolvida pelos distintos órgãos ou

instituições desarticuladamente. Ao mesmo tempo, ratifica a intenção de trabalhar intersetorialmente a questão do envelhecimento.

As responsabilidades signadas pelos ministérios foram ratificadas no Plano de Ação Governamental Integrado para Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso (PAG-PNI), documento que norteia as ações, de forma descentralizada, a serem desenvolvidas por intermédio dos órgãos setoriais nos estados e municípios em parceria com Organizações Não-Governamentais (ONG). Essa engenharia institucional será apresentada mais adiante.

Como veremos no decorrer desta exposição, as experiências práticas de intervenções intersetoriais ainda são poucas e isoladas no campo de atenção ao idoso. Em alguns setores existe justaposição de ações, dificuldade para romper as práticas isoladas e o compartilhamento do poder fica muito limitado.

No entanto, os resultados positivos têm promovido um envolvimento cada vez maior de gestores dos diversos setores do governo, contribuindo para a mudança do modelo de gestão, transformando as práticas, institucionalizando e legalizando um novo modo de fazer a administração pública. Mais ainda, tem sido fortalecida uma “cultura do local” reconhecendo-se que os espaços territoriais locais são ambientes muito favoráveis ao surgimento de formas inovadoras de tratamento dos problemas. Resultados com esse tipo de ação vêm revelar às pessoas e à coletividade suas possibilidades de intervenção na realidade, contribuindo para que se constituam como sujeitos sociais.

Os caminhos da construção da intersetorialidade na PNI são tortuosos e incertos, pois ainda são novos e cheio de desafios. Aprender a conviver com a incerteza, com a insegurança de não dispor de todas as respostas é parte importante do processo. Por isso mesmo, esses não são caminhos fáceis; envolvem mobilizações, pressões e cobranças, ao mesmo tempo possibilitam o prazer da descoberta, de novos olhares, novas possibilidades e novas saídas.

Enfim, um duplo desafio se coloca para a implementação da PNI. Se por um lado há amplo consenso construído em torno das idéias e propostas de intersetorialidade, por outro sua execução é permeada pela imprevisibilidade, pressão das agências e de grupos com interesses divergentes, eventos externos, falta de recursos, etc. Justamente, estudar a implementação da PNI, sob o ponto de vista da institucionalidade prevista no seu arcabouço político institucional, é o objetivo central deste estudo.

## 2. Paradoxos da implementação de políticas

A análise de políticas públicas busca compreender o que o governo faz, como faz, por que o faz e para quem o faz. Quer dizer, procura compreender a capacidade do sistema político de tomar decisões que resolvam os inúmeros e contraditórios problemas colocados na sociedade. Este processo tem sido objeto de diversos estudos, havendo acordo em que a formulação e a implementação de políticas referem-se à ação governamental, têm por objeto atingir um grupo de cidadãos ou a população como um todo e, por finalidade, causar algum tipo de impacto a curto, médio ou longo prazo. (Hogwood e Gunn, 1984; Lindblom, 1981; Viana, 1996; Perez, 1999; Labra, 1999)

Em suma, a análise de políticas busca dar conta do por quê o governo adotou tal política, como o fez, quais os interesses privilegiados ou afetados e a forma como os atores organizados da sociedade civil, por intermédio de seus representantes, se articulam às arenas decisórias com vistas a influenciar nos resultados das decisões de política. Por outra parte, bem sabemos que quanto mais democrático for um processo decisório, maior será a transparência das decisões e melhores condições terão os cidadãos de acompanhar os resultados das políticas implementadas.

Como explica Labra (1999) devido à complexidade dos sistemas políticos e das sociedades modernas, ainda não se dispõe de modelos acabados ou consensuais para o estudo do processo de decisão de uma determinada política, mas de variadas correntes de pensamento ou abordagens. Além disso, o conflito é inerente à elaboração e execução de uma política, porque envolve lutas pelo poder em si e pelas regras que regem o jogo, pois impõem constrangimentos aos atores ou facilitam a sua ação. (Labra, 2002)

Todavia, há consenso entre os estudiosos do tema quanto às etapas do *policy-making* que são diferenciadas, mas interdependentes: surgimento do problema, construção da agenda, formulação, implementação e avaliação, sinalizando que essas fases podem não se completar, ficando em suspenso em qualquer um dos estágios acima mencionados. Por outro lado, mesmo quando o processo decisório se completa, a formulação da política não segue um curso seqüencial lógico nem as soluções encontradas são ótimas, devido às limitações da racionalidade humana e aos conflitos entre os interesses envolvidos.

No que segue, examinaremos essas etapas, ilustrando com breves referências à PNI, para nos capítulos seguintes, nos determos na análise dos aspectos relacionados à institucionalidade, apresentados na nossa pesquisa sobre o tema.



A construção da **agenda** refere-se ao espaço de constituição da lista de problemas ou assuntos que chamam a atenção dos cidadãos e do governo, ou seja, o reconhecimento de determinado tema, enquanto problema de ordem pública, colocado por diversos atores governamentais e não governamentais. (Lindblom, 1981; Mény & Thöenig, 1992; Viana 1996; Perez 1999).

Segundo Lindblom (1981), a inclusão/exclusão de um determinado assunto na agenda varia de acordo com o ativismo dos cidadãos e partidos políticos, para chamar a atenção das autoridades, com a ideologia social, com a interação dos atores e com a possibilidade de participação democrática. Além disso, na culminação do processo de decisão há sempre um “afunilamento” no sentido de ser um grupo restrito que toma a decisão final.(Lindblom, 1981; Knoke, *et al.*, 1996)

No Brasil, a necessidade de prestar atenção especial aos idosos surgiu com força em meados dos anos 70, pressionada por profissionais vinculados à instituições de atendimento ao idoso, como os da saúde, da assistência social, de entidades privadas e outros. Trouxe à tona inúmeras reivindicações, que em muito ultrapassavam o estrito âmbito previdenciário, em particular às relativas aos benefícios pecuniários e à assistência médica e social. No entanto, foi com a democratização do país e com as discussões para a formulação da nova Constituição que os idosos se constituíram em grupos organizados, constituídos pela Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (COBAP), Associação de Aposentados e Pensionistas da Previdência Social (ASAPREV) e outros movimentos. Segundo Coutrim (2002:36), no final dos anos 80, a organização dos aposentados e pensionistas era tão expressiva que eles formaram o segundo maior *lobby*, atrás apenas do grupo ruralista.

Foi por meio de pressões e alianças junto aos partidos políticos, parlamentares e lideranças da sociedade civil, que os idosos conseguiram inscrever na Constituição de 1988 muitos direitos sociais, que até então não existiam. Com a visibilidade desses dois eventos – surgimento das questões relativas aos idosos e sua inscrição nos preceitos constitucionais – desenvolveu-se um elaborado processo de construção da PNI.

A fase da **formulação** pode ser definida como a elaboração de alternativas de ação/intervenção política em resposta a problemas que constem da agenda governamental. Esta etapa ocorre no seio do Executivo e do Legislativo, principalmente, e sofre influências de diversos atores de acordo com os interesses em jogo.

Embora não existam estudos concernentes ao processo de formulação da PNI, Paz (2001) o atribui à pressão das entidades, influenciada pelas imagens da velhice

estampada pela mídia nacional e internacional que, ao noticiar sobre os trabalhadores-aposentados da Previdência Social, em suas reivindicações geradas pelo movimento de reposição de 147% sobre os proventos da aposentadoria, trouxeram à tona a grave situação social do idoso.

Pelo seu arcabouço legal se depreende que tratou-se de um longo encadeamento de iniciativas e de difíceis compromissos oriundos de uma grande variedade de agências governamentais, as quais, por sua vez, e em conjunto com os grupos interessados na questão, tiveram a capacidade de levar a proposta ao Parlamento que a acolheu sem maiores resistências. Isso foi em 1994, quando a lei 8.842 foi promulgada. Entretanto, somente com a pressão de organismos nacionais e internacionais<sup>4</sup>, exigindo respostas, em face da morte de 156 idosos na Clínica Santa Genoveva, no Rio de Janeiro, a regulamentação aconteceu pelo Decreto 1.948, em julho de 1996. Como refere a teoria, um acontecimento exterior exerce uma pressão tal que pode levar o poder público a inscrever, em caráter de urgência, determinadas questões que estão fora da agenda. (Mény & Thöenig, 1992; Kingdon citado por Viana, 1996)

Como se disse, a PNI foi produto do amplo consenso quanto à necessidade de aplicar os preceitos constitucionais, mediante instrumentos modernos que incorporassem a visão intersetorial no enfrentamento dos problemas dos idosos.

Porém, como veremos a diante, os compromissos que esse instrumento reitera ainda estão longe de terem sido cumpridos. Desse modo, nova mobilização dos idosos e seus aliados foi necessária para que um terceiro instrumento, o Estatuto do Idoso, incorporasse suas reivindicações. Entre 1997 e 2000, parlamentares apresentaram propostas para revogar e/ou alterar a PNI, as quais foram apensadas num único projeto e, posteriormente, debatidas em seminários regionalizados com ampla participação da sociedade civil. Mas, como esse Estatuto ainda está tramitando no Congresso Nacional<sup>5</sup>, pode-se dizer que a fase de formulação da PNI ainda não terminou, ainda que aspectos parciais dela venham sendo realizados.

A **implementação** é a etapa do *policy-making* na qual é executada a política formulada e promulgada, conforme o correspondente instrumento legal. A implementação pode ser definida como a fase da política pública durante a qual se geram atos e efeitos a partir de um marco normativo de intenções, de textos ou de discursos. É o momento de colocar em prática, executar, dirigir, administrar. O estudo

---

<sup>4</sup> Organização Mundial de Saúde, Organização Pan-americana da Saúde entre outros.

<sup>5</sup> Em maio de 2003 o Senador Sérgio Cabral, do Rio de Janeiro, apresentou outro projeto de lei criando o Estatuto do Idoso, já aprovado na Comissão de Constituição e Justiça do Senado, o qual estabelece dentre outras, que o idoso é aquele com mais de 65 anos. Contrariando a Lei 8842/94, essa iniciativa desconsidera a versão anterior, alterada após amplo debate que aguarda votação na Câmara dos Deputados.

da implementação das políticas públicas deve ocorrer enquanto esta se desenvolve, a fim de possibilitar a observação dos fatos em sua diversidade e evolução em tempo real, ressaltando que o risco dessa opção metodológica seria o apego a detalhes conjunturais em detrimento da explicação do por quê e de como as ações são implementadas. (Mény & Thöenig, 1992:158)

Na mesma linha, Lindblom considera que a etapa de implementação se constitui em processo fundamentalmente administrativo, um problema da burocracia, ou simples execução de ações previamente desenhadas acrescentando que, na prática, elas tendem a ser alteradas pelos administradores. Por isso, esta fase é marcada pela imprevisibilidade e renegociação, permitindo mudanças de rumo na política delineada. Em suma, a implementação consiste na execução da política formulada e tende a apresentar conflitos diferentes daqueles da fase de formulação, derivados de diversos fatores como: a quantidade de modificações envolvidas, a participação ou não dos implementadores na fase de formulação e a dependência de vários órgãos para sua efetivação. (Lindblom, 1981)

Hoppe; Graaf & Dijk, citados por Viana (1996:13), consideram as fases da formulação e implementação, frutos de diferentes processos e com funções sociais distintas. A primeira ocorre em um espaço político de trocas, indeterminações, conflitos e poder. Já a segunda se define em um espaço administrativo, concebido como um processo racionalizado de procedimentos e rotinas. Nessa visão prevalece a clássica dicotomia entre administração e política.

Outros autores, embora concordando com esses argumentos, ressaltam a necessidade de superar a visão da implementação, enquanto processo linear, administrativo e meramente executório, característico do enfoque “cima para baixo” ou *top-down*. Quer dizer, criticam a concepção segundo a qual os implementadores cumpririam funções prescritas em obediência às normas e a uma hierarquia, buscando sempre a eficiência. Neste caso, a política seria executada de forma hierárquica, não havendo qualquer tipo de interação ou atrito entre formuladores, pertencentes à esfera política, e implementadores, funcionários da burocracia governamental ou entre *política* e *administração*. (Hogwood e Gunn, 1984; Mény & Thöenig, 1992; Perez, 1999).

Vale lembrar que as condições de sustentação de uma política são determinadas durante a fase de implementação, cujos resultados dependem dos grupos sociais e interesses mais afetados e do apoio ou não dos funcionários governamentais envolvidos, além de outros requisitos como financiamento adequado e recursos humanos qualificados. Normalmente, na implementação aparecem conflitos, resistências, recuos

e rejeições frente à mudança, que se agravam à medida que se alarga a distância entre o planejado e o realizado. (Grindle & Thomas citados por Viana, 1996; Labra, 2000)

Nesse sentido, o processo de execução de uma política pode definir-se como uma declaração de preferências governamentais, mediatizada por um certo número de atores, que criam um processo circular, caracterizado por relações recíprocas de poder e negociações. Todo participante desse processo de execução pode intervir a qualquer momento (Diniz, 1997). Conclui-se, portanto, que a decisão jamais está definitivamente tomada.

O estudo da implementação pode se referir também à avaliação do próprio processo, o que possibilitaria o monitoramento do efeito esperado, tanto da dinâmica do curso das decisões como das atividades meio. (Figueiredo e Figueiredo, 1986 citado por Perez, 1999) Como reafirmam Hogwood & Gunn, há necessidade de monitorar a etapa de implementação, sendo necessário especificar os objetivos e as estratégias do programa na fase de formulação. Para esses autores nenhuma implementação é perfeita porque, para que isso ocorra, seria preciso que se cumprissem os seguintes requisitos: controle das circunstâncias externas; recursos humanos suficientes e capacitados; poucas agências envolvidas no processo; clareza e concordância dos objetivos; etapas bem especificadas; perfeita comunicação e coordenação entre agências envolvidas e aceitação da autoridade que determina as ações da execução da política. Porém, como todas essas condições são impossíveis de alcançar no mundo real, ao se implementar uma política, esta nunca vai atender completamente às intenções de seus formuladores. Em resumo, para esses autores existe interdependência entre a formulação e a implementação de uma política e as considerações administrativas e gerenciais se subordinam a estratégias políticas explícitas. (Hogwood & Gunn, 1984)

Segundo Mazmanian & Sabatier (1989) a implementação de políticas que se operacionalizam através de diferentes organizações e níveis de governo pode ser analisada a partir das agências formuladoras do desenho inicial; dos atores diretamente relacionados à implementação; e dos grupos alvo da política. Defendem ainda que a análise deve considerar três questões principais: a) Em que medida os *outputs* da política das agências implementadoras e/ou os resultados do processo de implementação são consistentes com os objetivos oficiais enunciados na legislação ou diretriz original? Há outros impactos politicamente significativos? b) Em que medida os objetivos e estratégias definidos e antecipados na diretriz original foram modificados no curso da implementação ou durante o período de reformulação da política pelo *policymaker* original? c) Quais são os principais fatores que afetam o grau de cumprimento das

metas? As modificações nas metas e estratégias e qualquer outro impacto são politicamente relevantes?

Ainda, segundo os autores, a etapa de implementação é dinâmica e permeada por intercorrências que alteram os pressupostos iniciais, pois as agências são vulneráveis a pressões de grupos de interesses e formam-se lealdades em torno de objetivos particularistas, que podem ser opostos aos do programa e conflitivos entre si; os fluxos de comunicação são muitas vezes complexos ou inoperantes, podendo haver descompasso no grau de conhecimento e clareza da política entre formuladores, implementadores e público alvo dos programas, gerando conflitos em torno de metas e objetivos traçados; há dificuldades em monitorar a conduta dos atores envolvidos no processo. (Mazmanian & Sabatier, 1989)

A **avaliação**, considerada como a última fase do *policy-making*, significa análise crítica destinada a verificar em que medida as metas fixadas estão sendo alcançadas. A avaliação é também o meio para retroalimentar o processo de implementação da política, de modo a introduzir correções de rumo. (Lindblom, 1981; Hogwood & Gunn, 1984; Viana, 1996).

Como já referido, desde de 1996, a PNI vem sendo implementada em estados e municípios brasileiros, cujos avanços e dificuldades variam de acordo com as características locais e resultam da complexa dinâmica entre atores governamentais e não-governamentais que atuam sob condições políticas, econômicas, institucionais e sociais específicas. Observa-se que aspectos parciais da mesma vêm sendo postos em prática por órgãos governamentais e não-governamentais. No entanto, por se tratar de uma política de execução essencialmente intersetorial, as dificuldades para lograr ações conjuntas certamente são enormes, tornando a implementação dessa política um desafio contínuo.

O presente trabalho centra-se na fase da implementação da PNI, ou seja, trata-se de analisar a execução da resposta governamental às crescentes necessidades acarretadas pelo envelhecimento da população, de forma articulada, buscando superar a visão isolada e fragmentada tradicionalmente presente na formulação e implementação das políticas públicas. Na vida real, as expectativas convergem para a realização do que fora planejado, ou seja, fundamentam-se em um “dever ser” da implementação; porém, tal como apresentado acima, isso não acontece, devido às *brechas da implementação*.

Considerando estas questões, no Capítulo IV mostraremos em que medida os requisitos de intersetorialidade previstos na lei, quanto ao desenvolvimento de ações conjuntas das diversas secretarias de governo, vêm sendo atendidas no processo de

implementação da Política Nacional do Idoso no Estado Rio de Janeiro, estado que particularmente, concentra a maior proporção de idosos do país, ampla legislação relativa a essa questão, considerável parque assistencial e, também, apresenta evidentes contrastes e desigualdades no seu atendimento.

## CAPÍTULO II

### O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA E A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO (PNI)

Este capítulo centra-se em três temas principais: (1) o fenômeno do envelhecimento da população brasileira; (2) as políticas destinadas aos idosos, e (3) análise da formulação e implementação da PNI.

Esses aspectos ajudam a explicar por que o governo adotou uma política com característica **intersetorial** para os idosos, como também os motivos pelos quais o envelhecimento se tornou uma questão pública, traduzindo-se não só em discursos políticos, mas também em preocupações técnicas e acadêmicas.

#### 1. Mudanças demográficas da população brasileira

A população brasileira, desde o final da década de 60, vem apresentando sensíveis alterações na taxa de crescimento e na sua estrutura etária, em decorrência do declínio das taxas de mortalidade e de fecundidade. Essa transição demográfica se traduz em mudanças significativas na pirâmide populacional, com um aumento progressivo e acentuado da população adulta e idosa.

Esse quadro é resultado da passagem de uma situação de alta mortalidade somada a alta taxa de nascimentos, para uma de baixa mortalidade e, gradualmente, baixa fecundidade, manifestando-se numa elevação da expectativa de vida média ao nascer e em aumento de pessoas que atingem idades mais avançadas, tanto em termos absolutos como proporcionais.

No início do século XX, a expectativa de vida de um brasileiro ao nascer era de 33,7 anos. Para quem nasceu nos anos 40, era de apenas 38,5 anos. Em 1950, aumentou para 43,2 anos. Em 1960, a expectativa de vida era de 55,9 anos, com um aumento de 12 anos em uma década. De 1960 para 1980, aumentou para 63,5 anos, isto é, 7,6 anos em duas décadas. De 1980 para 2000 foram acrescentados mais 5,1 anos, passando para 68,6 anos e a expectativa para 2020 é que alcance 72,1 anos (Veras, 1994:29). Com respeito à estimativa de Veras para 2020, é bem provável que no país bem antes dessa década seja ultrapassada, visto que na Região Sul a esperança de vida ao nascer superava os 70 anos, em 1999, chegando a 72 anos em Porto Alegre. (Ministério da Saúde, 2001)

A principal característica do crescimento da população idosa no Brasil é, sem dúvida, a rapidez como vem acontecendo. Até o ano de 1960, todos os grupos etários cresciam de forma semelhante, mantendo-se constante a estrutura etária. A partir dessa década, o grupo com 60 anos ou mais é o que mais cresce proporcionalmente, enquanto que o crescimento da população jovem encontra-se em um processo de desaceleração.

Um indicador que pode ser construído para mostrar a evolução do crescimento da população idosa é o índice de envelhecimento, que relaciona o número de idosos de 65 anos ou mais de idade para cada 100 crianças de menos de 15 anos de idade. Este indicador estava em 15,5 em 1992 e atingiu 20,0 em 2000. (Ministério da Saúde, 2001)

A Tabela 1, baseada no Censo de 2000, do IBGE, traduz a importância relativa desse grupo etário no conjunto da população brasileira, mostra que no Brasil há 14,6 milhões de pessoas com mais de 60 anos; cerca de 1,8 milhão têm mais de 80 anos; 11,8 milhões vivem nas áreas urbanas; e, 8 milhões são do sexo feminino. As mulheres idosas são maioria nos dois grupos de idade, de 60 a 79 anos e 80 anos ou mais.

**Tabela 1 - População residente, por situação do domicílio e sexo, segundo grupos de idade no Brasil - 2000**

Grupos de idade	Total	%	Homens	Mulheres	Urbano	Rural
0 a 19 anos	68 904 922	40,0	34 526 048	34 378 874	53 516 066	14 689 869
20 a 39 anos	55 281 653	32,5	27 182 404	28 099 249	46 167 768	9 113 885
40 a 59 anos	31 775 551	19,0	15 333 779	16 441 772	26 444 294	5 331 257
60 a 79 anos	12 793 924	7,5	5 892 434	6 901 490	10 335 394	2 078 530
80 anos ou mais	1 832 105	1,0	731 350	1 100 755	1 490 435	341 670
Total	169 799 170	100	83 576 015	86 223 155	137 953 959	31 845 211

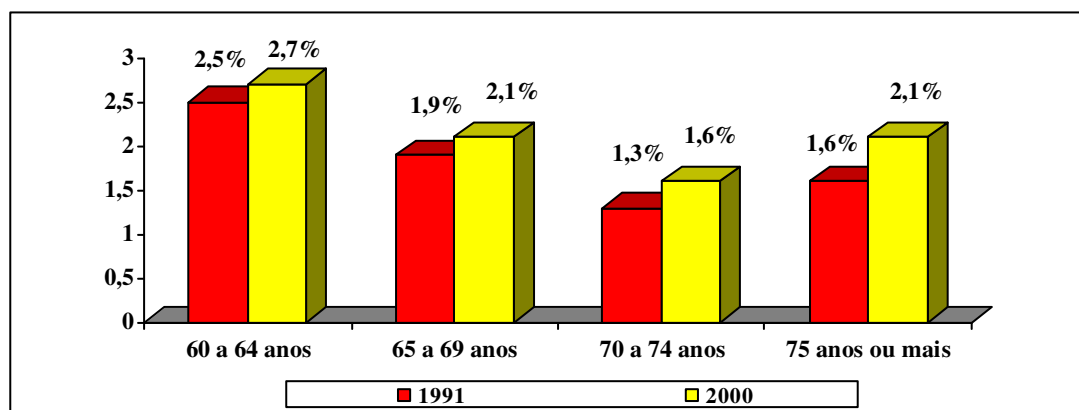
Fonte: Elaboração própria com base em dados do IBGE, no Censo 2000.

Ainda com base nos dados do IBGE, em 1940 os idosos correspondiam a 4% da população geral, em 2000 esse percentual passou para 8,5%. Esse crescimento confirma previsões de que, dentro de 20 anos, a população de idosos corresponderá a praticamente o dobro do percentual atual, ou seja, 16%. Este fenômeno colocará o Brasil entre os seis países do mundo com maior número de idosos.

O Gráfico 1 mostra a proporção de idosos por faixa etária, nos Censos realizados em 1991 e 2000. As informações confirmam que o aumento da longevidade resulta num crescimento relativamente maior dos grupos populacionais mais velhos.



**Gráfico 1 - População idosa residente, segundo grupos de idade no Brasil – 1991/2000**



Fonte: Elaboração própria com base em dados do IBGE, nos Censos 1991 e 2000.

O envelhecimento da população brasileira não é geograficamente homogêneo, já que a maioria dos idosos (52%) reside na Região Sudeste (IBGE, Censo 2000). Para Veras (1994), os atuais idosos são aqueles que conseguem sobreviver a condições adversas e concentram-se nas grandes cidades e nos bairros com maior facilidade de acesso aos serviços de saúde, lazer, transporte, etc. As disparidades sócio-econômicas e a má distribuição de renda são responsáveis pela grande variação na expectativa de vida ao nascer, na mortalidade infantil e na incidência de doenças infecto-contagiosas. Todos estes fatos refletem-se de forma diferenciada na longevidade da população nas diversas regiões do país.

Nesse contexto, observa-se um incremento das demandas por políticas sociais orientadas à inclusão social dos idosos, com reflexo imediato na rede de serviços existente, que deverá se reestruturar em razão do impacto que a situação acarreta sobre os serviços de previdência, assistência e saúde.

Cada vez mais se trabalha com a perspectiva de envelhecer com qualidade de vida, o que significa pensar na efetivação de políticas voltadas para crianças, jovens e adultos de uma forma integral. Conforme afirma Sucupira (1998:74), crianças, adolescentes, adultos e idosos caracterizam-se por experimentar diferentes momentos de vida, determinados pela sua inserção social. Dessa forma, esses sujeitos estão expostos a situações de risco diferenciadas, geradoras de necessidades específicas, pelas peculiaridades da população idosa e ao mesmo tempo por constituir-se em um grupo vulnerável.

O que se busca é assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Procura-se,

desta forma, desvincular a representação da velhice da noção de doença, idéia esta que sempre esteve atrelada ao imaginário social. Porém, mesmo que a velhice não seja sinônimo de adoecimento, naturalmente há doenças com maior incidência nos idosos, muitas vezes apresentando intercorrências médicas concomitantes e múltiplas, com perda da *autonomia* - entendida como o exercício da autodeterminação - e da *capacidade funcional* - possibilidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma, aliviando impedimentos para o indivíduo realizar suas atividades cotidianas. (Gordilho *et al*, 2000; Ministério da Saúde, 2002)

Nesse sentido, modificam-se as demandas na área de saúde com maior peso para as doenças crônico-degenerativas. Alguns estudos têm demonstrado que 85% dos idosos possuem pelo menos uma enfermidade crônica, sendo a hipertensão arterial a mais prevalente, atingindo quase 60% deles. Além disso, dez por cento dos idosos apresentam pelo menos cinco enfermidades (Veras, 2002; Ministério da Saúde, 2002). Esta situação exige acompanhamento médico e equipes profissionais permanentes, além de intervenções contínuas. No entanto, o envelhecimento não é uniforme para todos os indivíduos, pois alguns podem atingir idades avançadas em excelente estado de saúde.

Por um lado, as pesquisas também têm demonstrado uma participação desproporcional dos idosos na demanda por serviços de saúde, principalmente hospitalares. Ao analisar os dados de internação hospitalar pelo SUS no ano de 2001, o Ministério da Saúde constatou que a população idosa, equivalente a 8,5% da população geral, consumiu mais de um bilhão de reais em hospitalizações, contra 922 milhões de reais, gastos pela população de 0 a 14 anos, que representava 29,6% da população total. Porém, este alto consumo no setor hospitalar não se traduz em benefício real para o idoso, pois diversos trabalhos têm demonstrado, consistentemente, que ele não recebe uma abordagem médica ou psicossocial adequada nos hospitais do SUS, nem é submetido a uma triagem de reabilitação. (Ministério da Saúde, 2002) Outra questão é a alta prevalência de problemas médicos facilmente identificáveis e remediáveis que não são observados pelo médico responsável. O procedimento médico tradicional, focado em uma queixa principal e o hábito de tentar explicar todas as queixas e sinais com uma única doença, tem contribuído decisivamente para as dificuldades na abordagem holística do paciente idoso.

Por outro lado, a presença de uma ou mais enfermidades crônicas não significa que o idoso perca sua autonomia e deixe de realizar suas atividades de maneira independente. Ramos (1993) constatou que a maioria dos idosos brasileiros é capaz de

se autodeterminar e organizar-se sem necessidade de ajuda, mesmo sendo portador de uma ou mais doenças crônicas. Entretanto, afirma que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de auxílio para realizar pelo menos uma atividade instrumental da vida diária, como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições ou limpar a casa, e 10% requerem ajuda para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar-se e levantar-se de cadeiras e camas.

Embora a questão do idoso no país venha merecendo cada vez mais atenção das autoridades, dos políticos e da sociedade em geral, resultando em uma legislação específica, o caminho percorrido foi longo e difícil, como será visto na seção seguinte. A análise desse percurso permite entender os motivos que levaram o governo a adotar a PNI, como o fez, quais os interesses privilegiados ou afetados e a forma como os atores organizados da sociedade civil, por intermédio de seus representantes, se articularam às arenas decisórias com vistas a influenciar a elaboração da Lei nº 8.842, aprovada em janeiro de 1994.

## **2. Políticas públicas destinadas aos idosos no Brasil**

Ao acompanharmos a trajetória das políticas públicas no Brasil, percebemos que o idoso quase nunca era objeto de preocupação oficial, posto que, antes da PNI, salvo raras exceções, era inserido em outras políticas de forma parcial e pontual ou, quando foi objeto de legislação específica, esta não foi posta em prática.

Até 1974, todos os benefícios e serviços oferecidos aos idosos foram conseguidos na condição de trabalhadores do mercado formal, através de reivindicações dos sindicatos. Segundo Boschetti (2001:34), esta é uma característica que marca a conformação das políticas sociais nos países capitalistas desenvolvidos, sendo incorporada no Brasil, sobretudo mediante benefícios e serviços garantidos pela Previdência e Assistência Social.

