

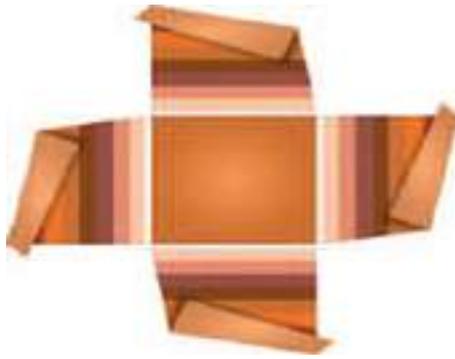
Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos.
Secretaria Especial de Direitos Humanos
Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos
Coordenação-Geral do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso

Anais da 4^a Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa¹

Brasília/DF

2016

¹ Atualizado em agosto de 2016.



4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa

Protagonismo e Empoderamento da Pessoa Idosa – Por
um Brasil de todas as idades

Brasília

2016

DILMA ROUSSEFF

Presidenta da República Federativa do Brasil

MICHEL TEMER

Vice-Presidente da República Federativa do Brasil

NILMA LINO GOMES

Ministra das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos

ÉLIDA DE OLIVEIRA LAURIS DOS SANTOS

Secretária Executiva

ROGÉRIO SOTTILI

Secretário Especial de Direitos Humanos

PAULO ROBERTO MARTINS MALDOS

Secretário Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos

CHRISTIANA GALVÃO FERREIRA DE FREITAS

Diretora do Departamento de Promoção dos Direitos Humanos da Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos

ANA LÚCIA DA SILVA

Coordenadora Geral do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso

CAROLINE DIAS DOS REIS

CLAUDIA REGINA BONALUME

VANIA LAIN

MARIANA BERTOL CARPANEZZI

Comitê Executivo das Conferências Conjuntas de Direitos Humanos pelo Gabinete do Secretário Especial de Direitos Humanos

CHRISTIANA GALVÃO FERREIRA DE FREITAS

FERNANDO ANTÔNIO DOS SANTOS MATOS

Comitê Executivo das Conferências Conjuntas de Direitos Humanos pela Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos

FERNANDA TEIXEIRA REIS

Coordenadora Geral de Informações e Indicadores em Direitos Humanos e Coordenadora de Sistematização das Conferências Conjuntas de Direitos Humanos

EDIANE PEREIRA DIAS

Consultora Temática do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso

ADRIANA ESCORSE DE MORAES

ALEXANDRE EURICO

ANA LUIZA GONÇALVES COSTA DA LUZ

CLARICE GOSSE

EDNA TERESINHA NEVES

FREDERICO DE MORAIS ANDRADE COUTINHO

ITAJAÍ OLIVEIRA DE ALBUQUERQUE

KOBAUSK FRANÇA FELIX

LUMA CHAGAS CORREA BITTENCOURT

MARIA CAVALCANTE VICENTE

MARIA DA CONCEIÇÃO DINIZ LOPES

MARIA DAS GRAÇAS OLIVEIRA FERREIRA

MARIANA BIZINOTO DOS SANTOS ANJO

PRISCILA BEATRIZ DA SILVA GONÇALVES

ROSIMEIRE DE JESUS

THAIS MARIA DE MACHADO LEMOS RIBEIRO

Colaboradores

LUIZ LEGÑANI

Presidente do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso

PAULO ROBERTO MARTINS MALDOS

Vice Presidente do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso

EPITÁCIO LUIZ EPAMINONDAS

LUIZ LEGÑANI

ANTÔNIO LÍDIO DE MATTOS ZAMBON

MARIA CRISTINA CORREA LOPES HOFFMANN

Comitê Executivo das Conferências Conjuntas de Direitos Humanos pelo Conselho Nacional dos Direitos do Idoso

LUIZ LEGNANI

PAULO ROBERTO MARTINS MALDOS

MARIA CRISTINA CORRÊA LOPES HOFFMANN

LAURA BERDINE SANTOS DELAMONICA

ANTÔNIO LÍDIO DE MATTOS ZAMBON

MARÍLIA CELINA FELÍCIO FRAGOSO

SANDRA RABELLO DE FRIAS

Comissão Organizadora da 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa

SALETE SIRLEI VALESAN

Diretora da Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais no Brasil, entidade coordenadora de facilitadores e relatores na 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa

Sumário

Apresentação	8
Texto-Orientador	9
4ª Conferência Nacional de Direitos da Pessoa Idosa. Tema: “Protagonismo e Empoderamento da Pessoa Idosa - Por Um Brasil de Todas as Idades”	9
Eixos Temáticos da 4ª CNDPI	10
Marcos Legais	16
Legislação Brasileira	16
Legislação Internacional	17
Histórico das Conferências Nacionais dos Direitos da Pessoa Idosa	19
Programação da 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa	21
Regimento Interno da 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa	26
Capítulo I - Da Finalidade	26
Capítulo II - Dos Participantes	28
Capítulo III - Da Organização	29
Capítulo IV - Do Credenciamento	30
Capítulo V - Da Abertura Oficial	30
Capítulo VI - Da Palestra Magna	30
Capítulo VII - Da Plenária Inicial	31
Capítulo VIII - Do Temário e dos Eixos	32
Capítulo IX - Dos Grupos De Trabalho	32
Capítulo X - Das Oficinas e das Rodas de Conversa	35
Capítulo XI - Da Plenária Final	35
Capítulo XII - Das Moções	37
Capítulo XII - Das Disposições Gerais	38
Credenciamento	39
Propostas Aprovadas	40
Eixo I	40
Eixo II	42

Eixo III	43
Eixo IV	44
Moções Aprovadas	45
Registros Fotográficos	61
Considerações Finais	81
Anexo I - Registro	83
Anexo II - Resolução nº 22 de 17 de abril de 2014	85
Anexo III - Portaria nº 200 de 26 de abril de 2016	87
Anexo IV - Composição do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso	89
Anexo V - Apresentações	92
Apresentação – Luiz Legnani (Presidente do CNDI).....	92
Apresentação - Ieda Nobre de Castro.....	101
Apresentação - Esther Bemerguy de Albuquerque	142
Apresentação - Paulo Gabriel Soledade Nacif	101
Apresentação – Marília Celina Felício Fragoso.....	142
Anexo VI - Textos que deram subsídio para a apresentação da Palestra Magna e Oficina: Educação e Envelhecimento - Direitos da Pessoa Idosa	147

Apresentação

O Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI e a Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos apresenta o Relatório da 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa – 4ª CNDPI, realizada com o tema: “**Protagonismo e Empoderamento da Pessoa Idosa – Por um Brasil de Todas as Idades**” entre os dias 24 a 27 de abril de 2016 em Brasília/DF.

A 4ª CNDPI proporcionou o debate e a construção de propostas que servirão para o aperfeiçoamento e a ampliação das políticas públicas voltadas às pessoas idosas nos próximos anos.

Ao todo, participaram da 4ª CNDPI cerca de 900 (novecentas) pessoas, entre delegadas/os, convidadas/os, observadores, palestrantes e acompanhantes, que vieram de todas as regiões do Brasil. Os debates realizados nos grupos de trabalho e na plenária final resultaram na aprovação de 20 (vinte) deliberações e 16 (dezesesseis) moções que compõem esse relatório.

Seguiremos avançando rumo às conquistas dos direitos sociais apropriadas para as pessoas idosas e lutando pela manutenção dos direitos conquistados historicamente por esse público como um dever do Estado, da sociedade e da família, conforme preconiza o Estatuto do Idoso – Lei N° 10.741 de 01 de outubro de 2003.

Luiz Legnãni

Presidente do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso

Paulo Roberto Martins Maldos

Secretário Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos

Vice-Presidente do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso

Texto-Orientador

4ª Conferência Nacional de Direitos da Pessoa Idosa. Tema: “Protagonismo e Empoderamento da Pessoa Idosa - Por um Brasil de todas as idades”

O presente documento apresenta orientações gerais para subsidiar os debates da 4ª Conferência Nacional de Direitos da Pessoa Idosa - 4ª CNDPI, encontro concebido para promover a avaliação, o aperfeiçoamento, o fortalecimento e a consolidação das políticas públicas voltadas à garantia de direitos das pessoas idosas. Com o tema “Protagonismo e Empoderamento – Por um Brasil de Todas as Idades”, a 4ª CNDPI será realizada pelo Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI em parceria com a Secretaria de Direitos Humanos do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos, entre os dias 24 e 27 de abril de 2016, no Centro Internacional de Convenções do Brasil – CICB em Brasília/DF.

O tema da Conferência propõe um olhar sobre o envelhecimento, sob a perspectiva dos direitos humanos. Esta mirada reforça a abordagem transversal, por meio da qual as políticas públicas são formuladas para atender pessoas de todas as idades. A transversalidade representa um avanço no estágio de desenvolvimento de nosso país, especialmente à luz das políticas sociais inclusivas da última década.

Previamente à 4ª CNDPI, foram realizadas etapas em 26 estados brasileiros e apresentação de mais de 600 propostas. A metodologia sugerida para esta Conferência privilegia a participação das pessoas idosas, na certeza de que elas devem ser protagonistas na construção de políticas públicas voltadas ao seu grupo. A dinâmica deste processo contará também com a participação direta e indireta de outros atores e atrizes, tais como conselheiros/as de direitos, gestores/as públicos/as

e representantes de entidades da sociedade civil eleitos/as delegados/as nas etapas estaduais.

A 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa será um espaço amplo e democrático de debate e articulação coletiva em torno de propostas de ações e iniciativas, estratégias e objetivos, desafios e prioridades que apontem diretrizes para as várias políticas públicas voltadas ao segmento, tais como assistência social, educação, saúde, previdência, habitação, esporte, cultura, turismo e lazer.

A Secretaria de Direitos Humanos e o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso contam com a participação ativa de delegados/as, convidados/as e observadores para que a 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa seja uma instância de reafirmação dos direitos humanos da população idosa no Brasil.

Eixos Temáticos da 4ª CNDPI

Os debates e a deliberação de propostas desta 4ª Conferência Nacional ocorrerão de forma articulada, envolvendo a participação de delegados e delegadas nos grupos de trabalho e na plenária final do evento.

Os eixos temáticos da 4ª CNDPI são:

- I – Gestão (programas, projetos, ações e serviços);
- II – Financiamento (fundos da pessoa idosa e orçamento público);
- III – Participação (política e de controle social);
- IV – Sistema Nacional de Direitos Humanos.

EIXO I - Gestão (programas, projetos, ações e serviços);

A Política Nacional da Pessoa Idosa é articulada pela Secretaria Especial de Direitos Humanos do Ministério das Mulheres, Igualdade Racial e dos Direitos Humanos, e é implementada por diversos órgãos do Governo Federal, como os Ministérios da Saúde, do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, do Trabalho e Previdência Social, da Educação e do Turismo. Ao Conselho Nacional dos Direitos

do Idoso cumpre elaborar as diretrizes para a formulação e implementação da Política Nacional do Idoso, estabelecido pela Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.

Com o advento do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), o governo federal passou a adotar uma forma intersetorial de execução das políticas públicas. O escopo dessas estratégias de integração consiste em atender, de forma transversal, as especificidades dos diversos públicos (pessoas idosas, crianças e adolescentes, pessoas com deficiência e a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT)). A intersetorialidade permite 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.

EIXO II – Financiamento (Fundos da Pessoa Idosa e Orçamento Público)

Existem duas maneiras principais de financiamento de políticas públicas para as pessoas idosas: (i) por meio do orçamento público dos entes federados, que destinam recursos para a execução de programas, projetos e serviços e que é regulado por leis específicas; (ii) fundos públicos institucionalizados pela Constituição Federal de 1988 como instrumentos primordiais de financiamento das políticas públicas.

No que diz respeito à primeira forma de financiamento público (orçamento público), o processo orçamentário compreende as fases de elaboração e execução das leis orçamentárias do Plano Plurianual - PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO e Lei Orçamentária Anual - LOA. Cada um desses instrumentos tem ritos próprios de elaboração, aprovação e implementação pelos Poderes Legislativo e Executivo. Entender esses processos é o primeiro passo para a participação da sociedade no processo decisório e fortalecer assim, o exercício do controle social na aplicação dos recursos públicos.

Para garantir o repasse desses recursos, é importante que desde a etapa de planejamento, materializada pelo PPA, até a elaboração da LOA, haja uma ação firme por parte dos membros dos conselhos das pessoas idosas junto aos diversos órgãos executores das ações propostas.

Algumas políticas públicas como saúde, educação e assistência social adotaram o modelo de sistema descentralizado e participativo, com instituição de parâmetros para repasse direto e automático fundo a fundo, ou seja, entre os fundos nacional, estaduais, municipais e do Distrito Federal. Este mecanismo aperfeiçoou o financiamento de serviços continuados e permite maior transparência e controle social.

O Fundo Nacional do Idoso - FNI foi instituído pela Lei nº 12.213/10, que possibilitou a instituição de fundos nos demais entes federados. O FNI é gerido pelo Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI e não segue a lógica de repasse fundo a fundo, pois foi criado para financiar de maneira complementar políticas para as pessoas idosas em vista do célere processo de envelhecimento no Brasil. A estrutura organizacional do Fundo ainda está em processo de construção.

O CNDI e os conselhos de direitos da pessoa idosa nos estados, no Distrito Federal e nos municípios definem quais linhas de ações serão financiadas com os recursos arrecadados nos respectivos fundos. Os valores arrecadados, destinados e depositados nos fundos de direitos da pessoa idosa são considerados recursos públicos e estão sujeitos à legislação referente ao orçamento público e às normativas de fiscalização e transparência.

Cabe ao CNDI orientar os conselhos estaduais, distrital e municipais para a instituição de fundos específicos em todas essas esferas governo, incentivar a criação de conselhos municipais de direitos da pessoa idosa, e fortalecer os conselhos instituídos por meio da instrumentalização e equipagem desses órgãos. Nesse sentido, é importante também capacitar os agentes para que possam gerir, administrar, monitorar e acompanhar as ações decorrentes de doações e arrecadações aos fundos².

² Em 2015, foi lançado o primeiro cadastro de fundos estaduais, municipais e distrital do idoso, que levantou dados detalhados para atualizar a relação de fundos do idoso com cadastro junto à Secretaria de Direitos Humanos e possibilitar a implementação de uma política de fortalecimento dos Conselhos da Pessoa Idosa em todo o país. Em 2013, foi disponibilizado um guia prático sobre como os estados e municípios podem criar conselhos de defesa dos direitos da pessoa idosa, bem como os fundos municipais e estaduais.

EIXO III – Participação (Política e de Controle Social)

A participação social é uma conquista muito importante da sociedade civil e dos movimentos sociais, prevista na Constituição Federal de 1988, garantida por meio de Emenda Popular que proporcionou uma representação mais próxima do cidadão e da cidadã em relação à representação eletiva do Legislativo e do Executivo.

A interação democrática entre o Estado e a sociedade civil também é eixo estratégico inicial do Programa Nacional de Direitos Humanos-3 (Decreto n. 7.037/2009) e a participação é consolidada pela Política Nacional de Participação Social (Decreto n. 8.243/2014), que fortalece e articula os mecanismos e as instâncias democráticas de diálogo e a atuação conjunta entre a administração pública federal e a sociedade civil.

A participação no processo de construção de políticas públicas nas instâncias de participação (conselhos, comitês, fóruns, conferências e outros) mobiliza a sociedade para influenciar a agenda do governo, para indicar prioridades e para o exercício da cidadania.

Com base no tema “Protagonismo e Empoderamento – Por um Brasil de Todas as Idades”, a 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa será uma oportunidade para aproximar as pessoas idosas, representantes, delegados/as e convidados/as do poder público e da sociedade civil, que debaterão propostas para aprimorar as políticas públicas e a conquista de direitos desse segmento.

EIXO IV – Sistema Nacional de Direitos Humanos

A Constituição Federal de 1988 é um marco para a conquista dos direitos sociais. Seu caráter cidadão teve como referência internacional a Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada por meio de Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948, e indica o respeito aos direitos e liberdades da pessoa humana como o ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações.

A Carta Magna Brasileira (CF/1988) tem a cidadania e a dignidade da pessoa humana como fundamentos do Estado Democrático de Direito. Na perspectiva da pessoa idosa, a Carta Constitucional estabelece em seu Artigo 229 que os pais o devem assistir, criar e educar os filhos menores, e que os filhos maiores têm o dever de auxiliar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade. O artigo 230 define que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando a participação delas na comunidade, defendendo a sua dignidade, promovendo seu bem-estar e garantindo o direito à vida.

A partir da Constituição Federal, outras leis que tratam dos direitos das pessoas idosas foram promulgadas, como a Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/1994) e o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), referências de legislação protetiva a esse público. O Estatuto do Idoso é um marco jurídico e político, que assegura a efetivação dos direitos da pessoa idosa, com destaque para os direitos sociais, a exemplo do direito à saúde, à garantia da previdência social, da assistência social, da renda mínima, da educação, do trabalho e da moradia, além de todo um sistema protetivo para resguardar estes direitos.

Considerando a universalidade, indivisibilidade e a interdependência e Direitos Humanos, conforme o Programa e o Plano de Ação de Viena (1993) e, tendo em vista a importância de mudanças de atitudes, políticas e práticas em todos os setores face ao aumento da longevidade e as potencialidades do envelhecimento no século XXI, tal como previsto no Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento (Madri, 2002), estamos desafiados a construir um Sistema Nacional de Direitos Humanos que materialize um compromisso positivo para realização dos Direitos Humanos pelo Estado, envolvendo a participação da sociedade civil e proporcionando à população idosa um envelhecimento digno.

Desta forma, um Sistema Nacional de Direitos Humanos - SNDH pode ser compreendido como uma organização da atuação pública por meio da implementação de um conjunto articulado, orgânico e descentralizado de instrumentos, mecanismos, órgãos e ações que visam à efetivação de direitos de todos os cidadãos e cidadãs brasileiros, dentre elas as pessoas idosas.

O sistema tem como referência conceitual que os direitos humanos são patrimônio ético, jurídico e político, construído pela humanidade em suas lutas libertárias e emancipatórias. Ele não deve ser compreendido como mais um sistema no âmbito do Estado, mas como uma esfera pública na qual, Estado e a sociedade civil participam ativamente, de forma interativa. Assim, um Sistema Nacional de Direitos Humanos pressupõe a existências de órgãos de Estado que atuem na promoção e defesa dos Direitos Humanos em diálogo e parceria com a sociedade civil ativa, autônoma e independente.

Aprimorar os fluxos das políticas públicas voltadas à promoção e à defesa de direitos, bem como do monitoramento e da avaliação delas é essencial para garantir a efetividade dos mecanismos. O sistema deve contemplar ainda instâncias de participação social e órgãos gestores das políticas.

Cabe ainda, no âmbito desse sistema, importante reflexão sobre ao enfrentamento à violência contra a pessoa idosa, tema recorrente entre as propostas encaminhadas pelas conferências estaduais. Nesse sentido, julgamos fundamental a proposição de uma metodologia que colabore para a garantia dos direitos da pessoa idosa a fim de prevenir e reduzir as ocorrências de qualquer tipo de violência, e de ações que levem à superação desse quadro.

Viver e conviver em uma sociedade para todas as idades requer protagonismo e empoderamento de todas as gerações, inclusive da geração idosa. Além de ser o lema da 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, o protagonismo e o empoderamento dessa população devem se traduzir em uma ação concreta para que o Sistema Nacional dos Direitos Humanos tenha olhar central e cuidado específico voltados às pessoas idosas de todo o Brasil.

Marcos Legais

Legislação Brasileira

Instrumento legal	Número da Lei	Conteúdo
Política Nacional do Idoso	Lei nº 8.842/1994	Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.
Estatuto do Idoso	Lei nº 10.741/2003	Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e regula os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	Portaria nº 2.528/2006 do Ministério da Saúde	Estabelece a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, com determinação de que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a readequação de seus programas, projetos e atividades para inclusão das demandas de saúde da pessoa idosa.
Fundo Nacional do Idoso	Lei nº 12.213/2010	Institui o Fundo Nacional do Idoso e autoriza deduzir do imposto de renda pelas pessoas físicas e jurídicas as doações efetuadas aos Fundos Municipais, Estaduais e Nacional do Idoso.
Programa Melhor em Casa	Portaria nº 1.208/2013 do Ministério da Saúde	Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências.
Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo	Decreto nº 8.114/2013	Estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e institui Comissão

Instrumento legal	Número da Lei	Conteúdo
		Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação.

Legislação Internacional

Marco	Conteúdo	Mais informações
II Assembleia Mundial Sobre Envelhecimento <ul style="list-style-type: none"> • Declaração Política; • Plano Internacional sobre o Envelhecimento. 	O Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, de 2002, pede mudanças de atitudes, políticas e práticas em todos os setores, tendo em vista concretizar as enormes potencialidades do envelhecimento no século XXI, e promove o conceito de sociedade para todas as idades. A Declaração Política salienta a necessidade de integrar o envelhecimento nas estratégias, políticas e medidas sociais e econômicas e a responsabilidade dos governos por assumirem a liderança na aplicação do Plano de Ação.	Todos os países membros das Nações Unidas adotaram o Plano, que contém 17 recomendações divididas em três direções prioritárias: <ul style="list-style-type: none"> • Envelhecimento e desenvolvimento; • Promoção da saúde e do bem estar na velhice; • Garantia de ambiente propício e favorável.
Convenção Interamericana dos Direitos da Pessoa Idosa	Instrumento internacional juridicamente vinculante para a proteção e a promoção dos direitos das pessoas idosas. Foi assinada pelo Brasil em 2015 e aguarda ratificação. Também assinaram Argentina, Chile, Costa Rica e Uruguai.	O objetivo da Convenção é o reconhecimento de que todos os direitos humanos e as liberdades fundamentais existentes se aplicam às pessoas idosas, permitindo reforçar as obrigações jurídicas de respeitar, promover e realizar esses direitos.
Programa Iberoamericano de Cooperação sobre as Pessoas Idosas da Região	O Programa Iberoamericano foi aprovado durante XXI Cúpula Iberoamericana de Chefes de Estado e de Governo	O Comitê do Programa Ibero-americano é formado por representantes dos governos que aderiram ao programa e por outras

Marco	Conteúdo	Mais informações
	<p>celebrada em Assunção em 2011, com duração inicial prevista de três anos (2012/2014). Tem por objetivo conhecer e sistematizar políticas públicas, programas, planos, legislações específicas e serviços voltados para qualificação das condições de vida de pessoas idosas da Região.</p>	<p>instituições ativas na temática. O Comitê se reúne periodicamente e possui uma estrutura para o desenvolvimento de políticas integrais dirigidas às pessoas idosas entre os países que integram a Comunidade Ibero-americana. Tem como papel elaborar, executar e coordenar o Plano Operativo do Programa Ibero-Americano sobre os Direitos Humanos da Pessoa Idosa na Região, por meio de ações de capacitação, pesquisa e sistematização de dados, entre outras.</p>

Histórico das Conferências Nacionais dos Direitos da Pessoa Idosa

A 1ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa foi realizada em maio de 2006, pela então Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República em parceria com o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI. O encontro, que teve como tema *“Construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa”*, foi antecedido por etapas estaduais nas 27 unidades da federação, com a participação efetiva de mais de 700 pessoas entre delegadas/os, convidadas/os, especialistas na área, autoridades, conselheiros e representantes de organizações governamentais e não governamentais.