Com a Lei nº 6.179, de 1974, por pressão dos profissionais vinculados a entidades governamentais, principalmente, saúde e assistência e também não-governamentais, foi instituído o amparo previdenciário para os maiores de 70 anos de idade e inválidos, independente da sua condição de trabalhador. Assim, o idoso sem renda passou a ser reconhecido formalmente pela política social, com a concessão da Renda Mensal Vitalícia, publicada no Diário Oficial em 12 de dezembro de 1974, no valor de 60% do salário mínimo local:

*Art. 1º Os maiores de 70 (setenta) anos e inválidos, definitivamente incapacitados para o trabalho, que, num ou noutro caso, não exerçam atividade remunerada, não auferiram rendimento, sob qualquer forma, superior ao valor da renda mensal (...) não sejam mantidos por pessoa de quem dependam obrigatoriamente e não tenham outro meio de prover ao próprio sustento, passam a ser amparados pela Previdência Social (...). (Lei nº 6.179, de 1974)*

Em 1975, houve uma nova conquista com a Lei nº 6.243, possibilitando a vinculação, ao sistema previdenciário, de cidadãos que já tinham completado sessenta anos de idade. No entanto, outra medida aprovada no mesmo ano, a Lei nº 6.205, prejudicou consideravelmente os proventos dos aposentados. Essa lei foi responsável pelo fim do salário mínimo como fator de correção dos benefícios, o qual incorporou a atualização monetária. Com isto, o governo se desobrigou a reajustar as aposentadorias de acordo com inflação oficial e estes passaram a ganhar menos que o mínimo. (Coutrim, 2002)

No ano seguinte, com apoio do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), o gerontólogo Marcelo Salgado coordenou três Seminários Regionais e um Seminário Nacional, buscando estabelecer um diagnóstico para a questão da velhice no Brasil e apresentar as linhas básicas de uma política de assistência e promoção social do idoso. Esse ano marca o início da atenção pública com relação à velhice. Após exaustivo trabalho, desenvolvido por inúmeras comissões, foi formulado um documento que representava a síntese de todas as discussões havidas nos seminários, com sugestões para curto, médio e longo prazos.

Na reforma administrativa do MPAS, em 1977, foi instituído o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS,) que separou os serviços de benefícios pecuniários e de assistência médica. O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ficou encarregado pelo primeiro e o segundo passou a ser responsabilidade do recém criado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Por sua vez a Legião Brasileira de Assistência (LBA), com a implantação do Programa de Assistência ao Idoso (PAI), buscou atender às necessidades de lazer desse seguimento, aproximando-o da comunidade, bem como mediante repasse de recursos financeiros para instituições asilares e auxílios à população carente.

Ainda em 1977, o MPAS tomou várias iniciativas nesse campo. Entre outras, elabora o documento “Política Social para o Idoso – Diretrizes Básicas”, que preconiza a implantação do Sistema de Mobilização Comunitária, o atendimento

institucionalizado, o atendimento médico-social, o Programa de Pré-Aposentadoria, o treinamento de recursos humanos e os dados e informações sobre a situação do idoso. Esse documento serviu como instrumento de divulgação da situação qualitativa e quantitativa do idoso no país, mas não se traduziu em ações concretas.

Nas palavras de Sá (1997:88), *apesar das iniciativas do Ministério da Previdência e Assistência Social, o discurso corrente na década de 70 era que o Brasil não tinha uma população idosa em expansão e a expectativa de vida era baixa e, portanto, não se justificava uma política para este grupo.*

Em janeiro de 1982, devido à mobilização para a Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, foi criada a Comissão Nacional sobre a Pessoa Idosa, composta por representantes do INPS, do INAMPS, da LBA, do Serviço Social do Comércio (SESC) e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e instituído o “Ano Nacional do Idoso”.

No mesmo ano, a Portaria nº 2.864, do MPAS, expressa a preocupação com a prestação da assistência ao idoso, propondo alternativas para as formas tradicionais de atendimento, as quais também não tiveram seguimento. As metas traçadas nesse documento não diferiam das recomendações tiradas no Seminário Nacional sobre Estratégias da Política Social para o Idoso no Brasil, realizado em 1976<sup>6</sup>. Além disso, caberia ao MPAS conjugar recursos financeiros, materiais e humanos com os de outros ministérios, dos estados, dos municípios, da comunidade e das entidades não-governamentais que se dispusessem a participar da assistência ao idoso.

Convém sinalizar que as políticas nesse período foram marcadas pela centralização política e financeira no executivo federal, o caráter marginal e assistemático dos programas, a fragmentação institucional, o veto à participação social nos processos decisórios e o uso clientelístico dos programas. Os resultados não alcançavam graus significativos de eficácia e eficiência. Havia superposições e lacunas nos programas e agências, desvios na inclusão e exclusão do público-alvo dos programas e fragmentação das demandas, com a pulverização de recursos e, ainda, ausência de mecanismos de controle e avaliação (Serra, 2000:62).

Um ator significativo nesse percurso foi o SESC, responsável por vários eventos importantes, tendo realizado o I, o II e o III Encontro Nacional de Idosos, em 1982, 1984 e 1987, respectivamente, que reuniu pela primeira vez representações de idosos do país, dos quais resultou a Carta de Declaração dos Direitos dos Idosos Brasileiros. As

---

<sup>6</sup> Sobre as metas ver Haddad, 1986.

recomendações tiradas dos encontros influenciaram na mobilização nacional, tendo em vista a elaboração da Carta Constitucional, então em curso.

A abertura democrática, na década de 80, configura-se como um marco na incorporação de demandas sociais, com o reconhecimento da diversidade de atores sociais, dentre eles os idosos, presentes na sociedade, a aceitação de suas formas de representação e a ampliação da participação política.

Goldman (2000) afirma que os idosos foram atores importantíssimos na inclusão de seus direitos na elaboração da Constituição de 1988, interagindo com os membros das comissões técnicas, dando sugestões e argumentos, apresentando substitutivos, organizando protestos em diversas capitais, lotando, enfim, o plenário do Congresso Nacional.

A autora afirma ainda que nesse contexto, onde aposentados e pensionistas são relegados a um plano secundário, se coloca como um desafio que os mesmos precisam enfrentar, quer através dos movimentos sociais organizados, quer através do nível de consciência individual e de responsabilidade, confirmando que a construção de alianças empreendidas pelos movimentos de aposentados e pensionistas só foi possível pela via da participação organizada e da conscientização do potencial político que tal população apresenta.

Dutra (2000) destacou em seu trabalho a organização dos aposentados e pensionistas, através da ASAPREV e da COBAP na luta por proteção social. Um marco desse movimento foi a conquista dos 147%, devidos pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), tornando sua participação exemplar do ponto de vista político. Segundo Goldman (2000), talvez tenha sido o movimento coletivo mais relevante dos últimos anos.

Atualmente, os aposentados, através das suas entidades organizadas, participam de vários Conselhos Federais, Estaduais e Municipais, acompanhando e fiscalizando a implementação das diferentes políticas públicas e denunciando os casos omissos. (Dutra, 2002)

A questão do idoso é contemplada na Constituição Federal de 1988, no art. 229, que define que os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os seus pais na velhice, carência ou enfermidade. No art. 230 e parágrafos, determina que *a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. O mesmo artigo institui programas de amparo aos idosos a serem*

*executados preferencialmente nos lares e a gratuidade dos transportes coletivos urbanos aos maiores de 65 anos.* (Constituição Federal, 1988)

Também foram publicados instrumentos legais e institucionais definindo a assistência social como política pública integrada às demais políticas do governo, o que, em consequência, transformou as ações assistenciais em direito do cidadão e dever do Estado a serem atingidos mediante articulações intersetoriais e com caráter universal, pois a prestação será feita a quem dela necessitar, independente de contribuição à Seguridade Social. Todavia, segundo Sá (1997), apesar das políticas sociais brasileiras terem adquirido caráter universalizante, devido aos altos custos não são alcançáveis por todo o segmento populacional, existindo um nível de desigualdade social.

No Quadro I apresentamos uma síntese da legislação federal referente aos idosos no período 1988-1996, quando ocorreram as inovações principais na matéria. Vale ressaltar mais uma vez que a legislação por si só não garante automaticamente o usufruto do direito, mas sim o reconhecimento formal através da sua conversão em direito positivo, reforçando a luta dos idosos no sentido da legitimidade de suas aspirações e do conjunto da sociedade.

**Quadro 1 -Legislação federal referente aos idosos – (1988-1996)**

Constituição Federal de 1988	Art. 229 – Os pais têm 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 enfermidades. 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. Inciso 1º - Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares. Inciso 2º - Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes urbanos.
Portaria nº 810/89 do Ministério da Saúde	Dispõe sobre normas para funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos.
Lei nº 8.742 de dezembro de 1993	Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Dispõe sobre a organização da Assistência Social.
Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994	Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) e cria o Conselho Nacional do Idoso (CNI).
Decreto nº 1.330 de 8 de dezembro de 1995	Dispõe sobre o Benefício de Prestação Continuada (BPC).
Decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1996	Regulamenta a Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994 que dispõe sobre a PNI.

Sem dúvida, a Constituição de 1988 foi um marco para as políticas sociais e, particularmente, para a assistência social, que atende um número significativo de idosos. Ela deflagrou um processo de mudança, alterando a concepção de direitos de

cidadania e incorporando a assistência à seguridade social, conferindo-lhe assim o *status* de política pública. Entretanto, a regulamentação, que viesse instituir e ordenar tal política, só ocorreu pela Lei nº 8.742 de 13 de dezembro de 1993 – Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Será visto mais adiante que a implementação da PNI, coordenada, atualmente, pelo Ministério da Assistência Social (MAS), terá como referência a LOAS e a Política Nacional de Assistência Social (PNAS).

A LOAS caracterizou a assistência social como política estatal de seguridade social não contributiva, destinada a prover os mínimos sociais através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, que deve ser operacionalizada de forma integrada às demais políticas setoriais para enfrentar a pobreza e garantir as necessidades básicas dos cidadãos. Ao mesmo tempo, aponta a necessidade de que o órgão gestor procure desenvolver uma administração eficaz, comprometida com resultados. Isto demanda vários esforços convergentes: aumento da capacidade técnica; aperfeiçoamento dos instrumentos de gestão (diagnóstico, plano, sistema de informação, monitoramento e avaliação de resultados das ações e de impacto da política); capacidade de mobilizar os recursos públicos de maneira mais eficiente; e habilidades gerenciais que contribuam na viabilização das novas atribuições. Aponta para a superação de políticas sociais pontuais, residuais, caritativas e clientelistas, pautadas, assim, no modelo assistencial que consagrou relações populistas e de benevolência, enquanto forma de atendimento, para uma ação de direito do cidadão, a ser implementada pelo Estado em parceria com a sociedade civil. Em síntese a construção de um novo arranjo institucional para o enfrentamento das questões sociais demonstra a preeminência do governo em rever suas estruturas e assumir uma forma de organização que dê conta da ampla determinação dos problemas ou multicausalidade dos mesmos.

Como era de se esperar, devido ao curto tempo, a I, a II e a III Conferência Nacional de Assistência Social, ocorridas, respectivamente, em 1995, 1997 e 2001, revelaram um quadro adverso ao cumprimento da LOAS, aprovada em 1993, no que diz respeito ao processo de inclusão da parcela mais vulnerável da população. A maioria dos relatórios aponta para ausência de recursos, deficiente estrutura organizacional e permanência da fragmentação da população-alvo das ações assistenciais. Há quase unanimidade na constatação de que o avanço no desenho da gestão descentralizada não tem significado a garantia de sua efetivação, pois é precário o funcionamento da assistência como rede. Em razão disso, as ações da assistência social se restringem às práticas desenvolvidas pelas entidades privadas sem fins lucrativos. Não há cadastros



unificados, fluxos de comunicação e informação interinstitucional, permanecendo a superposição de ações com a mesma clientela.

Passando ao largo das definições da proposta da LOAS, que prevê a formulação de programas de enfrentamento à pobreza e de geração de renda a partir da estruturação da política de assistência social por meio dos conselhos, o governo Fernando Henrique cria, por Medida Provisória, em 1 de janeiro de 1995, o Programa Comunidade Solidária (PCS), vinculado à Casa Civil, tendo como suporte uma Secretaria Executiva, ao tempo que extingue o Ministério do Bem-Estar Social e os órgãos governamentais a ele vinculados, como a LBA, que atendia parte dos idosos mais pobres.

O PCS<sup>7</sup> é explicitado como estratégia de articulação e gerenciamento dos programas sociais governamentais numa proposta de combate à pobreza. Integra a sua estrutura o Conselho da Comunidade Solidária, composto por 21 personalidades da sociedade civil de diferentes segmentos sociais, designados pelo Presidente da República, com mandatos de dois anos e sem remuneração, dez ministros de Estado e uma Secretária Executiva.

Ainda na Constituição Federal, foi assegurado um salário mínimo à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou não tê-la provida por sua família. Esse dispositivo deu margem a várias interpretações. Com a aprovação da LOAS, em 1993, formulou-se uma redação mais explícita sobre a questão:

*Art. 20 O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é a garantia de 1 (um) salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 70 (setenta) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem tê-la provida por sua família. §3º Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa portadora de deficiência ou idosa a família cuja renda mensal per capita seja inferior a um quarto do salário mínimo. (LOAS, 1993)*

No entanto, somente em dezembro de 1995, pelo Decreto nº 1.744, o BPC foi regulamentado. Manteve-se a idade de 70 anos para recebimento do benefício, reduzida para 67 anos após 24 meses do início da concessão, e para 65 anos após 48 meses. Entretanto, a Medida Provisória transformada na Lei nº 9.720, de 30 de novembro de 1998, estabeleceu que o limite de idade para acesso ao benefício ficaria em 67 anos.

---

<sup>7</sup> Sobre a engenharia institucional e parcerias estabelecidas pelo PCS ver Burlandy, 2003.

O direito ao benefício é um recurso importante na vida dos que não contribuíram para o sistema previdenciário. Contudo, a idade de 67 anos e a renda *per capita* de um quarto de salário mínimo tem impellido novas movimentações no sentido de alterar esses parâmetros. Segundo Boschetti (2001), em 1995 a população de 60 anos ou mais com renda familiar *per capita* até ½ salário mínimo, no Brasil, era de 1.733.465, que deveriam ser cobertos pela LOAS. No entanto, por não se dispor de informações mais atualizadas sobre a renda dos idosos, a análise da cobertura do BPC fica prejudicada. Para termos uma idéia, utilizamos os dados de 1995 com o número de beneficiários de 2002, que foi de 530.177. Neste caso, a cobertura chegaria a 30% do total de idosos.

A Tabela 2 mostra a evolução do número de benefícios e os recursos aportados para seu pagamento. Em 1996 foram 41.992, evoluindo para 530.177, no ano de 2002. Já os recursos financeiros, no mesmo período, aumentaram de R\$ 24 milhões para R\$ 1 bilhão. Nos períodos de 1996-1997 e de 1997-1998 houve crescimento de 110% e 133%, respectivamente. Porém, a partir do ano de 1998 até 2002 há inversão nas taxas. O motivo da redução ainda não está claro, mas a idade considerada elevada, associada ao critério de renda extremamente restritivo, exclui uma parcela enorme de idosos pobres, o que reforça ainda mais a necessidade de modificação dos critérios de renda e idade que limitam o acesso àquele benefício, inclusive padronizar a idade na legislação que cobre o idoso.

**Tabela 2 - Evolução do número de idosos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC) (1996-2000)**

Ano	Número de beneficiários	Recursos R\$ (milhões)	Aumento de beneficiários	
			Período	%
1996	41.992	24,0	*	*
1997	88.806	94,8	1996-1997	110,0
1998	207.031	221,5	1997-1998	133,0
1999	312.299	425,9	1998-1999	50,0
2000	403.207	640,9	1999-2000	29,0
2001	469.047	926,9	2000-2001	16,0
2002	584.597	1.173,8	2001-2002	13,0
*	*	*	1996-2002	1.162,0

Fonte: Elaboração própria com base em dados dos Relatórios anuais de Gestão, SES/MPAS, 1996-2002.

Ao encerrarmos esta parte, previamente concluímos que, durante o período de 1977 até a elaboração da Constituição do Brasil, em 1988, e, posteriormente a Lei nº 8.842, que instituiu a PNI, as iniciativas do governo federal, visando alcançar a proteção

do idoso, foram eventuais e pontuais, obtendo, portanto, pouco impacto nas condições de vida dessa população. Além disso, apesar da legislação em vigor designar responsabilidades à família, à sociedade e ao estado, são notórias as situações de desrespeito, nos transportes coletivos, na saúde, na previdência social, etc., mostrando que a formulação de leis não é suficiente para modificar as práticas sociais.

Na seção seguinte nos deteremos aos aspectos da formulação e da implementação da PNI, ressaltando que, daremos maior ênfase a fase da execução por ser o propósito central deste estudo.

### **3. Aspectos da formulação e implementação da PNI**

Na década de 70, profissionais de diferentes instituições de atendimento ao idoso alertam as autoridades governamentais para o envelhecimento da população brasileira e para as demandas da nova situação, mas foi na década de 80, com o processo de redemocratização do país, que o movimento social dos idosos traz à tona reivindicações, não mais restritas ao âmbito da previdência social. Nesse contexto, segundo Goldman (2000), os idosos demonstram sua força política nas galerias do Congresso Nacional, nas inúmeras passeatas e manifestações públicas. Para a autora é impossível traçar um quadro completo das lutas populares no processo constituinte sem ressaltar a mobilização e a organização dos movimentos sociais constituídos por aposentados e pensionistas urbanos e rurais. (Goldman 2000:33) Portanto, a mobilização foi decisiva na inclusão de direitos sociais para o idoso na Constituição Federal de 1988.

No ano seguinte, diversas organizações da sociedade civil interessadas nos problemas dos idosos manifestaram em seminários e fóruns suas preocupações com o envelhecimento da população no país. Assim fez a Associação Nacional de Gerontologia (ANG) que, em 1989, realizou três Seminários Regionais, nos estados de Goiás, Maranhão e Santa Catarina e um Seminário Nacional, em Brasília, com o objetivo de fazer um diagnóstico da situação do idoso no Brasil, bem como apresentar as ações desenvolvidas em seu benefício. O quadro apresentado era de que o Brasil não dispunha de informações específicas sobre os idosos, evidenciando o desinteresse do estado pela questão.

Os resultados foram expostos no documento *Recomendações: Políticas para a 3ª idade nos anos 90*, produzido pela ANG e destinado a todos os segmentos do governo e da sociedade civil. Propôs intervenções para diversos setores, como: Educação do público e formação de uma nova imagem das pessoas idosas, desenvolvimento de pessoal para atuar na área do idoso, lazer e novas aprendizagens;

saúde – um direito e um dever para com os idosos; promoção e assistência social, valorização das instituições; habitação – influência sobre a qualidade de vida cotidiana; o trabalho e o trabalhador idoso; previdência e seguridade social numa sociedade justa e equilibrada; preparação para a aposentadoria; recomendação especial: Conselho Nacional do Idoso.

Outras reivindicações da sociedade civil foram organizadas por meio de Cartas Abertas<sup>8</sup>, resultado de eventos técnico-científicos e atividades institucionais. Nelas estão expressas propostas reivindicativas, sugestões ou recomendações que os grupos produziram em eventos, encontros, seminários, etc. com a finalidade de divulgar as questões alusivas aos idosos, fazendo-as chegar, principalmente, até autoridades governamentais.

Em 1990, o Ministério da Ação Social produziu um documento que se refere à formulação da PNI. Apesar dos seus princípios citar os idosos como os principais agentes e os destinatários das transformações a serem efetivadas através da política, sua elaboração contou apenas com a participação de organizações governamentais, como também não fez nenhuma referência a proposta produzida pela ANG.

As sugestões produzidas nos dois documentos (da ANG e do Ministério da Ação Social) serviram de base para o Projeto de Lei que originou a Política Nacional do Idoso. Conforme defendem Hoppe, Van de Graaf e Van Dijk (citados por Viana 1996), para o sucesso de determinada política é necessária à interação entre formuladores, implementadores e público-alvo. No caso da PNI, apesar das negociações, embates, pressões, que contaram com a participação desses três segmentos as dificuldades para implementá-la ainda são muitas.

Embora a pressão dos grupos de profissionais da gerontologia, da geriatria e de idosos, vinculados às instituições, como a ANG, a SBGG, o SESC, a ASAPREV e a COBAP tenha sido importante, não foi suficiente para que a questão do envelhecimento entrasse na agenda pública e tivesse suas demandas atendidas. Para Paz (2001), as denúncias feitas pela mídia, trazendo à tona os problemas da velhice, foram determinantes nesse processo. A confirmação dos dramas vividos pelos idosos reforçaram a importância de implantar ações anteriormente reivindicadas, mas que ainda não tinham, da parte dos representantes do governo, a prioridade e nem o apelo político necessários para sua implantação.

Entre a realização dos seminários, que originaram o documento produzido pela a ANG, passaram-se quatro anos para a aprovação da Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de

---

<sup>8</sup> Maiores detalhes sobre as Cartas Abertas ver Paz, 2001

1994, que define a PNI, o que possibilitou avanços no trato das questões relativas ao processo de envelhecimento da população. Somente em 1993, em face do impacto e força da divulgação das imagens e das denúncias sobre a situação dos idosos, o Ministro do Bem-Estar-Social Jutahy Magalhães Junior encaminha o projeto de lei para o legislativo apreciar.

De acordo com Paz (2001), essa lei somente se implanta pela influência das imagens da velhice estampada pela mídia nacional e internacional, ao divulgar o movimento dos trabalhadores-aposentados da Previdência Social e suas reivindicações geradas pela reposição da perda de 147% no valor das aposentadorias e pensões.

Mas foi decisivo para a regulamentação o trágico episódio ocorrido na cidade do Rio de Janeiro - a morte de 156 pacientes idosos -, conhecido como o caso da Clínica Santa Genoveva. Eventos dramáticos ou crises, segundo Kingdon citado por Viana, (1996:8) podem influenciar a entrada ou a saída de assuntos na agenda governamental. Assim, o envelhecimento da população brasileira, acrescido das mortes citadas, gerou intensa mobilização social e transformou a situação do idoso em fato político, que acelerou a regulamentação da PNI, em 3 de julho de 1996, pelo decreto nº 1.948.

### **a) A distância entre a formulação e a implementação**

A formulação e a implementação de políticas referem-se a ação governamental, com o objetivo de atingir um grupo de cidadãos ou a população como um todo e, por finalidade, causar algum tipo de impacto a curto, médio ou longo prazo. (Viana, 1996) Nessa direção, como vimos anteriormente, para atender as necessidades e demandas decorrentes do envelhecimento da população brasileira, o governo congregou na Lei nº 8.842/94, um conjunto de preceitos legais com vistas a assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, envolvendo o Estado, a família e a sociedade.

Com a regulamentação da PNI, em 1996, inicia-se o seu processo de implementação. Como não existe uma política cuja implementação esteja isenta dos mais variados percalços ou que dela resultem efeitos indesejados, as expectativas de que tudo vai sair como planejado são normalmente frustradas porque se fundamentam em um "dever ser" da implementação o que, na realidade, não acontece. (Labra, 2003)

Essa fase poderia constituir-se em simples execução de ações previamente desenhadas, mas a sua realização é marcada pela imprevisibilidade e renegociações, já que nenhum texto cobre completamente todas as contingências. Há um certo consenso, entre os cientistas sociais, de que a implementação constitui um elemento chave da

política pública. Os estudos relativos à implementação se intensificaram nos anos 70, após se constatar que, na prática, as mudanças, ao contrário das intenções, não eram nem fundamentais nem duradouras. Com isso, ficou claro que os governos são muito melhores para fazer a legislação do que para efetuar as mudanças previstas. (Hogwood & Gunn, 1984)

Em resumo, a implementação da PNI não se restringe ao cumprimento automático do conteúdo da lei porque, embora exista uma decisão central, sua operacionalização apresenta inúmeros obstáculos, confirmando a distância entre a formulação e a implementação como mostra a entrevista abaixo em relação à implementação da PNI:

*Teoricamente ela é linda, maravilhosa, uma lei muito bonita. Precisa, como todas as outras leis, ser cumprida. É muito bonito dizer que o idoso tem direito ao ônibus, se o motorista do ônibus não deixa o idoso entrar. É muito interessante dizer que o idoso tem direito ao remédio, se o governo não fornece o remédio e as farmácias não dão o desconto. É muito bonito dizer que o idoso tem vantagens no judiciário e ter que esperar na fila para ser atendido. A lei é excelente, basta que nós possamos cumpri-la e essa é uma das funções da comissão. Cobrar aquilo que está escrito, cobrar o cumprimento das leis. (Entrevista nº 5)*

Além disso, os trabalhos de Santos (1998), Silva (2001) e Salomão (2001), ao pesquisaram alguns aspectos da implementação da PNI, e a auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União<sup>9</sup>, em 2001, confirmam a lacuna entre o dispositivo legal e a realidade.

## **b) O desafio de implementar a PNI**

A implementação de uma política por si só já é um desafio. Implementar a PNI, dada a sua característica intersetorial, torna-se mais difícil, pois o seu conteúdo é amplo e sua execução envolve um grande número de agências e de atores em um cenário em constante transformação, tanto de ordem política quanto social e econômica. Nessa fase, segundo Lindblom (1981), diferentes conflitos podem surgir, derivados de diversos fatores, como: a quantidade de modificações envolvidas, a participação ou não de implementadores na fase de formulação e a dependência de vários órgãos para sua efetivação.

---

<sup>9</sup> A partir de um Acordo de Cooperação Técnica Brasil/Reino Unido, realizou auditoria para avaliar o desempenho do Governo Federal em áreas estratégicas para a sociedade brasileira, entre elas, as ações de atendimento à pessoa idosa.

De acordo com alguns autores (Lindblom, 1981; Hogwood & Gunn, 1984), a burocracia estatal é responsável pelo processo de implementação de políticas. Nas esferas de governo, federal, estadual e municipal a burocracia é liderada pelos técnicos que se apresentam à frente de coordenações e departamentos, subordinados diretamente aos respectivos gestores. Segundo Labra, na burocracia os atores dependem da coordenação e do controle hierárquico, sendo exercido o papel regulador do Estado por meio de leis, por concertação, por persuasão e por coerção. (Labra, 1999: 136)

Se por um lado os técnicos e gestores possuem certa autonomia para traçar estratégias e implementar ações, por outro estão subordinados ao poder executivo, cujos interesses podem não ser condizentes com as metas estabelecidas e modificações desenhadas pelas autoridades. A ação dos técnicos está ainda limitada por regras e normas estabelecidas em outras esferas de governo, em particular as econômico-financeiras. Ressalta-se ainda o fato de gestores e técnicos que possuem maior poder de decisão, exercerem cargos de confiança. Muitas vezes, a permanência deles no cargo depende da concordância com determinadas regras e decisões que vão ao encontro de interesses partidários, pessoais ou de qualquer outra ordem que podem ser contrários à ideologia que rege os princípios e diretrizes da PNI. Essa característica dos cargos de confiança e as mudanças de gestão quando há eleições, também contribuem para que haja interrupções na implementação de determinadas ações ou modificações nas metas pactuadas.

### **c) Os conteúdos da PNI**

A Lei nº 8.842/94, considerada, consensualmente, uma das legislações mais avançadas na atenção ao idoso, serviu de exemplo para a formulação de uma política similar no Timor Leste, dada a abrangência de aspectos sociais que ela insere, tais como: assistência social, saúde, educação, esporte, lazer, previdência, entre outros. A atenção aos idosos, prevista na lei, não se circunscreve apenas às ações governamentais, mas inova ao introduzir um compartilhamento de responsabilidades e atribuições, envolvendo a família, a sociedade e o Estado. Também chama a atenção para as diferenças existentes na sociedade, como veremos nos seguintes princípios:

- a) A família, a sociedade e o Estado devem assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;*
- b) O envelhecimento diz respeito à sociedade em geral;*

- c) *O idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza e deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas por esta política;*
- d) *As diferenças econômicas, sociais, regionais e as contradições entre o meio rural e urbano deverão ser observadas na aplicação da lei.*

Para efetivar esses princípios, foram estabelecidas diretrizes, no sentido de viabilizar a prática das medidas a serem adotadas na sua implementação, as quais comentaremos a seguir.

- *Viabilizar formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, proporcionando-lhe integração às demais gerações.*

Os centros de convivência, com atividades físicas, de lazer e culturais, aumentam as oportunidades de formar ou ampliar a rede/apoio social. Também se constituem em espaços favoráveis para a participação social, com vistas ao exercício da cidadania e a manutenção da autonomia e da independência.

De acordo com a Gerente de Projetos de Atenção à Pessoa Idosa/MAS<sup>10</sup>, 91% dos idosos atendidos pela rede SAC encontram-se nos 2.222 grupos de convivência distribuídos pelo país. Segundo ela, estes grupos têm se configurado mais como espaço de lazer (dança, artesanato, jogos, passeios, etc.), mas a proposta vigente é de que eles venham a se constituir em Centros de Cidadania, com ações informativas sobre os direitos sociais, ações intergeracionais com o intuito de orientar os mais novos sobre o envelhecimento, com atividades culturais, educacionais e de lazer. Os demais idosos estão inseridos nas modalidades de asilo (8%) e centros-dia (1%).

- *Promover a participação e a integração do idoso, por intermédio de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos.*

A participação das diversas associações representativas deste segmento nos conselhos de direitos e nos fóruns de debates, embora recente, é importante para o exercício do controle e da participação social, constituindo-se em mecanismo de pressão para acompanhar a implementação da PNI.

- *Priorizar a atenção ao idoso nas suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção daqueles que não possam condições de garantir sua sobrevivência.*

Algumas iniciativas têm caminhado nessa direção, dentre elas o Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, identificando o perfil de

---

<sup>10</sup> Conferência realizada no IV Fórum Nacional do Idoso em Niterói, de 22 a 25 de julho de 2003.



morbidade e atuando diretamente nas causas, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças.

- ***Descentralizar as ações político-administrativas.***

De acordo com a legislação, as ações serão desenvolvidas e executadas de forma descentralizada, por intermédio dos Estados, Municípios e Distrito Federal, em estreita parceria com as instituições não-governamentais. As três esferas de governo têm a responsabilidade pelo co-financiamento dos serviços, programas e projetos assistenciais e pela articulação da política social com as ações de outras políticas públicas. As atividades de execução dos serviços e supervisão da rede foram delegadas, pelo atual sistema, ao nível local e ao estadual, em caráter complementar. À União compete o apoio técnico e financeiro, estabelecendo amplo sistema de parceria e articulação com as instâncias executoras.