O objetivo geral da 1ª CNDPI consistiu na definição de estratégias para a implementação da Rede de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa - RENADI, que teve como referências o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento proposto pela Organização das Nações Unidas, a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso.

Com o tema: *“Avaliação da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa: Avanços e Desafios”*, a 2ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa – 2ª CNDPI, foi realizada em Brasília em março de 2009 e teve a participação de 508 delegados e delegadas eleitos/as nas etapas estaduais e distrital, além dos membros do CNDI, convidados e observadores representantes de entidades da sociedade civil e órgãos públicos. A 2ª Conferência foi precedida por conferências municipais, regionais, territoriais, estaduais e distrital, realizadas em 1.154 municípios brasileiros, propiciando a participação de aproximadamente 61 mil pessoas motivadas pela necessidade de efetivação do sistema de garantia dos direitos da população idosa.

“Compromisso de Todos por um Envelhecimento Digno no Brasil” foi o tema da 3ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa – 3ª CNDPI, realizada em Brasília/DF em novembro de 2011. A 3ª CNDPI debateu os avanços e desafios da Política Nacional da Pessoa Idosa na perspectiva de sua efetivação sob a ótica da universalização dos Direitos Humanos. A 3ª Conferência ampliou o debate

democrático das discussões e articulações coletivas em torno de propostas e estratégias que serviram como diretrizes para o aprimoramento de diversas políticas públicas voltadas para as pessoas idosas. A principal característica desta conferência foi estabelecer maior percentual de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos entre os delegados representantes da sociedade civil.

Foram aprovadas 26 deliberações e 5 cartas regionais indicando as prioridades e os desafios para a aplicação das políticas públicas em resposta às necessidades da população e do envelhecimento digno e da condição de vida das pessoas idosas.

No total, 621 deliberações foram aprovadas nas três conferências nacionais, um quadro amplo de deliberações que influenciam e contribuem na qualificação das políticas já existentes e na elaboração de novas políticas públicas para a população idosa.

Programação da 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa

“Protagonismo e Empoderamento da Pessoa Idosa – Por um Brasil de todas as Idades”

Dia 24/04/2016 – Domingo

Manhã: Chegada dos delegados (as)

14h: Credenciamento e entrega de materiais

17h: Abertura oficial conjunta:

- 10ª Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente: *Política e Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes - Fortalecendo os Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente.*
- 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa: *Protagonismo e Empoderamento da Pessoa Idosa - Por um Brasil de todas as Idades*
- 3ª Conferência Nacional de Políticas Públicas de Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT: *Por um Brasil que criminalize a violência contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT.*
- 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência: *Desafios na implementação da Política da Pessoa com Deficiência: a transversalidade como radicalidade dos Direitos Humanos.*

19h: Jantar

Dia 25/04/2016 – Segunda-feira

08h: Atividade cultural de acolhida – apresentação do Coral dos Mais Vividos do Serviço Social do Comércio - SESC da Unidade de Taguatinga/DF.

09h: Mesa de abertura:

- Luiz Legnãni – Presidente do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI;
- Christiana Galvão Ferreira de Freitas - Representando a Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos;
- As duas pessoas mais idosas presentes na 4ª CNDPI (gênero masculino e feminino): Raimundo Nonato de Souza (delegação do Piauí) e Nair Jane de Castro Lima (delegação do Rio de Janeiro).

10h: Palestra Magna “Protagonismo e Empoderamento da Pessoa Idosa - por um Brasil de todas as Idades.

Palestrante: Renato Veras – Diretor da Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ

Coordenador de mesa: Luiz Legnãni – Presidente do CNDI

12h: Intervalo para Almoço

14h: Plenária Inicial: Regimento Interno (Leitura e aprovação)

Mesa Coordenadora: Sandra Rabello de Frias (CNDI); Maria Cristina Correa Lopes Hoffmann (CNDI); Bahij Amin Aur (CNDI) e Christiana Galvão Ferreira de Freitas (CNDI).

16h: Mesas de Apresentação dos Eixos:

Coordenadoras de Mesa: Claudia Maria Beré (CNDI) e Camila Salvador Cipriano (CNDI)

I – Gestão (Programas, projetos, ações e serviços)

Palestrante: Ieda Castro – Secretária Nacional de Assistência Social

II – Financiamento (Fundos da Pessoa Idosa e Orçamento Público)

Palestrante: Esther Bemerguy Albuquerque (Coordenadora do Capítulo Brasília do Fórum 21)

III – Participação (Política e de Controle Social)

Palestrante: Renato Simões – Assessor Especial, Casa Civil

IV – Sistema Nacional de Direitos Humanos

Palestrante: Aurélio Rios - Procurador Federal dos Direitos do Cidadão.

17h30: Informes dos trabalhos do dia 26/04 e encerramento.

18h30 às 20h: Jantar

Dia 26/04/2016 – Terça-Feira

09h: Grupos de Trabalho

Eixo I – Gestão (Programas, projetos, ações e serviços)

GT 1 – Coordenadores: Emanuel de Araújo Dantas e Renan Alves Viana Aragão

GT 2 – Coordenadores: Elizabete Ana Bonavigio e Crismédio Vieira Costa Neto

GT 3 – Coordenadoras: Maria Cristina Correa Lopes Hoffmann e Maria Bernadette de Moraes Medeiros

GT 4 - Coordenadores: Sara Maria Araújo de Melo e Itajaí Oliveira de Albuquerque

GT 5 - Coordenadoras: Camila Salvador Cipriano e Teresa Rosa Lins Vieira

Eixo II – Financiamento (Fundos da Pessoa Idosa e Orçamento Público)

GT 6 – Coordenadoras: Tatianna Galeckas Marques e Marília Celina Felício Fragoso

GT 7 – Coordenadores: Epitácio Luiz Epaminondas, Veronica Tomsic e Maria Clotilde B.N.M. de Carvalho

Eixo III – Participação (Política e de Controle Social)

GT 8 – Coordenadores: Sandra Rabello de Frias e Edvaldo Duarte Barbosa

GT 9 – Coordenadores: Thiago Pereira da Silva Flores e Freddy Alejandro Solorzano Antunes

Eixo IV – Sistema Nacional de Direitos Humanos

GT 10 – Coordenadoras: Cláudia Maria Beré e Maria Lucia Secoti Filizola (Delegada convidada a compor a mesa de trabalho)

12h às 14h: Intervalo Almoço

14h às 16h: Continuidade dos Trabalhos nos 10 grupos

16h às 16h30: Intervalo (cafezinho)

18h às 19h: Oficinas Temáticas e Rodas de Conversa:

Oficinas Temáticas:

Sala 01 – Oficina: Educação e Envelhecimento: Direitos da Pessoa Idosa

Palestrantes:

Paulo Gabriel Soledade Nacif (MEC) – Palestra: Envelhecimento da População e Educação ao Longo da Vida;

Tereza Rosa Lins Vieira (CNDI) - Palestra: A Educação Formal, os Aspectos Educacionais do (a) Velho (a) Brasileiro (a) e suas Consequências;

Marília Celina Felício Fragoso (CNDI) – Palestra: As Deliberações das Conferências Nacionais dos Direitos da Pessoa Idosa de 2006 a 2011 no Campo da Educação;

Bahij Amin Aur (CNDI) - O Processo de Envelhecimento e o Respeito à Pessoa Idosa na Perspectiva Legal.

Coordenadores/Facilitadores: Bahij Amin Aur (CNDI); Marília Celina Felício Fragoso (CNDI); Tereza Rosa Lins Vieira (CNDI) e Antônio Lídio de Mattos Zambon (CNDI).

Sala 02 - Oficina: Educação Financeira e Endividamento

Palestrante: Cláudia Donega (Associação de Educação Financeira do Brasil)

Coordenador: Emanuel de Araújo Dantas (CNDI)

Rodas de Conversa:

Sala 03: Intergeracionalidade

Palestrante: José Carlos Ferrigno

Coordenadora: Maria Clotilde B.N.M. de Carvalho (CNDI)

Sala 04: Envelhecimento e Sexualidade

Palestrantes: Renata da Sousa Reis – Coordenação de Saúde da Mulher – DAPES/SAS/MS e Andrey Roosevelt Chagas Lemos – DAGEP/SGEP/MS

Coordenadoras: Maria Cristina Correa Lopes Hoffmann (CNDI) e Elizabete Ana Bonavigio (CNDI)

Sala 05: Pessoa Idosa e Pessoa com Deficiência – Acessibilidade e Cuidados

Palestrante: Railander Quintão

Coordenadores: Itajaí Oliveira de Albuquerque (SDH) e Sandra Rabello de Frias (CNDI)

Dia 27/04/2016 – Quarta-Feira

08h: Plenária Final

Mesa Coordenadora: Maria Cristina Correa Lopes Hoffmann (CNDI); Christiana Galvão Ferreira de Freitas (CNDI); Renan Alves Viana Aragão (CNDI); Maria Clotilde B.N.M. de Carvalho (CNDI) e Luiz Legnãni – Presidente do CNDI

Aprovação das Deliberações

11h: Apreciação das Moções – a leitura das moções foi realizada pela delegada e conselheira nacional: Marília Celina Felício Fragoso e pela delegada de Santa Catarina: Maria Salete Teixeira Burigo.

11h30: Apresentação da Delegação da Pessoa Idosa para a 12ª Conferência Nacional de Direitos Humanos

Encerramento da 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa pelo Presidente do CNDI

12h às 14h: Almoço

14h: Solenidade Conjunta de Encerramento das quatro Conferências Nacionais e Abertura da 12ª Conferência Nacional de Direitos Humanos: *Direitos Humanos para Todas e Todos: Democracia, Justiça e Igualdade.*

Regimento Interno da 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa

*Define as regras de funcionamento da
4ª Conferência Nacional dos Direitos
da Pessoa Idosa.*

Art. 1º A 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa - 4ª CNDPI foi convocada para os dias 24 a 27 de abril de 2016, pelo Decreto de 18 de novembro de 2015, assinado pela Presidenta da República Dilma Rousseff e pela Ministra das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos Nilma Lino Gomes.

Parágrafo único: A etapa nacional da 4ª CNDPI será financiada com dotação orçamentária do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos e do Fundo Nacional do Idoso, sem prejuízo de outras fontes.

Art 2º O tema da 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa é: “Protagonismo e Empoderamento da Pessoa Idosa - por um Brasil de todas as Idades”.

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art. 3º A 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa constitui-se como instância máxima de deliberação da Política Nacional do Idoso, instituída pela Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, e tem os seguintes objetivos:

- I. Reafirmar, ampliar e garantir o compromisso do Estado e da sociedade brasileira com as políticas públicas de promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa;
- II. Propor estratégias e mecanismos de enfrentamento à violência contra a população idosa;

III. Articular os poderes públicos a fim de discutir e propor ações para o fortalecimento das políticas públicas no âmbito municipal, estadual, distrital e federal;

IV. Reafirmar competências e corresponsabilidades dos órgãos governamentais e não governamentais e dos demais atores que integram a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (RENADI), para implementação de políticas e ações que priorizem a promoção, a defesa e a proteção dos direitos da pessoa idosa;

V. Debater as diversas temáticas relacionadas ao envelhecimento, considerando as perspectivas intergeracional, racial/étnica, de orientação sexual e identidade de gênero;

VI. Sensibilizar gestores no âmbito municipal, estadual, distrital e federal e a sociedade civil para a questão do envelhecimento da população;

VII. Identificar, avaliar e socializar os avanços e desafios obtidos na implementação das políticas públicas priorizadas na 3ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa;

VIII. Avaliar os avanços e os desafios do processo de implementação das políticas destinadas às pessoas idosas e apontar as demandas identificadas junto à população idosa;

IX. Assegurar o atendimento e o pleno acesso da pessoa idosa aos serviços ofertados por diversos setores da sociedade e dos governos no âmbito municipal, estadual, distrital e federal;

X. Disponibilizar espaços para intercâmbio e integração de experiências governamentais e/ou da sociedade civil;

XI. Consolidar as políticas públicas setoriais visando à garantia de direitos da pessoa idosa de forma articulada entre os órgãos governamentais e da sociedade civil;

XII. Deliberar sobre as prioridades de cada eixo temático apontando estratégias e competências de cada nível de governo;

XIII. Garantir a criação de Conselhos de Direitos da Pessoa Idosa, deliberativos e de controle social, no âmbito municipal e estadual reafirmando seu papel de formular políticas públicas;

XIV. Formar gestores, lideranças, técnicos e conselheiros para instituir, gerir e administrar fundos da pessoa idosa;

XV. Discutir, esclarecer e orientar sobre as formas de captação de recursos para os fundos da pessoa idosa conforme a Lei nº 12.213/10, com vistas à sua aplicação em programas e ações destinadas à população idosa.

CAPÍTULO II

DOS PARTICIPANTES

Art. 4º A 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa terá a seguinte composição:

I. 755 delegadas/os, entre delegadas/os natas/os, membros do Conselho Nacional do Idoso e delegadas/os eleitas/os nas etapas estaduais, com direito a voz e voto;

II. Convidadas/os, que participarão das cerimônias de abertura e de encerramento;

III. Observadoras/es com direito a voz e sem direito a voto.

Paragrafo único. As/os delegadas/os que representarão a temática da Pessoa Idosa na 12ª Conferência Nacional de Direitos Humanos serão as/os conselheiras/os do Conselho Nacional do Idoso (CNDI), somados às/os delegadas/os eleitas/os nas etapas estaduais, conforme a Resolução do CNDI nº 26 de 11 de fevereiro de 2016 e a Resolução do Conselho Nacional dos Direitos Humanos nº 2, de 31 de agosto de 2015 (que aprova o Regulamento da 12ª Conferência Nacional dos Direitos Humanos).

CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 5º A 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa será presidida pelo Presidente do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso e na ausência dele o vice-presidente do CNDI assumirá a presidência.

Art. 6º A 4ª CNDPI contará com a seguinte organização:

I – Abertura Oficial;

II – Palestra Magna;

III – Plenária Inicial;

IV – Palestras sobre os Eixos;

V - Grupos de Trabalho por Eixo;

VI – Oficinas;

VII – Rodas de Conversa; e,

VIII – Plenária Final.

Art. 7º Serão consideradas como instâncias deliberativas da 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa:

I – Plenária de Abertura;

II – Grupos de Trabalho;

III – Plenária Final.

CAPÍTULO IV

DO CREDENCIAMENTO

Art. 8º O credenciamento das/os delegadas/os, das/os convidadas/os e das/os observadoras/es, será realizado nos dias 24 e 25 de abril de 2016, no balcão de credenciamento do Centro Internacional de Convenções de Brasília – CICB (Endereço: SCES Trecho 2, Conjunto 63, Lote 50 - Asa Sul, Brasília - DF, 70200-002).

§1º No ato da inscrição a/o participante deverá apresentar documento de identificação com foto, para receber o crachá e o material da 4ª CNDPI.

§2º A informação sobre a participação das/os delegadas/os nos Grupos de Trabalho será informada previamente, pelo responsável indicado pelos Conselhos Estaduais em instrumento disponibilizado pelo CNDI.

Art. 9º As excepcionalidades surgidas no credenciamento serão tratadas pela Comissão Organizadora da 4ª CNDPI.

CAPÍTULO V

DA ABERTURA OFICIAL

Art. 10 A abertura oficial contará com a participação de autoridades, das/os delegadas/os, convidadas/os, observadoras/es sob a coordenação do Secretário Especial dos Direitos Humanos, no dia 24 de abril de 2016.

CAPÍTULO VI

DA PALESTRA MAGNA

Art. 11 A Comissão Organizadora da 4ª CNDPI convidará um palestrante que discorra sobre o tema central da 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa: “Protagonismo e Empoderamento da Pessoa Idosa - por um Brasil de todas as Idades”.

CAPÍTULO VII

DA PLENÁRIA INICIAL

Art. 12 O Regimento Interno da 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa será aprovado na plenária inicial.

I - Será realizada leitura do regimento interno e as/os delegadas/os farão seus destaques.

II - Os destaques serão proposições de adendo, de alteração ou de supressão parcial ou total do texto.

III – Os destaques serão defendidos pelos autores após a leitura total do Regimento.

IV – A mesa coordenadora recepcionará as sugestões de adendo, de alteração ou de supressão parcial ou total do texto, por escrito ou verbalmente.

V - Caso haja mais de um destaque para a mesma proposta, os proponentes devem se reunir e apresentar um destaque único.

VI - Ao término da leitura, serão apreciados os destaques, tendo a/o delegada/o autora/o, dois minutos para apresentar e defender sua proposta.

VII – Após a defesa da proposta serão conferidos dois minutos para a/o delegada/o que queira fazer a defesa de manutenção do texto original.

VIII – Não será admitida réplica ou tréplica após a defesa das propostas.

CAPÍTULO VIII

DO TEMÁRIO E DOS EIXOS

Art. 13 A 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa tem como tema “Protagonismo e Empoderamento – Por um Brasil de Todas as Idades”, com os seguintes eixos:

I – Gestão (Programas, projetos, ações e serviços);

II – Financiamento (Fundos da Pessoa Idosa e Orçamento Público);

III – Participação (Política e de Controle Social);

IV – Sistema Nacional de Direitos Humanos.

Art. 14 A Comissão Organizadora da 4ª CNDPI convidará palestrantes para discorrer sobre cada eixo.

CAPÍTULO IX

DOS GRUPOS DE TRABALHO

Art. 15 Os Grupos de Trabalho realizar-se-ão com o objetivo de aprofundar os debates dos eixos que foram consolidados nas conferências estaduais.

Art. 16 Os Grupos de Trabalho (GTs) são instâncias de debate e deliberação das propostas de âmbito nacional constantes do relatório consolidado das propostas estaduais para a 4ª CNDPI, em número total de 10 (dez) grupos, com limite de até 80 (oitenta) participantes.

Parágrafo único: Cada GT aprovará 5 propostas, pra fins de apresentação e votação na plenária final.

Art. 17 Os grupos reunir-se-ão, simultaneamente, por eixo, e serão divididos da seguinte forma: cinco grupos de trabalho para o eixo I, dois grupos de trabalho para

o eixo II, dois grupos de trabalho para o eixo III e um grupo de trabalho para o eixo IV.

§1º As propostas de cada eixo da 4ª CNDPI serão divididas pelos seus respectivos grupos de trabalho.

§2º Terão direito a voto no grupo as/os delegadas/os que dele participam, credenciadas/os na 4ª CNDPI e que estejam de posse do crachá de identificação.

§3º Na etapa nacional, os grupos de trabalho poderão realizar alterações parciais, supressões e aglutinações de diretrizes e propostas que constarem do relatório consolidado das propostas estaduais. Nesta etapa, não serão acatadas propostas novas.

§4º A duração dos trabalhos será de até oito horas, com a seguinte organização:

a) Os GTs devem ser instalados e deverão iniciar os debates com quórum mínimo de 50% (cinquenta por cento) de presença das/os delegadas/os credenciadas/os no grupo do eixo;

b) A distribuição das/os delegadas/os nos GTs foi inserida previamente, pelo responsável indicado pelos Conselhos Estaduais em instrumento disponibilizado pelo CNDI respeitando o limite numérico dos grupos de trabalho;

c) As/os observadoras/es serão distribuídas/os pela Comissão Organizadora da 4ª CNDPI entre os grupos de trabalho;

d) Cada grupo de trabalho terá dois/duas coordenadores/as, um/uma facilitador/a, e dois/duas relatores/as.

Art. 18 Instalado o GT a mesa coordenadora dos trabalhos fará a leitura de cada proposta destinada ao seu grupo, referente ao seu respectivo eixo temático, constante do relatório consolidado dos estados, consultando o Grupo sobre os destaques e registrando os nomes dos proponentes, observando-se o que segue:

§1º Os destaques serão de alteração parcial, supressão ou aglutinação parcial ou total do texto.

§2º Os destaques deverão ser apresentados verbalmente ou por escrito, por meio de formulário próprio, à mesa coordenadora dos trabalhos após a leitura das propostas dos grupos de trabalho.

Art. 19 A votação será realizada da seguinte forma:

I – As propostas estaduais sistematizadas que compõem o caderno de propostas consolidadas da 4ª CNDPI serão consideradas como a proposta número 1 e o destaque será considerado como a proposta número 2;

II – Caso haja mais de um destaque para a mesma proposta e sejam antagônicas, a plateia decidirá através de votação.

Art. 20 Cada grupo debaterá todas as propostas apresentadas e ao final dos debates serão formalizadas e aprovadas as 05 propostas mais votadas, para apresentação e deliberação na plenária final.

Art. 21 A coordenação do GT avaliará e poderá assegurar às delegadas/os uma intervenção pelo tempo improrrogável de dois minutos, nas seguintes situações:

I - pela questão de ordem quando os dispositivos deste Regimento não estiverem sendo observados;

II - por solicitação de esclarecimento quando a dúvida for dirigida à coordenação do GT, antes do processo de votação; e,

III - por solicitação de encaminhamento quando a manifestação da/o delegada/o for relacionada ao processo de condução do tema em discussão.

§1º Não serão permitidas questões de ordem durante o regime de votação.

§2º As solicitações de encaminhamento somente serão acatadas pela coordenação do GT quando se referirem às propostas em debate, com vistas à votação.

Art. 22 A sistematização dos grupos deverá ser entregue à coordenação de relatoria até às 20 horas do dia 26 de abril de 2016.

CAPÍTULO X

DAS OFICINAS E DAS RODAS DE CONVERSA

Art. 23 As rodas de conversa e as oficinas deverão ocorrer no dia 26 de abril de 2016 com temas a serem definidos pela comissão organizadora da 4° CNDPI.