- ***Capacitar e reciclar recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia.***

Em 1998, a SAS organizou estudos para a elaboração de cursos para cuidadores, trabalho resultante de reunião da secretaria com os presidentes da SBGG e ANG, o qual seria instrumento que subsidiaria o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos, para capacitar os familiares. Estimava-se, no primeiro momento, envolver profissionais como multiplicadores para atender 500.000 pessoas. Contudo, tal experiência não alcançou os objetivos esperados, pelo fato de não se perceber repercussão nos estados. O treinamento de profissionais, destaque em diversas pesquisas, como medida importante para atender adequadamente o idoso, tem sido fraco por parte do governo federal. (TCU, 2002).

Em abril de 2003, a Ministra Benedita da Silva, da Assistência Social, e o Ministro Humberto Costa, da Saúde, assinaram protocolo para dar continuidade ao Programa Nacional de Cuidadores de Idosos.

- ***Implementar um sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos e programas em cada nível de governo.***

Importante iniciativa do Ministério da Justiça, em 2001, foi a distribuição de 250 mil exemplares de livretos, contendo a PNI e a Declaração Universal dos Direitos Humanos. (SAS, 2002)

- ***Estabelecer mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento.***

Algumas ações têm ajudado a desmistificar a idéia de velhice como algo ultrapassado e associado às doenças. A cartilha *Viva Bem a Idade que Você Tem*, do Ministério da Saúde, objetivou discutir essa questão, orientando o idoso sobre o

envelhecimento saudável, sendo distribuído pelas Secretarias Municipais de Saúde. Ultimamente a mídia tem trazido à tona aspectos relacionados ao envelhecimento e sobre os direitos dos idosos.

- ***Priorizar o atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviço.***

A implementação dessa diretriz não requer praticamente nenhum custo financeiro adicional. Essa primazia é uma das ações de maior cobertura. Em bancos e supermercados essa medida já foi incorporada, no entanto em outros setores, como os de Saúde Pública, de Justiça e de Previdência ela ainda não teve o mesmo sucesso.

- ***Apoiar estudos e pesquisas sobre as questões do envelhecimento.***

Embora em números reduzidos, comparado a outras temáticas, percebe-se um avanço significativo, resultante do maior interesse das instituições de fomento a pesquisa, universidades e pesquisadores desse tema, a começar pelas UNATIs que têm se constituído em excelentes centros de ensino, pesquisa e extensão.

- **Intersetorialidade**

A Lei nº 8.842/94, e o respectivo Decreto nº 1.948/96 definiram as competências dos órgãos e entidades participantes da execução da PNI, os quais deverão desenvolver ações articuladas:

- Ministério da Previdência e Assistência Social;
- Ministério da Cultura;
- Ministério da Educação e do Desporto;
- Ministério da Justiça;
- Ministério do Planejamento e Orçamento;
- Ministério do Trabalho;
- Ministério da Saúde

A seguir descrevemos as atribuições e responsabilidades de cada uma dessas instâncias na implementação da PNI, tecendo em seguida comentários sobre o alcance e os resultados do respectivo envolvimento institucional. Para maior clareza, no Quadro 2, se apresentam as instituições, objetivos e ações de cada ministério. Ressalta-se que, para os propósitos desta exposição, o Ministério da Saúde é referido no final, visto a relevância da sua participação na PNI.

**Quadro 2 - Ministérios participantes do Plano de Ação Governamental Integrado para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso-PAG-PNI e principais estratégias de ação**

<b>ORGÃO RESPONSÁVEL</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>ESTRATÉGIA DE AÇÃO</b>
<b>MPAS/SAS</b>	Coordenação e definição das diretrizes e normas para o desenvolvimento da ação integrada entre os órgãos setoriais afins.	A SAS apoiará técnica e financeiramente os programas e projetos de forma descentralizada via estados e municípios, com execução dos serviços por intermédio de entidades governamentais e não-governamentais, estabelecendo amplo sistema de parceria e articulação.
<b>CULTURA</b>	Incorporar às políticas culturais desenvolvidas pelo Ministério da Cultura o atendimento às necessidades e o aproveitamento das potencialidades da pessoa idosa.	A ação será desenvolvida de forma descentralizada, por intermédio dos estados, Distrito Federal e municípios em parceria com os organismos setoriais afins.
<b>EDUCAÇÃO</b>	Coordenar as ações na área da Educação propiciando o desenvolvimento de programas e projetos voltados para a pessoa física.	Através de ações efetivas desenvolvidas no âmbito das instituições federais de ensino superior, representadas por programas específicos voltados para o idoso.
<b>ESPORTE</b>	Estimular programas de lazer, esporte e atividades físicas que proporcionem a melhoria da qualidade de vida do idoso e estimulem sua participação na sociedade.	Por intermédio das organizações governamentais e não-governamentais serão desenvolvidos programas e projetos de forma descentralizada. Serão desenvolvidas atividades grupais e assistenciais, de forma a contribuir para o bem-estar biopsicossocial do idoso e melhorar sua expectativa de vida.
<b>JUSTIÇA</b>	Desenvolver ações de forma a propiciar à pessoa idosa o atendimento de maior qualidade por parte dos órgãos de segurança pública e justiça.	O Departamento dos Direitos Humanos da Secretaria dos Direitos da Cidadania apoiará tecnicamente a realização das atividades a serem desenvolvidas na implementação de uma política para a população idosa.
<b>PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO</b>	Promover a observância dos Princípios e Diretrizes que regem a Política, nos programas habitacionais, de equipamentos urbanos de uso público e de infra-estrutura urbana.	Estabelecimento nos programas habitacionais e de infra-estrutura e equipamentos urbanos de uso público. Promoção de gestões para viabilizar o acesso do idoso às condições adequadas de habilidade.
<b>TRABALHO</b>	Criar mecanismos que favoreçam a geração de emprego e renda destinados à população idosa. Criar mecanismos que favoreçam a qualificação e requalificação profissional do idoso.	As ações serão desenvolvidas em consonância com as diretrizes do Plano Plurianual do governo, para atingir o público-alvo constituído pelos idosos. Realização de estudos para atendimento das demandas dos idosos. Formação de grupos para a discussão e proposição de ações voltadas à reinserção produtiva das pessoas idosas.
<b>SAÚDE</b>	Garantir a Atenção Integral à Saúde do Idoso, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos diversos níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde- SUS, bem como estimular a participação do idoso nas diversas instâncias de controle social do SUS.	Através da difusão de informações, serão desenvolvidas ações de prevenção e recuperação de incapacidade, priorizando o auto-cuidado, o cuidado informal e estimulando a formação de grupos de auto-ajuda, além de medida profilática contra doenças transmissíveis. Organização da rede serviços de saúde. Treinamento e capacitação de Recursos Humanos e Gerenciais. Realização de estudos e pesquisas.

- Ao **Ministério da Previdência e Assistência Social**, por intermédio da **SAS**, cabe:
  - Coordenar as ações;
  - Promover a capacitação de recursos humanos;
  - Participar em conjunto com os demais ministérios do acompanhamento e avaliação;
  - Estimular a criação de alternativas de atendimento não-asilar;
  - Promover eventos específicos sobre velhice e envelhecimento;
  - Promover articulação inter e intraministeriais, necessárias a sua implementação;
  - Coordenar, financiar e apoiar estudos, pesquisas e publicações sobre a situação social do idoso;
  - Fomentar junto aos estados, distrito federal, municípios e organizações não-governamentais a prestação da assistência social aos idosos nas modalidades asilar e não-asilar.

Para efetivar as responsabilidades previstas, foi criada a Gerência de Projetos de Atenção à Pessoa Idosa que funcionava com uma estrutura administrativa extremamente precária<sup>11</sup>, as atividades desenvolvidas adviam do esforço isolado das servidoras, motivos que contribuíam para o isolamento do órgão, desarticulado e sem condições de trabalho. (TCU, 2002)

O público-alvo de suas ações seria o grupo etário com 60 anos ou mais, com renda mensal familiar *per capita* de até ½ salário mínimo, de acordo com a LOAS, tendo como eixo norteador as diretrizes da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e da PNI. Nesta perspectiva, o objetivo das ações converge para alterar o perfil da rede de assistência, com a implementação de novas modalidades de atendimento, visando romper as práticas tutelares e assistencialistas tradicionais.

Com o mesmo objetivo, foi aprovada a Portaria nº 73, de maio de 2001, da SAS, que regulamentou as normas e padrões de funcionamento de programas e serviços e inseriu novas modalidades que tenham a família como referência de atenção. Para atingir tais finalidades, o apoio técnico e financeiro, a entidades que desenvolvem projetos para as pessoas idosas, deve estar adequado às modalidades de atendimento definidas a seguir:

- *Residência Temporária*: Regime de internação temporária, destinado ao idoso dependente ou semidependente que necessita de cuidados especiais. Esse tipo de atendimento é oferecido pelo período máximo de 60 dias ao paciente que acaba de ter alta hospitalar.

---

<sup>11</sup> Em 2001 funcionava com uma chefia, uma técnica e dois estagiários.

- *Atendimento Integral Institucional:* Serviço prestado às pessoas idosas sem família ou impossibilitadas de conviver com as mesmas, em situação de abandono, executado em instituições conhecidas como abrigo, asilo, lar ou casa de repouso.
- *Casa-Lar:* Residência para grupos de no máximo oito pessoas, com mobiliário adequado e recursos humanos habilitados, que atendam às necessidades diárias do idoso. Destina-se, principalmente, aquele que apresente algum grau de dependência.
- *República:* Alternativa de residência para idosos independentes, organizada em grupos. Em alguns casos a república pode ser administrada pelos próprios usuários.
- *Centro-Dia:* Atendimento em instituições especializadas, onde o idoso permanece durante todo o dia e retorna para sua residência à noite. A idéia é manter a convivência da pessoa com sua família.
- *Família Natural:* Atendimento prestado ao idoso independente pela sua própria família, com vistas à manutenção da autonomia, permanência no próprio domicílio, preservando o vínculo familiar e de vizinhança;
- *Família Acolhedora:* Famílias cadastradas e capacitadas para oferecer abrigo às pessoas idosas em situação de abandono, sem família ou impossibilitada de conviver com as mesmas.
- *Assistência Domiciliar:* Atendimento prestado à pessoa idosa com algum grau de dependência, em sua própria residência e tem como objetivo a promoção da sua autonomia e o reforço dos vínculos familiares e de vizinhança.
- *Centro de Convivência:* Espaço onde o idoso participa de atividades associativas, produtivas e promocionais, que contribuam para sua autonomia, para seu envelhecimento ativo e saudável e para o aumento de sua própria renda. A intenção é prevenir o isolamento social.

A SAS não discutiu a norma regulamentadora com os gestores e para a implantação destas modalidades não vem realizando orientação técnica sistemática. (TCU, 2002) Seriam determinantes dessa situação a inexistência ou insuficiência de recursos humanos, ausência de canais de comunicação com os estados e falta de condições operacionais mínimas para o cumprimento das atividades inerentes ao assessoramento técnico permanente aos estados, Distrito Federal, aos municípios e às entidades e organizações de assistência social, conforme previsto na LOAS.

Também vinculado ao **MPAS**, o **INSS** responde pelo atendimento preferencial ao idoso, visando à habilitação e à manutenção dos benefícios, exame médico pericial, inscrição de beneficiários, serviço social e setores de informações; prestar atendimento nas áreas da arrecadação e fiscalização, informando e calculando contribuições individuais e esclarecendo sobre os seus direitos previdenciários.

- Compete ao **Ministério do Planejamento e Orçamento**, por intermédio da **Secretaria de Política Urbana**, buscar nos programas habitacionais com recursos da União as necessidades de moradia da população idosa; estabelecer diretrizes para que os projetos eliminem barreiras arquitetônicas; promover gestões para viabilizar linhas de crédito para aquisição de moradias; incentivar e promover, em articulação com os ministérios da Educação, da Ciência e Tecnologia e da Saúde, bem como com instituições de ensino e pesquisa, estudos para aprimorar as condições de habitabilidade.
- Ao **Ministério da Educação**, em articulação com órgãos federais, estaduais e municipais de educação, compete viabilizar a implantação de programa educacional; incentivar a inclusão, nos programas educacionais, de conteúdos sobre o envelhecimento; estimular e apoiar a admissão do idoso na universidade, propiciando a integração intergeracional; incentivar o desenvolvimento de programas educativos para a comunidade, ao idoso e sua família, nos meios de comunicação; incentivar a inclusão de disciplinas de Gerontologia e Geriatria nos currículos dos cursos superiores. Aliás, a questão do envelhecimento foi incluída nas Diretrizes do Plano Nacional de Educação.

Uma iniciativa em grande expansão é a Universidade Aberta para a Terceira Idade-UNATI que, segundo Veras (1997), é o projeto mais adequado para responder as necessidades dos idosos, por contemplar as áreas do ensino, da pesquisa e da extensão.

- Ao **Ministério do Trabalho** compete garantir mecanismos que impeçam a discriminação do idoso no mercado de trabalho. O mercado de trabalho, pela sua complexidade, impede maior ingerência daquele órgão, no que diz respeito à inclusão dos idosos, uma vez que não consegue garantir emprego para os que estão iniciando sua fase laborativa, ou seja, a população economicamente ativa.
- O **Ministério da Cultura** deve propiciar o acesso aos locais e eventos culturais, mediante preços reduzidos; incentivar movimentos e desenvolver atividades culturais. Na cultura, esporte e lazer, eventualmente foram estabelecidos a gratuidade em alguns casos e a cobrança de meia entrada em outros. Algumas

campanhas de esclarecimento sobre o respeito aos direitos humanos, com ênfase ao combate à violência, foram ultimamente incorporadas pela mídia.

- O **Ministério da Justiça**, por meio da **Secretaria de Direitos da Cidadania**, é responsável por encaminhar as denúncias ao órgão competente do Poder Executivo ou do Ministério Público (MP), para defender os direitos dos idosos junto ao Poder Judiciário; zelar pela aplicação das normas, determinando ações para evitar abusos e lesões a seus direitos. O MP, por força de dispositivos constitucionais, torna-se de relevante importância na defesa dos direitos fundamentais dos cidadãos.
- O **Ministério da Saúde**, em conjunto com as Secretarias de Saúde do Distrito Federal, dos estados e dos municípios, tem a responsabilidade de:
  - Garantir ao idoso a assistência integral à saúde, nos diversos níveis de atendimento do SUS e hierarquizar a atenção a partir das unidades básicas e da implantação de unidades de referência, bem como estruturá-los;
  - Garantir o acesso à assistência hospitalar e fornecer medicamentos, órteses e próteses;
  - Estimular o idoso a participar nas instâncias de controle social;
  - Desenvolver e apoiar programas de prevenção e promoção da saúde;
  - Adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas, com fiscalização pelos gestores do SUS;
  - Desenvolver em cooperação com outros órgãos o treinamento dos profissionais de saúde, estudos e pesquisas;
  - Incluir a geriatria como especialidade em concursos públicos federais;
  - Estimular a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos, de atendimento domiciliar e outros serviços alternativos.

Antes mesmo da aprovação da PNI, foi criado, em 1986, o Serviço de Atenção à Saúde do Idoso<sup>12</sup>, subordinado a Divisão de Doenças Crônico-degenerativas, com quatro linhas de ação: epidemiologia; investigação do envelhecimento; capacitação de recursos humanos; divulgação de informações. Sá (1997), em sua pesquisa, identificou a falta de recursos humanos e financeiros como as principais situações que interferiram na implementação do serviço, situação que vem se mantendo através dos anos.

Em vista das inúmeras demandas e das dificuldades para respondê-las, o setor saúde formulou a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), promulgada pelo Ministro da Saúde, pela Portaria nº 1.395/99. Neste caso, observa-se um paradoxo, pois a iniciativa de se formular uma política de saúde para o idoso poderia contribuir para a

fragmentação da PNI. Como fica a proposta da intersetorialidade se cada setor formula e implementa uma política específica?

A elaboração da PNSI ocorreu de forma participativa, com amplas discussões com segmentos representativos da geriatria e da gerontologia brasileira. Tem como diretriz essencial a definição ou redefinição dos programas, planos, projetos e atividades do setor na atenção integral às pessoas em processo de envelhecimento, entre elas: a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas.

A PNSI reconhece como principal problema que pode afetar o idoso, consequência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, a perda de sua capacidade funcional, ou seja, a perda das habilidades físicas e mentais, necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária. Nesse sentido, apresenta como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria da capacidade funcional, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade. Caberá aos gestores do SUS, de forma articulada, prover os meios e atuar de modo a viabilizar esses propósitos.

A PSNI ratificou as responsabilidades designadas ao MS na PNI, e definiu como atribuições do nível estadual as seguintes competências:

- Elaborar, coordenar e executar a Política Estadual de Saúde do Idoso;
- Promover a elaboração e ou adequação dos planos, programas, projetos e atividades decorrentes da PNSI;
- Promover a articulação entre os diferentes setores no Estado, visando à implementação da respectiva política de saúde do idoso;
- Acompanhar o cumprimento de normas de funcionamento de instituições geriátricas e similares, bem como de serviços hospitalares geriátricos;
- Estabelecer cooperação com os Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia com vistas ao treinamento de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, e promover esta cooperação com as Secretarias Municipais de Saúde, de modo a capacitar recursos humanos necessários;

---

<sup>12</sup> Sobre sua implementação, ver Sá, 1997.



- Adequar os serviços de saúde com a finalidade de atender às necessidades específicas da população idosa;
- Prestar cooperação técnica aos municípios;
- Apoiar propostas de estudos e pesquisas estrategicamente importantes para a implementação, avaliação ou reorientação das questões relativas à saúde do idoso;
- Promover a adoção de práticas e hábitos saudáveis, mediante a mobilização da sociedade e campanhas de comunicação;
- Promover o fornecimento de medicamentos, próteses e órteses necessários à recuperação e à reabilitação de idosos;
- Estimular e viabilizar a participação de idosos nas instâncias de participação social;
- Estimular a formação de grupos de auto-ajuda e de convivência, de forma integrada com outras instituições que atuam nesse contexto;
- Criar e estimular a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos – hospital-dia, centro-dia – de atendimento domiciliar, bem como de outros serviços alternativos para o idoso;
- Prover o Sistema Nacional de Informação em Saúde com dados sobre a situação de saúde e as ações dirigidas aos idosos.

Assim como a PNI, a Portaria nº 1.395, que trata da PNSI, prevê a permanência do idoso na comunidade e junto à sua família, com intervenções pautadas, principalmente, na atenção básica à saúde, através das unidades e do Programa de Saúde da Família (PSF), consolidando assim um vínculo com o SUS. Seu deslocamento para um serviço de longa permanência, seja o hospitalar ou asilar, seria considerado somente quando falharem todos os esforços anteriores.

A desinstitucionalização foi discutida por Sager *et al.* (1996), ao identificarem que idosos internados, mesmo por curto tempo, para tratamento de casos agudos, têm uma importante queda da sua capacidade funcional. Este mesmo estudo demonstrou que, três meses após a alta hospitalar, os níveis de capacidade funcional não tinham sido totalmente recuperados em relação à condição antes da internação, indicando que a passagem por serviços de longa permanência causa uma importante deterioração na autonomia e na capacidade funcional.

Convém, entretanto, chamar a atenção pelo fato de que a assistência domiciliar, destinada àqueles cuja capacidade funcional está comprometida, demanda programas de orientação, informação e assessoria de profissionais capacitados em saúde do idoso e depende do apoio informal e familiar. Neste caso, o poder público tem papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde nos três níveis de gestão

do SUS, no sentido de otimizar o suporte familiar. Para tanto, o SUS conta com o Programa de Atenção Básica (PAB), o citado PSF, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), hospitais gerais e centros de referência para a saúde do idoso. Está prevista ainda, a criação da cesta de medicamentos, a liberação de acompanhante nos hospitais, a Campanha de Desospitalização e o mutirão de cirurgias de catarata. Neste caso realizaram-se 97,6 mil procedimentos em 1999, 108,2 mil em 2000 e 268,3 mil em 2001. (Ministério da Saúde, 2002)

Em implementação desde 1999, nos estados e municípios, a Campanha de Imunização do Idoso contra a Gripe, Pneumonia, Difteria e Tétano, que acontece anualmente, tem contribuído para a prevenção de doenças nesse grupo etário. Na Tabela 3 observa-se o aumento progressivo de pessoas vacinadas entre os anos de 1999 e 2002 e que, em 2001, atingiu-se a maior cobertura, com 82,1% de pessoas vacinadas. Segundo o Ministério da Saúde (2002), a introdução desta ação resultou na diminuição de 42.415 hospitalizações no SUS no período de maio de 2000 a abril de 2001.

**Tabela 3 - Idosos vacinados nas Campanhas de Imunização Brasil (1999-2002)**

Ano	Número de idosos vacinados (milhões)	Cobertura %
1999	7,5	62,5
2000	9,3	66,4
2001	10,8	82,1
2002	11,2	74,1

Fonte: Elaboração própria baseada em dados do Ministério da Saúde, 2002.

Em abril de 2002, foi publicada a Portaria nº 702//GM, do Ministério da Saúde, com o objetivo de criar mecanismos para organizar e implantar Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e determinar às Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde que, adotassem as providências necessárias, no que tange às Redes de Assistência ao Idoso e à organização/habilitação e cadastramento dos Centros de Referência.

O MS é o responsável pelo Programa Valorização e Saúde do Idoso, através da Assessoria Técnica do Idoso, da Secretaria de Assistência à Saúde-SAS, constituído por um conjunto de ações das áreas de assistência social e de saúde, sendo que a maioria delas está ligada ao MPAS. Mas, como a gerência cabe ao MS, tem havido empecilhos para sua adequada gestão conjunta, sobretudo devido à precariedade de comunicação entre os órgãos interessados.

- **O Plano de Ação Governamental Integrado para Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso**

Definidas as competências para cada ministério, a Secretaria de Assistência Social-SAS/MPAS, responsável pela coordenação da Política Nacional do Idoso, criou um grupo interministerial que elaborou o *Plano de Ação Governamental Integrado para Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso-PAG-PNI*, publicado em 1997. Além dos ministérios envolvidos na Política Nacional do Idoso, participaram também de sua elaboração outros órgãos como a Universidade Federal de Brasília, a de Goiás e a de Santa Catarina, a Assessoria Especial da Terceira Idade do Governo do Distrito Federal, a ANG, a SBGG, o SESC, de São Paulo, a Associação Cearense Pró-Idoso (ACEPI) e o Conselho Estadual do Idoso do Rio Grande do Sul que, em conjunto, definiram estratégias de ação visando resgatar o nível econômico dos idosos através de programas subsidiados de atenção à saúde, à alimentação, à habitação e a outras necessidades sociais, a partir das diretrizes propostas na lei.

Os encargos dos ministérios envolvidos na PNI e no Plano estão resumidos no Quadro 3, do qual poder-se-á coligir a grande complexidade institucional envolvida tanto na formulação quanto na implementação da PNI.

**Quadro 3 - Ações Contempladas no Plano de Ação Governamental  
Integrado para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso-PAG-PNI**

<b>AÇÕES DE APOIO À PESSOA IDOSA</b>	<b>MINISTÉRIOS ENVOLVIDOS</b>	<b>OBJETIVO</b>
<b>SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO</b>	<b>SAÚDE; MPAS/SAS; EDUCAÇÃO; ESPORTE/INDESP; ORÇAMENTO</b>	Garantir a atenção integral à saúde do idoso, entendida como conjunto articulado de contínuo de ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde nos diversos níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde.
<b>CENTRO DE CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS</b>	<b>EDUCAÇÃO; MPAS/SAS; SAÚDE; EDUCAÇÃO/INDESP; CULTURA; TRABALHO; JUSTIÇA</b>	Atender a pessoa idosa promovendo o fortalecimento de práticas associativas, produtivas e promocionais, de forma a favorecer a melhoria da sua convivência na família e na comunidade.
<b>CENTRO DE CUIDADOS DIURNOS</b>	<b>SAÚDE; MPAS/SAS; JUSTIÇA; ESPORTE/INDESP.</b>	Atender ao idoso dependente detentor de deficiência temporária ou que necessite de assistência multiprofissional.
<b>ATENDIMENTO DOMICILIAR</b>	<b>MPAS/SAS; SAÚDE.</b>	Proporcionar ao idoso, meios para que possa permanecer no seu grupo familiar e na própria comunidade.
<b>CASA LAR</b>	<b>MPAS/SAS; SAÚDE.</b>	Atender idosos sem família e detentores de renda insuficiente para sua manutenção.
<b>ATENDIMENTO ASILAR</b>	<b>MPAS/SAS; SAÚDE; JUSTIÇA; ESPORTE/INDESP.</b>	Atender idosos sem vínculo familiar ou sem condições de prover sua própria subsistência.
<b>OFICINAS ABRIGADA DE TRABALHO</b>	<b>MPAS/SAS; TRABALHO; EDUCAÇÃO; CULTURA; JUSTIÇA</b>	Desenvolver atividades produtivas, de capacitação e de reciclagem profissional, proporcionando a pessoa idosa oportunidade de elevar sua renda.
<b>QUALIFICACAO E REQUALIFICACAO PROFISSIONAL</b>	<b>TRABALHO; MPAS/SAS; CULTURA; SAÚDE; EDUCAÇÃO</b>	Criar mecanismos que favoreçam a qualificação e requalificação profissional do idoso.
<b>PROGRAMA PRORENDAS</b>	<b>MPAS/SAS; TRABALHO.</b>	O aumento de renda das famílias pobres.
<b>GERAÇÃO DE EMPREGO E RENDA</b>	<b>TRABALHO; MPAS/SAS; CULTURA; SAÚDE; EDUCAÇÃO</b>	Criar mecanismos que favoreçam a geração de emprego e renda, destinados à população idosa.
<b>FESTIVAL DE JOGOS TRADICIONAIS</b>	<b>ESPORTE/INDESP; MPAS/SAS; CULTURA.</b>	O resgate de atividades lúdico-desportivas, culturalmente contextualizadas, com participação efetiva da terceira idade.
<b>PROGRAMA NACIONAL DE VIDA ATIVA</b>	<b>ESPORTE/INDESP; MPAS/SAS; EDUCAÇÃO; SAÚDE</b>	Desenvolver atividades lúdico-recreativas orientadas tecnicamente, possibilitando ao idoso uma reeducação postural, estimulando o prazer pela prática de atividade física.
<b>JOGOS DA 3ª IDADE</b>	<b>ESPORTE/INDESP; MPAS/SAS; EDUCAÇÃO; SAÚDE</b>	A disseminação de atividades esportivas (múltiplas modalidades especializadas e adaptadas para a participação efetiva dos idosos).
<b>DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADE CULTURAL</b>	<b>CULTURA; MPAS/SAS; EDUCAÇÃO; JUSTIÇA; TRABALHO; SAÚDE; ESPORTE/INDESP; ORÇAMENTO.</b>	Contribuir para o desenvolvimento e a integração da pessoa idosa mediante sua participação na vida cultural.
<b>UNIVERSIDADE ABERTA À 3ª IDADE</b>	<b>EDUCAÇÃO; MPAS/SAS; SAÚDE; CULTURA; JUSTIÇA; ESPORTE/INDESP.</b>	Desenvolver e conhecer ações no âmbito das instituições federais de ensino superior representadas por programas específicos voltados para o idoso.
<b>BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA</b>	<b>MPAS/INSS</b>	Operacionalizar a concessão do benefício de acordo com a Lei nº 8742/93, Lei Orgânica da Assistência Social.

Após a elaboração do *PAG-PNI*, foram constituídos cinco fóruns regionais: Centro-Oeste, Sudeste, Nordeste, Norte e Sul, com o objetivo de coordenar as políticas, buscar maior conscientização quanto às questões do envelhecimento, estreitar parcerias, firmar acordos para a permanência de fóruns interestaduais e intermunicipais e reforçar novas alternativas de atendimento à população idosa.

Representantes desses fóruns compõem a Comissão Nacional de Articulação da PNI, a qual colaborou para a elaboração de documento do governo brasileiro, apresentado na 2ª Assembléia Mundial sobre Envelhecimento, realizada na cidade de Madri, em abril de 2002, que discutiu o impacto do rápido envelhecimento do planeta, e propôs políticas específicas para esse grupo etário.

- **Modelo de gestão**

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 iniciou-se o processo de descentralização das políticas sociais no Brasil, até então executadas de forma centralizada. Nessa direção, a Lei nº 8.842 propõe um novo modelo descentralizado de gestão pública, buscando o atendimento, a proteção e benefícios à população idosa. Entre as características operacionais da descentralização administrativa ressalta: a corresponsabilidade das três esferas do governo, a contrapartida local e o incentivo à participação da sociedade civil na formulação, fiscalização e controle da PNI, por intermédio de conselhos estaduais e municipais.

Considerou-se, portanto, a política do idoso de competência concorrente entre os três níveis de governo e a sua implementação implicaria na tarefa explicitamente compartilhada entre os entes federados autônomos.

A Secretaria de Assistência Social (SAS), no entanto, ainda não alocou recursos de forma a cumprir essa competência. A União tem repassado os recursos definidos para a rede histórica de instituições conveniadas e se distanciado das realidades locais nos assuntos referentes ao atendimento institucional à pessoa idosa. Observa-se que ainda não têm sido institucionalizadas formas de comunicação. Houve uma tentativa de se estabelecer um interlocutor nos estados para a coordenação de cada programa, contudo a iniciativa não foi bem sucedida. (TCU, 2002)

- **Participação**

A Lei nº 8.842, no seu artigo 7º, definiu as atribuições do Conselho Nacional do Idoso (CNI), com a competência de formular, coordenar, supervisionar e avaliar a PNI. No entanto, o capítulo V, que trata do CNI, foi integralmente vetado.