CAPÍTULO XI

DA PLENÁRIA FINAL

Art. 24 A Plenária Final da 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, tem caráter deliberativo, com atribuição de aprovar ou rejeitar as propostas consolidadas nos GTs, bem como as moções de âmbito nacional e internacional e terá a duração de até cinco horas.

Art. 25 A Plenária Final contará com uma mesa composta de coordenação e relatoria designadas pela Comissão Organizadora da 4° CNDPI.

§1º Na Plenária Final, somente serão discutidas e aprovadas propostas que constarem do Relatório Consolidado dos Grupos de Trabalho, organizado pela Comissão de Relatoria.

§2º A coordenação da Plenária Final divulgará, ao término da votação em plenária, as propostas.

§3º Apenas terão direito a voto as/os delegadas/os credenciadas/os na 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa e que estejam de posse do crachá de identificação.

Art. 26. A apreciação e a votação das propostas que comporão o relatório final da 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa serão encaminhadas da seguinte maneira:

§ 1º Os destaques serão de alteração parcial, supressão parcial ou total do texto.

§ 2º Os destaques deverão ser apresentados verbalmente ou por escrito em formulário próprio, à coordenação dos trabalhos durante a leitura das propostas do relatório consolidado.

§ 3º A plenária debaterá todas as propostas do Relatório Consolidado e ao final dos debates serão formalizadas e aprovadas as 20 propostas mais votadas, que integrarão o relatório final.

Art. 27 Após a leitura, a votação dos destaques será encaminhada da seguinte maneira:

I - Caso haja mais de um destaque para a mesma proposta os proponentes devem se reunir e apresentar um destaque único.

II - Ao término da leitura, serão apreciados os destaques e a/o delegada/o autora/o do destaque terá 2 (dois) minutos para apresentar e defender sua proposta.

III - Após a defesa da proposta serão conferidos 2 (dois) minutos para uma/um delegada/o que queira fazer a defesa de manutenção do texto original.

IV - Será permitida uma segunda manifestação, a favor e contra, se a Plenária não se sentir devidamente esclarecida para a votação.

V - Caso a/o autora/o do destaque não estiver presente no momento da sua apreciação, o destaque não será considerado.

Art. 28- A coordenação dos trabalhos da Plenária Final assegurará o direito de questão de ordem, ou de esclarecimento e propostas de encaminhamento, nos termos do artigo 36 deste Regimento.

Art. 29 – O quórum mínimo para aprovar diretrizes, propostas e moções será de 50% mais um das/os delegadas/os presentes em plenário.

Art. 30- Instalado o processo de votação, é vedado o levantamento de questões de qualquer natureza.

CAPÍTULO XII

DAS MOÇÕES

Art. 31 As moções aprovadas em plenário, de âmbito e repercussão nacional ou internacional, serão encaminhadas por delegadas/os, e devem ser apresentadas junto à relatoria em formulário próprio elaborado pela comissão de relatoria da 4ª CNDPI, até às 20 horas, do dia 26 de abril de 2016.

§1º Para apresentação, as moções devem ser assinadas por, no mínimo, 20% (vinte por cento) das/os delegadas/os credenciados.

§2º O formulário para proposição de moção terá campos de preenchimento para identificar:

- a) O tipo de moção (apoio, repúdio, recomendação, solidariedade ou outro);
- b) As destinatárias ou os destinatários da moção, ou seja, a quem ela é dirigida;
- c) O fato ou condição que motiva ou gera a moção e a providência referente ao pleito; e,
- d) A proponente ou o proponente principal da moção poderá, opcionalmente, identificar seu nome, sua unidade federativa, bem como o segmento que representa.

§3º A coordenação da relatoria organizará as moções recebidas, classificando-as segundo o critério previsto no caput deste artigo e agrupando-as por tema.

§4º A moção será aprovada por maioria simples (50% mais um).

§5º Encerrada a fase de apreciação do Relatório Final da 4ª CNDPI, a coordenação da mesa procederá à leitura das moções e as submeterá à aprovação da Plenária observando o quórum previsto no caput.

Art. 32 Concluída a votação das moções, encerra-se a sessão da Plenária Final da 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa.

CAPITULO XIII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 33 O Relatório da 4ª CNDPI será encaminhado ao Conselho Nacional dos Direitos do Idoso e à Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos em até 180 (cento e oitenta) dias a contar da aprovação.

Art. 34 Será apresentado pela Comissão Organizadora da 4ª CNDPI, até às 18h do dia 25 de abril de 2016, o número de delegadas/os aptas/os a votar e o número de convidadas/os e observadoras/es presentes.

Art. 35 Serão disponibilizados online, em site a ser informado na 4ª CNDPI, os certificados de participação na 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa às/os delegadas/os e demais participantes.

Art. 36 Assegura-se à Plenária o questionamento, pela ordem, à coordenação dos trabalhos, para restabelecer os trabalhos ou no caso em que este Regimento não esteja sendo cumprido.

Art. 37 Os casos omissos serão apreciados pela Comissão Organizadora da 4ª CNDPI.

Credenciamento

Conferências Conjuntas de Direitos Humanos

4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa

Categoria	Quantidade
Acompanhante	10
Apoio Relator	04
Convidado	06
Delegado	599 ³
Observador	46
Palestrante	06

Total: 671

³ Conforme indicado no Regimento Interno haviam 755 vagas para delegadas/os distribuídas conforme critérios definidos pela Comissão organizadora e amplamente divulgado. Porém, na 4ª CNDPI se credenciaram 599 delegadas/os, por motivos diversos, um deles se justifica pela não realização da Conferência do Distrito Federal. Segundo relato das delegações, os governos estaduais, diante da crise econômica, não disponibilizaram passagens para os delegados do poder público, que era de sua responsabilidade. As despesas com passagem, hospedagem, traslado e alimentação de todas/os delegadas/os da sociedade civil foram custeadas pelo Governo Federal. As despesas dos representantes do poder público foram custeadas pelo Governo Federal, exceto as passagens que deveriam ser custeadas com recurso estaduais/e ou municipais.

Propostas Aprovadas

EIXO I

1. Garantir a criação, implantação e manutenção de centros especializados de saúde para atendimento da pessoa idosa em todo território nacional, com financiamento dos entes federativos, garantindo equipe interprofissional: com formação gerontológica, clínico, geriatra, oftalmológica, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, assistente social, gerontólogo, odontólogo, profissional de educação física, equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem) de acordo com a realidade loco-regional e outros.
2. Alterar a legislação do Benefício de Prestação Continuada - BPC (Lei 8.742/1993, LOAS) para: a) reduzir a idade para acesso de 65 anos para 60 anos, em estrita observância ao Estatuto do Idoso; b) aumentar a renda per capita familiar de $\frac{1}{4}$ para $\frac{1}{2}$ salário mínimo; c) não considerar, para efeito de cálculo da renda familiar os benefícios da seguridade social, a renda de um salário mínimo; d) não incluir o benefício de pessoa com deficiência no cálculo da renda de famílias que possuam pessoas idosas.
3. Formular e propor mudança na legislação relacionada aos critérios para oferta de empréstimos e financiamentos bancários para coibir que terceiros efetuem empréstimos em nome de pessoas idosas, no limite da lei, vinculado ao controle e fiscalização do Instituto Nacional de Seguridade Social e proporcionando a proteção na utilização do cartão benefício, especificando que a liberação do empréstimo se dará com a utilização da senha eletrônica, impressão digital e atendimento individualizado pela instituição financeira, com apresentação da declaração esclarecida da utilização do empréstimo.
4. Alterar o Estatuto do Idoso (inciso I, art. 38) para ampliar o percentual de 3% para 10% de reserva das vagas das unidades habitacionais residenciais

urbanas e rurais para atendimento às pessoas idosas respeitando a Lei Brasileira de Inclusão (para construção).

5. Fortalecer a política da pessoa idosa pelas bases da educação, incluindo disciplinas e conteúdos transversais e intergeracionais, relacionadas ao processo de envelhecimento nos currículos do ensino formal (fundamental e médio) e disciplinas de geriatria e gerontologia social nos cursos de nível superior de graduação, para que os alunos conheçam os direitos das pessoas idosas, de acordo com o art. 22, capítulo V do Estatuto do Idoso.
6. Alterar a legislação previdenciária para: a) revisar os critérios de aposentadoria rural (em regime de Segurado Especial) às pessoas idosas que atualmente residem na zona urbana; b) Reestabelecer os direitos dos aposentados que tiveram seus valores diminuídos em razão do fator previdenciário; c) criar mecanismos para reposição dos valores das aposentadorias e pensão quando a pessoa atingir 60 anos de idade; d) Revogar a obrigatoriedade das contribuições previdenciárias para aposentados e pensionistas e enviar esforços junto ao Congresso Nacional para que aprove os projetos de lei sobre a recuperação das perdas salariais dos aposentados do INSS, corrigindo os benefícios pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC), mais o índice de produtividade do ano anterior, propugnando pelo fim do fator previdenciário.
7. Alterar o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003) ampliando o número de vagas gratuitas de dois para quatro nos transportes interestaduais e intermunicipais.
8. Garantir e Assegurar através do Sistema Único de Saúde (SUS), a distribuição gratuita de medicamentos de uso contínuo e de alto custo às pessoas idosas com doenças degenerativas, ampliando a cota e os tipos de medicamentos disponibilizados, bem como ampliar a instalação de farmácias populares nos municípios brasileiros.
9. Garantir e financiar a capacitação, participação e qualificação dos membros dos conselhos nacional, distrital, estaduais e municipais dos direitos da pessoa idosa para o acompanhamento, a fiscalização e o controle dos

investimentos sociais voltados à pessoa idosa, que utilizem recursos do Fundo Nacional, Distrital, Estaduais e Municipais do Idoso.

10. Exigir da Agência Nacional de Saúde (ANS) a fiscalização dos planos de saúde para que não cobrem nenhuma taxa adicional, para os usuários maiores de 60 anos, regulamentando os planos de saúde sem discriminação para a população idosa.

EIXO II

11. Destinar ao fundo do idoso o percentual de 2% da arrecadação das loterias estaduais e federal, dos eventos esportivos, dos shows e do IOF.
12. Equiparar as porcentagens dos reajustes das aposentadorias e pensões aos reajustes do salário mínimo, visando resguardar o poder aquisitivo das aposentadorias e pensões.
13. Garantir a previsão de recursos orçamentários e financeiros no orçamento público, em todas as esferas de governo, para a implementação da política nacional de capacitação continuada para conselheiras e conselheiros, gestoras e gestores, cuidadoras e cuidadores de pessoas idosas, lideranças e profissionais que atuam na promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa, possibilitando maior conhecimento na área do ciclo orçamentário: PPA, LDO e LOA para financiamento de políticas públicas, programas e projetos.
14. Buscar a aprovação do Projeto de Lei nº. 309/2012, que dispõe sobre a dedução de imposto de renda pessoa física, para os fundos das pessoas idosas, direto no ajuste do imposto de renda.

EIXO III

15. Assegurar que os municípios, os estados e o Distrito Federal forneçam instalações físicas acessíveis, recursos financeiros e humanos para criação e funcionamento efetivo dos conselhos de direitos da pessoa idosa. Cada conselho deve possuir caráter deliberativo, composição paritária, exigindo a representatividade da pessoa idosa em, no mínimo, 10% da sua composição, com alternância da presidência. Os referidos colegiados devem ser, obrigatoriamente, dotados de fundos próprios, sendo que a responsabilidade pela estrutura e manutenção destes será do órgão gestor da política, proporcionando a participação dos conselheiros e das conselheiras em fóruns e outras estratégias de articulação na RENADI – Rede Nacional de Atenção e Direitos da Pessoa Idosa.
16. Instituir instrumentos de promoção e participação dos conselhos de direitos da pessoa idosa (conselhos, fóruns, comissões) na elaboração do Plano Plurianual – PPA, da Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO, da Lei Orçamentária Anual – LOA (Federal, Estadual e Municipal), para destinação de programas e de políticas públicas voltadas para a pessoa idosa. E ainda realizar pesquisas para possibilitar a elaboração de estatísticas e de indicadores a respeito do perfil dessa população.
17. Ampliar os mecanismos de controle social sobre o funcionamento das ouvidorias, defensorias, promotorias públicas, delegacias, juizados e varas especializadas na proteção dos direitos da pessoa idosa para uma efetiva participação da sociedade civil nas três esferas de governo, possibilitando maior transparência na destinação de recursos às pessoas idosas, por meio de um Observatório Nacional da Política Nacional do Idoso.
18. Fomentar a criação de fóruns permanentes, assegurando a discussão sobre os direitos previstos na legislação vigente, a respeito da população idosa (na área da educação, assistência social, segurança pública, direitos humanos, cultura, trabalho, habitação, previdência social, questão de gênero, saúde, justiça e Ministério Público), concentrando o resultado dessas discussões no Observatório da Política Nacional do Idoso. Utilizando dados, informações e

indicadores para uso da sociedade civil e de gestoras e de gestores públicos no ciclo das políticas públicas, das campanhas publicitárias, dos materiais didáticos e de estudos, para pesquisas integradas sobre a situação de vida da pessoa idosa no Brasil.

EIXO IV

- 19.** Propor ao Conselho Nacional de Justiça que as penalidades previstas no Estatuto do Idoso e na Lei nº 9.099/95, sejam destinadas aos fundos do idoso dos respectivos estados e municípios onde a penalidade foi aplicada.
- 20.** Garantir e ampliar a rede de combate a todo tipo de violência contra pessoa idosa, principalmente, as pessoas em situação de vulnerabilidade, promovendo ações educativas de prevenção e combate à violência, com a criação de casas de apoio para acolhimento de vítimas e Centro de Referência de Apoio a Pessoa Idosa.

Moções Aprovadas



FORMULÁRIO PARA MOÇÕES MOÇÃO Nº 01

ENTIDADE PROPONENTE (*) Conselho Estadual do Idoso de Santa Catarina	RESULTADO
	<input checked="" type="checkbox"/> APROVADA
	<input type="checkbox"/> REJEITADA <input type="checkbox"/> RETIRADA

TIPO DE MOÇÃO			
<input checked="" type="checkbox"/> APOIO	<input type="checkbox"/> REPÚDIO	<input type="checkbox"/> RECOMENDAÇÃO	<input type="checkbox"/> SOLIDARIEDADE

DESTINATÁRIO DA MOÇÃO:
Edléia Rosa Schmidt

TÍTULO DA MOÇÃO: Regulamentação da Lei Federal 13.019/2014

TEXTO DA MOÇÃO (*) *(Se necessário, utilize mais de 01 Formulário)*

Pela regulamentação urgente e imediata da Lei Federal 13.019/2014 que trata do Marco Regulatório da Sociedade Civil e Governo. Essa regulamentação é urgente pois trata dos Fundos Especiais (Fundo do Idoso) estão impedidos de fazer contratação com as entidades da Sociedade Civil por falta dessa regulamentação

(*) Campos Obrigatórios
Assinatura do Proponente: Edléia Rosa Schmidt

Evento:	Local: Brasília/DF	Data: 26/04/2016
----------------	------------------------------	----------------------------



**FORMULÁRIO
PARA
MOÇÕES
MOÇÃO Nº 02**

ENTIDADE PROPONENTE (*) Secretaria da Pessoa Idosa do Município de Balneário Camboriú – SC	RESULTADO
	<input checked="" type="checkbox"/> APROVADA
	<input type="checkbox"/> REJEITADA
	<input type="checkbox"/> RETIRADA

TIPO DE MOÇÃO			
<input type="checkbox"/> APOIO	<input type="checkbox"/> REPÚDIO	<input checked="" type="checkbox"/> RECOMENDAÇÃO	<input type="checkbox"/> SOLIDARIEDADE

DESTINATÁRIO DA MOÇÃO:
Conselho Nacional dos Direitos do Idoso

TÍTULO DA MOÇÃO: Garantia da gratuidade do transporte público a partir dos 60 anos.

TEXTO DA MOÇÃO (*) *(Se necessário, utilize mais de 01 Formulário)*
Encaminhamos a este conselho, para as devidas deliberação cabíveis, a reivindicar e apelar a equiparação da garantia da gratuidade dos transportes urbanos e semiurbanos, que hoje é amparada pela Constituição Federal, de 65 anos para 60 anos, conforme a Lei nº 10.741/03 do Estatuto do Idoso presc (ilegível), sendo pessoa idosa indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos; Desta forma, idosos entre 60 e 65 anos também serão amparados pelo direito de transporte gratuito. E que ainda, essa gratuidade seja garantida nos transportes coletivos interestaduais.

(*) Campos Obrigatórios

Assinatura do Proponente:		
Evento: 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa	Local: Brasília/DF	Data: 26/04/2016



FORMULÁRIO
PARA
MOÇÕES
MOÇÃO Nº 03

ENTIDADE PROPONENTE (*) Grande Conselho Municipal do Idoso do Município de São Paulo.	RESULTADO
	<input checked="" type="checkbox"/> APROVADA
	<input type="checkbox"/> REJEITADA
	<input type="checkbox"/> RETIRADA

TIPO DE MOÇÃO			
<input checked="" type="checkbox"/> APOIO	<input type="checkbox"/> REPÚDIO	<input type="checkbox"/> RECOMENDAÇÃO	<input type="checkbox"/> SOLIDARIEDADE

DESTINATÁRIO DA MOÇÃO:
Para as 3 esferas do Governo.

TÍTULO DA MOÇÃO:
Efetivação das Deliberações.

TEXTO DA MOÇÃO (*) *(Se necessário, utilize mais de 01 Formulário)*

As deliberações aprovadas nas conferências Municipais, Estaduais e Federal passem a ser consideradas e cumpridas nas respectivas esferas como políticas públicas e monitoradas pelos Conselhos da Pessoa Idosa.

(*) Campos Obrigatórios

Assinatura do Proponente: Neide Duarte Silva – Conselheira		
Evento: 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa	Local: Brasília/DF	Data: 26/04/2016



FORMULÁRIO
PARA
MOÇÕES
MOÇÃO Nº 04

ENTIDADE PROPONENTE (*) Nelci Barreiros da Silva	RESULTADO
	<input checked="" type="checkbox"/> APROVADA
	<input type="checkbox"/> REJEITADA
	<input type="checkbox"/> RETIRADA

TIPO DE MOÇÃO			
<input type="checkbox"/> APOIO	<input type="checkbox"/> REPÚDIO	<input checked="" type="checkbox"/> RECOMENDAÇÃO	<input type="checkbox"/> SOLIDARIEDADE

DESTINATÁRIO DA MOÇÃO:
Ministério dos Direitos Humanos

TÍTULO DA MOÇÃO:
Benefícios Aposentadorias automática.

TEXTO DA MOÇÃO (*) *(Se necessário, utilize mais de 01 Formulário)*

Ao Ministério dos Direitos Humanos que atue junto ao poder legislativo para legislar no sentido de que as pessoas que estão recebendo o auxílio doença do INSS ao atingir 60 anos de idade, sejam contemplados automaticamente com aposentadoria permanente.

(*) Campos Obrigatórios

Assinatura do Proponente: Nelci Barreiros da Silva		
Evento:	Local: Brasília/DF	Data: 26/04/2016



**FORMULÁRIO
PARA
MOÇÕES
MOÇÃO Nº 05**

ENTIDADE PROPONENTE (*) Conselho Estadual do Idoso de São Paulo	RESULTADO
	<input checked="" type="checkbox"/> APROVADA
	<input type="checkbox"/> REJEITADA
	<input type="checkbox"/> RETIRADA

TIPO DE MOÇÃO			
<input type="checkbox"/> APOIO	<input type="checkbox"/> REPÚDIO	<input checked="" type="checkbox"/> RECOMENDAÇÃO	<input type="checkbox"/> SOLIDARIEDADE

DESTINATÁRIO DA MOÇÃO: Governos Estaduais
TÍTULO DA MOÇÃO: Orientar as empresas estaduais a destinarem recursos ao Fundo Estadual do Idoso e Fundo Estadual dos Direitos da Criança e Adolescente.
TEXTO DA MOÇÃO (*) <i>(Se necessário, utilize mais de 01 Formulário)</i> Reivindicar-se aos governos estaduais de todo o território nacional que em similaridade com o governo do estado de São Paulo publiquem um decreto que especifique determinação para que as pessoas jurídicas, respeitado o limite máximo de dedução a que aludem o paragrafo único do artigo 3º da lei federal nº 12.213 de vinte de janeiro de 2010, e o inciso I do artigo 260 da lei federal nº 8.069, de treze de janeiro de 1990, efetuem doações: I – Ao Fundo Estadual do Idoso de que trata “obriga” as empresas estatais a destinarem 1% do imposto devido ao Fundo do Idoso e mais 1% do fundo da criança.

(*) Campos Obrigatórios

Assinatura do Proponente: Marli Cortez		
Evento: 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa	Local: Brasília/DF	Data: 26/04/2016



**FORMULÁRIO
PARA
MOÇÕES
MOÇÃO Nº 06**

ENTIDADE PROPONENTE (*) Estado de Minas Gerais	RESULTADO
	<input checked="" type="checkbox"/> APROVADA
	<input type="checkbox"/> REJEITADA
	<input type="checkbox"/> RETIRADA

TIPO DE MOÇÃO			
<input type="checkbox"/> APOIO	<input checked="" type="checkbox"/> REPÚDIO	<input type="checkbox"/> RECOMENDAÇÃO	<input type="checkbox"/> SOLIDARIEDADE

DESTINATÁRIO DA MOÇÃO:
CNDPI

TÍTULO DA MOÇÃO:
Relatório do que foi aprovado nas últimas conferências CDA
RENADI

TEXTO DA MOÇÃO (*) *(Se necessário, utilize mais de 01 Formulário)*

Após 4 conferências não tivemos relatório do que foi aprovado – nada sobre a RENADI – Rede de proteção e defesa ao idoso – cobramos uma imediata prestação de contas de todas as propostas que foram votadas e aprovadas.

(*) Campos Obrigatórios

Assinatura do Proponente: Eder Danilo P da Silva

Evento: CNDPI - Conferência	Local: Brasília/DF	Data: 26/04/2016
-----------------------------	--------------------	------------------



FORMULÁRIO
PARA
MOÇÕES
MOÇÃO Nº 07

ENTIDADE PROPONENTE (*) CEDDIPI/ES – ASSOCIAÇÃO JURIDICO ESPIRITA/ES	RESULTADO
	<input checked="" type="checkbox"/> APROVADA
	<input type="checkbox"/> REJEITADA
	<input type="checkbox"/> RETIRADA

TIPO DE MOÇÃO			
<input type="checkbox"/> APOIO	<input type="checkbox"/> REPÚDIO	<input checked="" type="checkbox"/> RECOMENDAÇÃO	<input type="checkbox"/> SOLIDARIEDADE

DESTINATÁRIO DA MOÇÃO:
GOVERNOS-ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL

TÍTULO DA MOÇÃO:
Discussão da Política Brasileira de Enfrentamento as Drogas

TEXTO DA MOÇÃO (*) *(Se necessário, utilize mais de 01 Formulário)*
A sociedade brasileira, por suas organizações da sociedade civil e governamentais a promoverem franco debate a respeito da política governamental de enfrentamento as drogas, de modo a uma revisão das praticas estatais repressivas que tem proporcionado crescente encarceramento de jovens e incentivando a violência e a corrupção.

(*) Campos Obrigatórios

Assinatura do Proponente:

Evento: IV Conferência	Local: Brasília/DF	Data: 26/04/2016
------------------------	-----------------------	------------------



**FORMULÁRIO
PARA
MOÇÕES
MOÇÃO Nº 08**

ENTIDADE PROPONENTE (*) Conselho Municipal do Idoso Belo Horizonte	RESULTADO
	<input checked="" type="checkbox"/> APROVADA
	<input type="checkbox"/> REJEITADA
	<input type="checkbox"/> RETIRADA

TIPO DE MOÇÃO			
<input type="checkbox"/> APOIO	<input type="checkbox"/> REPÚDIO	<input checked="" type="checkbox"/> RECOMENDAÇÃO	<input type="checkbox"/> SOLIDARIEDADE

DESTINATÁRIO DA MOÇÃO: Ministério da Saúde

TÍTULO DA MOÇÃO: Fornecimento de Dietas Enterais ao Idoso

TEXTO DA MOÇÃO (*) *(Se necessário, utilize mais de 01 Formulário)*
 O município de Belo Horizonte possui 299.572 idosos, conforme CENSO 2010, correspondendo a 12% da população total. Cerca de 10 a 25% da população idosa é considerada frágil, sendo que, 45% das pessoas com 85 anos ou mais são frágeis, portanto, mais susceptíveis a eventos adversos, tais como: internações, institucionalização e óbitos mais precoces. A dieta enteral (alternativa para ingestão de alimentos, feita através de uma sonda posicionada ou implantada no estômago, no duodeno ou no jejuno), é bastante utilizada para esta população frágil, muitas vezes portadoras de sequelas de doenças neurológicas e outras doenças crônicas, necessitando deste tipo de dieta para a manutenção da vida.
 Solicitamos que seja avaliada a possibilidade de se criar uma Política Nacional para aquisição e distribuição de dietas enterais para o público idoso acima referido.

(*) Campos Obrigatórios

Assinatura do Proponente: Cristina Sartini		
Evento:	Local: Brasília/DF	Data: 26/04/2016



**FORMULÁRIO
PARA
MOÇÕES
MOÇÃO Nº 09**

ENTIDADE PROPONENTE (*) Associação Tubaronense Dic Idade da Ações de Cidadania na Terceira Idade ATADIAC	RESULTADO
	<input checked="" type="checkbox"/> APROVADA
	<input type="checkbox"/> REJEITADA
	<input type="checkbox"/> RETIRADA

TIPO DE MOÇÃO			
<input type="checkbox"/> APOIO	<input type="checkbox"/> REPÚDIO	<input checked="" type="checkbox"/> RECOMENDAÇÃO	<input type="checkbox"/> SOLIDARIEDADE

DESTINATÁRIO DA MOÇÃO:
Ministério da Previdência Social

TÍTULO DA MOÇÃO:
ALTERAÇÃO DO ART. 45 da Lei nº 8.213/91

TEXTO DA MOÇÃO (*) *(Se necessário, utilize mais de 01 Formulário)*
Elaborar projeto de lei para alteração do art. 45 da lei nº 8.213/91 estendendo a todos os aposentados independente da forma de aposentadoria (Invalidez, Tempo de Contribuição ou Idade) do adicional de 25% quando acometidos de doença impactante do RGPS, em cumprimento ao Princípio Constitucional do tratamento igualitário a todos os cidadãos brasileiros (CF / 88 art 5º, inciso ..) ou seja, conceder o adicional de 25%, a quem vier a ser portador de invalidez mesmo já estando aposentado por outra modalidade que necessite da ajuda de terceiros pessoa (cuidador) para as atividades da vida diária.

(*) Campos Obrigatórios
Assinatura do Proponente:

Evento: CNDPI	Local: Brasília/DF	Data: 26/04/2016
----------------------	---------------------------	-------------------------



**FORMULÁRIO
PARA
MOÇÕES
MOÇÃO Nº 10**

ENTIDADE PROPONENTE (*) Conselho do Idoso Campo Largo Pr	RESULTADO
	<input checked="" type="checkbox"/> APROVADA
	<input type="checkbox"/> REJEITADA
	<input type="checkbox"/> RETIRADA

TIPO DE MOÇÃO			
<input type="checkbox"/> APOIO	<input type="checkbox"/> REPÚDIO	<input checked="" type="checkbox"/> RECOMENDAÇÃO	<input type="checkbox"/> SOLIDARIEDADE

DESTINATÁRIO DA MOÇÃO:
Ministério da Saúde

TÍTULO DA MOÇÃO:
Isenção do Imposto dos medicamentos de uso contínuo portadores de doenças crônicas.

TEXTO DA MOÇÃO (*) *(Se necessário, utilize mais de 01 Formulário)*
A desoneração dos tributos sobre os medicamentos se faz extremamente necessário para garantir o acesso real da população a saúde garantindo a compra de medicamentos haverá uma melhora na prevenção de doenças, o que implicará na diminuição dos gastos com internações. Com isso, o governo poderá investir em outras áreas também prioritárias. Se há uma política para (enfrentar) desonerar cesta básica, por exemplo, acreditamos que temos que sensibilizar o executivo a desonerar.

(*) Campos Obrigatórios

Assinatura do Proponente:

Evento:	Local: Brasília/DF	Data: 26/04/2016
----------------	------------------------------	----------------------------



**FORMULÁRIO
PARA
MOÇÕES
MOÇÃO Nº 11**

ENTIDADE PROPONENTE (*) COBAP, SINTAPI, AAPIO	RESULTADO
	<input checked="" type="checkbox"/> APROVADA
	<input type="checkbox"/> REJEITADA
	<input type="checkbox"/> RETIRADA

TIPO DE MOÇÃO			
<input checked="" type="checkbox"/> APOIO	<input type="checkbox"/> REPÚDIO	<input type="checkbox"/> RECOMENDAÇÃO	<input type="checkbox"/> SOLIDARIEDADE

**DESTINATÁRIO DA MOÇÃO:
SOCIEDADE BRASILEIRA E CONGRESSO NACIONAL**

**TÍTULO DA MOÇÃO:
APOIO AS CONQUISTAS DA SOCIEDADE E PELA
MANUTENÇÃO DA DEMOCRACIA**

TEXTO DA MOÇÃO (*) *(Se necessário, utilize mais de 01 Formulário)*
OS PARTICIPANTES DA 4ª CONFERENCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA, PREOCUPADOS COM A ATUAL CONJUNTURA QUE PODE POR EM RISCO AS CONQUISTAS E OS ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO POPULAR, DECLARAMOS NOSSO APOIO A DEMOCRACIA E QUE RESPEITE AS DECISÕES POPULAR PELA VIA DEMOCRÁTICA.

(*) Campos Obrigatórios

Assinatura do Proponente:		
Evento: 4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA	Local: Brasília/DF	Data: 26/04/2016



FORMULÁRIO
PARA
MOÇÕES
MOÇÃO Nº 12

ENTIDADE PROPONENTE (*)	RESULTADO
	<input checked="" type="checkbox"/> APROVADA
	<input type="checkbox"/> REJEITADA
	<input type="checkbox"/> RETIRADA

TIPO DE MOÇÃO			
<input type="checkbox"/> APOIO	<input type="checkbox"/> REPÚDIO	<input checked="" type="checkbox"/> RECOMENDAÇÃO	<input type="checkbox"/> SOLIDARIEDADE

DESTINATÁRIO DA MOÇÃO:

TÍTULO DA MOÇÃO:
Valorização e Implantação das diretrizes Renadis

TEXTO DA MOÇÃO (*) (Se necessário, utilize mais de 01 Formulário)
que as áreas da Educação, Esporte e Lazer, Desenvolvimento e Assistência Social com apoio da saúde enfatizem a implantação e desenvolvimento dos jogos.
Municipais
Estaduais
Nacional (Brasileiro).

(*) Campos Obrigatórios
Assinatura do Proponente:

Evento:	Local: Brasília/DF	Data: 26/04/2016
---------	-----------------------	------------------



FORMULÁRIO
PARA
MOÇÕES
MOÇÃO Nº 13

ENTIDADE PROPONENTE (*) Estado de Minas Gerais	RESULTADO
	<input checked="" type="checkbox"/> APROVADA
	<input type="checkbox"/> REJEITADA
	<input type="checkbox"/> RETIRADA

TIPO DE MOÇÃO			
<input type="checkbox"/> APOIO	<input checked="" type="checkbox"/> REPÚDIO	<input type="checkbox"/> RECOMENDAÇÃO	<input type="checkbox"/> SOLIDARIEDADE

DESTINATÁRIO DA MOÇÃO:
CNDPI

TÍTULO DA MOÇÃO:
Prova de vida dos idosos de ILPI's

TEXTO DA MOÇÃO (*) *(Se necessário, utilize mais de 01 Formulário)*
Em algumas instituições de longa permanência para idosos, em minas gerais e algumas outras de outros Estados brasileiros, os idosos são obrigados a saírem dos lares, sejam cadeirantes ou acamados, para irem ao banco para fazerem prova de vida. Queremos o direito dos próprios bancos e INSS irem até aos lares pra fazer este trabalho.

(*) Campos Obrigatórios
Assinatura do Proponente: Carolina Gonçalves Pires

Evento: CNDPI/ conferencia nacional	Local: Brasília/DF	Data: 26/04/2016
--	-----------------------	------------------



**FORMULÁRIO
PARA
MOÇÕES
MOÇÃO Nº 14**

ENTIDADE PROPONENTE (*) Fórum de orientação dos direitos da pessoa idosa de cidade de Tiradentes – São Paulo Capital	RESULTADO
	<input checked="" type="checkbox"/> APROVADA
	<input type="checkbox"/> REJEITADA
	<input type="checkbox"/> RETIRADA

TIPO DE MOÇÃO			
<input type="checkbox"/> APOIO	<input type="checkbox"/> REPÚDIO	<input type="checkbox"/> RECOMENDAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SOLIDARIEDADE

DESTINATÁRIO DA MOÇÃO: 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa

TÍTULO DA MOÇÃO:
Cadastramento da População Idosa

TEXTO DA MOÇÃO (*) *(Se necessário, utilize mais de 01 Formulário)*
Cumprimento legal do cadastramento da população Idosa em base territorial com fundamento no paragrafo 1º do artigo nº15º do Estatuto do Idoso (a prevenção e a manutenção da Saúde do idoso será efetivada por meio de: Inciso 1º cadastramento da população idosa em base territorial).

(*) Campos Obrigatórios

Assinatura do Proponente: Edvaldo Ferreira dos Santos

Evento: 4ª Conferencia dos direitos da Pessoa Idosa.	Local: Brasília/DF	Data: 26/04/2016
--	--------------------	------------------



FORMULÁRIO
PARA
MOÇÕES
MOÇÃO Nº 15

ENTIDADE PROPONENTE (*) CEDEPI Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa do Rio de Janeiro	RESULTADO
	<input checked="" type="checkbox"/> APROVADA
	<input type="checkbox"/> REJEITADA
	<input type="checkbox"/> RETIRADA

TIPO DE MOÇÃO			
<input type="checkbox"/> APOIO	<input checked="" type="checkbox"/> REPÚDIO	<input type="checkbox"/> RECOMENDAÇÃO	<input type="checkbox"/> SOLIDARIEDADE

DESTINATÁRIO DA MOÇÃO:
CNDI e SDH

TÍTULO DA MOÇÃO:
Manifesto de repúdio contra governo do Estado do Rio de Janeiro

TEXTO DA MOÇÃO (*) (Se necessário, utilize mais de 01 Formulário)
O governo não pagou março aos aposentados e pensionistas

(*) Campos Obrigatórios

Assinatura do Proponente: Rosely Reis Lorenzato

Evento:	Local: Brasília/DF	Data: 26/04/2016
---------	--------------------	------------------



**FORMULÁRIO
PARA
MOÇÕES
MOÇÃO Nº 16**

ENTIDADE PROPONENTE (*) Delegação de Santa Catarina	RESULTADO
	<input checked="" type="checkbox"/> APROVADA
	<input type="checkbox"/> REJEITADA
	<input type="checkbox"/> RETIRADA

TIPO DE MOÇÃO			
<input type="checkbox"/> APOIO	<input type="checkbox"/> REPÚDIO	<input checked="" type="checkbox"/> RECOMENDAÇÃO	<input type="checkbox"/> SOLIDARIEDADE

DESTINATÁRIO DA MOÇÃO:
Conselho Nacional dos Direitos do Idoso

TÍTULO DA MOÇÃO:
Criação das Secretarias da Pessoa Idosa

TEXTO DA MOÇÃO (*) *(Se necessário, utilize mais de 01 Formulário)*
Encaminhamos para este Conselho, a reivindicação e apelo, pra que através de resolução e orientações deste órgão, seja garantido que os estados e municípios implementem as secretarias estaduais e municipais da Pessoa Idosa, a exemplo do municípios de Balneário Camboriú, Santa Catarina. Para que, através destes equipamentos, com a presença dos profissionais capacitados, as ações para a proteção dos direitos da Pessoa Idosa, garantidos através da Lei nº 10.741/2003 - Estatuto do Idoso possam ser efetivados.

(*) Campos Obrigatórios

Assinatura do Proponente:		
Evento: Conferência Nacional	Local: Brasília/DF	Data: 26/04/2016

Observação: As moções foram digitadas da forma como foram escritas pelos proponentes e os formulários originais das moções recebidas na 4ª CNDPI, bem como as assinaturas coletadas estão arquivados no CNDI.

Registros Fotográficos



Foto: Abertura das Conferências Nacionais Conjuntas de Direitos Humanos. 24/04/2016



Foto: Abertura das Conferências Nacionais Conjuntas de Direitos Humanos. 24/04/2016



Foto: Apresentação Cultural de acolhida – apresentação do Coral dos Mais Vividos do Serviço Social do Comércio - SESC da Unidade de Taguatinga/DF. 25/04/2016



Foto: Apresentação Cultural de acolhida – apresentação do Coral dos Mais Vividos do Serviço Social do Comércio - SESC da Unidade de Taguatinga/DF. 25/04/2016



Foto: Abertura da 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. 25/04/2016



Foto: Abertura da 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. 25/04/2016



Foto: Abertura da 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. 25/04/2016



Foto: Abertura da 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. 25/04/2016



Foto: Abertura da 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. 25/04/2016



Foto: Abertura da 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. 25/04/2016



Foto: Palestra Magna. 25/04/2016



Foto: Mesa Coordenadora da Plenária Inicial. 25/04/2016



Foto: Mesa Coordenadora da Plenária Inicial (visita do Secretário Especial e da Ministra). 25/04/2016



Foto: Mesa Coordenadora da Plenária Inicial (visita do Secretário Especial e da Ministra). 25/04/2016



Foto: Mesa Coordenadora da Plenária Inicial. 25/04/2016



Foto: Mesa Coordenadora das palestras sobre os Eixos . 25/04/2016



Foto: Apresentação de tai shi shuan. 25/04/2016



Foto: Apresentação de tai shi shuan. 25/04/2016



Foto: Paineis da entrada das Conferências Nacionais Conjuntas de Direitos Humanos. 25/04/2016



Foto: Espaço comum a todas as conferências. 25/04/2016



Foto: Grupos de Trabalho. 26/04/2016



Foto: Grupos de Trabalho. 26/04/2016



Foto: Grupos de Trabalho. 26/04/2016



Foto: Grupos de Trabalho. 26/04/2016



Foto: Grupos de Trabalho. 26/04/2016



Foto: Grupos de Trabalho. 26/04/2016



Foto: Grupos de Trabalho. 26/04/2016



Foto: Grupos de Trabalho. 26/04/2016



Foto: Grupos de Trabalho. 26/04/2016



Foto: Grupos de Trabalho. 26/04/2016



Foto: Grupos de Trabalho. 26/04/2016



Foto: Grupos de Trabalho. 26/04/2016



Foto: Grupos de Trabalho. 26/04/2016



Foto: Grupos de Trabalho. 26/04/2016



Foto: Grupos de Trabalho. 26/04/2016



Foto: Grupos de Trabalho. 26/04/2016



Foto: Plenária Final. 27/04/2016



Foto: Plenária Final. 27/04/2016



Foto: Plenária Final. 27/04/2016



Foto: Plenária Final. 27/04/2016

Considerações Finais

Este documento apresenta os Anais da 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa e nele constam o Texto Orientador da 4ª CNDPI, a programação do evento, o Regimento Interno aprovado na plenária inicial da Conferência. O documento disponibiliza ainda um balanço do credenciamento, as 20 (vinte) propostas aprovadas e priorizadas pela plenária final da 4ª CNDPI, as 16 (dezesesseis) moções aprovadas pelo pleno da Conferência e os registros fotográficos dos diversos momentos da 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa.

O CNDI não publicou nenhum regulamento, apenas disponibilizou um documento intitulado *“Orientações para as Conferências Municipais ou Regionais e Estaduais dos Direitos da Pessoa Idosa – Passo a Passo”*, enviado aos Conselhos dos Direitos da Pessoa Idosa dos Estados e Municípios no ano de 2014, para dar subsídio à organização das conferências municipais e estaduais.

O CNDI recebeu por meio do SISCONFERÊNCIA (Sistema do DATASUS para dar apoio as Conferências) um total de 856 propostas vindas das etapas estaduais. Após o processo de sistematização realizado pela equipe da Secretaria de Direitos Humanos, ficaram 203 propostas (103 do eixo I; 38 do eixo II; 33 do eixo III e 29 do eixo IV) que foram distribuídas entre os grupos de trabalho. Após o debate nos grupos de trabalho e em observação ao disposto no Regimento Interno cada grupo elegeu 5 propostas prioritárias para serem analisadas pelo plenário, o que resultou em 50 propostas. Ainda conforme Regimento Interno o plenário indicaria, destas 50 propostas, as 20 prioritárias que comporiam o relatório final da 4ª CNDPI.

A 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa ocorreu com ampla participação das delegadas/os, das convidadas/os, das/os observadores e técnicos governamentais e da sociedade civil, o que possibilitou valorosos debates sobre a implantação, ampliação e aperfeiçoamento das políticas públicas voltadas às pessoas idosas.

Como anexo I consta a um fato ocorrido na 4ª CNDPI referente à delegação do Rio Grande do Sul. No anexo II consta Resolução CNDI nº 22 de 17 de abril de 2014, que dá início ao processo conferencial, completado com a realização da 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. O anexo III traz a Portaria Nº 200 de 26 de abril de 2016 que atualiza a comissão organizadora da 4ª CNDPI. O anexo IV é a composição do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI, atualizada pela Portaria Nº 203, de 26 de abril de 2016. No anexo V contém as apresentações da 4ª CNDPI, e por fim no anexo VI constam os textos que deram subsídio para a apresentação da palestra magna e oficinas.

Anexo I – Registro

Registro sobre o ocorrido antes da votação das 20 propostas

Trata esse documento de registrar um fato acontecido na 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa – 4ª CNDPI ocorrida em Brasília/DF entre os dias 24 e 27 de abril de 2016 no Centro Internacional de Convenções de Brasília – CICB.

A 4ª CNDPI aprovou seu regimento interno na plenária inicial que estava prevista para o dia 25 de abril de 2016. No dia 26 de abril, conforme programação ocorreu normalmente os grupos de trabalho e no dia 27 de abril aconteceu à plenária final da 4ª CNDPI. Os grupos de trabalho tinham a atribuição de analisar as propostas sistematizadas e destinadas ao respectivo grupo e indicar as cinco propostas prioritárias para análise da plenária final (conforme Regimento Interno aprovado).

Para coordenar a plenária final, formou-se uma mesa composta com os seguintes conselheiros do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso: Maria Cristina Correa Lopes Hoffmann; Christiana Galvão Ferreira de Freitas; Renan Alves Viana Aragão; Maria Clotilde B.N.M. de Carvalho e Luiz Legnãni – Presidente do CNDI.

Ao iniciar os trabalhos a mesa consultou a plenária se o pleno alteraria as propostas ou se apenas indicaria as vinte propostas que constariam no relatório final da 4ª CNDPI. Antes de colocar em votação houve inúmeros pedidos de questão de ordem, o que foi respeitado pela mesa e o microfone foi disponibilizado a todas/os as/os delegadas/os que solicitaram. Nesse momento, observou-se que a maioria dos delegados se posicionavam favoráveis a indicação direta das 20(vinte) propostas. A mesa colocou em votação e solicitou a manifestação das/dos delegadas/os nos seguintes termos: **1)** se analisariam proposta por proposta e aceitaria alterações sugeridas pelas/os delegadas/os; ou **2)** se fariam uma leitura de cada proposta e votaria se era prioridade ou não. A plenária decidiu por votação superior a 80% de votos, pela proposta número **2** (dois).

Diante do resultado a delegação do Rio Grande do Sul comunicou que a referida delegação não concordava com o encaminhamento da mesa e que por esse motivo iriam se retirar do plenário, e assim o fizeram.

Anexo II – Resolução N° 22 de 17 de abril de 2014



Presidência da República
Secretaria de Direitos Humanos
Conselho Nacional dos Direitos do Idoso

RESOLUÇÃO N° 22 de 17 abril de 2014.

Dispõe sobre a realização da IV Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa e dá outras providências.

O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DO IDOSO - CNDI, no uso de suas atribuições estabelecidas pelo Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004, e tendo em vista deliberação qualificada do Plenário do Conselho, resolve:

Art. 1º - Definir o mês de outubro de 2015 para a realização da IV Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa.