Em 1996 foi instituído o Fórum Permanente da PNI, evento previsto para ocorrer a cada dois anos, que tem sido o foro da sociedade civil mais importante para o debate, a reflexão e a avaliação da política. Desde então, vários documentos têm sido divulgados, cobrando-se das autoridades maior articulação entre os ministérios envolvidos na política, a ampliação das ações previstas, a definição de recursos financeiros, entre outras reivindicações.

O penúltimo Fórum, ocorrido em Olinda-PE, em 2000, reforçou cobranças anteriores, como a implementação da PNI, com ênfase para o cumprimento das ações dos ministérios legalmente habilitados para executar tal política; criação do Conselho Nacional do Idoso, apoio e incentivo à criação dos Conselhos Estaduais e Municipais do Idoso; fortalecimento dos Fóruns Regionais; incentivo às ações educativas e informativas que destaquem a importância do envelhecimento saudável; capacitação de recursos humanos; criação de um banco de dados com informações sobre as experiências em curso; a criação de unidades de Geriatria em todas as unidades do SUS.

Em maio de 2002, o Presidente Fernando Henrique Cardoso criou o Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos (CNDI), pelo Decreto nº 4.227, com características diferentes das defendidas pelos movimentos de profissionais e idosos e aprovadas pela Lei nº 8.842/94, o que resultou em manifestações de desaprovação, com envio de documentos ao Ministério da Justiça, responsável pela implantação.

A versão aprovada altera a competência do Conselho, define-o como consultivo e retira a função de controle social sobre as políticas públicas e as ações direcionadas aos idosos. Inviabiliza uma ação mais condizente com o que se refere à lei original, o que sempre foi defendido pelo movimento social. A demora na sua instalação dificultou a unidade entre os demais conselhos estaduais e municipais, que adotaram papéis diversificados a partir da realidade local. Muitos municípios optaram pela criação de comissões, em razão dos custos de manutenção e das dificuldades inerentes à instalação dos conselhos.

Em 2001 existiam 18 conselhos estaduais, 268 municipais, cinco fóruns regionais e 21 fóruns estaduais. (TCU, 2002)

## • **Financiamento**

Um dos pressupostos fundamentais para assegurar o êxito de uma política, seria a disponibilidade de recursos, sendo que a principal responsabilidade cabe aos planejadores e gerentes, dado que eles dispõem de uma bateria de técnicas e tecnologias, como planejamento em rede e controle, diagnóstico de recursos humanos e

controle de inventários, que deveriam ajuda-los na antecipação de problemas e na adoção de medidas para redistribuir recursos dentro do programa (Hogwood & Gunn, 1984).

No caso da PNI, aspectos de financiamento não ficaram definidos, tendo em vista que coube a cada ministério participante elaborar proposta orçamentária própria para os programas. Sendo assim, pouco ou nada podem fazer os gestores quanto ao planejamento intersetorial das ações, ficando desconectados os ministérios de cada setor. Por exemplo, na assistência social, que atende os idosos com renda *per capita* de ½ salário mínimo, o Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) transfere recursos para os estados e municípios para manutenção de entidades e serviços de assistência social conveniados com o governo federal, os quais constituem a rede de Serviços de Ação Continuada (SAC), direcionada aos idosos, à criança e aos deficientes físicos. Em 2001, a rede SAC mantinha convênio com 641 instituições asilares, 20 na modalidade de atendimento domiciliar, 46 centros-dia, 25 centros de convivência, 18 casas-lares e 2.143 instituições com grupos de convivência. (TCU, 2002). Os recursos destinados para este fim, em 1998, foram de R\$ 330.883.901,00 e para 2001 de R\$ 360.052.680,00, representando um crescimento de 8,82%, nesse período. Quanto aos especificamente destinados pela rede SAC ao atendimento à pessoa idosa, no mesmo período, teve redução de 0,23%. (TCU, 2002)

Os repasses mensais, definidos pelas Portarias nº 01, de 13 de março de 1997 e nº 2.854/2000, da SAS/MPAS, foram fixados no valor máximo de R\$ 60,00 *per capita* para o atendimento em asilo ao idoso dependente e de R\$ 45,00 para o independente. O valor do atendimento em grupos de convivência na modalidade de 6 horas, que representa a maior parte dos repasses, é de R\$ 4,50 *per capita*.

## • Comentários

O bom entrosamento entre formuladores e implementadores é defendido por Meter & Van Horn (citados por Viana, 1996). Para eles a extensão do consenso sobre as metas e objetivos é influenciada pela participação dos implementadores na fase de formulação, isso aumenta a clareza da política e reduz resistências. No caso da PNI, além de ser uma medida altamente simpática do ponto de vista social, teve o envolvimento de idosos e profissionais, o que foi favorável para a aprovação da lei e para o apoio de muitos parlamentares. Por tudo isso, esperava-se que a execução tivesse menos conflitos, resistências, recuos e rejeições. No entanto, segundo Diniz (1997), a formulação e a implementação de algumas políticas pode ocorrer de forma rápida. Isso

varia de acordo com sua característica. As sociais são as mais difíceis, consideradas boas para os políticos se elegerem, mas ruins para efetiva-las.

a) Decorridos quase sete anos da iniciação da execução da PNI, os objetivos previstos ainda estão longe de serem alcançados, o que indica a necessidade de novas movimentações dos grupos interessados. Como mostra a teoria, a implementação, assim como a formulação também é permeada de interesses políticos, jogos de poder e conflitos, acirradas para disputa em torno de apropriação de recursos sempre escassos para atender as infinitas necessidades sócio-econômicas da população.

b) Tal como prevêem os analistas das políticas públicas, será preciso que os grupos interessados se mobilizem permanentemente e realizem eventos que ponham em pauta suas reivindicações, como passeatas e fóruns de debates e participem de conselhos, comitês, audiências que dão visibilidade a esse segmento, confirmando que na execução continuam as lutas políticas, as pressões, as negociações, as trocas e os embates. (Mény & Thoenig, 1992; Diniz, 1997; Labra, 2003).

A implementação da PNI, conforme se observou, apresenta problemas operacionais que dificultam o trabalho em conjunto nos três níveis de governo, precária articulação entre os ministérios envolvidos, ações governamentais pontuais, pouca influência no trabalho desenvolvido pelas instituições prestadoras de serviços, sobretudo as asilares, falta de investimentos em novas modalidades de atendimento, insuficiência de recursos em todas as áreas, etc.

Os documentos analisados mostraram que a SAS, órgão coordenador da PNI, não consegue cumprir o seu papel, se mantém isolado e sem respostas às demandas estaduais, não há uniformidade nas ações e nos esforços, as experiências são pontuais e dependem, sobretudo de condições municipais. (TCU, 2002; SAS, 2002) A isso se une o fato de a SAS ser instância de coordenação nacional da PNI, e muitas das decisões pactuadas no PAG-PNI dependerem de decisão superior. A maioria dos ministérios designam instância de hierarquia semelhante a SAS para entendimento e acordos visando a integração intersetorial, no entanto a decisão final fica a cargo do responsável pela pasta. Nesse sentido, observa-se um paradoxo. Como a SEAS é a responsável pela coordenação das ações junto aos demais ministérios, há uma dificuldade institucional, uma vez que ela é subordinada, na esfera administrativa, ao MPAS, o que, em termos hierárquicos, a coloca em situação de desvantagem junto aos demais ministérios que deveria coordenar.

No que se refere ao monitoramento dos resultados da ação assistencial, a SAS não dispõe de instrumentos para a realização desse trabalho, motivo pelo qual foi



contratada a Fundação Getúlio Vargas para desenvolver sistema a ser implantado posteriormente; mas com, a mudança na gestão devido as eleições de 2002, isso ainda não se efetivou. Também não existe um cadastro nacional que contenha informações qualitativas das entidades assistenciais.

Um fato a ser destacado em relação à implementação da PNI é seu caráter dinâmico, pois durante esta etapa varias decisões estão sendo tomadas por parte das esferas federal, estadual e municipal. Tal como aponta a teoria, os imprevistos da implementação contribuem, inclusive, para o surgimento de políticas complementares, de caráter específico. Estas decisões podem implicar em modificações no rumo de ações. Nesse aspecto, recomenda-se que política seja permanentemente acompanhada.

Ao finalizar este capítulo convém destacar a criação do Ministério da Assistência Social, pelo governo eleito em outubro de 2002, o qual ficou responsável pela coordenação da implementação da PNI. Esta iniciativa gerou uma expectativa entre os participantes dos movimentos dos idosos e profissionais da área, ficando em aberto os desdobramentos dessa iniciativa.

## CAPÍTULO III

# O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E A (IN) AÇÃO GOVERNAMENTAL

Este capítulo examina aspectos demográficos e sociais da população idosa no Estado do Rio de Janeiro, grupo este que ganha destaque na agenda pública a partir da década de 80. As particularidades do fenômeno, que requer a adoção de políticas específicas, são tratadas no início do capítulo. Em seguida, apresenta-se o conjunto de medidas adotadas, nessa direção, aprovadas na Constituição Estadual de 1989, ratificando preceitos assegurados na Carta Federal de 1988, além de leis, decretos e resoluções. Salienta-se que se trata de numerosas disposições legais que, todavia, não foram consolidadas em lei similar à 8.842, da Política Nacional do Idoso-PNI.

### 1. Características da população idosa

Conforme os dados do Censo de 2000, do IBGE, o Estado do Rio de Janeiro tem uma população de aproximadamente 14 milhões de habitantes, dos quais quase 1,5 milhão, ou 10%, têm 60 anos ou mais, ocupando assim o primeiro lugar entre os estados da Federação. Esse dado chama a atenção porque, segundo a OMS, uma cidade, um estado ou um país pode ser considerado envelhecido quando a proporção de pessoas com idade acima de 60 anos atingir cerca de 7% da população. (WHO, 1984) Depreende-se dos dados da Tabela 4 que no estado essa condição foi alcançada na década de 80, mas a tendência ao crescimento desse grupo se observa desde os anos 40, ou seja, não é um fenômeno recente. Mais ainda, as informações mostram que a proporção de idosos na população estadual dobrou em 50 anos: de 236.473 (5%) em 1950, passou para 1.451.745 (10%) em 2000. Neste mesmo ano, o índice de envelhecimento (relação idosos/100 jovens) é de 30, bem acima da média nacional que é de 20. (CIDE, 2000; Brasil, 2000).

**Tabela 4 - Crescimento da população geral e idosa no Estado do Rio de Janeiro  
1940-2000**

Ano	Estado do Rio de Janeiro		
	População geral	População de idosos	Percentual de idosos %
1940	3.611.998	162.640	4,5
1950	4.674.645	236.473	5,0
1960	6.649.646	373.737	5,5
1970	8.994.802	565.895	6,3
1980	11.291.520	816.630	7,2
1991	12.807.706	1.182.594	9,2
2000	14.391.282	1.451.745	10,0

Fonte: Elaboração própria com base em dados do IBGE, Censo 2000; CIDE, 2000.

A taxa de crescimento da população idosa estadual, entre 1940 e 2000 (Tabela 5), aponta que desde a década de 40 é superior à da população geral<sup>1</sup>, enquanto a primeira aumentou 298,4%, o número de idosos cresceu 792,6%, que atingiu o ápice entre 1950 e 1960, com 58%. Também se observa que o índice de crescimento da população geral estadual e da população idosa decresce a partir dos anos 60.

**Tabela 5 - Taxa de crescimento da população geral e idosa no Estado do Rio de Janeiro 1940-2000**

Ano	Estado do Rio de Janeiro	
	População geral %	População idosa %
1940-1950	29,4	45,4
1950-1960	42,2	58,0
1960-1970	35,2	51,4
1970-1980	25,5	44,3
1980-1991	13,4	44,8
1991-2000	12,3	22,7
Crescimento 1940-2000	298,4	792,6

Fonte: Elaboração própria com base em dados do IBGE, Censo 2000; CIDE, 2000.

Quanto às diferenças de gênero entre idosos, a Tabela 6 mostra que 58% são mulheres e 42% são homens. Esta predominância tem repercussões importantes nas demandas por políticas públicas, pois a maioria dessas mulheres é viúva, sem experiências de trabalho no mercado formal, baixa escolaridade, menor renda, etc.,

<sup>1</sup> Dados ajustados nas fontes originais conforme as mudanças político-administrativas do antigo Estado do Rio de Janeiro e da ex-Capital Federal.

(Goldani, 1997) fato que requer mais assistência tanto do Estado quanto das famílias. Confirma-se, assim, o fenômeno, amplamente sabido, da *feminização da velhice*, resultante da maior longevidade feminina, que ganha sua expressão máxima entre os grupos mais velhos. A faixa de 80 anos concentra 11% da população idosa. As mulheres correspondem a 7% e os homens 4%. A esperança de vida ao nascer, para a mulher, no ano 2000, no estado do Rio de Janeiro, era 73 anos, enquanto para o homem 62 anos (Brasil, 2000).

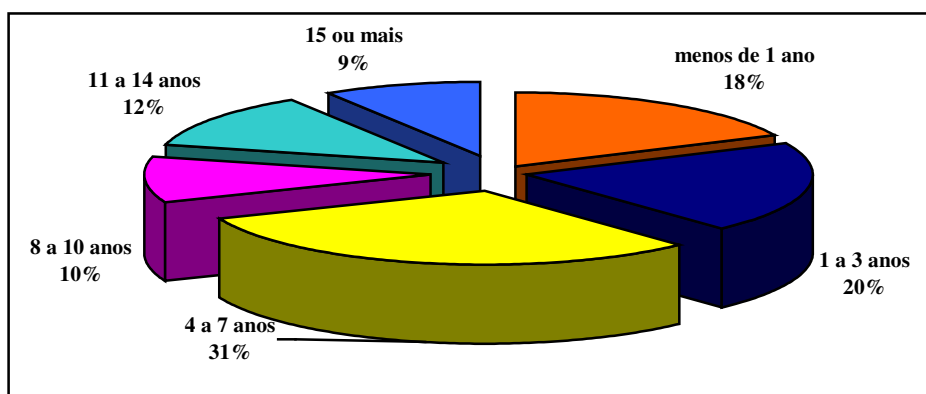
**Tabela 6 - População idosa no Estado do Rio de Janeiro distribuída por sexo e grupos de idade – 2000**

Grupos de idade	Feminino		Masculino		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
60-69 anos	461.489	32	362.886	25	824.375	57
70-79 anos	277.699	19	188.629	13	466.328	32
80 anos e mais	106.138	7	54.904	4	161.042	11
Total de idosos	845.326	58	606.419	42	1.451.745	100

Fonte: Elaboração própria com base em dados do IBGE, Censo 2000.

Ainda com base nas informações do Censo 2000, 96% dos idosos do estado do Rio de Janeiro residiam nas áreas urbanas e 66% eram responsáveis pelo domicílio. Quanto à escolaridade, 83% eram alfabetizados, sendo que 18% tinham menos de um ano de estudo, 20% de um a três anos, 31% entre quatro e sete anos e apenas 9% mais de 15 anos. (Gráfico 2)

**Gráfico 2 - Distribuição dos anos de estudo em idosos alfabetizados no Estado do Rio de Janeiro - 2000**



Fonte: Elaboração própria com base em dados do IBGE, Censo 2000.

Ao analisar a renda dos idosos responsáveis pelos domicílios (Tabela 7), identifica-se que 4,9% não têm rendimentos, 26,8% ganham até um salário mínimo e apenas 6,4% acima de 20 salários, mostrando que a maioria concentra-se nas faixas

inferiores de renda. Além disso, de acordo com a Secretaria de Estado de Ação Social e Cidadania (SEASC), aproximadamente 110 mil vivem abaixo da linha de pobreza. Desse total, apenas 5.089 foram identificados nos últimos dois anos, pelo Programa de Atendimento Integral à Família. (JB, 01/11/ 2001).

**Tabela 7 - Distribuição da renda dos idosos responsáveis pelos domicílios no Estado do Rio de Janeiro**

Número de salários mínimos	Número de idosos	% de idosos
Sem renda	46.936	4,9
Até 1	257.142	26,8
> de 1 a 3	229.688	23,9
> de 3 a 5	123.679	12,9
> de 5 a 10	157.509	16,4
> de 10 a 20	83.601	8,7
> de 20	62.338	6,4
Total	960.893	100,0

Fonte: Elaboração própria com base em dados do IBGE, Censo 2000.

Veras & Alves (1995) afirmam que o padrão do processo de envelhecimento da população do Rio de Janeiro é semelhante ao dos países europeus, mas há grandes diferenças em relação às condições de vida, porque são muito diferenciadas: grandes desigualdades quanto à renda, educação, habitação, transporte, acesso aos serviços de saúde, etc. Essa peculiaridade mostra que as políticas públicas devem considerar as adversidades existentes para diminuir a grande diferença social, o que traz conseqüências graves na sobrevivência da população pobre, em especial dos idosos, que muitas vezes dividem com os mais novos suas aposentadorias. Vários autores (Camarano *et ali*, 1997; Barros, Mendonça e Santos, 1997; Saad, 1997; Delgado e Cardoso Jr, 1997) têm mostrado que a renda desse grupo é um componente imprescindível na manutenção de muitas famílias, demonstrando que, além dos baixos valores das aposentadorias, ainda assume o sustento de outros membros.

O envelhecimento populacional no Rio de Janeiro tornou-se público a partir das situações de abandono, maus-tratos, descaso, etc., para com os idosos. A sociedade civil organizada clama por respostas às demandas, que foram atendidas pelo Poder Público, com a aprovação de medidas legais direcionadas ao lazer, a cultura, a segurança, ao transporte, a justiça, a saúde, a assistência e outras, as quais serão apresentadas a seguir. Porém, salienta-se que esta dissertação não se propõe a examinar cada uma dessas medidas legais, mas analisar se os propósitos da intersetorialidade estariam se concretizando.

## 2. Legislação para o idoso

Nos anos 80 iniciam-se as primeiras legislações governamentais<sup>2</sup> no estado do Rio de Janeiro. Nesse momento já se tinha consciência da mudança de perfil na população e destacava-se a importância de contar com serviços adequados para lidar com a nova realidade. Por exemplo, na saúde, aprovou-se, em 1985, a Lei estadual nº 945, dispondo sobre a criação do Serviço de Geriatria nos hospitais e ambulatórios mantidos pela Secretaria Estadual de Saúde e Higiene.

Os trabalhos da Assembléia Estadual Constituinte resultaram na aprovação de preceitos que tratam dos direitos e garantias fundamentais da família, da criança, do adolescente e do idoso. Como se disse, anteriormente, a Constituição Estadual de 1989 reforça itens já assegurados na Carta Federal, como mostra o quadro seguinte.

**Quadro 4 - Preceitos referentes à família, criança, adolescente e idoso na Constituição do Estado do Rio de Janeiro – 1989**

Artigo 45	É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao idoso, com absoluta prioridade, direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.
Artigo 51	A Administração punirá o abuso, a violência e a exploração, especialmente sexual, da criança, do adolescente, do idoso e também do desvalido, sem prejuízo das sanções penais cabíveis.
Artigo 58	A família ou entidade familiar será sempre o espaço preferencial para o atendimento da criança, do adolescente e do idoso.
Artigo 61	A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando-lhes participação na comunidade, defendendo-lhes a dignidade e o bem-estar, garantido o direito à vida.
Parágrafo único	Lei disporá sobre programas de atendimento aos idosos, executados preferencialmente em seus lares, referentes à integração familiar e comunitária, saúde, habitação e lazer.
Artigo 62	O Estado garantirá na forma da lei a participação de entidades de defesa dos direitos da criança, do adolescente e do idoso na fiscalização do cumprimento dos dispositivos previstos neste capítulo, através da organização de Conselhos de Defesa dos seus direitos.
Artigo 242 § 5º e 6º	Os veículos de transporte rodoviários de passageiros devem respeitar o livre acesso e circulação dos idosos e de portadores de deficiência. Adaptação dos veículos existentes a fim de garantir acesso adequado.
Artigo 245	Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade nos transportes coletivos urbanos e intermunicipais.

Fonte: Elaboração própria com base na Constituição do Estado do Rio de Janeiro, 1989.

Com base no quadro acima, a aprovação desses artigos demonstra que a criança, o adolescente e o idoso passam a merecer atenção prioritária, com direitos assegurados, não contemplados até então, tais como a saúde, alimentação, habitação, lazer, entre outros. Tratou-se também da gratuidade dos transportes coletivos, da desinstitucionalização do atendimento, da adaptação dos veículos para facilitar o acesso.

Incluiu-se a punição para os que abusam, violentam e exploram os idosos. Para fiscalizar o cumprimento desses preceitos, indicou-se a criação dos conselhos de direitos. Todavia, os quesitos incluídos na Constituição Estadual tratam de questões gerais que precisam de leis complementares para melhor definição.

Nos anos 90, a questão do envelhecimento e as péssimas condições de vida dos idosos ganham visibilidade, levando alguns legisladores a assumirem essa causa como bandeira política. O Senador Sérgio Cabral afirma que, ao assumir pela primeira vez o mandato de Deputado Estadual, em 1990, identificou carência de legislação, assumindo a liderança na luta por avanços no plano legal<sup>3</sup>. Com efeito, foram de sua iniciativa várias leis mostradas nos Quadros 5; 6 e 7. Como se depreende, inúmeras questões foram objeto de normatização, mas a que apresenta maior frequência se refere à prioridade no atendimento.

#### Quadro 5 - Legislação estadual referente ao atendimento especial aos idosos e outros no Estado do Rio de Janeiro

Lei nº 1703-09/1990	Autoriza o atendimento prioritário ao maior de 60 anos nas repartições públicas estaduais.
Lei nº 1805-03/1991	Torna obrigatória a preferência assistencial aos menores, sexagenários e deficientes em caso de calamidade pública ou perigo iminente.
Lei nº 1922-12/1991	Torna obrigatória a prioridade no atendimento às pessoas portadoras de deficiências, gestantes e sexagenários, nos serviços de assistência médica ambulatorial e de pronto atendimento na rede pública de saúde e conveniados.
Lei nº 2078-02/1993	Estabelece o prazo de 30 dias para despachos em processos judiciais de maiores de 65 anos.
Lei nº 2154-09/1993	Dispõe sobre o atendimento prioritário a idosos, portadores de deficiência e gestantes pelos órgãos da administração direta e indireta do Estado do Rio de Janeiro.
Lei nº 2157-09/1993	Dispõe sobre prioridade de atendimento em agências bancárias aos maiores de 65 anos.
Lei nº 2440-09/1995	Torna prioritário o embarque e desembarque dos maiores de 65 anos nos transportes coletivos do Estado.
Lei nº 2476-12/1995	Dispõe sobre a prioridade de atendimento em supermercados aos maiores 65 anos.
Lei nº 2642-10/1996	Autoriza o Poder Executivo a fixar em todas as repartições estaduais cartazes informando que cidadãos acima de 65 anos estão dispensados de entrar em fila sob qualquer pretexto.
Lei nº 2718-04/1997	Dispõe a respeito da reserva de lugares para idosos nos trens da FLUMITRENS
Lei nº 2988-06/1998	Dá preferência de tramitação aos procedimentos judiciais em que figure como parte pessoa física com idade igual ou superior a 65 anos.
Lei nº 3201-11/1999	Dispõe sobre a prioridade de atendimento aos idosos em todos os cartórios do Estado do rio de Janeiro.
Lei nº 3213-05/1999	Determina a disponibilização de cadeira de rodas para atendimento ao idoso nas agências bancárias situadas no Estado do Rio de Janeiro.

Fonte: Elaboração própria com base em: *A Terceira Idade: legislação consolidada*. ALERJ, 2001.

<sup>2</sup> Dec. nº 5.372, março de 1982, constitui a Comissão Estadual do Ano Nacional do Idoso e uma medida de caráter comemorativo, a Lei nº 682, novembro de 1983, que institui o Dia Estadual da Pessoa Idosa.

<sup>3</sup> Palestra proferida na ENSP/FIOCRUZ no dia 31 de março de 2003.

Com esse conjunto de medidas o idoso passa a ter atenção especial nas repartições públicas, nos casos de calamidade, nos serviços de assistência médica, na justiça, no embarque e desembarque dos transportes coletivos e nos supermercados. Passou a contar também com reserva de lugares nos transportes coletivos e a disponibilização de cadeiras de rodas nas agências bancárias. Algumas já foram incorporadas e atualmente são cumpridas, principalmente as que envolvem pouco aporte de recursos para implementá-las. Os exemplos mais visíveis estão nas agências bancárias, lojas e supermercados.

O descumprimento da gratuidade nos transportes tem sido um dos maiores problemas enfrentados pelos idosos. Os empresários do ramo, na tentativa de aumentar os lucros, introduzem barreiras para dificultar a gratuidade e o livre acesso. Nesse caso, a fiscalização, exercida pelo Departamento Estadual de Transporte Rodoviário (DETRO) e pela Superintendência Municipal de Transportes Urbanos (SMTU), a primeira responsável em âmbito estadual e a segunda no município do Rio de Janeiro, intervêm, principalmente em casos de denúncias.

Outras leis, indicadas no Quadro 6, tratam de lazer e cultura, ampliando a possibilidade dos idosos participarem de vários eventos disponíveis. Nesse quesito aprovou-se o desconto dos ingressos para espetáculos nas salas sob gestão estadual e nos cinemas, gratuidade nos estádios, ginásios, museus e casas de culturas de propriedade do Estado. Tratou-se também da utilização das áreas de recreação das escolas estaduais nos finais de semanas.

**Quadro 6 - Legislação estadual referente a lazer e cultura para o idoso no Estado do Rio de Janeiro**

Lei nº 1817-05/1991	Concede desconto nos ingressos para espetáculos realizados nas salas de propriedade do Estado do Rio de Janeiro aos maiores de 65 anos
Lei nº 1833-07/1991	Concede entrada gratuita nos estádios e ginásios oficiais aos idosos.
Lei nº 2454-11/1995	Obriga os cinemas localizados no Estado do Rio de Janeiro a concederem desconto no preço do ingresso aos maiores de 65 anos.
Lei nº 2562-05/1996	Assegura ao idoso o ingresso gratuito nos Estádios e Ginásios Esportivos mediante a apresentação da carteira de identidade do IFP.
Lei nº 2593- 07/1996	Autoriza o Poder Executivo a permitir a cessão, aos sábados e domingos das áreas de recreação cobertas, existentes nos colégios estaduais, aos grupos da terceira idade, legalmente formados, para utilização como espaço de lazer.
Lei nº 2796-09/1997	Assegura ao idoso o ingresso gratuito em museus e casas de Cultura de propriedade do Estado aos cidadãos maiores de 65 anos.

Fonte: Elaboração própria com base em: *A Terceira Idade: legislação consolidada*. ALERJ, 2001.

O Senador Sérgio Cabral afirma que a lei que garante a gratuidade nos museus estaduais, pelo seu alcance social, foi seguida pela esfera federal. Outro incentivo importante na participação do idoso, no amplo circuito cultural, é o desconto de 50%



nos cinemas, na primeira sessão da tarde. Essa obrigatoriedade foi questionada pelos empresários do ramo, que fizeram pressão contrária junto à ALERJ. Após um mês em vigor e constatada a lucratividade que essa medida traria, houve ampliação do desconto para todas as sessões.

Em síntese, a aprovação dessas leis trouxe resultados benéficos para os dois lados, pois o crescimento da população idosa cria um amplo mercado consumidor e provoca aumento progressivo de oportunidades de entretenimento, impulsionando o desenvolvimento do setor de serviços e lazer.

Quanto à assistência prestada, especialmente aos mais pobres, no Rio de Janeiro, seja em instituições asilares públicas ou privadas, verificamos que predominam situações de abandono, descaso e maus tratos. Este quadro vem, há tempos, sendo alvo de denúncias na Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ<sup>4</sup>) e nos meios de comunicação.

Em 1992, o Presidente da ALERJ, Deputado José Nader, assinou a Resolução nº 130, dispondo sobre a constituição de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI<sup>5</sup>), para apurar o tratamento concedido à população idosa, por instituições assistenciais, previdenciárias, concessionárias de serviços públicos e outras organizações públicas ou privadas. O Relatório Final desta CPI, aprovado na Resolução ALERJ nº 306, de 1993, foi enviado ao Governador do Estado, ao Chefe do Gabinete Civil do Estado, ao Secretário de Justiça, ao Secretário de Transportes, ao Secretário Estadual de Saúde e ao Secretário Estadual do Trabalho e Ação Social para promoverem, no âmbito de suas competências, as medidas saneadoras das questões apresentadas.

Uma situação que marca o abandono e ganha visibilidade nacional e internacional, é o trágico episódio, fartamente divulgado pela mídia, da morte de 156 pacientes idosos, em 1996, na Clínica Santa Genoveva, conveniada com o SUS. Este acontecimento constituiu um alerta para as condições infra-humanas dos estabelecimentos dedicados a cuidar dos velhos. Para Costa *et al* (2000), os dados disponíveis nos sistemas de informações poderiam ter antecipado as investigações dos órgãos competentes, de modo a evitar o excesso de óbitos identificados em meados de 1996, mas esse monitoramento elementar não foi feito.

Com a divulgação desse caso, a Assembléia Legislativa declarou aberta a CPI para apurar a morte dos idosos e a qualidade da assistência prestada aos mesmos,

---

<sup>4</sup> A Assembléia Legislativa pode receber petições, reclamações, representações ou queixas contra atos ou omissões das autoridades ou entidades públicas.

<sup>5</sup> As Comissões Parlamentares de Inquérito têm poderes de investigação próprios das autoridades judiciais, para apuração de fato determinado e por prazo certo, sendo suas conclusões, se for o caso, encaminhadas ao Ministério Público, para que promova a responsabilidade civil ou criminal dos infratores.

através da Resolução nº 331 de 1996. Esta CPI encaminhou o relatório final para o Ministério Público Federal, Estadual, ao Ministério da Saúde, à Secretaria Estadual de Saúde, ao Conselho Regional de Medicina, ao Ministério da Fazenda e ao Ministério do Trabalho. Os encaminhamentos foram feitos na expectativa de que, ao tomarem conhecimento dos fatos apresentados, as autoridades promovessem a responsabilidade civil e/ou criminal dos infratores. O desfecho deste episódio gerou o fechamento da Clínica Santa Genoveva e o indiciamento dos culpados e impulsionou a regulamentação da Política Nacional do Idoso (PNI), pelo Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996.