Art. 2º - Recomendar aos estados e municípios a realização das Conferências, nos períodos que seguem:

I - etapa municipal – até dezembro de 2014

II - etapa estadual e distrital – até julho de 2015

III - etapa nacional – outubro de 2015

Art. 3º - Estabelecer para as Conferências municipais, estaduais, distrital e nacional o tema **“Protagonismo e Empoderamento da Pessoa Idosa – Por um Brasil de Todas as Idades”**.

Art. 4º - Constituir a Comissão Organizadora, sob a coordenação da Vice-Presidência e da Coordenação Geral do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso,

que se responsabilizará pelas orientações necessárias a viabilização das Conferências nas etapas municipal, estadual, distrital e nacional, composta pelas seguintes instituições Conselheiras:

I - Titulares:

- a) Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
- b) Ordem dos Advogados do Brasil
- c) Associação Nacional de Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência.
- d) Ministério da Previdência Social
- e) Ministério da Saúde

II - Suplentes:

- a) Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
- b) Ministério das Cidades
- c) Ministério da Cultura
- d) Confederação Nacional dos Trabalhadores Aposentados e Pensionistas
- e) Associação Nacional de Gerontologia.

Art. 5º - A Comissão Organizadora terá o prazo de trinta (30) dias, a contar da data da publicação desta Resolução, para elaboração do Regimento Interno e das Orientações Básicas para a realização das Conferências municipais, estaduais, distrital e nacional.

Paragrafo Único - Poderão ser convidados a contribuir com a Comissão, especialistas, assessores e consultores de reconhecida competência.

Art. 6º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

GABRIEL DOS SANTOS ROCHA

Anexo III – Portaria N° 200 de 26 de Abril de 2016



PORTARIA N° 200, DE 26 DE ABRIL DE 2016.

A MINISTRA DE ESTADO DAS MULHERES, DA IGUALDADE RACIAL, DA JUVENTUDE E DOS DIREITOS HUMANOS, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e considerando o disposto no § 3º do art.3º do Decreto n° 5.109, de 17 de junho de 2004, **resolve**:

Art. 1º Designar os seguintes representantes, para compor a Comissão Organizadora da 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa - 4ª CNDPI:

I - Presidente do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso:

a) Luiz Legnãni - CPF: 877.842.208-63, representante da Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas-COBAP.

II - Vice-Presidente do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso:

a) Paulo Roberto Martins Maldos - CPF: 978.061.378-15, representante da Secretaria Especial de Direitos Humanos-SEDH.

III - Comissão de Políticas Públicas:

a) Maria Cristina Corrêa Lopes Hoffmann - CPF: 484.940.030-20, representante do Ministério da Saúde-MS.

IV - Comissão de Normas:

a) Laura Berdine Santos Delamonica - CPF: 074.213.866-61, representante do Ministério das Relações Exteriores-MRE.

V - Comissão de Gestão do Fundo Nacional do Idoso:

a) Antônio Lídio de Mattos Zambon - CPF: 469.122.660-53, representante do Ministério da Educação-MEC.

VI - Comissão de Orçamento e Finanças:

a) Marília Celina Felício Fragoso - CPF: 057.800.719-34, representante da Associação Nacional de Gerontologia do Brasil- ANG.

VII - Comissão de Articulação com os Conselhos e Comunicação Social:

a) Sandra Rabello de Frias - CPF: 545.385.487-15, representante da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia-SBGG.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

NILMA LINO GOMES

**Anexo IV – Composição do Conselho Nacional dos
Direitos do Idoso ***
(GESTÃO 2014 – 2016)

SOCIEDADE CIVIL

Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura - CONTAG

Titular: Maria Lúcia Santos de Moura

Suplente: Juraci Moreira Souto

Conselho Federal de Serviço Social - CFESS

Titular: Maria Bernadette de Moraes Medeiros

Suplente: Raquel Ferreira Crespo de Alvarenga

Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas - COBAP

Titular: Luiz Legnãni

Suplente: Jose Aureliano Ribeiro de Vasconcelos

Associação Nacional de Gerontologia do Brasil – ANG Brasil

Titular: Marília Celina Felício Fragoso

Suplente: Tereza Rosa Lins Vieira

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - SBGG

Titular: Sandra Rabello de Frias

Suplente: Eliane Jost Blessmann

**Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos -
SINTAPI/CUT**

Titular: Epitácio Luiz Epaminondas

Suplente: José Antônio da Silva

Serviço Social do Comércio - SESC

Titular: Maria Clotilde B.N.M. de Carvalho

Suplente: Veronica Tomsic

Associação Nacional dos Defensores Públicos - ANADEP

Titular: Sara Maria Araújo Melo

Suplente: Freddy Alejandro Solorzano Antunes

Associação Nacional de Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência - AMPID

Titular: Claudia Maria Beré

Suplente: Marlúcia Gomes Evaristo Almeida

Ordem dos Advogados do Brasil – OAB

Titular: Setembrino Idwaldo Netto Pelissari

Suplente: Bahij Amin Aur

Associação Brasileira de Alzheimer - ABRAZ

Titular: Maria Leitão Bessa

Suplente: Patrícia Augusta Alves Novo

Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN

Titular: Ana Cláudia Meirim Krivochein

Suplente: Thiago Pereira da Silva Flores

Pastoral da Pessoa Idosa - PPI

Titular: Crismédio Vieira Costa Neto

Suplente: Claudia Costa Carneiro Hernandes

Confederação Nacional das Instituições Financeiras – CNF

Titular: Denise Lanfredi Tosetti Hills Lopes

Suplente: Tatianna Galeckas Marques

GOVERNO

Ministério das Cidades

Titular: Carolina Baima Cavalcanti

Suplente: Luciana Gill Barbosa

Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação

Titular: João Luiz Andrade Filho

Suplente: Ircílio Chissolucombe

Ministério da Cultura

Titular: Neyla Maria Meireles de Assis Moraes

Suplente: Verônica Freire Ferreira Lima e Silva

Ministério do Desenvolvimento Social

Titular: Camila Salvador Cipriano

Suplente: Renan Alves Viana Aragão

Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República

Titular: Paulo Roberto Martins Maldos

Suplente: Christiana Galvão Ferreira de Freitas

Ministério da Educação

Titular: Antônio Lídio de Mattos Zambon

Suplente: Alexandre Juarez Furtado dos Santos

Ministério do Esporte

Titular: Simone Nunes Bergmann

Suplente: Ana Elenara da Silva Pintos

Ministério da Justiça

Titular: Beatriz Cruz da Silva

Suplente: Rafael Raeff Rocha

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

Titular: Waldyr de Oliveira Neto

Suplente: Marco Antônio de Oliveira

Ministério da Previdência Social

Titular: Emanuel de Araújo Dantas

Suplente: Edvaldo Duarte Barbosa

Ministério das Relações Exteriores

Titular: Carlos Fernando Gallinal Cuenca

Suplente: Laura Berdine Santos Delamonica

Ministério da Saúde

Titular: Maria Cristina Correa Lopes Hoffmann

Suplente: Elizabete Ana Bonavigio

Ministério do Trabalho e Emprego

Titular: Maria Socorro Braga

Suplente: Daniel da Rocha Franco

Ministério do Turismo

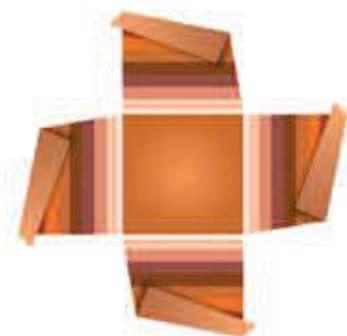
Titular: Ana Lúcia dos Santos Carrias

Suplente: Rafaela Levay Lehman da Silva

*Atualizada pela Portaria 203, de 26 de abril de 2016

Anexo V - Apresentações

Apresentação do Presidente do CNDI – Luiz Legnãni (Mesa de Abertura)



PESSOA IDOSA

**4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DOS
DIREITOS DA PESSOA IDOSA**

Protagonismo e Empoderamento – Por um Brasil de Todas as Idades

24 a 27 de abril Brasília/DF



Marcos Legais/Históricos

2003 – Estatuto do Idoso (lei 10.741/03) - 8 anos de luta para a aprovação (Código de direitos que regulamenta proposta da PNI);

2004 – Reorganização do Conselho Nacional de Defesa da Pessoa Idosa - CNDI (decreto 5.109/04);

2005 – Seminário Internacional sobre Direitos Humanos e Envelhecimento – Plano Nacional de Enfrentamento à Violência;

2006 – I Conferência Nacional da Pessoa Idosa – Construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – Renadi;



Marcos Legais/Históricos

2006 – Política Nacional de Saúde do Idoso;

2007 – Conferência Madrid + 5 – II Conferência Intergovernamental Sobre Envelhecimento na América Latina e Caribe;

Fórum das Ongs da América Latina e Caribe (Carta de Brasília);

2009 - II Conferência da Pessoa Idosa – Avaliação da Renadi;

Aprovação de pacto intergovernamental para a pessoa idosa;



PESSOA IDOSA
4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DOS
DIREITOS DA PESSOA IDOSA

Marcos Legais/Históricos

2010 criação do Fundo Nacional do Idoso, com implementação prevista para janeiro de 2011 (lei 12.213), respondendo as demandas dos movimentos e organizações dos idosos e as deliberações das duas Conferências Nacionais da Pessoa Idosa;

2011 – III Conferência Nacional da Pessoa Idosa – Compromisso de Todos com Envelhecimento Digno;



PESSOA IDOSA
4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DOS
DIREITOS DA PESSOA IDOSA

Marcos históricos

Em 2013 a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República lançou a Campanha Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Pessoa Idosa;

No mesmo ano, a Presidenta Dilma Rousseff assinou o Decreto nº 8.114 de 30 de setembro de 2013, que estabeleceu o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo, com objetivo de implementar ações fundamentadas na emancipação e no protagonismo, promoção e defesa de direitos, informação e formação.



PESSOA IDOSA
4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DOS
DIREITOS DA PESSOA IDOSA

Atividades realizadas

Foi cumprido todo o cronograma de reuniões ordinárias

Entre a 3ª e 4ª Conferências foram realizadas reuniões descentralizadas em:

Abril/2012

Fortaleza

Agosto/2012

Rio de Janeiro

Junho/2013

Goiânia

Julho/2014

Porto Alegre

Junho/2015

Rio Branco

Outubro/2015

Florianópolis



PESSOA IDOSA
4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DOS
DIREITOS DA PESSOA IDOSA

Atividades realizadas

- Em Dezembro/2013 foi realizado o 9º Encontro Nacional de Conselhos de Direitos da Pessoa Idosa, dentro da programação do 1º Fórum Mundial de Direitos Humanos
- De 2012 a 2015 foram realizadas diversas atividades temáticas nas datas alusivas (junho e outubro) no Senado, na Câmara, nos estados e municípios, nas universidades e nos conselhos.

Eventos

Atividades em andamento

Organização e lançamento dos Jogos Brasileiros da População Idosa



Convênios

Será realizado novo edital de convênios a partir junho/2016

Entre 2012 e 2015 foram efetivados 23 convênios através de editais

<p>Associação Beneficente Ensine a Pescar - ABEP (RS)</p> <p>Associação de Assistência Social Católica (Associação) - AASCI (CE)</p> <p>Associação dos Pequenos Produtores Rurais e Agricultores Familiares de Andradas, Caldas e Ibitiura de Minas - APRAF (MG)</p> <p>Associação S.O.S. Idosos (SP)</p> <p>Governo do Estado do Amapá (AP)</p> <p>Governo do Estado do Mato Grosso (MT)</p> <p>Prefeitura Municipal de Veranópolis (RS)</p> <p>Secretaria de Defesa e Proteção Social (TO)</p> <p>Secretaria de Estado da Assistência Social, Trabalho e Habitação (SC)</p> <p>Sociedade Goiana de Cultura (GO)</p>	<p>Associação Positiva de Brasília (DF)</p> <p>COMCAUSA (RJ)</p> <p>Governo do Distrito Federal (DF)</p> <p>Federação das Fraternidades - Cruzes de Pessoas c/ Deficiências do Brasil (FCD/BBP) (DF)</p> <p>Grupo de Apoio a Prevenção a Aids da Bahia - GAPA (BA)</p> <p>Grupo Espírita Senviões de Ouro (RJ)</p> <p>Instituto Educação e Cidadania - IEC (MG)</p> <p>Instituto Socioeducativo, Cultural e Ambiental Raimundo Antunes - Instituto Raimundo Antunes (AM)</p> <p>Pastoral da Pessoa Idosa (PR)</p> <p>Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Atores da Força Sindical (SP)</p> <p>União Planetária (DF)</p>
---	--



Estruturação

Segundo o IBGE existem 2.868 Conselhos Estaduais e Municipais do Idoso instituídos no Brasil

Foi estruturado o espaço físico na SDH para dar suporte a coordenação geral e a presidência do CNDI

Em 2015 foi licitado 53 kits equipagem (contendo veículo, equipamentos de informática, eletrônicos e mobiliários) visando o fortalecimento dos Conselhos Estaduais/Distrital dos Direitos do Idoso e os conselhos municipais instalados nas Capitais, disponível para entrega após a 4ª Conferência

Fonte: IBGE/IBRGE

Estruturação

A aquisição dos kits de equipagem foi definido no Planejamento Estratégico do CNDI em 2013, contemplados conforme:



Estruturação

53 kits equipagem





PESSOA IDOSA
4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DOS
DIREITOS DA PESSOA IDOSA

Objetivos Estratégicos 2015 - CNDI



PESSOA IDOSA
4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DOS
DIREITOS DA PESSOA IDOSA

Performance de arrecadação Fundo Nacional do Idoso - FNI

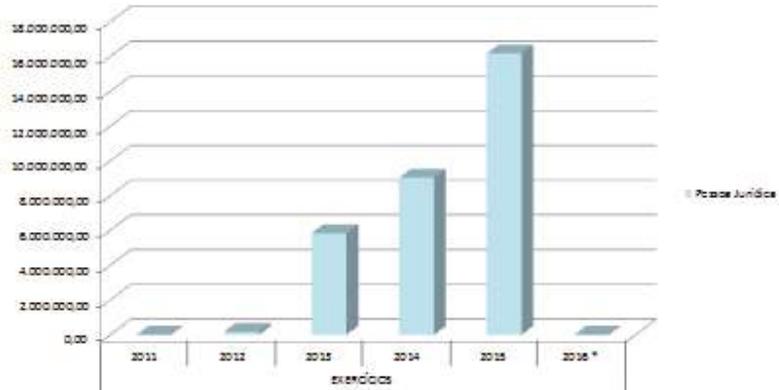
FONTE	DESCRIÇÃO	EXERCÍCIOS				
		2011	2012	2013	2014	2015
0180	Rendimentos - arrec. direta	0,00	2.854,53	128.711,04	842.875,08	1.967.243,56
0188	Rendimentos - Tesouro Nacional	0,00	0,00	0,00	0,00	33.558,09
0196	Doações - PF e PJ	100,00	138.596,42	4.953.471,87	10.039.885,04	16.191.863,99
0380	Rendimentos arrec. direta (Exs. Ants.)	0,00	0,00	3.000,53	131.711,57	726.435,70
0396	Doações - PF e PJ (Exs. Ants.)	0,00	0,00	188.000,00	4.764.175,69	13.169.471,23
TOTAL		100,00	141.450,95	5.273.183,44	15.778.647,38	32.088.572,57



PESSOA IDOSA
4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DOS
DIREITOS DA PESSOA IDOSA

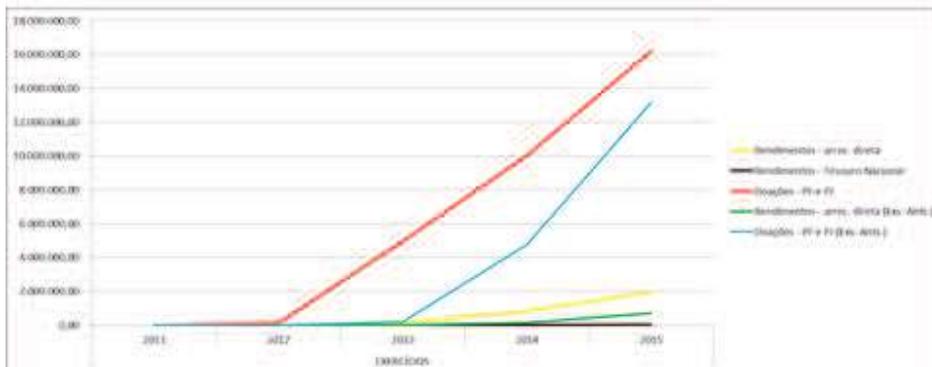
Performance de arrecadação Fundo Nacional do Idoso - FNI

Pessoa Jurídica - por exercício



PESSOA IDOSA
4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DOS
DIREITOS DA PESSOA IDOSA

Performance de arrecadação Fundo Nacional do Idoso - FNI





CADASTRO DE FUNDOS

Em 2015, foi lançado o primeiro cadastro de fundos estaduais, municipais e distrital do idoso, que levantou dados detalhados para atualizar a relação de fundos do idoso com cadastro junto à Secretaria de Direitos Humanos e possibilitar a implementação de uma política de fortalecimento dos Conselhos da Pessoa Idosa em todo o país. Essa ação visa ampliar a arrecadação de recursos para financiamento das ações complementares para as pessoas idosas.

OBRIGADO!!!

Luiz Legnãni
Presidente do CNDI

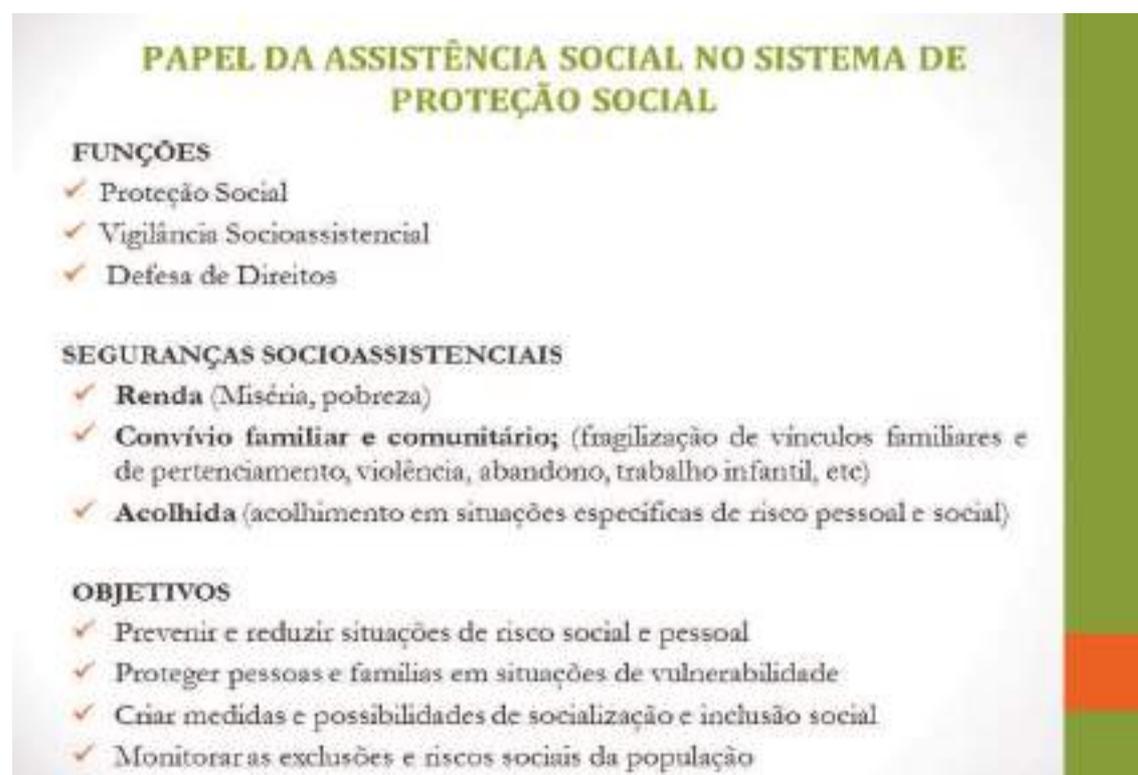
www.sdh.gov.br

cndi@sdh.gov.br

(61) 2027-3014

2027-3899

Apresentação – Ieda Nobre de Castro: EIXO I – Gestão (Programas, projetos, ações e serviços)





PÚBLICO

Famílias em Situação de Vulnerabilidade Social.

Famílias/Indivíduos em Situação de Risco Pessoal e Social, com violação de direitos.



SUAS: ORGANIZAÇÃO POR TIPO DE PROTEÇÃO

Proteção Social Básica	Proteção Proativa (Prevenção) Fortalecimento de vínculos
Proteção Social de Média Complexidade	Acompanhamento Especializado Prevenção da institucionalização
Proteção Social de Alta Complexidade	Acolhimento Personalizado Resgate do convívio

Proteção Social Básica – Unidades de Referência

- ✓ CRAS;
- ✓ Entidades Socioassistenciais;

Proteção Social Especial – Unidades de Referência

- ✓ CREAS;
- ✓ Centro POP;
- ✓ Unidades de Acolhimento;
- ✓ Centro Dia
- ✓ Residência Inclusiva

Serviços Socioassistenciais

Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais

Nota de RESOLUÇÃO Nº 105, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2009
Publicada no Diário Oficial da União em 23 de novembro de 2009

2009

Tipificação Nacional

Proteção Social Básica:

1. Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF);
2. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;
3. Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosos.

Média Complexidade:

1. Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI);
2. Serviço Especializado em Abordagem Social;
3. Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de LA e PSC
4. Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias;
5. Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

Alta Complexidade:

1. Serviços de Acolhimento: Institucional; República; Família Acolhedora; Residência Inclusiva.
2. Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências.

(5)

ENVELHECIMENTO DO BRASIL NA PRÓXIMA DÉCADA (2016-2026) – POR REGIÃO (Percentual da população idosa – 65 anos ou mais)



Situações de Violência-2015 Idosos

Grande Região	Quantidade de pessoas vítimas que ingressaram no PAEFI	Pessoas idosas vítimas de violência intrafamiliar	% Incidência	Pessoas idosas vítimas de negligência ou abandono	% Incidência
Norte	23.689	1.491	6,3%	2.488	10,5%
Nordeste	73.414	6.661	9,1%	10.339	14,1%
Sudeste	99.898	8.961	9,0%	16.038	16,1%
Sul	52.345	3.938	7,5%	7.079	13,5%
Centro-Oeste	36.374	2.160	5,9%	4.171	11,5%
Brasil	285.720	23.211	8,1%	40.115	14,0%

Fonte: Registro Mensal de Atendimento - RMA 2015 - SNAS/MDS

Preocupação:

Aumento no número de idosos vítimas de situações de violência/violação de direitos implicará no aumento de idosos acolhidos. Atualmente, já são 49.600 idosos acolhidos.

Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

Objetivo:

- Desenvolvimento de atividades que contribuam para o processo de envelhecimento saudável
- Desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades, para o fortalecimento dos vínculos familiares e para o convívio comunitário.
- Público: idosos em situação de vulnerabilidade social.
- Apoio à família para oferta de cuidados
- Total de Idosos 320.289, representando 17,53% de todo o público atendido (Fonte: SISC 22/04/2016)

Serviço de Apoio em Domicílio ofertado em CRAS	
Região Norte	377
Região Nordeste	1266
Região Sudeste	994
Região Sul	816
Região Centro-Oeste	370
Brasil	3823

Fonte: MDS/SNAS/DGS/Censo 2015

Proteção Social de Alta Complexidade

- Serviço de Acolhimento (Processo de reordenamento)
- Público: pessoas idosas com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, **independentes e/ou com diversos graus de dependência**.
- Natureza provisória
- A longa permanência só é indicada quando esgotadas as possibilidades de auto-sustento e convívio com os familiares.

Perfil mais comum dos usuários:

- Idosos que não dispõem de condições para permanecer com a família,
- Idosos em situação de rua e de abandono,
- Idosos com vínculos familiares fragilizados ou rompidos.
- Idosos com vivência de situações de negligência familiar, institucional, de autonegligência, abusos, maus tratos e outras formas de violência.

Proteção Social de Alta Complexidade

Modalidades Institucionais

• **Casa-Lar:** unidade residencial de até 10 idosos. Deve contar com pessoal habilitado, treinado e supervisionado por equipe técnica capacitada para auxiliar nas atividades diárias.

• **Abrigo Institucional (ILPI):** unidade institucional destinada ao acolhimento de pessoas idosas. Deve dispor de equipe qualificada, guarda interface com a política de saúde.

• **República:** serviço de acolhimento desenvolvido em sistema de autogestão ou co-gestão, sendo o imóvel e algumas tarifas subsidiadas, quando necessário. Deve contar com supervisão para a gestão coletiva da moradia - apoio na construção de regras de convívio, repartição das atividades domésticas cotidianas, gerenciamento de despesas -, para o acompanhamento psicossocial dos usuários e eventual encaminhamento à outros serviços.

Unidades de Acolhimento para pessoas idosas

Grande Região	Quantidade de vagas para idosos	Total de idosos acolhidos	Número de unidades acolhimento para idosos por município
Norte	1.061	892	35
Nordeste	7.205	5.600	178
Sudeste	36.860	30.377	830
Sul	10.635	8.488	242
Centro-Oeste	5.604	4.243	155
Brasil	61.365	49.600	1.440

Fonte: Censo SUAS 2015. Elaboração: CGVIS/MDS

Benefício de Prestação Continuada

- O BPC tem por objetivo constituir renda mensal básica no valor de 1 salário mínimo destinado às pessoas idosas (a partir dos 65 anos) e às pessoas com deficiência que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção, nem de tê-la provida pela sua família.

Benefício de Prestação Continuada

Recursos Pagos por ano

Pessoa Com Deficiência	Idoso	Total de recursos pagos no ano
2 Bilhões	1,6 Bilhões	3,7 Bilhões
55%	45%	100%

Número de Beneficiário

PCD	Idoso	Total de recursos pagos no ano
2,3 Milhões	1,9 Milhões	4,2 Milhões

Fonte: MDS/DBA/Jan.2016

Idosos - Cobertura de Benefícios - BPC e PBF

Região	Quantidade de domicílios (IBGE 2010)	Benefício de Prestação Continuada - BPC Fonte: DATAPREV/Sintese – 12/2014 Idoso
Norte	4.620.626	234.232
Nordeste	17.886.603	897.452
Sudeste	29.583.914	687.336
Sul	10.425.830	258.689
Centro Oeste	5.052.715	176.113
Brasil	67.569.688	2.253.822

Agenda

- ✓ Adequação/melhoria do desenho dos serviços voltados os idosos e suas famílias
- ✓ Articulação com a política do trabalho para a proteção dos idosos (evitar que caiam no grupo dos que necessitam do BPC)
- ✓ Articulação com a política de saúde: Oferta de serviços integrados
- ✓ Política Nacional de Cuidados
- ✓ Centro Dia para Idosos com dependência
- ✓ Universalização da oferta do Serviço de Apoio em Domicílio
- ✓ Reordenamento das Instituições de Longa Permanência

Obrigada!

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
CENTRAL DE RELACIONAMENTOS DO MDS: 0800 707 2003
www.mds.gov.br



**Apresentação - Esther Bemerguy de Albuquerque: EIXO II –
Financiamento (Fundos da Pessoa Idosa e Orçamento Público)**

O Financiamento das Políticas Públicas

Esther Bemerguy de Albuquerque

4º Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa
25 DE ABRIL DE 2016



O Financiamento das Políticas Públicas

- A complexidade e a falta de transparência do sistema tributário nacional prejudicam a prática da cidadania tributária:

os tributos indiretos são menos visíveis que as incidências sobre a renda e a propriedade, é disseminada a crença na sociedade brasileira de que a população de baixa renda não paga impostos. Em decorrência, as políticas públicas orientadas para a redução das desigualdades e dos índices de pobreza são vistas como benesses, o que prejudica o entendimento sobre os mecanismos e instituições de participação democrática, dificultando os controles – fiscal e social – sobre o Estado.

A regressividade do Sistema Tributário



51%

Fonte: Zucchi (2007) cálculos elaborados com base na PNBS 2004/2005

Papel do Estado – 2003 a 2014

- **Democrático : garantidor dos direitos em todas as suas dimensões (políticos, sociais, econômicos, de desenvolvimento, etc.)**
- **Indutor do desenvolvimento: crescer com protagonismo interno (produção, consumo e investimento); distribuir renda; reduzir as desigualdades sociais**
- **Inserção externa soberana, prioriza a integração regional (Mercosul, Unasul e Celac) e amplia presença no cenário internacional – IBAS, BRICS**

Gestão: organização do Estado para o desenvolvimento

- **Política Nacional de Participação Social (Decreto No. 8.243 de 23/05/2014):** CDES, conselhos setoriais, conferências, audiências, etc – influenciando ou deliberando sobre políticas públicas, planos e agendas nacionais.
- **Plano Plurianual 2004-2007 : perspectiva estratégica do desenvolvimento;**
- **Planejamento Setorial (PNLT, PNE, PLANSAB, PNMOB, etc.);**
- **Mecanismos ativos de coordenação, articulação e monitoramento (Ex: PAC e BSM);**
- **Diálogo Federativo**

Gestão: organização do Estado para o desenvolvimento

- **Fortalecimento da esfera pública da economia: bancos públicos, fundos públicos e empresas estatais – que passam a ser coordenados para cumprir funções estatais e de financiamento do consumo, do investimento e da formação bruta de capital fixo**
- **Recomposição de pessoal no setor público.**
- **Inserção internacional ativa: regionalmente - Mercosul, Unasul e Celac; na construção de novos blocos de poder político e econômico : IBAS e BRICs**

Democracia e Direitos

- **CF 88, legislação infraconstitucional, políticas públicas, organização do sistema judiciário e do mandato dos órgãos que exercem as funções essenciais à justiça como o Ministério Público (MP) e a Defensoria Pública (DP).**
- **Emenda Constitucional 45, de 2004: possibilidade de tratados internacionais sobre direitos humanos possuem equivalência com as emendas constitucionais.**
- **Emenda 80, de 2014: fortaleceu o papel da Defensoria Pública, seu caráter público e atribuiu-lhe a função de promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extra judicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita.**

Fortalecimento da Gestão de Políticas Públicas



Fortalecimento da Gestão de Políticas Públicas

- **A valorização das pautas de direitos humanos: Igualdade racial, mulheres, criança e adolescentes, pop rua, direitos da pessoa idosa, comunidades tradicionais, juventude e LGBT trazem lições profundas sobre a possibilidade de consolidar capacidades estatais enraizadas nos movimentos sociais e uma nova relação Estado e sociedade.**

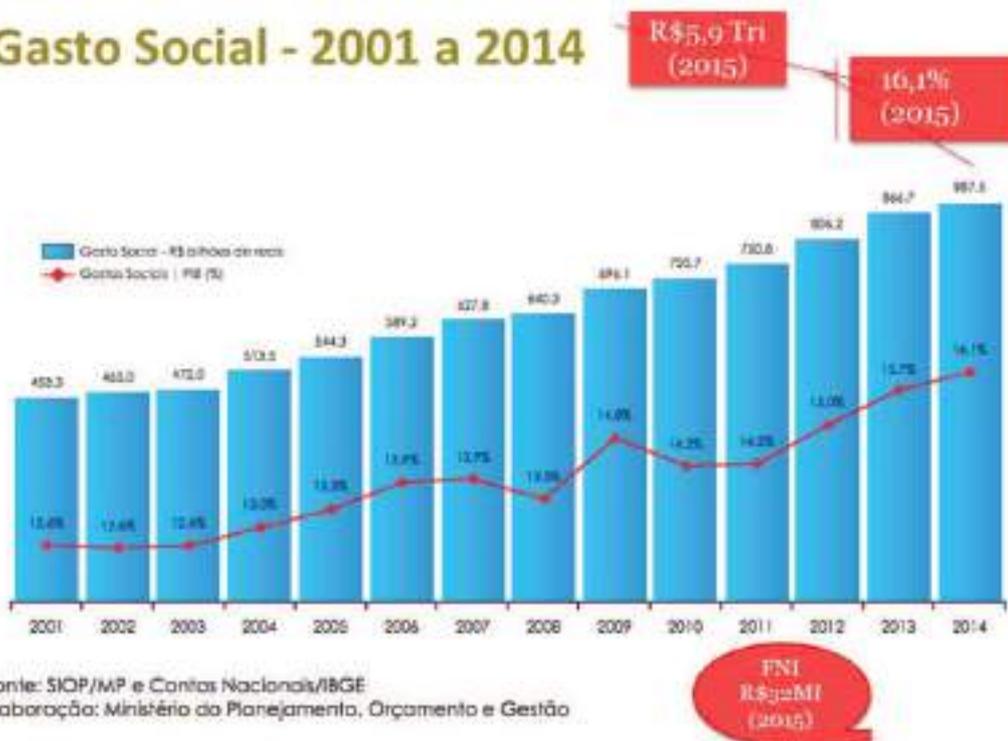
Fortalecimento da Gestão de Políticas Públicas

- Sistema Único de Assistência Social (Lei nº 12.435/11)
- Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN (Lei nº 11.346/06)
- Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – PNSAN (Decreto nº 7.272/10)
- Regulamentação dos valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde (Lei Complementar nº 141/2012)
- Regulamenta a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (Decreto nº

Fortalecimento da Gestão de Políticas Públicas

- 7.508/2011)
- Direito à alimentação no rol dos direitos sociais (EC nº 64/2010)
- Criação do Bolsa Família (Lei nº 10.836/2004)
- Instituição do BSM (Decreto nº 7.492/2011)
- Lei Complementar nº 128/08, que institui o MEI
- Lei Complementar nº 123/06, que institui o Plano Simplificado de Previdência Social
- Lei 11.718/08, que altera o sistema de previdência rural

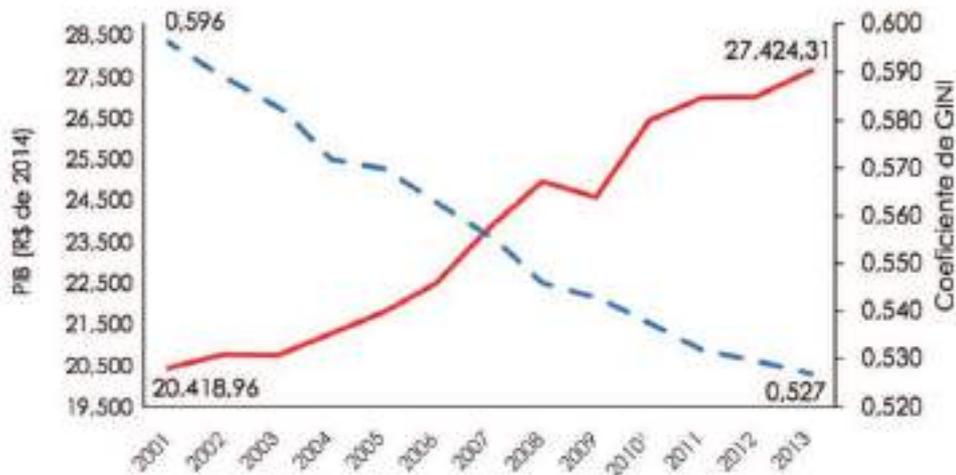
Gasto Social - 2001 a 2014



Redução da Pobreza e das desigualdades

➤ Em conjunto, políticas previdenciárias, de transferência de renda, de valorização do salário mínimo, de dinamização e formalização do mercado de trabalho têm levado a progressiva redução da pobreza e da desigualdade social.

Resultado do modelo



¹ GINI calculado com base no rendimento mensal domiciliar per capita
² PIB per capita real (preços R\$ de 2014)

Desafio do modelo: Redução das desigualdades Regionais



Fonte: Proa/IBGE
 Elaboração: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
 Obs. Dados harmonizados: Brasil sem Norte Rural

PRODUÇÃO, CONSUMO E INVESTIMENTO

Consumo e Investimento

ANO	PIB	Consumo das Famílias	Formação Bruta de Capital Fixo (FBRF)
2007	6,1	6,1	13,9
2008	5,2	5,7	13,6
2009	-0,3	4,4	-6,7
2010	7,5	6,9	21,3
2011	2,7	4,1	-4,7
2012	1,8	3,9	-0,6
2013	2,5	2,6	5,2
2014	0,1	0,9	-4,4
Varição Acumulada 2007 - 2014	20,32	40,14	53,26

Fortalecimento da Gestão de PP

- O PAC, criado em 2007, e os investimentos das estatais foram os grandes responsáveis por essa trajetória de ampliação dos investimentos.
- Em 2010, os investimentos atingiram o ápice, 3,11% do PIB, as estatais representavam 1,93% e o Governo Central 1,18%

Fortalecimento da Gestão de PP



GESTÃO DO PROCESSO DE TRANSFORMAÇÃO SOCIAL PRESSUPOSTOS

Desafio: Governar o Desenvolvimento

1. Desenvolvimento é processo histórico que resulta em características estruturais que não podem se reproduzir da mesma forma em todos os lugares. Sua natureza é política e cultural.
2. A natureza do desenvolvimento é profundamente política. Não há soluções técnicas incontestáveis tampouco ideologicamente neutras. As políticas públicas dependem do contexto, dos sujeitos históricos, não são fenômenos controlados.
3. Governar o desenvolvimento a partir de uma estratégia inclusiva é o que define a qualidade do crescimento, seja ele intenso ou moderado. A redução das desigualdades e a simultânea ampliação da renda dos mais pobres é a métrica principal para se medir a efetividade das políticas públicas.

Quem Somos Nós x Quem são Eles

(Ricardo Bielschovsk)

Temas/temáticas	CAMPO EUROPEU-NORTE	CAMPO BRASILEIRO
Políticas sociais (educ., saúde, moradia, etc.)	No limite, alguma focalização nos pobres	Políticas universais, com qualidade e gratuidade (Estado de bem-estar social)
Sindicatos, salários	Sindicatos preferencialmente fracos, evolução salarial de mercado	Sindicatos fortes, política ativa de salário mínimo
Reforma tributária	Sim, ênfase em redução de carga	Ênfase em tributação "progressiva" (dividendos, fortunas, etc.)
Reforma - Previdência	Com finalidades fiscais	Graduada, e com Constituição de 88
Polít. macroeconômica (Mon., fiscal, cambial)	Preferência por ortodoxia, e por autonomia do BC	Preferência por "heterodoxia", variações no que se refere a câmbio e fiscais
Modelo de desenvolv. econômico	Ênfase na alocação de recursos pelo mercado (e/ exceções), modelo de integração competitiva internacional	Reindustrialização e invest. em infraestrut. com apoio estatal, ganhos de escala pelo mercado interno, fomento a exportação
Políticas industriais (Intervenção estatal nos investimentos fixos e tecnológicos,	Regulação da concorrência, preferência por parcerias público-privadas em infraestrutura, políticas de CRT horizontais	Regulação de concorrência, fomentador do investimento em geral, especialmente em infraestrutura e indústria, políticas indust. e de C&T horizontais e verticais
Privatização	Petrobrás e bancos públicos	Não
Capital estrangeiro	Sim, com ampla abertura	Com cautelas em serviços e acesso a terras
Modelo exportador e abertura de mercado a serviços	Sim, pró EUA e União Europeia; Mercosul revisito; Modelo exportador/Cadeias globais	Orientação por mercado interno, mas com ênfase exportador, equilíbrio entre BRICS e EUA/EU, preservação do Mercosul

**Apresentação do Secretário – Paulo Gabriel Soledade Nacif
(Oficina: Educação e Envelhecimento - Direitos da Pessoa Idosa)**

ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO E EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

Paulo Gabriel Soledade Nacif

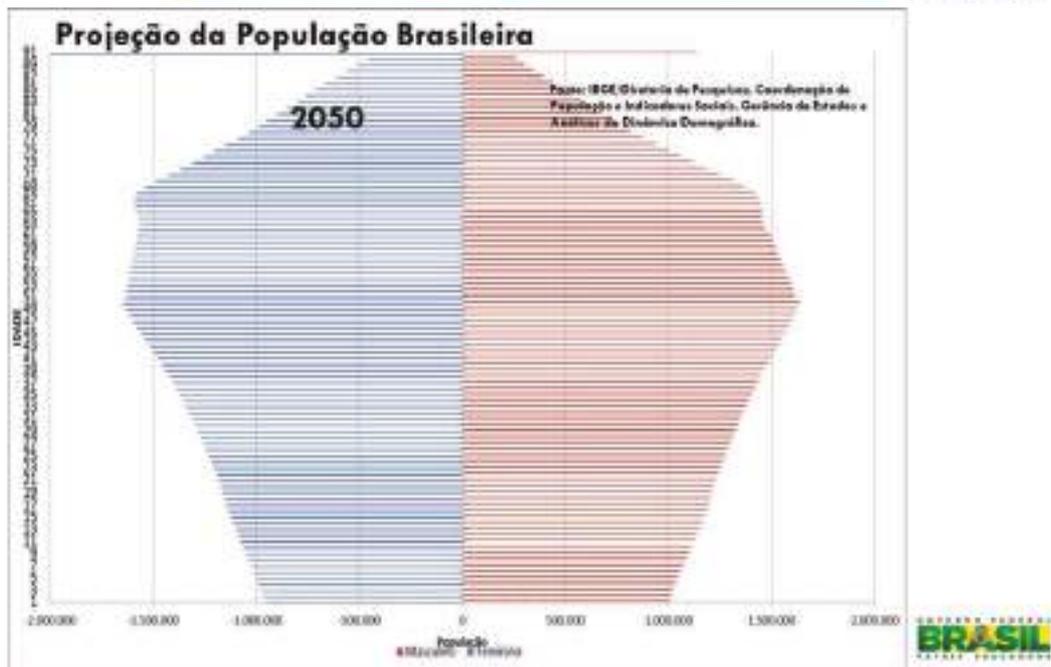
Secretário de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão
Ministério da Educação – SECADI/MEC

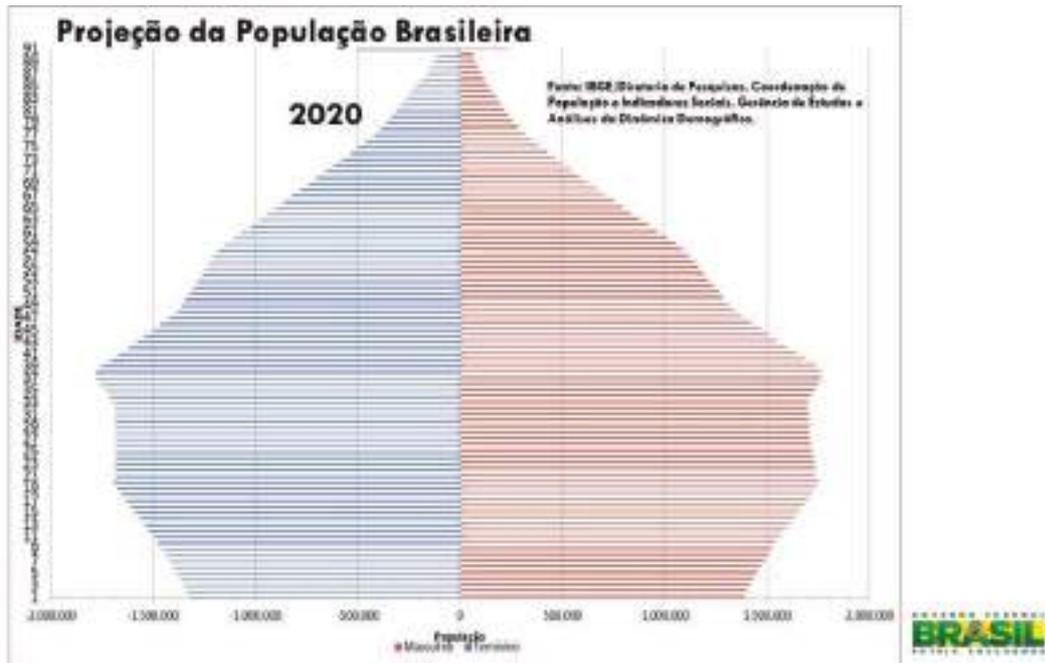


**Nos acostumamos a pensar o Brasil como um país jovem. Com
uma estrutura etária como esta:**



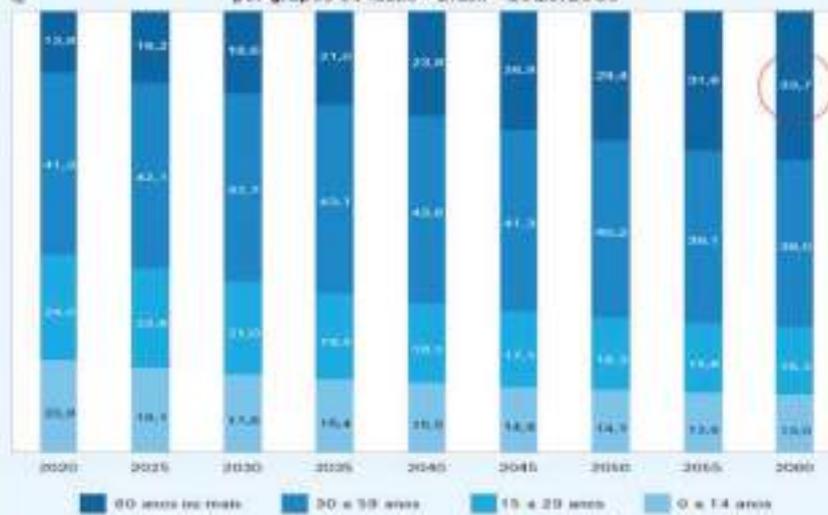
Só que a realidade já não é mais essa. No Censo de 2010 aponta para um envelhecimento:





IBGE

Gráfico 1.2 - Distribuição percentual da população projetada, por grupos de idade - Brasil - 2020/2060



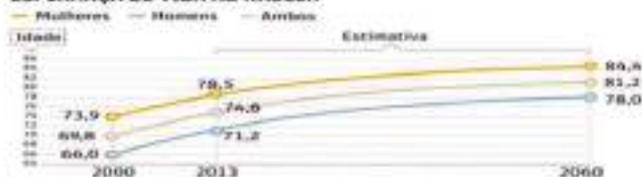
A participação relativa do grupo de 60 anos ou mais passará de 13,8%, em 2020, para 33,7%, em 2060.