A partir desse ano foram aprovadas medidas em defesa dos direitos dos idosos, com a divulgação das constantes situações de desrespeito. As leis que tratam sobre essa questão estão dispostas no Quadro a seguir.

**Quadro 7 - Legislação estadual referente à assistência social, à saúde e legal aos idosos no Estado do Rio de Janeiro**

Lei nº 2515-01/1996	Aprova a Declaração dos Direitos do Idoso no Estado do Rio de Janeiro.
Lei nº 2536-04/1996	Dispõe sobre o Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa.
Lei nº 2557-05/1996	Autoriza o Poder Executivo a criar o Centro de Geriatria e Gerontologia do Estado do Rio de Janeiro
Decreto nº 22397-08/1996	Dispõe sobre a administração do Fundo para a Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (FUNDEPI), destinado a gerir recursos e financiar as atividades do Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa.
Lei nº 2719-05/1997	Autoriza o poder Executivo a instituir o censo médico-social e assistencial do Idoso do Estado do Rio de Janeiro.
Lei nº 2795-09/1997	Autoriza o Poder Executivo do Estado do Rio de Janeiro a criar o Programa de Vacinação para a Terceira Idade.
Resolução DPGE nº 80-09/1997	Cria o Núcleo Especial de Atendimento à Pessoa Idosa (NEAPI) na Defensoria Pública Geral do Estado do Rio de Janeiro.
Lei nº 2828-11/1997	Garante a permanência de acompanhante de pessoas idosas nos casos de internação em estabelecimentos de saúde.
Lei nº 2963-06/1998	Autoriza o Poder Executivo a firmar convênios com as Prefeituras Municipais criando os Centros de Convivência da Terceira Idade.
Decreto nº 24510-07/1998	Cria a Delegacia Especial de Atendimento às Pessoas de Terceira Idade
Lei nº 3084-10/1998	Autoriza o Poder Executivo a instituir a Defensoria da Pessoa Idosa, dentro da estrutura organizacional da Defensoria Pública Geral do Estado do Rio de Janeiro.
Lei nº 3332-12/1999	Autoriza o Poder Executivo a criar casas-lar destinadas a acolher idosos carentes em todo o Estado do Rio de Janeiro.
Resolução ALERJ nº 451-10/2000	Dispõe sobre a criação da Ouvidoria Especial do Idoso.
Lei nº 3500-12/2000	Proíbe às empresas que operam com financiamento a negar crédito em razão do solicitante ser maior de 65 anos.
Lei nº 3540-03/2001	Autoriza o Poder Executivo a criar o Instituto Fluminense de Geriatria e Gerontologia, vinculado à Secretaria de Estado de Saúde.

Fonte: Elaboração própria com base em: *A Terceira Idade: legislação consolidada*. ALERJ, 2001.

Destes dispositivos legais, alguns culminaram em ações efetivas, como a instalação do Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa-CEDEPI, do Fundo para a Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa-FUNDEPI, do Núcleo Especial de Atendimento à Pessoa Idosa-NEAPI e da Delegacia Especial de Atendimento às Pessoas de Terceira Idade, instituições que serão apresentadas posteriormente, bem como o estudo das realizações de ações conjuntas, efetivada por esses órgãos.

Ainda nesse conjunto estão as normas que autorizam a criação do Centro de Geriatria e Gerontologia do Estado do Rio de Janeiro, do Instituto Fluminense de Geriatria e Gerontologia, a realização do Censo Médico-Social e Assistencial do Idoso no Estado do Rio de Janeiro e a criação das casas-lar destinadas a acolher idosos carentes. Porém, até o término desta pesquisa tivemos indícios de que dessas iniciativas poucas se concretizaram.

Uma lei importante dispõe sobre a vacinação para idosos, prevenindo contra o tétano, a pneumonia pneumocócica e a influenza, que representam sérios problemas nesse grupo etário. Essa medida ganhou impulso em face de o Ministério da Saúde adota-la como um dos meios para manter a capacidade funcional do idoso.

Quanto à gratuidade nos transportes, foi aprovada a lei nº 1.607, de 1990, concedendo o direito nos coletivos intermunicipais, aos usuários com 60 anos ou mais. Essa questão, desde então, não saiu da pauta de debates, pois de um lado os empresários do setor utilizam medidas judiciais para burlar o cumprimento; de outro, os idosos em parceria com grupos interessados, fazem pressão através de passeatas, manifestações públicas, notas de protesto, etc. para garantir os seus direitos. Quanto ao argumento de que o Estado estaria transferindo para a iniciativa privada os custos de sua responsabilidade, o Deputado Estadual Paulo Pinheiro<sup>6</sup> afirma que o pagamento do passe livre viria dos lucros obtidos com a venda de vales transportes, comercializados pela Federação de Transportes Rodoviários do Rio de Janeiro (FETRANSPOR). Outra lei, a de nº 3.357, de 2000, obriga as empresas de transporte público intermunicipal a informarem sobre o livre acesso aos maiores de 65 anos na lateral dos veículos.

Todas essas medidas legais, umas resultantes de mobilizações dos idosos e outras de iniciativas isoladas de parlamentares, mostram as necessidades diferenciadas do ser humano em função de sua idade biológica. A aprovação da Lei 8.842 e de outras normas representa, portanto, esse reconhecimento. No entanto, o processo de implementação dessa política em particular é extremamente complexo e marcado pela imprevisibilidade. A intersetorialidade acarreta adicionais dificuldades, exigindo a

---

<sup>6</sup> Discurso proferido no Hospital de Geriatria e Gerontologia Eduardo Rabelo em 15 de abril de 2003.

necessidade de superação de uma visão meramente executória, onde os implementadores cumpririam funções prescritas em obediência às normas e a uma hierarquia, devem em lugar de envidar esforços criativos para realmente atingir os objetivos buscados pelos legisladores para melhorar a delicada situação da maioria dos idosos.

## **CAPÍTULO IV**

# **ANÁLISE DA INTERSETORIALIDADE NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Este capítulo apresenta os resultados da pesquisa, realizada para conhecer o processo de implementação da PNI no Estado do Rio de Janeiro e, apreender os elementos relativos à intersectorialidade assim como a articulação entre os órgãos dos níveis federal, estadual e municipal envolvidos.

Primeiramente, será examinada a prestação da assistência ao idoso, identificando as secretarias de governo que dispõem de programas e equipes, as ações setoriais e intersectoriais desenvolvidas pelos órgãos e os acordos para o trabalho em conjunto.

Posteriormente, apresentaremos o FÓRUMPNEI-RJ e o CEDEPI, instâncias coletivas e participativas, que têm se destacado nesse processo. Integrados por diferentes lideranças setoriais têm grande potencial para constituir-se em importante mecanismo institucional de pactuação de ações intersectoriais.

Veremos, por consequência, a situação da PNI até a atualidade, as potencialidades e deficiências no atendimento e as posições de diversos atores, tanto frente às dificuldades encontradas, quanto no que diz respeito às soluções dos problemas apontados.

### **1. Assistência aos idosos e os principais órgãos envolvidos na implementação da PNI**

Conforme discutido, nos capítulos anteriores, a PNI designa a participação de sete ministérios para a execução de ações convergentes para as pessoas idosas. O mesmo deveria ocorrer com as secretarias correspondentes nos estados e municípios. No entanto, no Estado do Rio de Janeiro foram identificados apenas cinco órgãos que dispõem de programas e equipes destinados especificamente ao atendimento da população idosa, são eles: Secretaria de Estado de Ação Social e Cidadania (SEASC) que desenvolve o Programa de Atendimento ao Idoso (PAI); a Secretaria de Estado de Saúde (SES) através da Assessoria de Saúde do Idoso; a Secretaria de Estado de Segurança Pública com a Delegacia do Idoso e a Secretaria de Estado de Ciência e Tecnologia responsável pela Universidade da Terceira Idade/UERJ e um órgão

vinculado diretamente ao poder executivo estadual, a Defensoria Pública Geral do Estado, que coordena o Núcleo de Atendimento ao Idoso (NEAPI).

A seguir examinaremos cada um desses órgãos, destacando principalmente, como e quando acontece a execução de ações integradas.

#### **a) Secretaria de Estado de Ação Social e Cidadania - Programa de Atendimento ao Idoso**

Em 1999, em meio às comemorações do Ano Internacional do Idoso, diversas denúncias chegaram à Comissão Permanente para Assuntos ligados à Criança, ao Deficiente e ao Idoso da ALERJ<sup>7</sup>, somando-se às já existentes, encaminhadas por instituições e cidadãos comuns. Para responder tal questão, a Presidente da Comissão, Deputada Tânia Rodrigues, criou, em abril do mesmo ano, uma sub-comissão composta por representantes dos diversos segmentos da sociedade, como os Conselhos Estaduais de Assistência Social, de Saúde, de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, da Pessoa Portadora de Deficiência; Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; Conselhos Regionais de Medicina, de Nutrição, de Enfermagem, de Serviço Social; das Secretarias Municipais de Saúde e Desenvolvimento Social do Rio de Janeiro; As Vigilâncias Sanitárias do Estado e do Município do Rio de Janeiro; Secretaria Estadual de Ação Social, Esporte e Lazer; Ministério Público Federal e Estadual; Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro. Essas entidades participaram das ações fiscalizadoras contra o mau atendimento prestado aos idosos. Foram inspecionados 13 asilos e abrigos, comprovando as péssimas condições desses estabelecimentos, em particular os da Zona Oeste. (Magaro, 2001)

No mesmo ano foi implantado pelo executivo, através da Secretaria Estadual de Ação Social, Esporte e Lazer, o Programa de Atendimento ao Idoso (PAI), inicialmente com um serviço telefônico preparado para receber denúncias de violência, como maus tratos, desrespeito à legislação e situações de risco, denominado Ligue Idoso/Ouvidoria. Constituiu-se na primeira iniciativa assistencial especificamente para a população idosa, até então, atendida por outros programas sociais.

O PAI<sup>8</sup> e o Ligue-Idoso/Ouvidoria funcionam em prédio anexo ao Palácio Guanabara, sede do governo estadual<sup>9</sup>. Esse serviço procura combater a violência

---

<sup>7</sup> Esta comissão tem por objetivo desenvolver ações normatizadoras e fiscalizadoras das ações públicas, relacionadas direta ou indiretamente, com sua área de atuação. Compete a ela também, a realização de audiências públicas, para tratar de assuntos pertinentes, solicitação de depoimentos de qualquer autoridade governamental ou não-governamental, além de realização de diligências para averiguações diversas.

<sup>8</sup> Sua equipe é constituída por cinco profissionais. Uma assistente social, uma psicóloga, uma relações públicas, um administrativo e um estagiário da Fundação da Infância e da Adolescência (FIA).

<sup>9</sup> Por receber muitas denúncias de maus tratos foi proposto pelo CEDEPI, como forma de integrar os serviços, que o Ligue-Idoso/Ouvidoria ocupe o mesmo prédio da Delegacia do Idoso.

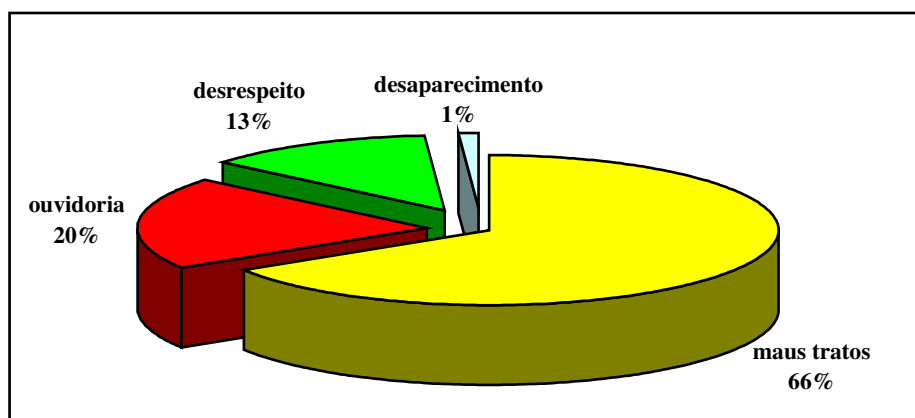
doméstica - física e psicológica -, exploração, discriminação e outras agressões, visando a defesa de direitos civis e humanos. Seu âmbito de atuação é a unidade federada, mantém parcerias com o Ministério Público, o NEAPI, o CEDEPI, a Secretaria de Saúde, a Secretaria de Transportes, a Delegacia do Idoso, entre outros. Através de convênio com o Ministério da Justiça, em 2002 recebeu cerca de R\$ 41 mil para manutenção.

A equipe atual do Ligue Idoso/Ouvidoria é formada por duas assistentes sociais, uma estagiária de Serviço Social, um estagiário adolescente da Fundação da Infância e Adolescência (FIA) e um funcionário administrativo. Os dois últimos também trabalham em outras atividades do PAI. A escuta é feita pelas assistentes sociais, que analisam as denúncias e agrupam de acordo com uma classificação já existente: maus tratos, ouvidoria, desrespeito e desaparecimento. No primeiro item estão os conflitos familiares, de vizinhanças, entre casais, interpessoais, agressões físicas, ameaças de morte, negligências, discriminações, abandonos e apropriação de bens. Como desrespeito, estão incluídos os descumprimentos das leis que amparam os idosos. No que concerne à Ouvidoria, estão as situações de atendimento imediato que não requerem encaminhamento formal a outro órgão competente e destina-se a orientar e esclarecer o idoso ou o denunciante quanto a seus direitos junto aos órgãos de competência.

Esse canal de escuta tornou-se um instrumento importante na identificação, pelo Poder Público, das situações que contrariam a legislação para o idoso. Alves (2001) realizou pesquisa nesse serviço e identificou que, no primeiro ano de funcionamento, foram recebidas 863 denúncias, sendo que 308 (36%) se referiam a maus tratos e, destas, 120 (39%) foram consideradas resolvidas, significando que o órgão responsável pela investigação tomou providências e deu retorno ao serviço. Quanto ao desrespeito nos transportes coletivos foram denúncias 148 (17%), das quais 35 (23,6%) foram resolvidas. Todavia, esses números mostram que a resolução de casos é bastante reduzida.

De julho de 1999, época de sua criação, até janeiro de 2003, o Ligue Idoso/Ouvidoria, havia recebido cerca de quatro mil denúncias. No Gráfico 3, observa-se que 66% dos casos foram consideradas como maus tratos, 20% ouvidoria; 13% desrespeito e 1% desaparecimento. Os dados mostram a complexidade das situações, indicando a necessidade de implementação de ações convergentes para o atendimento das demandas do idoso, conforme preconiza a PNI.

**Gráfico 3 - Distribuição das denúncias recebidas pelo Ligue Idoso/Ouvidoria – julho de 1999 a janeiro de 2003**



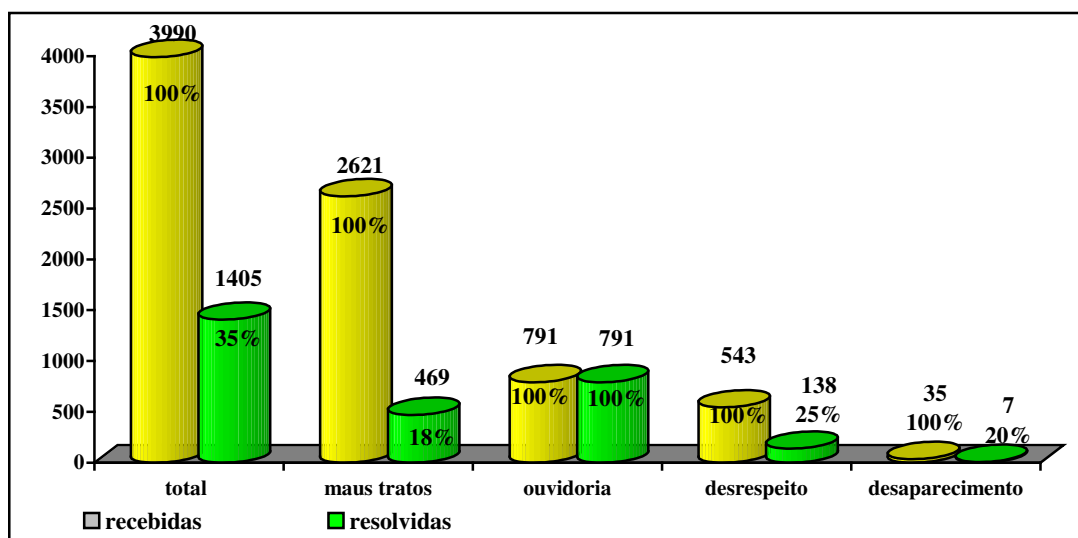
Fonte: Elaboração própria com base no relatório da SEASC, 2003.

Ao analisar a resolutividade das denúncias, (Gráfico 4) 35% foram consideradas resolvidas, significando que ao serem encaminhadas aos órgãos competentes receberam uma atenção ou uma resposta escrita, comunicando que providências estavam sendo tomadas para solucionar a situação. Com relação aos maus tratos, apenas 18% tiveram esse tratamento. Embora esse fato tenha impulsionado a criação do serviço e concentre a maioria dos casos recebidos, poucos tiveram solução.

Relativamente à ouvidoria, identificamos 100% dos casos resolvidos, pois se trata de um esclarecimento ou de uma orientação, não necessitando da participação de outro órgão. Em relação ao desrespeito, 25% foram solucionadas, tendo em vista à aplicação de multas e/ou intervenção nas instituições denunciadas. Quanto aos desaparecidos, apenas 20% resultaram em investigação, o que limita consideravelmente a possibilidade de encontra-los.



**Gráfico 4 - Distribuição das denúncias recebidas e resolvidas no Ligue-Idoso/Ouvidoria - julho/1999 a janeiro/2003**



Fonte: Elaboração própria com base no relatório da SEASC, 2003.

Aqui cabem duas observações. A primeira com relação aos dados apresentados acima, especialmente os de maus tratos, pela baixa resolutividade. A segunda se refere às situações que não chegam ao conhecimento do Ligue-Idoso/Ouvidoria. Alguns entrevistados afirmaram que as denúncias poderiam aumentar se esse serviço fosse de amplo conhecimento da população e dos profissionais. Cabe indagar a forma, como os órgãos estão atuando para responder adequadamente as denúncias recebidas e como vem ocorrendo a ampliação e a divulgação dessa iniciativa em âmbito estadual, o que aponta para a necessidade de pesquisas específicas voltadas para a compreensão da baixa resolutividade desses serviços.

O rompimento político entre o governador Anthony Garotinho, do Partido Socialista Brasileiro (PSB) e o Partido dos Trabalhadores (PT), em 2000, teve repercussão direta na Secretaria Estadual de Ação Social, Esporte e Lazer, ocupada por Antônio Pitanga, integrante do PT. O secretário foi destituído do cargo e a estrutura da secretaria modificada, passando a denominar-se Secretaria de Estado de Ação Social e Cidadania (SEASC), a qual passou a ser coordenada pela primeira dama, Rosinha Matheus.

A sua gestão foi marcada por gerenciar todos os projetos da área social do estado, dentre eles o PAI, e criar programas como Cheque Cidadão, Restaurantes Populares, Cheque Morar Feliz, Leite Saúde, Sopa da Cidadania, entre outros, e também por denúncias de parlamentares da oposição, que acusaram o governo estadual de estar desviando recursos de outras secretarias, incluída aí a de saúde, para investir em

políticas com características clientelistas, assistencialistas e focalizados nas populações carentes. (*Jornal O Globo*, 16/07/2000)

Em geral, no período pesquisado a qualidade da assistência ao idoso continuou inalterada, tanto que, freqüentemente surgiram novas denúncias na imprensa, apontando abandono, maus tratos, apropriação indébita, cárcere privado, omissão de socorro, tortura e constrangimento ilegal, praticados em abrigos e asilos do município do Rio de Janeiro. Em 2001 os problemas ganharam mais visibilidade, tendo instalado a ALERJ uma nova CPI do Idoso, que, em parceria com outros órgãos, durante sete meses inspecionou 129 asilos, constatando que 101 apresentavam irregularidades. Isto levou à interdição de 11 abrigos e quatro pessoas foram presas (*JB*, 23/10/2001). Nessa situação identifica-se a pactuação de ações conjuntas de diversos órgãos envolvidos na implementação da PNI no estado do Rio de Janeiro, mostrando que, freqüentemente, a articulação acontece em situações emergenciais.

*Na medida que existe um fato, e esse fato pode cair na mídia e repercutir de forma negativa se estabelece uma parceria, mas fora disso os serviços para o idoso são desarticulados. (Entrevista nº 3)*

Cabe lembrar que as situações aludidas são conhecidas por terem tido repercussão na opinião pública, mas certamente o quadro pode ser muito mais grave. Além do mais, viver em abrigos e asilos, longe ou perto dos familiares, não preserva os idosos de maus-tratos, pois a família também não é garantia de respeito e carinho. Como se vê, a questão do idoso no Rio de Janeiro é claramente uma prioridade crítica, à qual as autoridades estaduais devem se avocar com a maior urgência e, dada a sua complexidade, de fato exigem a implementação de ações integradas por parte dos diferentes órgãos da Administração Pública.

A publicização da situação de maus tratos e a instalação da CPI, além de impelir o trabalho em conjunto, impulsionou a criação de outras alternativas de atendimento no âmbito da SEASC, cuja escolha foi baseada em critérios técnicos, identificados a partir do perfil da população idosa e o tipo de necessidade apresentada. De posse dessa avaliação, concluiu-se que as modalidades que responderiam melhor seriam os Centros de Convivência, Centros Dia e a Vila Residencial, previstas na Portaria da SAS nº 73, de 10/05/2001.

*A maioria da população que nós atendemos é de baixa renda. Nós podemos afirmar que o Centro-Dia é o tipo de modalidade que atenderia melhor essa população, porque sua proposta é que o idoso passe ali o dia. Ele atende o idoso adoentado, o idoso dependente, proporcionado assistência de*

*fisioterapeutas, de cuidadores, de enfermeiros, de nutricionistas e de outros profissionais, objetivando torna-lo independente. Esta modalidade daria um suporte mais humano à população, porque a questão do idoso acaba não sendo somente do idoso, é da família. A família acaba não podendo manter essa situação por muito tempo, pois precisa trabalhar. Então acontecem casos deles ficarem abandonados, ficarem presos. (Entrevista nº 1)*

Além disso, o PAI ampliou sua atuação, antes restrita ao Ligue-Idoso/Ouvidoria, assumindo o planejamento e a instrumentalização de programas e projetos que possibilitem um envelhecer com dignidade. Com base na descentralização, compete a essa instância governamental estabelecer cooperação técnica junto aos gestores locais, monitorar e avaliar as atividades em curso, desenvolver programas de capacitação, instalar e equipar Centros Dias e Centros de Convivência, de acordo com os padrões indicados.

Segundo a SEASC os municípios (Tabela 8) eleitos para a implantação das modalidades apresentavam os menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH). No caso do Rio de Janeiro, as irregularidades encontradas nos abrigos durante as investigações da CPI instalada pela Assembléia Legislativa em 2001 impulsionaram a tomada de decisão.

A Prefeitura do Rio de Janeiro disponibiliza várias modalidades de atendimento para o idoso autônomo e independente. Coordenados pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social destaca-se o *Rio-Experiente*, criado em 1994, com *os Grupos de Convivência; Rio Dignidade à Terceira Idade; de Apoio a Idosos em Situações Específicas; Apoio Nutricional e Técnico a Instituições Asilares* e a parceria com o governo federal *no Centro de Promoção Social Abrigo do Cristo Redentor*. Na Secretaria Municipal de Saúde, a *Gerência de Programas de Saúde do Idoso*, desde 1993 vem sensibilizando os gestores e profissionais das unidades para a atenção integral ao idoso, priorizando as ações preventivas, capacitando recursos humanos, etc. A Secretaria Municipal de Esportes e Lazer desenvolve os *Bailes da Felicidade* e a prática de esportes em praças públicas do Rio de Janeiro. A Secretaria Especial da Terceira Idade, criada em 2000, para articular o trabalho desenvolvido nas diversas secretarias, após três anos de funcionamento, tem se restringido a promover bailes, seminários, fóruns, etc.

Até 2002, a SEASC havia implantado oito Centros de Convivência, cinco Centros Dia e duas Vilas Residenciais.

**Tabela 8 - Municípios com modalidades de atendimento ao idoso implantadas pela SEASC**

<b>Centro de convivência</b>	<b>IDH</b>	<b>Centro dia</b>	<b>IDH</b>	<b>Vila residencial</b>	<b>IDH</b>
Rio de Janeiro		Rio de Janeiro		Rio de Janeiro	
Hospital Eduardo Rabelo	0,797	Hospital Eduardo Rabelo	0,797	desenvolvido pela Fundação Leão XIII	0,797
Duas Barras	0,609	Araruama	0,672	Itaboraí	0,657
Miguel Pereira	0,704	Campos dos Goytacazes	0,684		
Miracema	0,668	Três Rios	0,725		
Porciúncula	0,645	Volta Redonda	0,769		
Santo Antonio de Pádua	0,692				
Squarema	0,676				
Rio Claro	0,671				

Fonte: Elaboração própria com base no Relatório SEASC, 2002.

O Centro de Convivência visa promover atividades associativas, produtivas, promocionais e de educação, contribuindo para autonomia, o envelhecimento ativo e saudável, prevenindo o isolamento e a exclusão social. Com proposta de atender 100 idosos, investiu-se em obras, equipamentos e transporte, cerca de R\$ 150.000,00 em cada unidade.

O Centro Dia foi criado para atender pessoas com limitações, que convivem com familiares, mas não dispõem de atendimento integral no domicílio e que não conseguem realizar Atividades Individuais de Vida Diária (AIVD). Foram alocados R\$ 335.000,00 em cada centro, para atendimento de 20 usuários.

A proposta da Vila Residencial é atender o idoso que esteja em situação de extrema pobreza, abandonado pela família e sob tutela da justiça, por ser alvo de maus tratos físicos, psicológicos e sociais. Atualmente o projeto implantado no município do Rio de Janeiro, é administrado pela Fundação Leão XIII, instituição que tradicionalmente desenvolve ações voltadas para a população de baixa renda no estado, com algumas delas voltadas para os idosos.

Cada uma das oito casas foi adequada para atender duas pessoas. Para acompanhar os moradores foi designado um casal de cuidadores, com moradia independente, para apoiar na cozinha comunitária e nos serviços do condomínio. Dois guardas mantêm a segurança do condomínio por 24 horas e quatro jovens bolsistas ajudam nos serviços. A experiência se destaca como alternativa ao asilamento, mas constata-se que ainda é muito aquém da demanda apresentada.

Em março de 2002, com a inauguração do Centro de Convivência Intergeracional, no município de São Gonçalo, sob gestão da Fundação Leão XIII, cumpre-se a diretriz da PNI, que estabelece a viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações.

Outro projeto da SEASC, denominado Idoso em Família, ainda em fase de planejamento, visa atender, prioritariamente, idosos independentes e semi-dependentes, asilados em instituições interditadas ou em exigências pela Secretaria de Estado de Saúde, de forma a inseri-los em seus núcleos familiares. O público-alvo é o idoso institucionalizado nos asilos denunciados, cujos proventos não ultrapassem R\$ 300,00. Para a operacionalização, uma comissão irá avaliar e definir os critérios de recebimento do benefício. Tem a meta de atender 200 idosos, que receberão um cheque mensal no valor de R\$ 200, 00.

A SEASC reconhece a necessidade de implantar novas modalidades, mas alega não haver repasse de recursos financeiros do governo federal para se fazer investimentos nessa área. Atualmente, *somente são feitas transferências através do Serviço de Ação Continuada (SAC), para manutenção dos asilos e grupos de convivência.* (Entrevista nº 2) Outra dificuldade é o cumprimento da assessoria técnica aos gestores municipais, da capacitação de recursos humanos, da supervisão, do monitoramento e da avaliação das ações, inclusive nos municípios que implantaram as modalidades de atendimento.

Com a mudança de gestão, no executivo estadual e nas secretarias, em abril de 2002, piorou consideravelmente a aplicação das responsabilidades previstas na legislação. A falta de recursos financeiros, segundo técnicos da secretaria, foi o principal entrave nesse período. Além disso, por não ter havido a transição de governo, a nova equipe precisou de tempo para reconhecer o trabalho em desenvolvimento. Algumas obras foram inauguradas sem que houvesse condição de funcionamento e não havia profissionais, em número suficiente e com as competências para implementar a PNI. Apesar de todas essas dificuldades, observa-se a intenção governamental de superação de ações fragmentadas e a necessidade de integração das mesmas.

*A busca pela intersectorialidade é uma busca nossa, enquanto secretaria. A superintendência em que hoje nós estamos, é responsável por todos os programas sociais, que descentraliza com os municípios. Então a gente trabalha na perspectiva de se alcançar o que a LOAS estabelece. É exatamente isso, a intersectorialidade, a descentralização da política, a*

*participação dos conselhos, dos fóruns, das representações da sociedade. Então a gente vem trabalhando nesta vertente com o Programa da Família, integrando todas as ações, como a lei estabelece, LOAS e a PNI. Então a gente precisa trabalhar com a gestão descentralizada e intersetorial. Isso é fundamental. (Entrevista nº 2)*

*Nós buscamos algumas ações articuladas com a secretaria de saúde, através da saúde mental, até porque ela também nos procurou. Eles estavam fazendo um trabalho de desospitalização, onde existiam idosos institucionalizados há muitos anos e, a partir dessa ação concreta, nós trabalhamos juntos. Nossa compreensão é que não temos como trabalhar separados de outras secretarias.*

*Em outubro de 2002 houve a primeira reunião com os parceiros do Ligue-Idoso. Foi a primeira reunião que se fez, porque como as demandas são muito grandes, a gente acaba se envolvendo com atendimentos emergenciais. (Entrevista nº 1)*

Observa-se nesta questão um paradoxo: entre os entrevistados o trabalho intersetorial descentralizado é unanimidade, sendo, portanto, uma meta a ser alcançada. No entanto, somente em outubro de 2002 realizou-se a primeira reunião com os parceiros da iniciativa mais antiga dessa secretaria destinada especificamente à população idosa.