Fonte: IBGE, Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 2000/2060, Revisão 2013 e Projeção de População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000/2060, Revisão 2013.

BRASIL

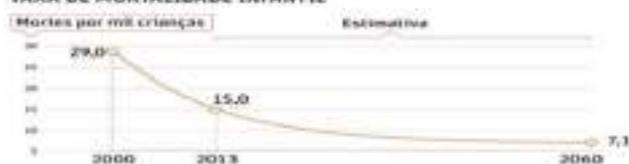
ISSO PORQUE:

ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER



Segundo o IBGE, a expectativa de vida ao nascer deve ter um ganho de 6,6 anos para os homens e 5,9 anos para as mulheres até 2060.

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL



O Instituto estima que o número de crianças menores de um ano que morrem a cada mil crianças nascidas vivas cairá em 7,9 até 2060.

TAXA DE FECUNDIDADE



O índice do número médio de filhos que uma mulher entre 15 e 49 anos de idade terá será reduzido em 0,3, de acordo com o IBGE.

Fonte: Projeção da População por Sexo e Idade de 2000 a 2060, revisão de 2013 - IBGE



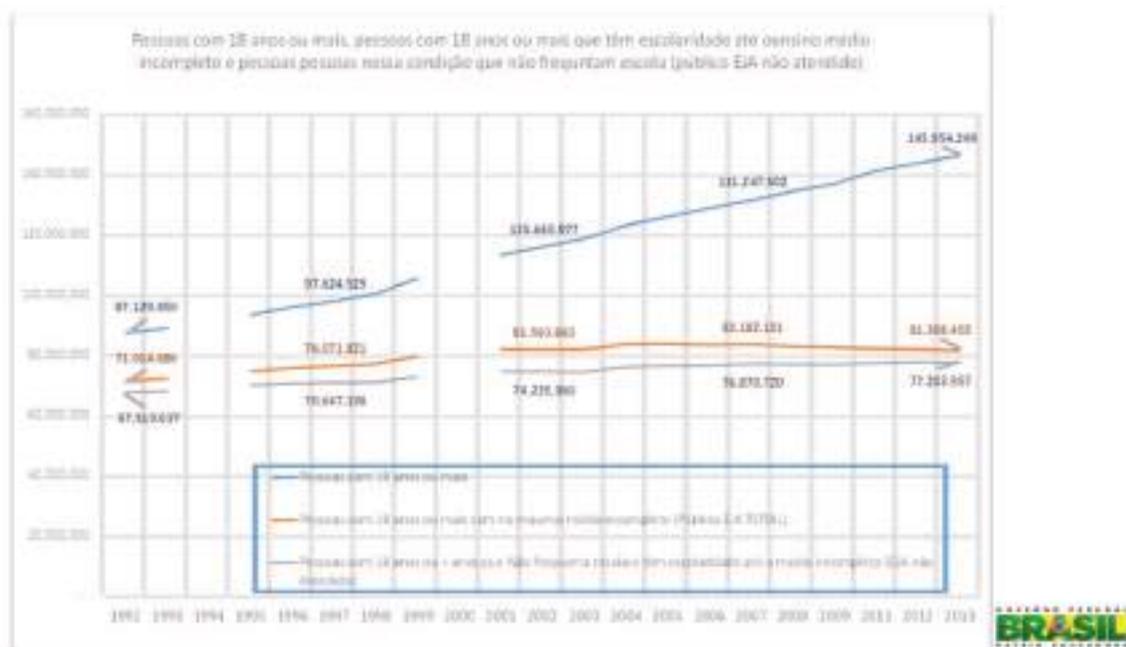
Conclusão:

A população envelhecendo e com expectativa de vida mais elevada.

Importância relativa para políticas para os adultos e idosos.

Mantidas as atuais condições, mesmo atendendo a quase a integralidade de crianças e adolescentes, o País chegará em 2060 com um contingente significativo da população com baixa escolaridade.



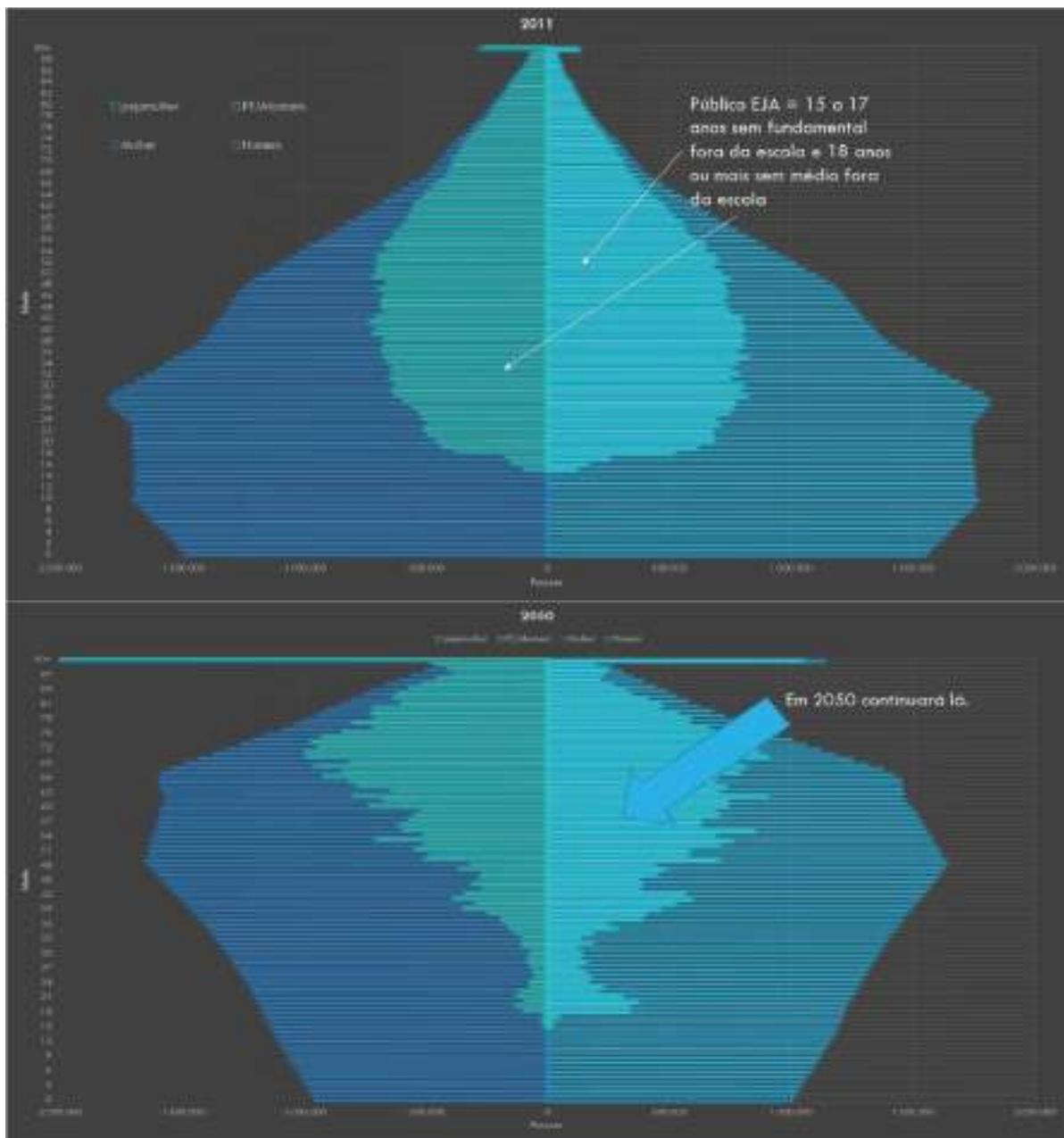


População com 18 anos de idade no Brasil de 2007 a 2013 - total, que concluiu o ensino médio e que não concluiu e não frequenta a escola

ano	População com 18 anos de idade segundo conclusão do ensino médio					
	Total	com médio ou mais	% que concluiu o ensino médio	% que não concluiu médio ou sem declaração	não completou o ensino médio e não frequenta	% não completou o ensino médio e não frequenta escola
2007	3.518.674	1.083.307	30,78%	69,12%	1.001.556	28,46%
2008	3.362.847	1.041.368	30,96%	69,04%	944.634	28,09%
2009	3.328.871	1.069.225	32,12%	67,88%	922.525	27,71%
2011	3.356.609	1.156.384	34,45%	65,55%	913.540	27,22%
2012	3.439.891	1.196.344	34,77%	65,23%	903.046	26,25%
2013	3.606.944	1.318.256	36,55%	63,45%	927.656	25,72%

Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD.





EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

É fundamental se ter uma linha mestra, um conceito estratégico, um eixo principal, uma ideia-força.

A célula inicial que funda um organismo constitui sua estrutura inicial dinâmica, aquela que irá mudando como resultado de seus próprios processos internos, num curso modulado por suas interações num meio, segundo uma dinâmica histórica na qual a única coisa que os agentes externos fazem é desencadear mudanças estruturais determinadas nessa estrutura. O resultado de tal processo é um devir de mudanças estruturais contingente com a sequência de interações do organismo, que dura desde seu início até sua morte como num processo histórico, porque o presente do organismo surge em cada instante como uma transformação do presente do organismo nesse instante. *O futuro de um organismo nunca está determinado em sua origem. É com base nessa compreensão que devemos considerar a educação e o educar.*"

Humberto Maturana



EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

Contemporaneidade

- Globalização da tecnologia de informação
- Migração da força de trabalho
- Globalização de empresas
- Conectividade massiva
- Internacionalização da produção, distribuição e consumo
- O desafio da **sustentabilidade**
- Internacionalização do conhecimento
- Conflitos culturais
- Processo econômicos não são acompanhados de avanços socioculturais
- Processo econômicos não são acompanhados de avanços socioculturais

Globalização/Mundialização/Globalitarismo



EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

Há um consenso de que os processos de desenvolvimento se associam cada vez mais a fatores relacionados à educação

- a ampliação da capacidade de criar e trabalhar com o conhecimento, com ênfase em tecnologia e inovação que contribuam com a agregação de valor aos produtos gerados nos processos socioeconômicos;
- o comprometimento da sociedade com a ampla formação de cidadãos capazes de aprender continuamente ao longo da vida;
- formar e consolidar redes de confiança compartilhada entre as instituições e as pessoas nas diferentes regiões.

Nacif, P.G.S. Os Estados e a universidade pública. Folha de São Paulo, 5 de abril de 2010, p. 3.



EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

Caminhamos para um novo patamar do processo de aprendizagem associado a grandes mudanças socioeconômicas.



EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

"*instrumentalização*" X "*emancipação*"

- ambas os lados defendem uma pedagogia da autonomia
- ambos os lados falam em Aprendizagem ao longo da vida
- Paulo Freire ganha relevo



EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

"...nesta formação é indispensável que o docente possibilite ao aluno um objetivo a ser traçado em sua busca ao conhecimento. Dessa maneira, os alunos vão ter qualidades críticas e serão capazes de criar. Da mesma forma, cabe a ele estimular os seus alunos a verificarem os conteúdos de suas próprias descobertas, assim, os formará autônomos de seus conhecimentos e disciplinados metodologicamente.



EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

"A leitura do mundo precede sempre a leitura da palavra e a leitura desta implica a continuidade da leitura daquele. [...] este movimento do mundo à palavra e da palavra ao mundo está sempre presente. Movimento em que a palavra dita flui do mundo mesmo através da leitura que dele fazemos. De alguma maneira, porém, podemos ir mais longe e dizer que a leitura da palavra não é apenas precedida pela leitura do mundo, mas por certa forma de "escrevê-lo" ou de "reescrevê-lo", quer dizer, de transformá-lo através de nossa prática consciente."



EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

*...foi aprendendo socialmente que, historicamente, mulheres e homens descobriram que era possível ensinar. Foi assim, socialmente aprendendo, que ao longo dos tempos mulheres e homens perceberam que era possível - depois, preciso - trabalhar maneiras, caminhos, métodos de ensinar. Aprender precedeu ensinar ou, em outras palavras, ensinar se diluía na experiência realmente fundante de aprender.



EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (9.394/1996) define, no artigo primeiro:

“A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais”.



EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

Os europeus usaram Antropofagia
Oswaldiana...

A base do Programa Europeu de ELV é baseado em Paulo Freire



EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

O Memorandum sobre a Educação e a Formação ao Longo da Vida, ratificado em março de 2000, em Lisboa, pela Comissão Europeia, define:

"A aprendizagem ao longo da vida (*lifelong learning*) não é apenas mais um dos aspectos da educação e da aprendizagem; ela deve se tornar o princípio diretor que garante a todos o acesso às ofertas de educação e de formação, em uma grande variedade dos contextos de aprendizagem".



EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

Segundo o Memorandum o trabalho conjunto no sentido da concretização de uma estratégia de aprendizagem ao longo da vida afigura-se o melhor caminho para:

"incentivar e dotar as pessoas de meios para participar mais ativamente em todas as esferas da vida pública moderna, em especial na vida social e política a todos os níveis da comunidade e também no plano europeu."



EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

Os quatro pilares da Educação são conceitos de fundamento da educação baseados no Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI, coordenada por Jacques Delors

aprender a conhecer
aprender a fazer
aprender a viver juntos
aprender a ser



EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

Programa Europeu de Aprendizagem ao Longo da Vida estabelece princípios e possui estratégias e ações



EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

Como estruturar um Programa Brasileiro de Educação ao Longo da Vida?

1 – Ele deve abranger todos os tipos de educação

Educação formal

Educação não formal

Educação informal

Cada vez mais a formação dos indivíduos deverá ultrapassar os limites dos sistemas formais de ensino.

2 – Limites e potência da SECADI

3 – A importância da EJA: desafios de curto, médio e longo prazo



EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

Educação formal

Níveis

Educação Básica

Educação Superior

Modalidades

Educação Indígena

Educação Especial

Educação de Jovens e Adultos

Educação do Campo

Educação a distância

Educação profissional



EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

Educação não formal

É um mundo desconhecido pelo MEC, deve ter um impacto muito importante na formação dos excluídos. Precisamos melhorar os conceitos e de um observatório sobre isso (estatística).

A formação dos indivíduos cada vez mais ultrapassará os limites dos sistemas formais de ensino



EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

Educação não formal

Em 2003, o Comité de Ministros do Conselho da Europa recomenda aos Estados pertencentes à Convenção Cultural Europeia:

a reafirmar que a educação/aprendizagem não-formal constitui hoje em dia uma dimensão fundamental do processo de aprendizagem ao longo da vida e, por isso, trabalhar para o desenvolvimento de padrões de reconhecimento efectivo da educação/aprendizagem não-formal como parte essencial da educação em geral e da formação vocacional em particular...



EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

Educação informal

- Mudar o currículo oculto



EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

Para contribuir com a introdução do ideário da ELV na educação brasileira, sugere-se:

Proporcionar um debate nacional sobre a criação de uma estratégia global de aprendizagem ao longo da vida aos níveis individual e institucional, em todas as esferas da vida pública e privada;

Estimular o desenvolvimento de métodos de ensino e aprendizagem eficazes para uma oferta contínua de aprendizagem ao longo e em todos os domínios da vida;



EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

Para contribuir com a introdução do ideário da ELV na educação brasileira, sugere-se:

Associar diversos princípios já definidos em projetos de ELV no mundo com a experiência da Educação Popular latino-americana;

Criar mecanismo de acesso universal e contínuo à aprendizagem, com vista à aquisição e renovação das competências necessárias à participação sustentada na sociedade do conhecimento;



EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

Criar os mecanismos que assegurem a construção de uma sociedade inclusiva que coloque ao dispor de todos os cidadãos oportunidades iguais de acesso à aprendizagem ao longo da vida, e na qual a oferta de educação e formação responda, primordialmente, às necessidades e exigências dos indivíduos;

Ajustar as formas como são ministradas as ações educativas e de formação de modo a que as pessoas possam participar na aprendizagem ao longo das suas vidas e possam, elas próprias, planejar modos de conjugar aprendizagem, trabalho e família;



EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

Promover a cidadania ativa, criando condições, para que todos tenham cada vez mais condições de participar de todas as esferas da vida cultural, social e econômica;

Proporcionar oportunidades de aprendizagem ao longo da vida tão próximas quanto possível dos estudantes (aprendentes), nas suas próprias comunidades, tanto presencialmente como à distância;

Buscar mecanismos que expressem e publicizem uma visão de totalidade da educação brasileira nas suas dimensões formal, não formal e informal.



EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

Ações

- Fortalecimento da Universidade Aberta do Brasil
- Associação das iniciativas de educação continuada como uma dimensão de ELV
- Fortalecimento da EJA: aproximação radical com o PRONATEC
- Fortalecimento dos princípios dos Bacharelados Interdisciplinares no Sistema de Educação Superior (Público e Privado)
- Fortalecimento da iniciativa dos colégios universitários conforme desenhado pela Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)



EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

- Fortalecimento de Programas de Universidade/Escolas da Terceira Idade na perspectiva da ELV
- Maior flexibilização para que alunos não regulares possam frequentar cursos nas universidades
- Criação de um programa de acompanhamento e apoio a egressos das instituições federais de ensino superior
- Introdução da temática ELV no Sistema Nacional de Educação
- Criação do Agente Comunitário de Educação



EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

- Inventário e apoio a iniciativas análogas à ELV já existentes no Brasil
- Programa de Municipalização da Ciência, Tecnologia e Inovação
- Programa de Mobilidade da força de trabalho brasileira para treinamento
- Fortalecimento do Programa de Cidades de Aprendizagem (UNESCO)
- Criação das comunidades de aprendizagem (escolas, bairros, as empresas, as associações, as igrejas, os sindicatos): Centros comunitários de aprendizagem de pessoas jovens, adultos e idosos.
- Criação do Conselho Nacional de ELV



EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

- Criação do Selo ELV (para empresas e instituições públicas e privadas que se associem ao Programa)
- Congregação das iniciativas governamentais na área de formação
- Isenção as empresas que estabeleçam programas de ELV
- Criação de um sistema de reconhecimento de entidades de ELV
- Criação de Sistema de Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências – CERTIFIC



EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

- Incentivo ao fortalecimento de universidades corporativas
- Associação de base com a economia solidária
- Criação de uma Rede de Ensino, Pesquisa e Extensão de Educação ao Longo da Vida nas IFES
- Criação de um Portal de ELV
- Criação de um Programa de Escolas-Livres
- Fortalecimento dos Pontos de Cultura
- Fortalecimento dos programas de leitura: necessidade de reforçar a discussão da leitura como ponte natural entre a educação e a cultura. A ELV sem a leitura não vai progredir



EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

- Criação de uma Rede de Ensino, Pesquisa e Extensão de Educação ao Longo da Vida nas IFES
- Criação do Instituto Brasileiro de Educação ao Longo da Vida



Apresentação - Marília Celina Felício Fragoso
(Oficina: Educação e Envelhecimento - Direitos da Pessoa Idosa)

**As Deliberações das
Conferências Nacionais
dos Direitos da Pessoa
Idosa de 2006 - 2011 no
Campo da Educação**

Marília Celina Felício Fragoso

Conferências Municipais, Regionais, Estaduais, Distrito Federal e Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa

Participação de representantes da Sociedade Civil e do Estado

I - Construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa - Renadi - Maio 2006

II - Avaliação da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa: Avanços e Desafios - março 2009

III - O compromisso de todos por um envelhecimento digno no Brasil - novembro 2011

IV - Protagonismo e Empoderamento da Pessoa Idosa - Por um Brasil de Todas as Idades

Inserção da Temática do Envelhecimento nos conteúdos curriculares: O que se pretende evidenciar nas Conferências:

- deliberações referentes à temática do envelhecimento;
- uma visão positiva dos avanços conquistados ou;
- uma visão crítica dos retrocessos, pela sua não efetivação.

1ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa - 2006

• EIXO 1 - AÇÕES PARA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA:

- Incluir nas Diretrizes Curriculares Nacionais, expedidas pelo MEC, a obrigatoriedade de inclusão de conteúdo sobre o processo de envelhecimento nos currículos básicos de todos os níveis de ensino.

EIXO 7 - EDUCAÇÃO, CULTURA, ESPORTE E LAZER:

- Inserir o envelhecimento como tema transversal em todos os níveis do ensino formal e incluir, mediante convênios entre Estados, Municípios e Universidades, conteúdos e disciplinas de gerontologia e geriatria, de modo a eliminar preconceitos e produzir conhecimento sobre o assunto nos cursos regulares de graduação em todas as áreas do conhecimento; na educação contínua de profissionais da rede assistencial de saúde; na capacitação de profissionais de nível médio e de cuidadores de idosos
- Exigir que as três esferas de governo elaborem e confeccionem cartilhas e folders sobre os direitos da pessoa idosa e sobre temas voltados para qualidade de vida do idoso, com ampla distribuição em parceria com órgãos públicos, privados e com o terceiro setor.
- Estabelecer a obrigatoriedade de criação e manutenção na rede de televisão e rádio, de programas dirigidos especificamente à população idosa.