De maneira geral, essa peculiaridade não é exclusiva do estado do Rio de Janeiro, foi identificada também no município de São Paulo em pesquisa realizada por Santos (1998) quando avaliou a implantação da PNI naquele local. A autora firma que as diversas iniciativas não estão articuladas e conectadas com as esferas estadual e municipal.

Em Cuiabá a situação não é diferente. Silva (2001), ao analisar o Programa Conviver, único programa implementado para idosos naquele município identificou que embora sua implementação constitua um instrumento significativo, ele não tem garantido aos idosos o acesso aos recursos sociais, de forma a efetivar os direitos constitucionais.

#### **b) SECRETARIA DE ESTADO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA –Universidade Aberta da Terceira Idade, da UERJ**

A Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI), é um programa de extensão e cultura da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em funcionamento

desde 1993, e configura-se como um importante centro de pesquisas e de serviços destinados ao idoso, com reconhecimento nacional e internacional. Mantém atividades de ensino e formação de recursos humanos, pesquisa e extensão.

Os recursos materiais e humanos para o desenvolvimento do trabalho estão incluídos no orçamento da UERJ, que os distribui entre as sub-reitorias, de ensino, de pesquisa e de extensão.

A UnATI desenvolve as seguintes atividades:

A Gerência de Ensino e Formação de Recursos Humanos coordena ações e projetos educacionais, que possibilite a participação social do idoso, visando contribuir para um novo modo de viver a velhice. Desenvolve ações de capacitação continuada, direcionadas aos alunos da graduação e pós-graduação da UERJ e de outras universidades, cursos de extensão para profissionais e pessoas interessadas no tema.

O Centro de Convivência oferece cerca 120 cursos, divididos em sete áreas temáticas: educação para a saúde; arte da dança e da música; artes plásticas e artesanato; arte, literatura e história; atividades informativas/formativas em Terceira Idade; língua estrangeira; atividades de integração e reflexão. Os cursos são freqüentados, a cada ano, por aproximadamente 2.000 idosos, que podem se inscrever em até três cursos por semestre, os quais são coordenados por 71 profissionais de diferentes áreas do conhecimento.

A Gerência de Pesquisa coordena atividades que refletem os múltiplos interesses envolvidos na questão do envelhecimento populacional no país, com pesquisas na área da epidemiologia; educação física e promoção da saúde para idosos; sexualidade e terceira idade, nutrição e terceira idade e estudos cognitivos em idosos, cujos resultados, imprescindíveis para o conhecimento da realidade, têm contribuído para o trabalho de gestores, técnicos e outros profissionais. Para difundir e multiplicar o conhecimento sobre o envelhecimento humano publica livros, de autoria de pesquisadores e de idosos, com destaque para a revista semestral *Textos sobre Envelhecimento*, disponível em livrarias e na internet.

A Gerência de Extensão desenvolve ações centradas nos projetos e atividades dos ambulatórios do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) e da Policlínica Piquet Carneiro. O NAI realiza atendimento, para idosos autônomos e independentes, no âmbito da educação e promoção da saúde, objetivando o envelhecimento saudável para cerca de 800 pessoas por mês. A atenção é individual ou grupal, com um enfoque integrado desenvolvido por uma equipe multidisciplinar.

*A gente tem uma equipe multidisciplinar, há um trabalho integrado, até porque o nosso olhar é para a pessoa idosa, não para cada disciplina. Na verdade esse trabalho é relevante porque a gente tem como foco a PNI. (Entrevista nº 3)*

Na Policlínica Piquet Carneiro, resultado de convênio entre o Ministério da Saúde e a UERJ, desenvolve-se o projeto Cuidado Integral à Pessoa Idosa, prestando assistência a 600 usuários por mês com limitações significativas de independência e autonomia. Este ambulatório é um dos poucos, mantidos pelo SUS, que oferece este tipo de atendimento.

*Este ambulatório tem sua importância, uma vez que nós não temos uma rede de serviços que atenda o idoso doente, não temos um Centro-Dia que possa atender a demanda de idosos fragilizados. Ele trabalha na linha da pesquisa tentando identificar os problemas degenerativos do idoso, mas também tenta dar uma assistência. (Entrevista nº 3)*

Além da escassez de núcleos de atendimento ao idoso dependente, no estado do Rio de Janeiro, a continuidade do tratamento fica dificultado por não se contar com uma rede de apoio que possa garantir o comparecimento às consultas, além do desrespeito das leis de proteção dos idosos.

*Nós não temos uma rede de apoio social que possa facilitar a vida do idoso. O motorista do ônibus desrespeita o idoso, isso dificulta para que ele chegue aqui. A lei que permite a gratuidade para os doentes crônicos foi cassada recentemente. A rede é falha, ela não colabora, então nós temos dificuldades de manter os pacientes continuamente no ambulatório. (Entrevista nº 3)*

Em 1997, mediante parceria com a SAS, a UnATI tentou implementar um trabalho no Abrigo Cristo Redentor, localizado no município do Rio de Janeiro, que nesse período estava sob gestão federal e estadual. A proposta da SAS era transformar o abrigo em um centro de referência para a PNI. Em 1998, a administração passou a ser feita por uma co-gestão do governo federal e prefeitura do Rio de Janeiro, o que motivou a extinção do convênio.

Essa tentativa mostra que outro grande obstáculo para executar a PNI reside na instabilidade político-institucional das agências incumbidas, fazendo com que acordos e projetos bem desenhados sejam interrompidos, acarretando frustrações entre os profissionais e desperdício de tempo e dinheiro com prejuízo, no final, para a população idosa.



Atualmente, junto com a Secretaria Especial da Terceira Idade do município do Rio de Janeiro, a UnATI vem realizando o projeto de promoção da saúde para várias comunidades.

*Estamos sempre buscando parcerias para desenvolver novas atividades, ou para mostrar o que a gente tem a oferecer para outros governos, difundindo com outras instituições as idéias desse trabalho. (Entrevista nº 3)*

No acontecimento da morte dos idosos, na Clínica Santa Genoveva, em 1996, a UnATI foi convocada a receber parte dos internos, que foram transferidos para o Hospital Universitário Pedro Ernesto. Sua equipe foi remanejada para prestar assistência integral.

*No escândalo da Clínica Santa Genoveva, a UNATI foi convocada a receber quase 100 idosos, os quais foram internados no HUPE, para onde foi remanejada toda a equipe. (Entrevista nº 3)*

A UnATI participa ainda, com outros órgãos, na apuração de denúncias formalizadas e na emissão de pareceres em relação às situações encontradas, como foi o caso das CPIs instaladas pela ALERJ. Em outros momentos, participa em conjunto com outras secretarias das comissões do CEDEPI, elaborando propostas a serem apresentadas ao legislativo e aos gestores para melhorar a qualidade da atenção ao idoso no estado do Rio de Janeiro.

### **c) DEFENSORIA PÚBLICA GERAL DO ESTADO - Núcleo Especial de Atendimento à Pessoa Idosa**

O Núcleo Especial de Atendimento ao Idoso (NEAPI), criado em 1997, presta assistência jurídica gratuita, recebe denúncias de desrespeito e promove as medidas cabíveis para defesa dos direitos, encaminhando o afetado para atendimento prioritário, na própria Defensoria ou em outros órgãos públicos ou privados. Funciona na sede da Defensoria Pública Geral do Estado, no mesmo espaço físico dos Núcleos Especiais de Atendimento aos Portadores de Necessidades Especiais e as Mulheres Vítimas de Violência.

O atendimento nos três núcleos é realizado pela mesma equipe, constituída por quatro defensores públicos, três psicólogas, uma assistente social - não exclusiva do núcleo - quatro administrativos e, aproximadamente, 50 estagiários do curso de Direito. Recebe quase que diariamente denúncias do Ligue Idoso/Ouvidoria, tornando-se um dos principais parceiros desse serviço. Além disso, o NEAPI realiza em média 70 atendimentos por dia, sendo que muitos não são pertinentes a esse serviço. O

denunciante passa por uma triagem, onde recebe orientação, podendo ser encaminhado para outro órgão ou ser acompanhado pela equipe.

Com relação à infra-estrutura do local, constatou-se durante visita que o espaço físico é desproporcional ao número de pessoas que o procuram, o que tira a privacidade do denunciante e também dificulta a acomodação dos profissionais lotados no setor. A solução para essa situação não é vislumbrada a curto prazo, pois o NEAPI não tem verba própria. Esse é um fator limitante para a implementação de qualquer política.

*Nosso grande sonho, não só meu como coordenador, como de toda a Defensoria, é termos recursos próprios para solucionar esse problema de espaço. (Entrevista nº 6)*

De acordo com o Coordenador do NEAPI, as principais denúncias recebidas são: maus tratos, apropriação de bens e abandono, sendo que, nas duas primeiras, a cidade do Rio de Janeiro concentra a maioria dos casos, nos quais não predomina um bairro ou classe social. Quanto ao abandono, é mais comum entre as pessoas mais carentes e residentes na Baixada Fluminense.

Para garantir a atenção de forma integral e intersetorial, como previsto na PNI, o coordenador do NEAPI destaca a importância da implantação de centros de referência para concentrar todos os órgãos envolvidos. Para ele, essa medida facilitaria a comunicação entre os órgãos, além de proporcionar o atendimento em um único local, evitando assim longos percursos quando o atendimento for realizado por mais de um setor.

*Eu acho que seria interessante colocar no mesmo local as várias formas de atendimento ao idoso. Um centro de referência, com atendimento jurídico, assistencial, biblioteca e outros. Isso atenderia suas necessidade e facilitaria a comunicação entre os órgãos. (Entrevista nº 6)*

A participação do NEAPI como órgão governamental no CEDEPI possibilita a solução para as denúncias recebidas, na medida em que suas orientações e pareceres contribuem para o trabalho dos demais participantes.

*O NEAPI tem participação efetiva no conselho. Faz pareceres e dá orientações sobre denúncias como, por exemplo, os aumentos abusivos dos planos de saúde. Nós estamos fazendo acordos com alguns planos de saúde. Eu orientei que todos os casos sejam encaminhados diretamente para a Defensoria Pública. Ou nós fazemos acordo ou entraremos com uma ação. (Entrevista nº 6)*

Pela complexidade das situações atendidas, o NEAPI mantém constante articulação com outros órgãos. Os mais acionados são a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, a Secretaria de Estado e Ação Social e Cidadania, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde. Nesse sentido, o NEAPI, além de se constituir em importante serviço de defesa dos direitos dos idosos no estado do Rio de Janeiro, em face das demandas recebidas procura desenvolver um trabalho integrado com outros setores dentro das tantas limitações que apresenta.

#### **d) SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA - Delegacia do Idoso**

Em 1993, foi criada a Delegacia Especial de Atendimento às Pessoas da Terceira Idade, pela Lei nº 2.200. Sua implantação somente ocorreu em 1998, devido ao alto número de reclamações, principalmente de ordem criminal, como maus-tratos, abandono e ameaças, que eram encaminhadas ao Núcleo Especializado de Atendimento à Criança, ao Adolescente e ao Idoso da Procuradoria Geral da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro até 1997, quando foi criado nesse órgão o NEAPI e ao serviço de denúncias da Assembléia Legislativa.

Até o ano de 2002, a Delegacia do Idoso não tinha infra-estrutura para atender adequadamente os idosos. O espaço estava restrito a uma pequena sala no prédio da Secretaria de Segurança Pública. Atualmente, funciona em outro prédio e dispõe de melhores condições para o atendimento, contando com 25 servidores.

Seu trabalho envolve apurações e soluções dos crimes cometidos, além de prestar orientações e encaminhamentos em outras questões. As denúncias são variadas, mas as principais são: maus-tratos - em primeiro lugar -, ameaças, constrangimentos e agressões. Há também casos de discriminação no comércio e na sociedade, em transportes coletivos, bancos e hospitais e de reclamação de não atendimento das solicitações de aposentadorias ou pensões, pela Previdência Social. As denúncias chegam por comparecimento pessoal, por atendimento telefônico ou encaminhadas pelo Disque-Denúncia ou pelo Ligue-Idoso/Ouvidoria. Cerca de 90% delas são feitas pelo idoso ou familiar.

Atende casos de todo o estado, mas visto que só existe uma sede localizada na capital, o maior número de atendimentos provém da Região Metropolitana, em particular dos bairros *de Copacabana, Centro e Tijuca, e também da Baixada Fluminense*. (entrevista 4) Ter apenas uma delegacia prejudica o atendimento, devido à distância e a dificuldade de locomoção dos idosos. Os funcionários reconhecem que

uma descentralização seria mais eficiente. Além disso, o serviço é desconhecido por profissionais e pelo público em geral. *A procura por essa Delegacia só não é maior, no momento, porque muitas pessoas não sabem de sua existência* (entrevista 4).

No entanto, encontra-se em franca expansão, seja em número de atendimentos, seja na articulação com outros órgãos. Em 1998, foram realizados cerca de 300, subindo para 2.000 no ano de 2002, com média mensal de 150 a 200 pessoas. Salienta-se, porém, que das situações tratadas apenas cerca de 30% são especificamente policiais.

*Quando a delegacia foi criada não havia interligação com nada, ela atuava praticamente sozinha. De uns dois anos para cá melhorou muito, inclusive pessoas de outros órgãos procuram a delegacia para se informar e obter orientação.* (Entrevista 4)

Dada a complexidade das situações, para resolvê-las, a delegacia mantém articulação com outros órgãos, como o NEAPI, o PAI e a SES. A continuidade dessa parceria se confirmou com a realização da primeira reunião entre os parceiros do Ligue-Idoso/Ouvidoria, ocorrida em outubro de 2002.

Nas reuniões do CEDEPI, a Delegacia participa como representante governamental, sua atuação tem se voltado mais para a orientação e formas de encaminhamento sobre questões policiais.

*A participação da delegacia no conselho é muito mais de orientação de como proceder nos casos policiais. Como encaminhar, se for caso de justiça. É sempre colocado nesse aspecto da ação da polícia.* (Entrevista 4)

A articulação com os órgãos que participam do Ligue-Idoso não tem impedido que a delegacia tenha dificuldades para encaminhar determinadas situações, em especial as de cunho assistencial.

*Quando o idoso precisa de um asilo, apesar de não ser problema da polícia, precisamos orientar e temos dificuldades de asilos com vagas imediatas. Isso dificulta o nosso trabalho, porque muitas vezes temos que tirar o idoso do convívio da família e não temos para onde encaminhar.* (Entrevista 4)

Para interligar e facilitar a troca de informações entre os órgãos, existe a proposta de implantar em rede os dados sobre os processos e casos resolvidos. Isso está sendo viabilizado desde sua transferência para outro prédio com melhor infra-estrutura, inclusive sendo dotada de equipamentos de informática. O serviço ainda não tem a capacidade de avaliar as ações desenvolvidas devido, principalmente, à falta de tempo frente à demanda crescente.

**e) SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - Assessoria de Saúde do Idoso**

Um dos setores mais afetados com o envelhecimento da população é o da saúde. Como já visto anteriormente, a população idosa é a que mais consome recursos, sobretudo na área de internações hospitalares. Além disso, há carência de hospitais geriátricos, de leitos para idosos em hospitais gerais, de profissionais especializados em Geriatria e Gerontologia e programas preventivos e de serviços, que tratem adequadamente os problemas sob o ponto de vista físico, psíquico e social.

A coordenação estadual para o desenvolvimento de ações voltadas para a saúde do idoso, na Secretaria Estadual de Saúde (SES), fica a cargo da Assessoria de Saúde do Idoso. Nesse serviço trabalham três profissionais, todos médicos, sendo dois geriatras e um do trabalho. A carência de recursos humanos para atuar nessa área não foi resolvida com o concurso público feito em 2001 e que viria suprir essa necessidade. Foram admitidos dois profissionais para o serviço, mas, devido à reestruturação que ocorreu na SES, com a mudança de governo, houve remanejamento dos antigos profissionais lotados no setor, continuando, portanto, a escassez de pessoal.

De acordo com a PNSI, apresentada no Capítulo II, dentre outras responsabilidades, compete ao gestor estadual de saúde: elaborar, coordenar e executar a Política Estadual de Saúde do Idoso; promover a articulação entre os diferentes setores no estado; acompanhar o cumprimento de normas de funcionamento de instituições geriátricas e similares, bem como de serviços hospitalares geriátricos; estabelecer cooperação com os Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia com vistas ao treinamento de equipes multiprofissionais e interdisciplinares; prestar cooperação técnica aos municípios; criar e estimular a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos, de atendimento domiciliar, bem como de outros serviços alternativos para o idoso.

Como se depreende dessa relação, as competências são muitas e variadas. Todavia, observa-se, no estado do Rio de Janeiro, baixa efetividade nas ações realizadas. Sempre que há uma mudança na gestão governamental, ocorre descontinuidade nos projetos em andamento, fato que reflete no processo de implementação e na integração das ações. Além disso, como identificou Parada (2001), o debate nacional da saúde está centrado na questão da municipalização, criando-se um vazio nesse nível intermediário do SUS, limitando a possibilidade do cumprimento das responsabilidades previstas na legislação.

Esta situação tem restringido o papel da SES para implementar as ações previstas na PNSI, dentre elas, assessorar as secretarias municipais de saúde que querem

implantar programas para o idoso e, principalmente, quando o município apresenta problemas com instituições e asilos. De fato, o acompanhamento da SES não chega a cobrir 10% dos 92 municípios do estado. Outro agravante é a falta de recursos financeiros, porque não existe previsão orçamentária específica para a execução das ações. Frente a esse quadro, os municípios têm assumido os custos de execução das orientações, das supervisões e dos treinamentos ministrados pelo Estado.

Além desse problema, cidades do interior do estado têm sua situação agravada *pela falta de profissionais especializados, em vista de atuarem principalmente na capital, em detrimento do atendimento a outros municípios* (Entrevista nº 7). A distribuição desigual dos profissionais, que preferem ficar nos grandes centros urbanos, tem sido fator limitante na implementação de políticas em algumas regiões. Acredita-se que com a expansão do Programa de Saúde da Família (PSF) se minimize tal desigualdade, uma vez que propõe uma remuneração diferenciada, objetivando incentivar a atuação dos profissionais nas localidades carentes de atendimento.

No âmbito do PSF, existe um projeto em desenvolvimento, destinado à Saúde do Idoso, que tem como proposta a prevenção de agravos e a promoção da saúde. Já foram desenvolvidos seminários de sensibilização com os médicos do programa. Outra proposta, ainda em estudo, é o Projeto Cartão do Idoso, um mini prontuário contendo todas as informações clínicas, que será aplicado na Atenção Básica.

Estava prevista, também, a implantação do Programa de Saúde do Idoso em três dos 12 hospitais gerais estaduais. Com o concurso de 2001, foram contratadas equipes multidisciplinares, especializadas em saúde do idoso, compostas por médico, enfermeiro, nutricionista, assistente social, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e psicóloga. Foram lotadas nos hospitais estaduais Albert Schweitzer, Pedro II e Getúlio Vargas; porém, decorrido mais de um ano o programa ainda não havia sido implantado em nenhuma daquelas unidades. Isso se deve a questões burocráticas, pois os hospitais *não incorporaram o serviço de saúde do idoso no organograma da instituição, o que tem dificultado a atuação das equipes*. Outro fator de impedimento é a falta de interação entre os profissionais das unidades, pois *as equipes não são chamadas para emitir pareceres sobre a situação dos idosos atendidos nesses hospitais*. (Entrevista nº 7)

Com relação à implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e cadastramento dos Centros de Referência, previstos na Portaria Ministerial nº 702/2002, a proposta foi levada à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), em julho de 2002, mas não houve adesão de nenhum gestor. No entanto, posteriormente, se

candidatou para atuar no município de Niterói o Hospital Universitário Antônio Pedro, da Universidade Federal Fluminense (UFF), o único em funcionamento até o término da pesquisa. Os outros candidatos foram o Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), e o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). O município de Petrópolis mostrou interesse e, como é de Gestão Plena, está negociando diretamente com o Ministério da Saúde.

A assistência ao idoso, desenvolvida pela SES, vem respondendo de forma emergencial às demandas, com ações isoladas e fragmentadas, que se agravam devido à falta de um responsável para coordena-las. Porém, a situação encontrada não se restringe à questão do idoso, sendo identificada em outros setores daquela secretaria.

Tradicionalmente o setor saúde presta assistência ao idoso, sendo um dos mais antigos e estruturados, mas ainda não consegue implementar de forma articulada as responsabilidades previstas na PNI e na PNSI. Segundo um técnico do órgão, colocar em prática as propostas legais, como por exemplo, *a intersetorialidade, depende de instâncias superiores, muito mais do que do nível técnico.* (Entrevista n° 7)

Segundo Parada (2001) a SES tentou mudar seu papel de prestador de serviços e repassador de recursos para o de executor de ações de planejamento, acompanhamento, controle e avaliação de políticas e assessoramento aos municípios. Porém, vem atuando de forma incipiente e mantendo-se ausente enquanto instância de condução da política regional.

## **2. As arenas institucionais de deliberação e decisão e a intersetorialidade**

Instâncias coletivas de participação hoje estão previstas na legislação de praticamente todas as áreas e esferas de atividade estatal. No campo de aplicação da PNI, tais espaços são de particular importância, pois, ao contarem com representantes de distintos setores, espera-se que contribuam para a construção de práticas que se contraponham à fragmentação das ações e acompanhem o cumprimento da legislação, ao mesmo tempo, incorporando os cidadãos comuns ao processo decisório. Dentre essas iniciativas, merece destaque o Fórum Permanente da Política Nacional e Estadual do Idoso (FÓRUMNEI-RJ) e o Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (CEDEPI).

É importante salientar que existem níveis diferentes de protagonismo que dependem da questão tratada a cada momento e do nível de organização e mobilização

de cada segmento ou instituição, ou seja, a participação em coletivos como esses não se dá de maneira homogênea, muito ao contrário. Cada organização participante tem sua dinâmica e seu processo próprio de gestão e mobilização.

Acompanhar esse processo traduz-se numa experiência relevante para este trabalho, cujo objetivo é estudar em que medida os requisitos de intersetorialidade previstos na PNI, quanto ao desenvolvimento de ações conjuntas das diversas secretarias de governo, vem sendo discutido nessas arenas de participação.

#### **a) Fórum Permanente da Política Nacional do Idoso no Estado do Rio de Janeiro- FÓRUMPNEI-RJ**

O Fórum Permanente da Política Nacional e Estadual do Idoso no Estado do Rio de Janeiro (FÓRUMPNEI-RJ), criado em 1996, tem como finalidade propor maior articulação entre órgãos governamentais, sociedade civil e os diversos segmentos vinculados ou interessados nas políticas públicas de ação social e/ou de defesa dos direitos prescritos na PNI; desenvolver ações conjuntas com órgãos públicos, governamentais, entidades não-governamentais, nos níveis municipal, estadual e federal; discutir e propor políticas públicas, estudos, pesquisas e estratégias para operacionalização das ações na área do envelhecimento. Divulgar planos, programas e projetos; manter bancos de dados sobre este segmento; contribuir e sugerir instrumentos técnico-operacionais para o desenvolvimento de uma cultura de valorização do idoso; estimular nas entidades civis a necessidade de participação permanente e ativa nos vários Fóruns; eleger os representantes da sociedade civil para o Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa do Rio de Janeiro (Lei nº 1.721 de 1 de setembro 2000).

Além das ações citadas, o FÓRUMPNEI-RJ tem a atribuição de encaminhar e acompanhar formalmente as ações junto aos órgãos competentes, especialmente aos Conselhos de Idosos, Delegacias Especiais de Idosos ou Órgãos Governamentais e Não-Governamentais, nas denúncias sobre violência ou maus-tratos e sobre toda e qualquer denúncia de pessoa, organização governamental ou não governamental, cuja ação e/ou omissão, venha a ameaçar e/ou ferir as disposições da PNI; acompanhar, sistematicamente, o planejamento da Política Estadual ou Municipais; prestar assessoria, quando solicitado, na criação de Fóruns Locais ou Regionais, e na formação de Conselhos Municipais, em especial na organização e eleições dos representantes da sociedade civil para os referidos Conselhos.



O Fórum não tem estrutura própria, funcionando na sede da ANG. Mantinha-se com apoio técnico, financeiro e material da SAS/MPAS; porém, com o processo de descentralização, esta responsabilidade passou para a SEASC, a qual, na prática, ainda não assumiu suas funções. Esta situação acarreta ao Fórum dificuldades de toda ordem, como a falta de espaço para as reuniões e outras atividades. A falta de apoio governamental também interfere na realização das propostas do Fórum, ficando a cargo dos membros custear pessoalmente as ações, como por exemplo, o transporte para eventos externos, envio de documentos, contatos telefônicos, etc.

O FÓRUMPNEI-RJ é constituído de membros ativos, solidários e voluntários. Os membros ativos são os representantes credenciados, na condição de titular e suplente, pelos órgãos governamentais e pelas instituições ou entidades não-governamentais e pelos grupos organizados da sociedade civil. Os membros solidários são aqueles que participam regularmente das reuniões ordinárias e extraordinárias e são credenciados pelo Fórum. Os membros voluntários não possuem representação formal ou credenciamento. Funciona mediante Comissões Temáticas, de caráter permanente, que elaboram estudos e propostas, de acordo com os temas presentes no PAG-PNI, referido no Capítulo II, como: assistência social e seguridade; educação, desporto e lazer; saúde; transporte; justiça e direitos sociais; trabalho; planejamento e orçamento; cultura e comunicação social.

As reuniões ordinárias do FÓRUMPNEI-RJ acontecem nas primeiras quartas-feiras do mês. A observação desses eventos, durante um ano, possibilitou apreender detalhes das principais questões apresentadas e a forma democrática de funcionamento. São discutidos assuntos relativos ao descumprimento da legislação, no que tange a transporte, serviços de saúde, remédios, maus tratos nos abrigos, inclusive os públicos além da organização de eventos para debater temas importantes da área.

Por exemplo, durante as reuniões foram discutidos pontos como: a organização do V Encontro sobre Envelhecimento e Cidadania e Fórum Regional Sudeste; as precárias condições de funcionamento do Abrigo Cristo Redentor, com desdobramento em visita ao local, elaboração de relatório e seu envio para às autoridades responsáveis; não funcionamento do Centro Dia e do Centro de Convivência do Hospital Eduardo Rabelo, inaugurados em 2001. Para pressionar o governo estadual a solucionar o problema, foram convidadas autoridades responsáveis pela administração do hospital para uma reunião. Paralelamente, foi realizada uma mobilização no local, com a participação do FÓRUMPNEI-RJ, o CEDEPI, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, a Comissão da Criança, do Adolescente e do Idoso da ALERJ.

Também se tratou da lei que permite a utilização das escolas estaduais, nos finais de semana, como espaço alternativo para o desenvolvimento de atividades com idosos; e a lei que garante desconto na compra de medicamentos. Essa questão foi objeto de grande mobilização das entidades envolvidas, com a realização de passeatas, manifestações públicas, oficialização de reivindicações de tomada de posições de órgãos (Ministério Público, Defensoria Pública, Assembléia Legislativa e Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa). Atualmente, está suspensa por força de liminar concedida pela Justiça, suspendendo o desconto por considerá-la inconstitucional. Com essa decisão atendeu-se às pressões da associação de proprietários dos estabelecimentos de farmácia.

Diversas reuniões trataram das eleições para o CEDEPI, ocorridas em 2002. Durante esse processo, a comissão eleitoral encontrou dificuldades para conduzi-lo, tendo em vista que as regras de habilitação das instituições para concorrer não estavam claras, havia desinteresse das entidades em participar e dificuldade de articulação com o conselho, para que fosse publicado o edital de convocação das eleições. Por todos esses desencontros a data das eleições foi transferida por mais de uma vez.

Outra questão amplamente debatida foi criação do Conselho Nacional de Direitos do Idoso (CNDI), pelo Presidente da República Fernando Henrique Cardoso, delegando competências diferentes das já aprovadas na Lei nº 8.842, que criou o Conselho Nacional do Idoso. Durante seis meses essa questão esteve na pauta das reuniões, sendo elaborados vários documentos que foram encaminhados a diversas entidades e ao Ministério da Justiça, na tentativa de modificar a sistemática de composição e de operacionalização do conselho. Para o encaminhamento desse processo o consenso foi total, demonstrando a insatisfação dos diversos representantes governamentais e não-governamentais, por considerarem que esta medida foi verticalizada. Mesmo com todo o empenho das varias entidades, as sugestões não foram totalmente acatadas, demonstrando com esse grande embate a necessidade constante de mobilizações para fazer cumprir os direitos já conquistados a termos da participação.

Com relação à gratuidade nos transportes intermunicipais, a participação maior deveu-se à atuação dos estudantes que, juntamente com os idosos e os portadores de deficiência, vem mostrando para a sociedade civil, empresários e desembargadores a importância da manutenção desse benefício.

Apesar de todas as dificuldades, o FÓRUMPNEI-RJ vem contribuindo para a organização da sociedade civil interessada na defesa dos direitos dos idosos, com relevante participação dos mesmos nas reuniões e eventos sobre o tema. No entanto, a

freqüência dos órgãos governamentais nesse foro tem sido pequena. Inicialmente a SES participava; porém, com a reestruturação ocorrida naquela secretaria, não houve mais representação. O NEAPI e a Delegacia do Idoso, durante o período acompanhado, nunca compareceram às reuniões. A SEASC, órgão coordenador estadual da política do idoso, participa esporadicamente. A UnATI/UERJ foi o único órgão governamental estadual com presença em todas as reuniões.

#### **b) Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa do Rio de Janeiro-CEDEPI**

Criado pela Lei nº 1.872, de 15 de outubro de 1991, com a finalidade de congregar e conjugar esforços dos órgãos públicos, entidades privadas e grupos organizados e de estabelecer as diretrizes de política social e de saúde para o idoso no Estado do Rio de Janeiro. Seu Regimento Interno foi aprovado em dezembro de 1994, pelo do Decreto nº 21.039<sup>10</sup>, o qual vinculou-o à Secretaria de Estado de Saúde. Porém, todo esse processo não culminou na instalação do conselho, por falta de vontade política, apoio, envolvimento e mobilização dos interessados.

Em abril de 1996, a lei anterior foi revogada pela de nº 2.536. Esta nova lei amplia as atribuições do Conselho, tornando-o um órgão normativo, consultivo, deliberativo e fiscalizador da Política Estadual da Pessoa Idosa, com a composição paritária entre governo e sociedade civil, devendo o Poder Executivo assegurar-lhe condições para o funcionamento pleno. Vincula-o ao Gabinete Civil da Governadoria do Estado do Rio de Janeiro e não mais à Secretaria Estadual de Saúde. Em julho de 1996, pelo Decreto nº 22.374-A, foi aprovado o novo Regimento Interno do CEDEPI<sup>11</sup> e posteriormente, em agosto, o Decreto nº 22.397 tratou da administração do Fundo para a Defesa da Pessoa Idosa (FUNDEPI), o qual tem a finalidade de administrar os recursos e os meios destinados ao financiamento da Política de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa do Estado do Rio de Janeiro. Os recursos são provenientes de acordos e convênios ou contratos realizados com entidades particulares e públicas, nacionais e estrangeiras ou internacionais, de acordo com a lei.

Dentre as atribuições, compete ao CEDEPI formular diretrizes e promover atividades que visem à defesa dos direitos dos idosos; sugerir projetos de leis que

---

<sup>10</sup> Na composição, o quesito paridade é desrespeitado. Representação governamental: Secretaria de Estado do Trabalho e Ação Social, Saúde, Cultura, Esporte e Lazer e Procuradoria Geral da Defensoria Pública. Órgãos não-governamentais: Associação dos Aposentados da Previdência/RJ, Núcleo de Estudos de Saúde do Idoso/ENSP-FIOCRUZ, Serviço Social do comércio/RJ, Associação Nacional de Gerontologia/RJ, Clube da Maior Idade/RJ, Casa São Luiz para a Velhice e Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro.

<sup>11</sup> Nesse momento resolve-se a questão da paridade, com a participação de sete órgãos governamentais e sete não-governamentais.

asseguem e ampliem os seus direitos; fiscalizar a observância dos direitos adquiridos; elaborar projetos que promovam a participação deste segmento em todos os níveis de atividades; receber sugestões e opinar sobre denúncias que lhes sejam encaminhadas, promovendo a cooperação e o intercâmbio com organismos nacionais e internacionais.

O CEDEPI é integrado pelo Plenário – única instância de deliberação, mediante reuniões ordinárias e extraordinárias de todos os seus membros; Diretoria – composta de um Presidente, um Vice-Presidente, um Secretário Geral e um Secretário Adjunto; Comissões Permanentes – de Direitos, Justiça e Legislação, de Saúde, de Educação, de Promoção Sócio-Cultural-Econômica e de Comunicação e Divulgação; Comissões Especiais – criadas pelo Plenário para examinar questões consideradas relevantes para a política do idoso ou para o conselho; Membros de Apoio – formado por entidades, autoridades, cientistas e técnicos nacionais e estrangeiros que colaboram com estudos ou nas reuniões no conselho.

Ribeiro (1997) afirma que os conselhos podem assumir dois perfis principais, o de vocalização de demandas e o de pactuação de interesses, sendo que o predomínio da vocalização ou da pactuação expressariam momentos distintos de um mesmo processo voltado para operacionalizar o interesse comum para cada questão ou demanda tematizada por um grupo específico de interesses.

O dinamismo dos conselhos pode variar conforme a tradição de cultura política ou a conjuntura local, mas o fato é que eles representam para os cidadãos a abertura de possibilidades inéditas de se incorporarem ao debate e à vida política, através de um fórum que pode processar demandas específicas segundo o interesse público, nos marcos de um pacto definido por referência a valores de igualdade e justiça.

*Na minha visão, as reuniões do CEDEPI são importantíssimas, principalmente, porque tem representante de várias secretarias e todos os problemas envolvendo os direitos da pessoa idosa são levados às reuniões e cada instituição, seja governamental ou não, toma a sua providência, sempre há uma solução ali, ou um projeto ou alguma outra coisa interessante. (Entrevista nº 6)*

Carvalho (1999) afirma que, embora o arranjo institucional dos conselhos favoreça a participação, atraindo segmentos sociais ansiosos por colocar suas demandas junto ao aparelho estatal, mostra-se, na verdade, insuficiente para dar sustentação ao seu funcionamento. Diante da baixa efetividade em satisfazer os pleitos submetidos aos conselhos, os representantes podem reduzir suas expectativas, gerando esvaziamento ou participação burocrática. Esse problema não é só do CEDEPI, pois nos conselhos de

saúde se evidencia o mesmo. A participação da comunidade não tem correspondência nas ações governamentais. (Labra, 2003)

A frustração pelas ilusões perdidas é bem refletida nos seguintes depoimentos de conselheiros:

*Nós ficamos revoltados, por exemplo, com a catraca de ônibus, situação que não pudemos reverter. Tínhamos fundamento, porque que isso estava acontecendo e iria dificultar o acesso do idoso, ferindo ainda mais o seu direito constitucional de gratuidade no transporte coletivo, uma vez que ele possui uma carteira que comprova a idade de 65 anos. Então que força tem o conselho, se não alcançamos o que a lei estabelece? Esta é minha avaliação. Não alcançamos porque nós mesmos não sabemos qual o nosso papel e o que nós defendemos. (Entrevista nº 2)*

*Os conselhos são muito importantes. Ninguém pode negar isso. Mas será que eles estão efetivamente cumprindo seu papel? Essa é uma questão. Eu não sei se todos os membros sabem qual é o papel de um conselheiro ou do conselho como um todo. Então acabam cumprindo essas reuniões, esses encaminhamentos, diria eu, burocraticamente, sem efetivamente ter uma ação que seria própria de conselheiros. Eles têm alegado a falta de recursos, a falta de infra-estrutura, que também é verdade, mas eu acho que não justifica, porque não é uma questão desse conselho específico. (Entrevista nº 1)*

No caso do CEDEPI, pode-se constatar que, apesar da legitimidade, reconhecida pelo notório saber de seus presidentes, e do apoio de parlamentares engajados na matéria, desde a sua instalação não realiza amplamente as ações a ele atribuídas. Poucos avanços aconteceram. Isso ocorreu em vista da inércia ou da baixa atuação dos órgãos governamentais envolvidos, tanto no cumprimento das leis, quanto na administração das verbas destinadas à manutenção ou ao financiamento dos projetos e também ao baixo envolvimento dos membros.

A situação aludida foi identificada em nossa observação e também em Paz (2001), em pesquisa realizada entre 1996 e 1998, que teve como eixo central o estudo dos conselhos e dos fóruns do idoso no Estado do Rio de Janeiro. Foi observado que, para os conselheiros, as reuniões eram notoriamente enfadonhas, inoperantes e inertes. Tais sentimentos eram expressos diante de tantas frustrações, pelos assuntos pendentes e da falta de respostas às solicitações feitas, principalmente, por parte dos conselheiros não-governamentais. Além disso, havia pouca adesão dos representantes

governamentais que, geralmente, como não permaneciam até o final da reunião, estas terminavam sem apresentar encaminhamentos.

Paz mostra que as reuniões tinham como assunto predominante os recursos disponíveis do FUNDEPI para apoiar projetos já selecionados e aprovados. O valor alocado para o fundo em 1996, foi cerca de R\$ 500 mil, dos quais 80% foram destinados ao custeio de 20 projetos. Todavia, as reuniões não produziram ações efetivas no sentido da consolidação de uma política estadual para o idoso. Apenas trataram das questões relacionadas à liberação das verbas. Em 1997, foram destinados cerca de R\$ 2 milhões e aprovados 110 projetos, que consumiriam 40% dos recursos. Como no ano anterior, a situação se repetiu, posto que, apesar da publicação no Diário Oficial, não houve a liberação do dinheiro.

A nossa pesquisa revelou o ceticismo de conselheiros quanto a estarem preparados para a função e dúvidas relativas à própria forma de financiamento do CEDEPI:

*Nós ainda não estamos preparados para exercitar a prática de conselho. Nós precisamos ler mais, estudar mais, nos capacitar e rever os nossos conceitos. Porque é fácil você dizer que tem que haver controle social, o conselho é um órgão fundamental para isso. Mas quando você senta no conselho e principalmente o conselho do idoso. Ele é atípico porque ele aprova seus projetos com recursos do idoso. O conselho do idoso do estado do Rio de Janeiro é o único no Brasil que tem fundo. E esse fundo é gerido pelos próprios conselheiros que habilitam na grande maioria as próprias entidades. Então isso começa gerar uma grande contradição. Você legisla em causa própria. Na minha opinião o fundo não deveria existir. (Entrevista nº 2)*

Paz (2001) afirma que no primeiro semestre de 1998 as reuniões foram marcadas pela decepção, desmotivação, e lamentação dos conselheiros, tornando-se palco de pedidos de informação sobre a verba dos projetos. Em julho havia esgotado o prazo daquela gestão, havendo necessidade de nova eleição, pois os membros não poderiam ser mais reconduzidos, o que surpreendeu a maioria dos conselheiros. Porém, nas reuniões dos meses de agosto e setembro, nenhuma informação concreta a respeito da convocação em edital público para as eleições fora comunicada. Em novembro, o conselho distribuiu cópia da lei nº 3.070, que modificara a lei 2.536<sup>12</sup>. Os impasses

---

<sup>12</sup> A nova lei tratava da alteração do número de conselheiros – nove governamentais e oito não-governamentais - e a determinação de mais dois assentos permanentes, incluindo dois órgãos federais, a Secretária de Assistência Social/MPAS e o Núcleo de Estudos para o Envelhecimento e Saúde do Idoso-FIOCRUZ/MS.

estavam colocados. A nova definição da composição do CEDEPI trouxe questões de inconstitucionalidade com a quebra de paridade e a determinação de órgãos federais num Conselho Estadual. Com a saída do presidente do conselho, em dezembro, as reuniões de janeiro e fevereiro de 1999 acontecem com a presença de poucos conselheiros. A partir de então, sem qualquer explicação formal, não houve mais convocação para as reuniões. Assim, o CEDEPI ficou desativado por mais de um ano.

A integração entre os membros governamentais e não-governamentais fica dificultada em face dos interesses individuais que predominam. O trabalho conjunto acontece quando há necessidade de respostas específicas ligadas aos órgãos dos respectivos conselheiros. Em todo caso, parece haver clareza quanto à prioridade que deve ser dada aos ausentes ou problemas interesse geral e não aos restritos à cada agência ou organização social:

*Se estabelece uma certa divisão governamental e não-governamental. Dificilmente eles conseguem se integrar, a não ser quando a gente quer atender alguma situação específica. Vamos imaginar, eu sou uma não-governamental e eu quero atender uma questão específica minha, da minha entidade. Aí eu me integro com você, quase que numa troca de favor. Então fica muito ruim esse exercício. Quem senta no conselho representa uma entidade, mas não para atuar pela tua entidade. E da mesma forma quando você é governamental, você está para dar respostas e atender quase que de imediato a questão que está dificultando o segmento de avançar. Porque na verdade os membros do conselho representam o segmento da população idosa do estado. Porque você não está ali para representar interesses particulares. (Entrevista nº 2)*

Em 2000, após mobilização dos vários movimentos de defesa dos direitos dos idosos, realizou-se reunião com a Secretária de Ação Social e Cidadania, Rosinha Matheus, o presidente da ALERJ, Deputado Sérgio Cabral e representantes do FÓRUMPNEI-RJ, que resultou na edição de um novo Decreto, o qual resolveu os impasses que ocasionou a descontinuidade. Em setembro do mesmo ano, em solenidade comemorativa ao Dia Nacional do Idoso, o CEDEPI foi reativado. Após sua reinstalação, a presidência foi ocupada pela Coordenadora do PAI e a vice-presidência pela representante da SBGG, eleitas para o biênio 2000-2002.

A primeira reunião de 2001 foi extraordinária e aconteceu em fevereiro, com a convocação dos membros para discutir os procedimentos legais a serem adotados frente ao número expressivo de denúncias contra as instituições asilares, 50 em dois dias,

encaminhadas pelo Ligue-Idoso. Foi deliberada a formação de uma comissão para realizar diligências nas instituições juntamente com o Ministério Público, a Vigilância Sanitária e a Comissão do Idoso da ALERJ.

As demais reuniões do mesmo ano discutiram questões como: mudanças no Regimento Interno, modificações das comissões, normas de funcionamento das instituições asilares, recursos e regras para recebimento dos projetos, formação da comissão especial para formular a Política Estadual do Idoso, construção da Casa Lar no município de Itaboraí, apresentação da proposta da Secretaria de Estado de Transportes, no sentido de conscientizar os motoristas de ônibus sobre o respeito à legislação. Apresentou-se o relato da visita ao Hospital Eduardo Rabelo, local escolhido para implantação do Centro Dia e Centro de Convivência, bem como se discutiu a última versão do estatuto do idoso e o projeto da Caravana nos Asilos, encaminhado pela Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados.

As primeiras reuniões de 2002 trataram da operacionalização para a divulgação das atividades do CEDEPI, mas todo o investimento nesta direção não culminou em resultados concretos, até o término da pesquisa. Isso ocorreu devido à existência de diversas instâncias administrativas para a liberação dos recursos destinados à confecção dos cartazes e cartilhas.

*Existe uma burocracia estatal que cerceia as decisões que o conselho quer tomar. Ele, querendo ou não, depende dessa máquina administrativa. Então isso dificulta bastante o trabalho que os conselheiros querem implementar. Eu acho que, de forma geral, o avanço que o conselho pode dar para a implementação da política ainda é muito limitado. Ainda precisamos caminhar bastante. (Entrevista nº 3)*

Os membros deliberaram também sobre a sistematização e apresentação das ações desenvolvidas para idosos nos órgãos governamentais com representação no CEDEPI; no entanto, até o término da pesquisa isso não acontecera. Outros temas fizeram parte das discussões do conselho; por exemplo, a proposta de reunião com representantes dos Conselhos Municipais do Idoso do Estado do Rio de Janeiro para estruturar ações integradas, a socialização dos trabalhos das comissões, a não liberação da verba dos projetos aprovados em 2001, criação de um Núcleo de Referência para o Idoso, integrado pela Defensoria Pública, Delegacia do Idoso e o Ligue Idoso.

Foi observada falta de interlocução entre os integrantes do CEDEPI. Isso ficou visível na inauguração oficial das modalidades de atendimento, quando a maioria tomou conhecimento do evento através da justificativa da ausência na reunião da



Coordenadora do PAI e também Presidente do CEDEPI. Esta se desligou em abril de 2002, época da mudança no governo estadual. Durante seu mandato alguns avanços foram obtidos, mas não foram suficientes para modificar a precária situação de vida dos idosos mais pobres do estado.

Com a saída da presidente, assumiu para cumprir o mandato, até setembro de 2002, a Vice-presidente, representante da SBGG. Durante sua gestão não houve mudança expressiva na condução das discussões e encaminhamentos. Os temas tratados na maioria das vezes foram de ordem administrativa ou versavam sobre denúncias de desrespeito aos idosos, da legislação, etc. Houve preocupação com a Campanha de Vacinação do Idoso, a inauguração do Centro-Dia e do Centro de Convivência no Hospital Eduardo Rabelo, em Campo Grande com a possibilidade de parceria do Hospital Eduardo Rabelo com a Universidade Federal Fluminense, para abertura de um campo de ensino e pesquisa na área da Geriatria e Gerontologia.

Entre outras iniciativas foi elaborada proposta de projeto de lei, a ser encaminhada à ALERJ, reivindicando a presença de um médico geriatra nas emergências dos hospitais e sugerida a criação de cursos profissionalizantes de nível médio para capacitar os profissionais que atuam na área do envelhecimento. Todavia não surtiram nenhum efeito prático.

Na avaliação sobre o trabalho realizado pelo Ligue/Idoso. Constatou-se que não existe efetividade na resolução dos problemas apresentados, seja por falta de material, de verba ou de integração entre os órgãos envolvidos. No entanto, algumas medidas caminham para modificar a situação. Encontra-se em desenvolvimento um mapeamento dos serviços para idosos, objetivando a construção de uma rede descentralizada de informações e serviços com a finalidade de agilizar o atendimento e a construção de redes sociais e de trabalhos integrados para a população idosa, em consonância com a Lei nº 8.842.

Em geral, no período observado de funcionamento do CEDEPI, a participação do governo foi pequena, com baixa assiduidade dos representantes. Tal como observado por Paz, nós também constatamos uma total desmotivação dos participantes, atraso no início das reuniões por falta de quorum, convocando-se conselheiros, por telefone, antes das reuniões.

Em julho de 2002, foi realizada a primeira reunião do CEDEPI com os 20 Conselhos Municipais do Idoso existentes no Estado do Rio de Janeiro, favorecendo a aproximação e troca de experiências entre seus membros.

Em uma das reuniões foi pactuada a realização de uma ação conjunta entre a SES e a SEASC. Isso aconteceu devido à situação de 200 idosos dependentes internados na Casa de Saúde Dr. Eiras, em Paracambi-RJ, cuja maioria não tinha referência familiar, o que estaria dificultando a política de desinstitucionalização proposta pela Reforma Psiquiátrica. Durante a pesquisa, esta foi a única intervenção conjunta realizada pelas duas secretarias.

As reuniões deveriam acontecer sempre as segundas terças-feiras do mês, mas de outubro de 2002 a março de 2003 não ocorreram. Em outubro, porque não houve quorum suficiente e nas demais por falta de convocação. Durante este período se repetiram os desencontros acerca das eleições dos membros não governamentais do conselho, provocados pela não publicação do edital de convocação e pela dificuldade de comunicação entre a comissão eleitoral, a presidência do CEDEPI e as entidades candidatas às vagas. Tudo isso atrasou o processo, acarretando adiamentos do pleito, se realizando somente em novembro.

Os sucessivos atrasos no processo eleitoral também aconteceram na posse dos membros não governamentais, o que mostra o descumprimento do Regimento Interno, visto que o prazo do mandato, normalmente, chega ao fim sem que haja a substituição imediata. Essa situação interfere no exercício do conselho posto que, enquanto isso não se resolve, ele fica sem legitimidade, o que diretamente interfere no controle social. Segundo o Regimento Interno do CEDEPI as entidades que cumprem o segundo mandato não poderão mais ser reeleitas, o que configura um problema quanto aos candidatos já que entidades que participam do FÓRUMPNEI-RJ são sempre as mesmas, devido, possivelmente, à carência de pessoas habilitadas à ocupar as vagas na próxima eleição.

A falta de quorum inviabilizou a reunião de outubro de 2002. Nos meses seguintes não houve convocação. Essa desmotivação foi influenciada pelas eleições estaduais, pois com a eleição da nova governadora, a maioria dos membros governamentais seria substituída. Com esse recesso a comunicação com FÓRUMPNEI-RJ ficou prejudicada, o que contribuiu para os sucessivos adiamentos das eleições dos membros não-governamentais.

Em janeiro de 2003, o CEDEPI, sem realizar reuniões durante três meses, foi comunicado que a governadora Rosinha Matheus, assinara o Decreto nº 32.621, que alterava substancialmente o seu funcionamento: vinculou-o à Secretaria de Estado de Justiça, o Presidente seria indicado pelo executivo e instituiu remuneração para o cargo. Essa medida desrespeitou a autonomia do conselho, pois se trata de um órgão formal,

onde as orientações sobre paridade, funcionamento, escolha dos membros, eleição do Presidente e Vice-presidente e também da não remuneração dos seus membros estão dispostas na lei e/ou no regimento interno.

Para reverter a situação, os integrantes do CEDEPI, do FÓRUMPNEI-RJ, do Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Mulher e do Conselho Estadual de Defesa dos Direitos do Portador de Deficiência, também afetados pela medida realizaram manifestações com encaminhamento de documentos às autoridades e solicitação de audiência pública com a governadora. Essa iniciativa culminou com a revogação do decreto dois meses depois.

A partir de abril de 2003, com os novos conselheiros (Tabela 9), as reuniões mensais do CEDEPI voltaram a acontecer. No entanto, foi possível observar na solenidade de posse, que representantes de três secretarias de governo não compareceram. No discurso de abertura do evento, o Secretário de Estado de Ação Social declarou a falta de uma política efetiva para o idoso em âmbito estadual e o desenvolvimento de ações pontuais. Convocou o conselho para em parceria com a SEAS elaborar proposta de uma política de fato efetiva. Entretanto, a fala dessa autoridade mostrou o desconhecimento da existência de uma política estadual para o idoso, construída pelo conselho, em tramitação na ALERJ.

Essa situação de desencontros nos leva a concluir que o CEDEPI vem encontrando dificuldades para cumprir as principais atribuições, como: promover em todos os níveis da administração pública atividades que visem a defesa dos direitos dos idosos; fiscalizar a observância dos direitos; elaborar projetos que promovam a participação do idoso em todos os níveis de atividades. Além disso, quando consegue operacionalizá-las não encontra por parte dos gestores o apoio necessário para seus desdobramentos.

**Tabela 9 – Composição do Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa para a gestão 2003-2005**

<b>Composição governamental:</b>		<b>Composição não-governamental</b>	
1	Secretaria de Estado de Ação Governamental	1	Associação dos Aposentados da Previdência Social
2	Secretaria de Estado de Ação Social	2	Associação Nacional de Gerontologia
3	Universidade do Estado do Rio de Janeiro	3	Sociedade brasileira de Geriatria e Gerontologia
4	Secretaria de Estado de Segurança Pública	4	Associação de Parentes e Amigos de Pessoas com Alzheimer
5	Defensoria Pública Geral do Estado	5	Associação dos Antigos Funcionários do Banco do Brasil
6	Secretaria de Estado de Transportes	6	Associação dos Aposentados de Furnas
7	Secretaria de Estado de Educação	7	Clube da Maior Idade
8	Secretaria de Estado de Cultura	8	Grupo Renascer
9	Secretaria de Estado de Saúde;	9	Pastoral da 3ª Idade
10	Secretaria de Estado de Trabalho	10	Renascer na Tradição

Elaboração própria com base no livro de frequência do CEDEPI.

Para a gestão 2003-2005, do CEDEPI, foram reempossados alguns conselheiros e outros empossados pela primeira vez. A busca por uma maior articulação para defender os direitos dos idosos do estado do Rio de Janeiro é consenso entre seus integrantes. Com isso se apresentam novas possibilidades do conselho ter relevância na condução da política estadual do idoso, e isso merece novas investigações.

### **3. A (des) articulação na atenção ao idoso no Estado do Rio de Janeiro**

Como referido anteriormente, desde a década de 80 a população do estado do Rio de Janeiro é considerada envelhecida, mas somente nos anos 90 se consolidam as principais medidas governamentais em defesa dos direitos desse grupo etário, aprovadas, principalmente, em respostas às denúncias das precárias condições de sobrevivência nos abrigos e asilos.

Desde a regulamentação da PNI, em julho de 1996, estados e municípios brasileiros passaram a tê-la como eixo norteador na adoção de políticas públicas para o idoso. Portanto, a Lei nº 8.842 tornou-se o principal instrumento de defesa dos seus direitos, na medida em que, para atender suas principais necessidades, delega responsabilidades a vários setores, visando criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Como observado, a formulação da PNI demonstra o reconhecimento de que o envelhecimento é uma questão que diz respeito a várias políticas setoriais, bem como da sociedade e da família. Os preceitos estipulados nessa lei mostram sua abrangência e complexidade tornando sua implementação num verdadeiro desafio, tendo em vista as

peculiaridades distintas dos estados e municípios, as diferentes culturas, instituições, mais a baixa institucionalização das políticas sociais em geral e, ainda as precárias condições de vida e saúde da população idosa.

No estado do Rio de Janeiro onde todos esses fatores estão presentes, a situação se agrava porque ainda não se aprovou uma legislação estadual similar à PNI e as leis existentes nem sempre são cumpridas. Além disso, há indefinição das competências institucionais na implementação da PNI dificultam o processo.

Nesse difícil percurso, o movimento dos idosos ganhou um aliado quando o Deputado Estadual Paulo Pinheiro assumiu a presidência da Comissão da Criança, do Adolescente e do Idoso da ALERJ, em março de 2003. A partir desta data, a comissão vem exercendo pressão junto aos parlamentares para aprovar os projetos de leis que estão em tramitação naquela casa, incluído o da Política Estadual do Idoso e também esteve presente em praticamente todos os eventos relacionados ao tema, participando dos debates, sugerindo propostas e defendendo o cumprimento da legislação.

A participação da comissão da ALERJ busca resgatar o seu papel de destaque, que fora inexpressivo em 2002, pois não manteve o mesmo empenho dos anos anteriores. Durante o período de acompanhamento das reuniões do FÓRUMPNEI-RJ e do CEDEPI, essa comissão não enviou representantes às reuniões ordinárias ou extraordinárias, como também não acompanhou com o mesmo afinho sua principal missão fazer cumprir as leis.

Os depoimentos sinalizam que a implementação da PNI ainda não se iniciou no estado do Rio de Janeiro, predominando a existência de uma precária rede de serviços para atender a população idosa, o que acarreta dificuldades para os gestores.

*A prática nos fez observar determinadas dificuldades na implementação do trabalho. Eu diria que se está no início de uma tentativa de implementação dessa política. (Entrevista nº 1)*

*Nesse momento, a PNI caminha sozinha. Poucos profissionais, poucas instituições conhecem a PNI. Ela ainda não foi esmiuçada como deve ser e está desarticulada do contexto social, dessa conjuntura que a gente vive, onde a população idosa cresce a cada dia. Há ausência de serviços de saúde para os idosos, a rede que não funciona, o desrespeito que se acentua a cada momento. (Entrevista nº 3)*

Como se observa, a preocupação em assegurar os direitos sociais dos idosos, incluídos em várias leis nacionais, estaduais ou municipais não foram suficientes para a criação de infra-estrutura que pudesse dar conta de atender as necessidades da

população idosa, apesar das instituições em funcionamento precário e a escassez de modalidades de atendimento impossibilita ao poder público o fechamento das entidades que se encontram em situação irregular. Os gestores e técnicos ficam sem alternativas para transferir os idosos que se encontram em risco social.

*Não podemos deixar que simplesmente se feche a instituição, porque nós não temos alternativas para dar. Você interdita uma instituição e cria um outro problema social. Onde nós vamos colocar esses idosos? (Entrevista nº 1)*

*Às vezes temos que interditar um asilo junto com a vigilância sanitária e não temos para onde mandar os idosos. Inclusive têm vários asilos que nós pedimos a interdição e eles continuam funcionando porque não tem para onde transferir os idosos. (Entrevista nº 4)*

Há o reconhecimento de um entrevistado da necessidade de se desenvolver ações conjuntas como previsto na PNI: *As demandas são muito grandes, portanto, precisavam ser discutidas em conjunto. A minha avaliação é que a integração melhorará em muito a qualidade do trabalho. (Entrevista nº 1)* Mas, no cotidiano, de acordo com os depoimentos de alguns conselheiros, a intersectorialidade no âmbito da PNI é ainda uma abstração, revelando pessimismo ou impotência frente aos obstáculos postos pelas próprias burocracias que deveriam implementar a política:

*Quando você trabalha a intersectorialidade governamental e não-governamental a gente esbarra na pouca dinâmica nossa nesse exercício. Porque, quando você pensa em intersectorialidade, pensa em órgãos de gestão, saúde, educação, transporte. Quando nós estamos no conselho fica difícil responder de que forma vamos atuar, por não termos autonomia. Então, a coisa não acontece. Quando o membro volta para a sua secretaria, vai atender aquilo que o Estado estabelece e não o que o conselho apontou como dificuldade. (Entrevista nº 2)*

*A gente iniciou alguns trabalhos, mas com muitas dificuldades. Dificuldades de encaminhamento. Como exemplo estamos adequando essas normas para o funcionamento das casas geriátricas, a política estadual do idoso, que trabalhamos tentando adequá-las a nossa realidade. Mesmo assim a gente precisa da burocracia do estado, e isso é muito difícil. Acho que a burocracia é que emperra o trabalho do conselho. Porque os componentes do conselho, governamentais e não-governamentais, estão sempre disponíveis, eles querem atuar. Então eu acho que a burocracia do*

*Estado dificulta muito o avanço de algumas ações, algumas políticas que a gente entende que naquele momento é de extrema urgência. (Entrevista nº 3)*

Mesmo que o conceito de intersetorialidade não seja de difícil compreensão na teoria, Westphal e Ziglio (1999) afirmam que, na prática, há dificuldade de concretizá-lo pelas resistências intuitivas e culturais que desencadeia. Assumir um modelo de caráter intersetorial significa uma mudança radical, a que os setores e políticas estão em diferentes estágios de desenvolvimento de gestão, cada política faz a transferência de forma isolada. Para os autores, as soluções têm sido paternalistas e paliativas, mesmo quando o enfrentamento das questões pede soluções compartilhadas. A dificuldade de concretizar ações intersetoriais pode ser percebida no depoimento de um entrevistado.

*Pude observar nos períodos anteriores e ainda hoje o planejamento não é feito em conjunto, ele é fragmentado. Não há uma articulação para o planejamento (...) Mesmo que você se proponha a fazer um planejamento, o cotidiano te atropela, surgem as emergências e você como poder público não pode deixar de atender. (Entrevista nº 1)*

No estado do Rio de Janeiro, as ações governamentais integradas destinadas aos idosos se estabelecem, principalmente, como respostas às denúncias de abandono, maus tratos, desrespeito, etc., veiculadas pela mídia e por movimentos organizados. O poder público, ciente do problema, afirma não ter estrutura suficiente para reverter o quadro. A situação alarmante foi e ainda é o grande impulsionador para fomentar o debate e exigir que o poder público e a sociedade civil organizada se reúnam para discutir a questão e propor soluções conjuntas.

*Pela falta de infra-estrutura, as ações acabam sendo emergenciais. As modalidades criadas, como a vila residencial, o Centro de Convivência e o Centro-Dia se deram de maneira emergencial. Os idosos que foram para o vila residencial de Itaboraí eram oriundos de clínicas interditadas pela CPI do idoso. Então é emergencial, não há totalmente um planejamento. No serviço Ligue-idoso/ouvidoria, as denúncias em geral remetem a uma ação emergencial. Se for caso de interdição, faz-se necessário o atendimento com a transferência para outro local. Como não existe uma fatura de modalidades você acaba atendendo apenas as emergências. (Entrevista nº 1)*

O quadro apresentado nos leva a afirmar que as medidas preconizadas pela PNI, com relação à intersetorialidade que, justamente, visam a melhorar as condições de

existência desse segmento, em particular os mais pobres, estão sendo executadas no Estado de forma extremamente desarticulada. A implementação da Lei nº 8.842 não vem encontrando, por parte dos governantes, o apoio para a operacionalização das ações conjuntas previstas foi unânime entre os entrevistados. Essa situação resulta na implementação de soluções paliativas, de alternativas emergenciais sem planejamento adequado, implantação de poucas modalidades para responder às freqüentes denúncias de maus tratos, baixa articulação entre os níveis e os setores de governo e investimento escasso ou nulo.

De maneira geral, essas características não são específicas do estado do Rio de Janeiro. Focalização, descontinuidade, centralização e baixa cobertura, foram identificadas por Boschetti (2001) nos programas de assistência social no Brasil, os quais não mantêm a integração prevista. Os benefícios atingem entre 15% e 20% da população que deveria ter acesso e produzem pouca melhoria na vida dos usuários.

Elas também foram identificadas em outros países. Vários estudos sobre o tema mostraram que medidas introduzidas por governos reformistas, na prática, provocaram escassa mudança, sendo esta situação considerada como uma falha da implementação (Hogwood & Gunn, 1984). Mas no Brasil, em particular no estado do Rio de Janeiro, nosso campo de investigação, esta questão torna-se mais grave, tendo em vista a histórica desigualdade social, que contribui para a manutenção da situação de descaso para com os idosos mais pobres.

Silva (2001) afirma que a PNI constituiu um avanço no plano jurídico e político, mas há ainda muito a realizar no sentido de efetivar estes direitos na implementação dos programas e projetos nos níveis municipal e estadual. Os resultados encontrados em Cuiabá revelam entre outros, existência de recursos insuficientes; incipiente gerenciamento técnico administrativo; necessidade de capacitação de recursos humanos; planejamento participativo e transparência no orçamento.

Assim, observa-se um descompasso entre as propostas formuladas e as ações implementadas pelo executivo estadual. Nesta perspectiva, cabe ressaltar a importância da capacidade de pressão dos grupos interessados para cobrar respostas do executivo estadual, demonstrando que a implementação de uma política não se restringe a execução técnica de um marco legal. No entanto, pela sua inerente fragilidade a população idosa tem baixa capacidade de se organizar e pressionar.

Além disso, a pouca integração existente entre as secretarias envolvidas na implementação da PNI, a desarticulação política entre estado e municípios, bem como a alocação de recursos financeiros e humanos inexpressivos, frente à demanda crescente,



impede o órgão estadual coordenador da PNI de exercer a sua função delegada pela legislação, o que dificulta o atendimento à população e a atuação dos gestores. Esse quadro fica visível quando identificamos a existência de superposição de ações.

*Nós temos um serviço de denúncia, a prefeitura do Rio de Janeiro tem, a ALERJ tem e outros mais têm. Muitas vezes as mesmas denúncias são encaminhadas para vários órgãos. Isto tem um custo operacional porque a gente registra, classifica e encaminha a denúncia. Existe então, uma superposição de ações.*(Entrevista nº 1)

*Todo mundo faz tudo igual e o resultado é quase nenhum. Nós do conselho, em alguns momentos, temos que dar parecer a pedido do Ministério Público. Se ele já deu um parecer a uma denúncia de maus-tratos, eu creio que não há necessidade do conselho dar outro. Então há uma superposição de tarefas que confunde os papéis dos organismos.* (Entrevista nº 3)

Mas há grande expectativa, por parte dos gestores, para os próximos quatro anos, acreditam que com a aprovação do Estatuto do Idoso e de novos investimentos governamentais, a implementação da PNI avançará.

*Então eu acho que nos próximos quatro anos nós teremos uma articulação maior. Mas nesse momento a PNI caminha sozinha. Poucos profissionais, poucas instituições conhecem a PNI, ela ainda não foi esmiuçada como ela deve ser e ela está desarticulada do contexto social, dessa conjuntura que a gente vive, que a população idosa cresce a cada dia. A ausência de serviços de saúde para os idosos a rede que não funciona, o desrespeito que se acentua a cada momento.* (Entrevista nº 3)

Conclui-se com base na pesquisa de campo, que no estado do Rio de Janeiro, a implementação da PNI de forma integrada, está apenas no começando, constitui-se o início de uma longa caminhada até conseguir reverter o quadro de frustração institucional e de iniquidades sociais. Porém, a experiência histórica das políticas públicas no Brasil nos mostra, no entanto, o quão dificultoso e pleno de impasses será o percurso.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, as preocupações e discussões públicas relativas ao envelhecimento populacional e à situação dos idosos surgem nos anos 1970. Na década de 80, esse tema passou a fazer parte da agenda governamental e os direitos específicos desse grupo populacional foram incorporados à Constituição Federal de 1988, daí decorrendo a formulação de políticas públicas materializadas na Lei nº 8.842, de janeiro de 1994, que rege a Política Nacional do Idoso (PNI). Pode-se dizer que a PNI é um excelente modelo de coerência e abrangência em relação ao dever ser do Estado na área de atenção à terceira idade. No principal, a PNI visa criar condições para o envelhecimento com qualidade de vida, enfatizando aspectos como a promoção da autonomia, a integração e a participação efetiva dos idosos na sociedade. Para tanto, assume a intersetorialidade como eixo da implementação, de modo a dar cumprimento cabal desses propósitos, definindo o envolvimento direto e responsável de sete ministérios a fim de que as ações sejam realizadas de forma compartilhada (Previdência e Assistência Social, Planejamento e Orçamento, Saúde, Educação e Desporto, Trabalho, Cultura e Justiça).

Esta dissertação centrou-se no exame da intersetorialidade na implementação da PNI no Estado do Rio de Janeiro, o que significaria o engajamento das secretarias estaduais correspondentes aos ministérios acima mencionados. Nesse sentido, buscamos conhecer, primeiro, as instâncias governamentais envolvidas na execução dessa política; segundo, analisar de que maneira esse compartilhamento acontece; e, terceiro, examinar detidamente as iniciativas promovidas mediante essa integração. Assim, foi dada ênfase à identificação das arenas de decisão e à interação entre os atores envolvidos. A este propósito, destacamos, que em torno da política e dos programas voltados para os idosos, foram detectadas inter-relações entre as seguintes secretarias: de Ação Social e Cidadania; de Saúde; de Segurança Pública; de Ciência e Tecnologia (à qual esta vinculada a UERJ) e a Defensoria Pública (ligada ao Executivo estadual). Quer dizer, não há correlação entre os ministérios que figuram na PNI e as agências estaduais envolvidas com a implementação da política.

Como visto, no Estado do Rio de Janeiro, a Lei nº 8.842, da PNI, não tem sido reproduzida de forma similar e em um corpo legal. No seu lugar, existem várias leis esparsas, algumas anteriores a 1994, que têm servido de base para adotar medidas ainda muito insuficientes, voltadas para os idosos, não obstante a emergência de uma intervenção estadual decidida a partir da grande repercussão nacional e internacional

que, em 1996, adquiriu o tema, quando da trágica morte de anciãos na Clínica Santa Geneveva. Em certa medida, a essa tímida atuação das autoridades estaduais pode ser atribuída a acima apontada correspondência parcial entre órgãos federais e estaduais, fato que poderia levar a vazios ou desarticulações importantes na aplicação de leis igualmente fragmentadas.

Por causa dessa brecha institucional e da importância secundária dada no estado à questão dos idosos, deixa muito a desejar o aparelhamento dos programas e serviços a eles destinados. A isso se acrescenta o fato de ainda não estarem plenamente legitimadas as instâncias colegiadas que deveriam tomar as respectivas decisões. Este é o caso do Conselho Estadual de Defesa da Pessoa Idosa (CEDEPI), instalado em 1996, que tem tido papel crucial nas CPI do Idoso da ALERJ, tanto quanto o Fórum Permanente da Política Nacional e Estadual do Idoso (FÓRUMPNEI-RJ). Apesar disso, o CEDEPI apresenta variados problemas de funcionamento e de capacidade de intervenção, o que em muito esteriliza seus trabalhos, como relacionamos a seguir:

- o CEDEPI tem se reunido de forma intermitente, com períodos de inatividade de até um ano;
- os representantes governamentais no CEDEPI praticamente não comparecem às reuniões, salvo os delegados da UERJ e da SEASC;
- as resoluções adotadas pelo CEDEPI não são acatadas pelo Executivo;
- o Executivo adota medidas sem consulta prévia ao CEDEPI ou mesmo sem comunicação oficial posterior;
- os fluxos de comunicação entre o Executivo, agências estaduais e o CEDEPI, quando existem, são muito falhos;
- os recursos financeiros dos projetos voltados para a população idosa que o CEDEPI aprovou não foram liberados pelo Executivo, sendo assim anuladas relevantes iniciativas;
- no CEDEPI, segundo alguns conselheiros, prevaleceriam os interesses particulares de cada entidade ali representada, em detrimento de posturas de defesa dos idosos em geral;
- como corolário, o CEDEPI mostra escassa capacidade de iniciativa, predominando discussões de ordem regimental ou administrativa.

Quanto à atenção aos idosos, são visíveis falhas como as numerosas deficiências estruturais dos serviços disponíveis, a extrema morosidade na efetivação das medidas adotadas e a escassa ou nula vigilância sanitária dos estabelecimentos. Na verdade, no Rio de Janeiro existe uma extensa rede de atenção à saúde. Mas, apesar disso,

evidenciam-se grandes obstáculos no encaminhamento de idosos para atenção especializada, aliados às alarmantes condições das casas geriátricas, quase todas elas contratadas com o setor privado, ocorrendo algo semelhante com os centros de convivência, que se tornaram na grande maioria locais de lazer e recreação, alheios aos propósitos de conscientização. Quanto aos centros dia, a SEASC equipou apenas seis para atender aqueles que apresentam a capacidade funcional comprometida, sendo a maioria desses idosos de baixo poder aquisitivo.

Com respeito à defesa dos direitos da pessoa idosa, foi visto que existem vários órgãos estaduais e municipais preocupados com essa questão: o Ligue-Idoso da ALERJ, da Prefeitura do Rio de Janeiro, o da Ação Social do Estado e o Disque-Denúncia, além de parlamentares que oferecem esse serviço nos seus gabinetes. Quer dizer, há suficientes serviços desse tipo voltados ao atendimento de queixas de maus tratos, abandono e negligências sofridas pelos anciãos e de fato são utilizados. No entanto, problemas adicionais ressaltam nessa atividade: a desconexão entre os órgãos, a superposição de ações e a baixa capacidade para resolver as denúncias recebidas.

No que se refere à intersetorialidade, é um conceito que implica na necessária sinergia para o desenvolvimento social. Idealmente significa articular experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, para alcançar resultados integrados em situações complexas. Não obstante, como mostrou este trabalho, tal ideal está longe de ser alcançado no Estado do Rio de Janeiro no campo das políticas voltadas à população idosa. Com efeito, além de o CEDEPI não funcionar para os efeitos da integração de ações, as secretarias de governo não atuam em conjunto. É de ressaltar que, no Rio de Janeiro, lideranças importantes tem se destacado na luta em prol dos direitos dos idosos, como o ex-deputado estadual, hoje senador, Sérgio Cabral, cujas iniciativas, várias foram adotadas para todo o país, como o desconto em teatros e cinemas, prioridade na atenção na Justiça, gratuidade nos museus, estádios e outros locais de visitação ou lazer, além da criação do CEDEPI. Fora isso, os atuais programas voltados para os idosos são todos de iniciativa federal, cabendo ao estado desenvolvê-los. Todavia, os sucessivos governos estaduais não somente têm se mostrado bastante omissos no atendimento dessas diretrizes senão que também não têm mostrado criatividade para desenhar projetos próprios, além da já mencionada incapacidade para fazer funcionar com eficiência e eficácia os serviços existentes para prestar aos idosos uma assistência de melhor qualidade. Uma exceção nesse panorama é, certamente, o serviço Ligue-Idoso/Ouvidoria que a Secretaria de Ação Social articula com a Delegacia do Idoso e a Defensoria Pública, conseguindo-se atuações em conjunto. Mas este é um exemplo

pontual que não dá conta da estratégia bem mais complexa como é a intersetorialidade.

Como visto no referencial teórico, os estudiosos da fase de implementação preocupam-se, fundamentalmente, em explicar a conhecida brecha entre a formulação e a implementação das políticas públicas. É fato conhecido que os governos são muito melhores para elaborar políticas do que para colocá-las em prática, o que tem levado a empreender numerosas investigações a respeito do por quê da grande distância entre as intenções e as realizações. São os formuladores os responsáveis pelas políticas defeituosas? São os implementadores que não acatam as medidas propostas? Estes dilemas não têm solução. Entretanto, os estudos sobre a execução de políticas têm mostrado que vários pressupostos relativos ao que seria uma implementação “perfeita”, na prática não são considerados. No que segue, passamos a mencionar alguns desses *gaps*, com base em Hogwood & Gunn (1984) e outros autores, a modo de reflexão final desta apresentação.

- A agência implementadora, em geral, tem escasso ou nenhum controle sobre as circunstâncias externas que afetam a execução das políticas. De fato, sempre há ou surgem obstáculos físicos ou políticos ou constrangimentos inesperados sobre os quais os administrados não têm domínio ou não podem vencer, salvo que esses condicionantes tenham sido previstos no desenho da política, mas isto quase nunca é possível.

No caso da atuação governamental estadual, claramente aparecem constrangimentos de ordem política advindos, por um lado, da escassa prioridade dada à questão do idoso e, por outro, da descontinuidade administrativa causada cada vez que há renovação de governo. Embora esse tipo de obstáculos não tenha sido objeto desta análise, é evidente que os longos períodos de inatividade do CEDEPI devem-se a questões políticas surgidas com renovação do chefe do Executivo e do corpo parlamentar. Assim sendo, não somente esse colegiado passa por uma crise de legitimidade como também importantes avanços na política estadual tem sido frustrados.

- O tempo e os recursos suficientes para executar uma política são requisitos cruciais para uma implementação bem sucedida.

Embora, em geral, todas as políticas públicas se defrontem com ao menos um desses problemas, no caso do estado tem sido flagrante a omissão do governo estadual na liberação de recursos para os projetos da CEDEPI. Além disso, tal como referenciado por todos os entrevistados, nenhuma das agências envolvidas na implementação conta com dotações específicas de verba para levar adiante qualquer

iniciativa. Se a tudo isso se soma a carência de recursos financeiros e humanos de todas as áreas sociais do estado e mesmo da Segurança Pública, é inevitável que a política do idoso esteja fadada ao fracasso, ao menos até esse quadro não mudar.

- A política deve se basear em uma teoria de causa e efeito. As políticas são às vezes pouco efetivas não porque são mal implementadas, mas porque são políticas ruins. Acrescente-se que também a relação entre causa e efeito deve ser direta e com poucos, ou nenhum, elos ou vinculações.

A concepção teórica da PNI na abordagem dos cuidados com os idosos é modelar. Porém, é em relação ao segundo quesito que surge uma questão importante. Trata-se da intersectorialidade. Efetivamente, a implementação da PNI depende, em grande medida, da integração bem-sucedida entre diversos setores. Quer dizer, pressupõe inúmeras vinculações entre partes distintas que, se não se efetivam, podem afetar o êxito de todo o empreendimento. Na realidade, os formuladores partiram de premissas que são difíceis de alcançar na prática, dado a tradição de as burocracias públicas, e as da área social em particular de não trabalharem em conjunto; ao contrário, predomina a disputa por recursos sempre escassos, fazendo com que a concorrência e não a cooperação seja a regra. Além disso, as políticas sociais se caracterizam, no Brasil, pelo viés clientelista, isto significando que os serviços e benefícios que recebe o cidadão são vistos por este como um favor e não como um direito, o que o torna presa fácil de políticos e agenciadores oportunistas. Este traço, porém, que tem a ver com a cultura nacional, coloca desafios difíceis de prever na fase da formulação, sob pena de levar ao imobilismo.

- Para ter sucesso, a agência implementadora deveria ser independente nas suas decisões e ações.

Esta condição depende, na realidade, de dispositivos constitucionais relativos aos poderes do Executivo, que no Brasil são abrangentes e inseridos em uma tradição centralizadora. Isso deixa pouca margem para as agências implementarem com graus de liberdade razoáveis as políticas legisladas. Tal quadro não seria alheio à PNI. No entanto, se veria gravado pelo fato de o Executivo estadual, como mencionado, controlar todas as atividades em detalhe, a começar pelo CEDEPI, que se vê de mãos atadas para avançar na defesa dos direitos dos idosos.

Os estudiosos da implementação de políticas são de opinião que para realizar uma avaliação satisfatória de uma política pública seria necessário deixar passar ao menos 10 anos. Desse modo, é muito prematuro fazer apreciações mais acabadas com

respeito à PNI e, nesse sentido, a nossa pesquisa representa uma primeira contribuição ao entendimento da situação em que se encontra no estado.

Como se viu, em termos de uma política pública 10 anos é pouco tempo, mas não para os idosos, que não podem aguardar: bem antes deveriam passar a receber a atenção que esperam e merecem. E para isso, poderão contar com o otimismo de todos os atores entrevistados, para quem o futuro se apresenta promissor, pois confiam que as políticas voltadas aos idosos vão melhorar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUDELO, S. F., 1997. Violência, Cidadania e Saúde Pública. In: *Equidade e Saúde – Contribuições da Epidemiologia*. (BARATA, R.B.; BARRETO, M. L.; ALMEIDA-FILHO, N.; VERAS, R. P., org.), pp.39-48, Rio De Janeiro: Abrasco & Editora Fiocruz.
- AKERMAN, M., 1998. A construção de indicadores compostos para os projetos de cidades saudáveis: um convite para um pacto transetorial. In: *A organização da saúde em nível local*. (MENDES, E. V., org.), pp. 319-336, São Paulo: Editora Hucitec.
- ALERJ.,2001. *A Terceira Idade: legislação consolidada*. Rio de Janeiro: ALERJ.
- ALVES, A. M., 2001. A Construção Social da Violência Contra os Idosos. *Textos sobre Envelhecimento*, Rio de Janeiro, 3 (6): 9-31.
- BARROS, R. P.; MENDONÇA, R.; SANTOS, D., 1997. Incidência e Natureza da Pobreza entre Idosos no Brasil. In: *Muito Além dos 60: os Novos Idosos Brasileiros*. (CAMARANO, A.A., org.), pp.221-249. Rio de janeiro: IPEA.
- BOSCHETTI, I., 2001. *Assistência Social no Brasil: um Desafio entre Originalidade e Conservadorismo*. Brasília: GESST/SER/UnB.
- BRASIL., 1988. Constituição da Republica Federativa do Brasil, DF: Senado Federal.
- BRASIL., 1997. Plano Integrado de Ação Governamental para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso. Brasília: MPAS/SAS.
- BRASIL., 1994. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Brasília.
- BRASIL., 1996. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Política Nacional do Idoso. Brasília.
- BRASIL., 1999. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Idoso. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 237-E:20-244, 13 de dezembro de 1999.
- BURLANDY, L., 2003. *Comunidade Solidária: Engenharia Institucional, Focalização e Parcerias no Combate a Fome e a Desnutrição*. Tese de doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Publica, Fundação Oswaldo Cruz.
- BUSS, P. M., 2000. A Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 5(1): 163-177.
- CAMARANO, A. A.; BELTRAO, K. I.; PASCOS, A. R. P., MEDEIROS, M.; GOLDANI, A. M., 1997. Como Vive o Idoso Brasileiro. In: *Muito Além dos 60: os Novos Idosos Brasileiros*. (CAMARANO, A.A., org.), pp.19-71. Rio de janeiro: IPEA.
- CAMPOS, G.W. S., 2000. *Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos*. São Paulo: Editora Hucitec.
- CARVALHO, A.I., 1997. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania. In: *Conselhos municipais e políticas sociais*. Rio de Janeiro, IPEA, IBAM.



- CIDE – CENTRO DE INFORMAÇÕES E DADOS DO RIO DE JANEIRO, 2000. *Anuário Estatístico do Estado do Rio de Janeiro 1999-2000*.
- COSTA, M. F. F. L., GUERRA, H. L., BARRETO, S. M., GUIMARÃES, R. M., 2000. Diagnóstico da Situação de Saúde da População Idosa Brasileira: Um Estudo da Mortalidade e das Internações Hospitalares Públicas In: *Informe Epidemiológico do SUS*. 9(1): 23-41.
- COUtrim, R.M.E. 2002 Quem disse que os aposentados estão inativos? O movimento dos aposentados e pensionistas e o jogo de resistência contra o poder. *Textos sobre Envelhecimento*, Rio de Janeiro, 4 (7): 35-52.
- DAGNINO, E. 2002., (org.). *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Editora Paz e Terra.
- DELGADO, G. C.; CARDOSO JR, J. C., 1997. O Idoso e a Previdência Rural no Brasil: a Experiência Recente da Universalização. In: *Muito Além dos 60: os Novos Idosos Brasileiros*. (CAMARANO, A.A., org.), pp.319-343. Rio de Janeiro: IPEA.
- DUTRA, V.C.A., 1999. *Os Cara Enrugada Contra os Cara de Pau. Memória: Construção na Luta dos Aposentados e Pensionistas no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- DUTRA, V.C.A., 2002. *Um Esboço Histórico sobre a Construção da Velhice*. Rio de Janeiro, (mimeo)
- FEUERWERKER, L. C. M. e COSTA, H. O. G., 2000. Intersetorialidade na Rede Unida. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, 22: 25-35.
- GOLDANI, A. M., 1997. Mulheres e envelhecimento: desafios para novos contratos intergeracionais e de gênero. In: *Muito Além dos 60: os Novos Idosos Brasileiros*. (CAMARANO, A.A., org.), pp.75-113. Rio de Janeiro: IPEA.
- GOLDMAM, S. N., 2000. Velhice e Direitos Sociais. In: *Envelhecer com Cidadania: Quem Sabe Um Dia*. (PAZ. S.F.; GOLDMAN, S. N.; ARNAUT, T., org.), pp. 13-42. Rio de Janeiro: ANG-RIO/CBCISS.
- GORDILHO, A. et. al., 2000. *Desafios a Serem Enfrentados no Terceiro Milênio pelo Setor Saúde na Atenção Integral ao Idoso*. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ.
- HADAD, E.G. M., 1986. *A Ideologia da Velhice*. São Paulo: Editora Cortez.
- HOGWOOD, B. W. & GUNN, L. A., 1984. *Policy Analysis for the Real World*. Oxford, New York. Oxford University Press.
- IBGE. Censos Demográficos de 1991-2000. Rio de Janeiro.
- INOJOSA, R. M., 1998. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. *Revista de Administração Pública*. 32 (2): 35-48.
- INOJOSA, R. M. e JUNQUEIRA, L. A. P., 1997. O setor de saúde e o desafio da intersetorialidade. *Cadernos FUNDAÇÃO* 21:156-164.
- JAPIASSU, F. H., 1996. *A Crise da Razão e do Saber Objetivo*. São Paulo: Editora Letras & Letras.

- JUNQUEIRA, L. A. P., 1998. Descentralização e intersetorialidade: a construção e um modelo de gestão municipal. *Revista de Administração Pública*. 32 (2):11-22.
- JUNQUEIRA, R. G. P., 1998. A intersetorialidade do ponto de vista da educação ambiental: um estudo de caso. *Revista de Administração Pública*. 32 (2):79-91.
- KNOKE, D. et. al., 1996. *Comparing Policy Networks. Labor Politics in the U.S., Germany, and Japan*. Cambridge: Cambridge Universty Press.
- LABRA, M. E., 1999. Análise de Políticas, Modos de Policy-Making e Intermediação de Interesses. *Physis – Revista de Saúde Coletiva* 9 (2):131-166.
- \_\_\_\_\_, 2000. *Política, Processo Decisório e Informação. Elementos para a Reflexão*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Publica, Fundação Oswaldo Cruz. mimeo.
- LABRA, M. E., 2003. *Aspectos Teóricos da Implementação de Políticas. Subsídios para Analisar o SUS*. Trabalho Apresentado no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília.
- LINDBLOM, C., 1981. *O Processo de Decisão Política*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- MAGARO, R. P., 2001. *O Idoso Institucionalizado segundo Dados da Subcomissão de Saúde do idoso da Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro*. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização sobre Envelhecimento e Saúde do Idoso, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- MAZMANIAN, D. A. & SABATIER, P. A., 1989. *Implementation*. Lanham; New York; London: University of America Press, Inc., 2<sup>nd</sup>. Ed.
- MÉNY, I. & THOENIG, L.C., 1992. *Las Politicas Públicas*. Madrid: Ariel.
- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL., 1996-2002. Relatório anual de gestão. Brasília, Secretaria de Assistência Social/Ministério da Previdência e Assistência Social.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2002. *Redes Estaduais de Atenção `a Saúde do Idoso. Guia Operacional e Portarias Relacionadas*. Brasília, Secretaria de Assistência a Saúde Ministério da Saúde.
- OPAS., 1992. Declaração de Santa Fé de Bogotá.
- PAZ, S. F., 2001. *Dramas, Cenas e Tramas. A Situação de Fóruns e Conselhos do Idoso no Rio de Janeiro*. Tese de doutorado, Campinas: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.
- PARADA R., 2001. A construção do sistema Estadual de Saúde: antecedentes e formas de inserção. *Physis – Revista de Saúde Coletiva* 1(1):19-104
- PEREZ, J.R.R., 1999. Avaliação do Processo de Implementação: algumas questões metodológicas. In: *Avaliação de Políticas Sociais: Uma questão em debate*. (RICO. E. M., org.). pp. 65-73, São Paulo: Editora Cortez.
- RAMOS, L.R., 1993. Significance and Management of Disability among Urban Elderly Residents in Brazil. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, v.8, pp.313-323.

- RIBEIRO, J. M., 1997. Conselhos de Saúde, Comissões Intergestores e Grupos de Interesses no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, n. 1, p. 81-92.
- SÁ, V.M.L., 1997. *O Novo Velho e as Políticas Sociais: e o setor saúde, como se manifesta?* Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- SAAD, P. M.; 1997. Transferência de Apoio entre Gerações no Brasil um Estudo para São Paulo e Fortaleza. In: *Muito Além dos 60: os Novos Idosos Brasileiros*. (CAMARANO, A.A., org.), pp.251-280. Rio de Janeiro: IPEA.
- SAGER, M. A., 1996. Functional Outcomes of Acute Medical Illness and Hospitalization in Older Person. *Arch. Intern. Méd.* v 156. pp.645-652.
- SALOMÃO, M. V. N. F. C., 2001. *Estudo Exploratório das Condições de Funcionamento das Instituições Asilares na Região Metropolitana de Belo Horizonte-MG*. Dissertação de Mestrado. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa.
- SANTOS, L. S., 1998. *As Políticas Públicas de Atenção à Velhice*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- SERRA, R.M.S., 2000. *Crise de Materialidade no Serviço Social: Repercussões no Mercado Profissional*. São Paulo: Editora Cortez.
- SILVA, J. C., 2001. *A Contribuição do Programa Conviver para Construção da Cidadania da População Idosa em Cuiabá de 1994-1998*. Dissertação de Mestrado. Brasília: Universidade de Brasília.
- SUCUPIRA, A. C. S. L., 1998. Repensando a atenção à saúde da criança e do adolescente na perspectiva intersetorial. *Revista de Administração Pública*. 32 (2): 61-78.
- TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIAO., 2002. *Avaliação do TCU sobre as Ações de Atendimento à Pessoa Idosa*. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas do Governo.
- VERAS, R.P., 1994. *País Jovem com Cabelos Brancos: A Saúde do Idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UERJ.
- VERAS, R. P. & ALVES, M. I. C., 1995. A população idosa no Brasil: considerações acerca do uso de indicadores de saúde. In: MINAYO, M. C. (org.). *Os Muitos Brasis: Saúde e População na Década de 80*. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- VERAS, R. P., 2002. *Terceira Idade: Gestão Contemporânea em Saúde*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, UnATI/UERJ.
- VIANA, A. L., 1996. Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas. *Revista de Administração Pública* 24 (4):5-42.
- WESTPHAL, M. F.; ZIGLIO, E., 1999. Políticas Públicas e Investimentos: a Intersetorialidade. In: *O Município no século XXI: Cenários e Perspectivas*. pp. 111-121. São Paulo: FUNDAP.
- WESTPHAL, M. F.; MENDES, R., 2000. Cidade Saudável uma Experiência de Interdisciplinaridade e Intersetorialidade. *Revista de Administração Pública*. 34(6): 47-61.