Na conferência de 2008, no EIXO 6 - EDUCAÇÃO, CULTURA, ESPORTE E LAZER:

- Inserir conteúdos voltados ao processo de envelhecimento em todos os níveis e modalidades do ensino formal, em cumprimento ao Art. 22 do Estatuto do Idoso, com respectivas regulamentações do Conselho Nacional de Educação e dos Conselhos Estaduais de Educação.
- Assegurar recursos financeiros para projetos de resgate da memória histórica e garantir a criação de programas de arte em suas diferentes linguagens, como instrumento de transmissão e preservação da identidade cultural, priorizando a pessoa idosa como protagonista.

III Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa 2011

- EIXO 1 - ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS DE ESTADO: PACTUAR CAMINHOS INTERSETORIAIS,
 - ELABORAÇÃO, IMPLANTAÇÃO E MONITORAMENTO DO PLANO NACIONAL DO IDOSO
 - Elaborar, implantar e monitorar o Plano Nacional do Idoso, com planejamento e gestão compartilhada entre as diversas políticas públicas, de forma a efetivar programas, projetos e serviços intersetoriais, envolvendo as áreas de saúde, assistência social, habitação, educação, transporte, cultura, dentre outras;
- INCLUSÃO DA PESSOA IDOSA NA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO
 - Ampliação da política pública de educação para a inclusão da pessoa idosa em todas as fases da educação (alfabetização, ensino fundamental, médio e universitário) bem como das universidades da 3ª idade, nas escolas das redes pública e privada, garantindo: a) a educação formal, podendo ser pelo PEJA, para pessoas a partir de 60 anos, nos três turnos, b) orientação no sistema Braille e na Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS); c) em espaços adequados; d) com transporte gratuito; e) com a inserção de conteúdos sobre envelhecimento como temas transversais”.

- Preocupação com a temática da educação é recorrente no âmbito nacional e no âmbito estadual, a exemplo, da Conferência Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa de SC 2011, na qual uma das principais propostas aprovadas como prioritárias de interesse coletivo para os Catarinenses é:
- “Garantir recursos e a inclusão nos currículos escolares dos ensinos: fundamental, médio e superior, conteúdos de cidadania e direitos humanos com foco na pessoa idosa, implantar e manter as UNATIS (Universidades Abertas à Terceira Idade), conforme previsto no Estatuto do Idoso e garantir a inclusão do tema do envelhecimento humano no Plano Nacional de Educação (PNE)”.
- Registra-se, ainda, que o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), no seu Art. 22, obriga a inclusão da temática do idoso nos “diversos níveis de ensino formal”, o que pode ser efetivado mediante opções didático-pedagógicas com tratamento flexível, interdisciplinar e/ou transversal, em conformidade com as propostas pedagógicas das escolas.

A Associação Nacional de Gerontologia do Brasil, também tem essa preocupação. Desde a sua fundação se preocupa com a educação da terceira idade, a formação dos profissionais para trabalhar com e a favor de pessoas idosas e com a educação da população em geral sobre as questões referentes ao envelhecimento.

Destaque (2015) em palestra realizada em comemoração aos 30 anos de ANG Brasil, em Florianópolis, algumas ações a esse respeito que a ANG Brasil e ANG Estaduais vêm realizando:

- Promovem Capacitação de Recursos Humanos nas áreas da Gerontologia e de Políticas de Direitos da Pessoa Idosa, nos níveis nacional e internacional: Congresso Nacional de Gerontologia, Seminários, Encontros de Gerontologia, Cursos de Cuidadores e Seminário sobre Envelhecimento e Institucionalização, Mostras Científicas, Palestras, Reuniões, Debates Culturais;
- Participam de Debate com Candidatos ao Governo Estadual de SC, propondo: Que o Idoso seja não só intenção, mas um objetivo de atendimento integral, global.
- Propõem temática do Envelhecimento como matéria de ensino em todos os níveis do sistema educativo, desde a educação infantil até a pós-graduação;
- Incentivam eventos relativos à Relações intergeracionais, prevenindo as barreiras nos grupos etários e na sociedade.

Ao concluir, importante afirmar que implementar ações no campo gerontológico é um desafio para todos nós;

- contribuem para um envelhecimento saudável da população brasileira
- ampliam e estimulam o mercado de trabalho aos profissionais
- inserem a Pessoa Idosa no processo social e como agente de seus próprios direitos

Obrigada!

Marília Celina Felício Fragoso

E-mail: mariliafelicio@yahoo.com.br

Telefone: (48) 9972-0609

**Anexo VI - Textos que deram subsídio para a apresentação da
Palestra Magna e Oficina: Educação e Envelhecimento - Direitos da
Pessoa Idosa**

A urgente e imperiosa modificação no cuidado à saúde da pessoa idosa

The urgent and imperative change in the health care of the elderly



Na condição de diretor da UnATI/UERJ e editor da RBGG, no primeiro número de cada ano costumo escrever o editorial da revista, que expressa, mais do que uma opinião, a tendência que depreendemos que irá se consolidar na organização dos modelos assistenciais para o idoso. Na maioria das vezes, recebo comentários elogiosos, mas quase sempre vem um comentário secundário – “o que você escreve é tão óbvio que talvez por isso seja tão difícil efetivar essas ideias”. Tendo a concordar com esta apreciação, e por entender que as mudanças, a cada ano que passa, são cada vez mais necessárias, estou novamente apresentando uma reflexão para o público acadêmico e formador de opinião que acompanha a *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, pois ainda precisamos de mais uma dose do remédio, que, espero, leve à cura do nosso modelo assistencial.

Sabemos que quanto mais o profissional de saúde conhece o histórico do seu paciente, melhores serão os resultados. Um jeito diferente e inovador de cuidar da saúde e proporcionar qualidade de vida aos usuários, seja no Sistema Único de Saúde ou no setor privado, envolve a utilização de pessoal qualificado e bem preparado. É assim que devem funcionar os modelos contemporâneos e resolutivos de cuidado – que, aliás, são recomendados pelos mais importantes organismos nacionais e internacionais de saúde.

O envelhecimento da população gera novas demandas para os sistemas de saúde. Pessoas mais velhas têm necessidades específicas, advindas das características clínico-funcionais e sócio-familiares peculiares a esse grupo etário. Os problemas de saúde dos idosos – maiores vítimas dos efeitos de sua própria fragilidade – desafiam os modelos tradicionais de cuidado. Os avanços da tecnologia, da ciência e da medicina oferecem àqueles que utilizam as modernas ferramentas para a manutenção da saúde a chance de desfrutar a vida por um tempo maior. Assim, as estratégias de prevenção ao longo de todo o curso da vida se tornam mais importantes para resolver os desafios de hoje e, de forma progressiva, os de amanhã.

As transformações sociais e econômicas das últimas décadas, suas consequentes alterações nos estilos de vida das sociedades contemporâneas – mudança dos hábitos alimentares, aumento do sedentarismo e do estresse – e a crescente expectativa de vida da população colaboraram para a maior incidência das enfermidades crônicas, que hoje constituem um sério problema de saúde pública. Doenças cardiovasculares e respiratórias, câncer e diabetes são as maiores responsáveis pela mortalidade no mundo. No Brasil, nas últimas décadas, as doenças crônicas não transmissíveis tornaram-se as principais causas de óbito e incapacidade prematura. Não é possível atender a esse público de forma satisfatória ignorando que essa parcela da sociedade necessita de uma assistência diferenciada. Por isso é imperativo repensar o modelo atual.

A prestação de serviços de saúde, atualmente, fragmenta a atenção ao idoso, com multiplicação de consultas de especialistas, inúmeros fármacos, exames e outros procedimentos. Sobrecarrega o sistema, provoca forte impacto financeiro em todos os níveis e não gera benefícios significativos para a qualidade de vida.

Quando observamos o orçamento da Saúde, de maneira geral, verificamos que quase a totalidade dos recursos é aplicada nos hospitais e nas aparelhagens para os exames complementares. A sociedade e os profissionais de saúde seguem, em regra, uma lógica “hospitalocêntrica” – entendem apenas de tratar da doença, não de evitar seu surgimento. O hospital é visto como o local privilegiado da cura, o que é um erro conceitual. A instituição hospitalar não pode ser a porta de entrada do sistema.

Sabemos que o idoso tem muitas doenças e, naturalmente, utiliza muito os serviços de saúde. Então devemos oferecer um cuidado em instâncias mais leves, sempre que possível em caráter preventivo, fora do ambiente hospitalar. Envelhecer, ainda que sem doenças crônicas, envolve alguma perda funcional, que é expressa por diminuição de vigor, força, prontidão, velocidade de reação sistêmica e eficiência metabólica.

Nossa proposta é que o modelo de atenção ao idoso tenha como foco a identificação de riscos potenciais. Ao monitorarmos a saúde em vez da doença, direcionamos o investimento dos recursos do sistema de saúde para uma intervenção precoce, o que resulta em chances mais generosas de reabilitação e em redução do impacto na funcionalidade.

Como consequência de uma população mais envelhecida, a promoção e a educação em saúde, a prevenção e o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da independência e da autonomia são ações que precisam ser ampliadas. Afinal, não basta o aumento da longevidade; é essencial que os anos adicionais sejam vividos com qualidade, dignidade e bem-estar.

Renato Veras
Editor

Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham

Strategies for coping with chronic diseases: a model where everyone wins

Renato P. Veras¹

Resumo

As transformações sociais e econômicas das últimas décadas e suas consequentes alterações nos estilos de vida das sociedades contemporâneas – mudanças dos hábitos alimentares, aumento do sedentarismo e do estresse – e a maior expectativa de vida da população colaboraram para o aumento da incidência das doenças crônicas, que hoje constituem um sério problema de saúde pública. Doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias são as maiores responsáveis pela mortalidade no mundo. No Brasil, nas últimas décadas, as doenças crônicas não-transmissíveis tornaram-se as principais causas de óbito e incapacidade prematura. Foco criativo deve ser dirigido ao cuidado dos idosos, que são os que mais sofrem os efeitos de sua própria fragilidade e os que mais demandam serviços de saúde. A Agência Nacional de Saúde Suplementar publicou uma resolução que incentiva a participação de beneficiários de planos de saúde em programas de envelhecimento ativo, com a possibilidade de descontos nas mensalidades. Assim, idosos passam a receber benefícios pecuniários para aderir a programas de saúde preventiva e detecção precoce de doenças. Este artigo de opinião visa a apresentar questões relativas não só à recente iniciativa da ANS, mas particularmente da UnATI/UERJ, que ao longo de 18 anos de existência vem trilhando o tema de novos modelos de cuidado. Este texto expressa o mais novo projeto da instituição, que é desenvolver um modelo de linha de cuidados integrando a promoção e a atenção à saúde do idoso.

Palavras-chave:
Envelhecimento.
Promoção de saúde. Saúde do idoso. Gastos em saúde. Modelos assistenciais. Manutenção da capacidade funcional. Agência Nacional de Saúde Suplementar. UnATI/UERJ.

¹ Universidade Aberta da Terceira Idade-UnATI. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Correspondência / *Correspondence*

Renato P. Veras

UnATI / UERJ

Universidade Aberta da Terceira Idade - Direção

Rua São Francisco Xavier, 524 – 10º andar, Bloco F – Maracanã

20559-900 Rio de Janeiro, RJ, Brasil

E-mail: unativeras@gmail.com

Abstract

The social and economic transformations of recent decades and their consequent changes in the lifestyles of contemporary society – changes in eating habits, increased sedentarianism and stress – and longest life expectancy of the population contributed to the increased incidence of chronic diseases, which today are a serious health problem. Cardiovascular diseases, cancer, diabetes and respiratory diseases are the major cause of mortality worldwide. In Brazil, in recent decades, chronic non-communicable diseases have become major causes of premature death and disability. Creative focus should be directed to the care of the elderly, who are the ones who suffer the effects of their own weakness and demand more health services. The National Agency of Supplementary Health published a resolution that encourages the participation of beneficiaries in health insurance programs for active aging, with the possibility of discounts on fees. Thus, the elderly now receive cash benefits to comply with preventive health programs and early detection of diseases. This opinion paper aims to present issues relating not only to the recent initiative of the Agency, but rather to UERJ's Open University for Studies on the Elderly, which for 18 years has been approaching the theme of new health care models. This text expresses the institution's latest project, which is to develop a health care model integrating promotion and attention for the elderly's health.

Key words: Aging. Health expenditures. Health promotions. Health of the Elderly. Health care models. Maintenance of functional capacity; The National Agency of Supplementary Health, UnATI/UERJ.

A principal causa de mortalidade e morbidade no Brasil são as doenças crônicas, que normalmente têm desenvolvimento lento, duram períodos extensos e apresentam efeitos de longo prazo, difíceis de se prever. À semelhança dos demais países ricos, as pesquisas sugerem que as condições complexas, como diabetes e depressão, irão impor uma carga ainda maior no futuro¹.

Alguns anos atrás, as doenças crônicas eram consideradas um problema de países ricos e de população idosa. Hoje sabemos que dentro de países de alta renda, os pobres, assim como os jovens e as pessoas de meia-idade, são afetados por condições crônicas. As implicações econômicas dessas doenças também são graves: elas têm impacto negativo nos salários, lucros, participação da força de trabalho e produtividade, bem como aumentam a aposentadoria precoce, causando alta rotatividade do emprego e incapacidade. Como a despesa com cuidados com as doenças crônicas sobe em todo o mundo, elas ocupam proporções cada vez maiores nos orçamentos públicos e privados.

As doenças crônicas incluem tradicionalmente as doenças cardiovasculares, diabetes e asma ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

Como as taxas de sobrevivência e durações têm melhorado, esse tipo de doença agora também passou a incluir muitas variedades de câncer, HIV / Aids, distúrbios psiconeurológicos (como depressão, esquizofrenia e demência) e deficiência, tais como deficiência visual e artroses. A maioria delas não tem cura, mas várias podem ser prevenidas ou controladas por meio da detecção precoce, adoção de dieta e hábitos saudáveis, prática de exercícios e acesso a tratamento adequado.

Muitas condições crônicas estão ligadas a uma sociedade em envelhecimento, mas também às escolhas de estilo de vida, como o tabagismo, consumo de álcool, comportamento sexual, dieta inadequada e inatividade física, além da predisposição genética. O que elas têm em comum é o fato de precisarem de uma resposta complexa e de longo prazo, coordenada por profissionais de saúde de formações diversas, com acesso aos medicamentos e equipamentos necessários, estendendo-se à assistência social. A maioria dos cuidados de saúde hoje, no entanto, ainda está estruturada em torno de episódios agudos.

Tendo em vista esse cenário, a gestão de doenças crônicas é cada vez mais considerada uma

questão importante por gestores e pesquisadores em todo o mundo, que buscam intervenções e estratégias para combater esses agravos. A Organização Mundial da Saúde^{2,3} define o gerenciamento de doenças crônicas como a “gestão contínua de condições durante um período de anos ou décadas”.

É provável que os gastos em saúde aumentem substancialmente. De fato, os cuidados em saúde tendem a emergir como um dos maiores desafios fiscais nas próximas décadas no Brasil.⁴ Existem duas forças por trás da projeção de aumento desses gastos: a proporção crescente de idosos na população e a intensidade do uso dos serviços de saúde pelos idosos.⁵

Espera-se que três fatores também aumentem o número de idosos que necessitam de cuidados de longo prazo. Primeiro, o forte crescimento do número de pessoas muito idosas, nos próximos 30 anos, resultará em um maior número absoluto de idosos fragilizados, mesmo considerando a redução da proporção da severidade de doenças entre os idosos, devido a avanços na prevenção de doenças e melhores práticas assistenciais. Segundo, a mudança de *status* das mulheres e dos valores sociais e familiares continuará afetando a disponibilidade de apoio familiar para esses idosos. Projeções para o Brasil estimam que o número de pessoas sendo cuidadas por não-familiares (cuidadores formais) irá duplicar até 2020 e será cinco vezes maior em 2040, em comparação com 2008.⁶ Em terceiro lugar, alguns fatores de risco que alcançavam majoritariamente o homem, sobretudo o consumo do álcool e tabaco, e do estresse no trabalho, passarão também a atingir as mulheres, quando comparados aos números atuais. Uma consequência será a redução da diferença da expectativa de vida, que atualmente no Brasil é oito anos maior para as mulheres.

A organização do sistema de saúde no Brasil precisa ser ajustada para os diferentes perfis demográficos e epidemiológicos decorrentes do aumento da população idosa. A magnitude do aumento dos gastos em saúde com a população idosa dependerá, sobretudo, de esses anos a mais serem saudáveis ou de enfermidades e

dependência. A prevenção, a manutenção da saúde, independência e autonomia e o retardamento de doenças e fragilidades em uma população mais velha serão os maiores desafios relacionados à saúde decorrentes do envelhecimento da população. Assim, qualquer política social e de saúde destinada aos idosos deve levar em conta a promoção da saúde e a manutenção da capacidade funcional.

Por um lado, os idosos apresentam maior carga de doenças e incapacidades e usam mais os serviços de saúde; por outro, os modelos vigentes de atenção à saúde do idoso se mostram ineficientes e de alto custo, reclamando estruturas criativas e inovadoras. É por este motivo que, do ponto de vista da saúde pública, a capacidade funcional surge como o conceito de saúde mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar uma política contemporânea de atenção à saúde do idoso. Essa política deve, assim, ter como objetivo maior a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível.

Há no Brasil um fato novo, em consonância com esta perspectiva de preservar a saúde e propiciar mais anos de vida saudável: a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)⁷ publicou em agosto de 2011, no *Diário Oficial da União*, a Resolução Normativa nº 265, que incentiva a participação de usuários de planos de saúde em programas de envelhecimento ativo, com a possibilidade de descontos nas mensalidades.^{8,9}

Propor que as operadoras de planos de saúde ofereçam benefícios pecuniários aos clientes que participarem de programas de prevenção de doenças e detecção precoce de enfermidades é uma iniciativa bastante oportuna. A proposta da ANS vale para todas as faixas etárias, mas tem impacto particularmente importante para a população da terceira idade, ao estimular ações de envelhecimento ativo. Atualmente, a lógica do sistema de saúde é pautada pelo ciclo de tratamento das doenças, não da prevenção. Inverter esse modelo é imperativo para assegurar mais qualidade de vida aos idosos e bem-estar à população como um todo.

Se considerarmos os dados demográficos brasileiros, iremos verificar que o país envelhece progressivamente e de forma acelerada. Todo ano, 700 mil novos idosos são incorporados a esse segmento da pirâmide etária – a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Em menos de quatro décadas, passamos de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típicas da terceira idade, caracterizado por doenças que perduram anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos. O aumento da expectativa de vida é um fator positivo, mas precisamos ponderar que a longevidade só será de fato uma conquista se agregarmos qualidade aos anos adicionais de vida.

O maior problema da maioria dos modelos assistenciais vigentes talvez seja o foco exclusivo na doença. Mesmo quando oferecem um programa diferenciado, as propostas são voltadas prioritariamente para a redução dos custos de doenças específicas, esquecendo que muitos pacientes possuem múltiplas patologias crônicas. Dados de um estudo americano¹⁰ mostram inclusive o fracasso de tais programas, pois são realizados numa lógica hospitalocêntrica.

Programas de gerenciamento de doenças para idosos têm uma relação custo-benefício baixa, pois os idosos possuem mais de uma doença crônica, e tratar adequadamente uma doença faz apenas reduzir os índices de morbidade de tal patologia. Como são pacientes que frequentemente possuem múltiplas doenças crônicas e utilizam cuidados de diferentes especialidades médicas, fica evidente que focar apenas uma doença não é a medida mais adequada. A melhor opção é estruturar modelos que funcionem de modo integrado e consigam dar conta de toda a gama de cuidados. Se não for assim, o problema nunca será resolvido, pois as demais doenças e sua fragilidade serão mantidas; além disso, os recursos são utilizados inadequadamente.

Os idosos apresentam maior carga de doenças e incapacidades, e por esse motivo utilizam com mais frequência os serviços de saúde, mas mesmo

assim os modelos de cuidado são estruturados à semelhança do adulto jovem. Deste modo, os modelos vigentes de atenção à saúde do idoso se mostram ineficientes e de alto custo.¹¹

As conquistas da ciência e da medicina e o vasto conhecimento acumulado deveriam estimular modelos de maior resolutividade e custo mais adequado. No sistema brasileiro, o peso médico-assistencial ainda é preponderante. Planos de saúde operam numa espécie de mutualismo, em que os menos saudáveis consomem mais serviços e inflacionam valores pagos por quem tem capacidade funcional preservada e está em boa forma. A aplicação do aporte epidemiológico e a ênfase em prevenção fazem com que essa nova abordagem favoreça a redução dos custos assistenciais, em paralelo à ampliação da qualidade de vida, o que implica reorganizar os serviços de saúde.

A relação entre prestadoras e clientes de mais idade sempre foi de grande desconfiança. A política das operadoras é tentar reduzir o peso desse segmento em suas carteiras. Os idosos, por seu lado, reclamam do custo, das dificuldades de atendimento e das glosas a muitos dos exames solicitados – não existe outra relação de comércio em que vendedor e clientes têm posições tão antagônicas. Algumas operadoras talvez argumentem que programas de envelhecimento ativo poderão gerar aumento na utilização do plano de saúde; e podem também afirmar que o aumento da sinistralidade, aliado ao desconto concedido no preço e à obrigatoriedade de sua manutenção por 12 meses, seria fator decisivo para recusar a proposta da ANS.

Em relação ao aumento de sinistralidade, a prevenção e a promoção de saúde, se bem aplicadas e avaliadas, podem trazer resultados financeiros positivos no médio e longo prazos. No início da operação, aumenta-se o uso de procedimentos, mas principalmente aqueles de baixo custo. No longo prazo, porém, haverá diminuição dos procedimentos de alto custo e melhoria da saúde. O mais difícil talvez seja a mudança de cultura.

Também observamos enorme abismo entre prática e discurso sobre modelos hierarquizados

por complexidade que priorizem o cuidado integral para todos os idosos, já que eles têm patologias crônicas e múltiplas. Quando estas surgem (e oito entre dez idosos têm pelo menos uma doença crônica), muito pouco pode ser feito.¹² Doenças crônicas não regridem, resta apenas conviver com elas. Dessa forma, a ação mais adequada é evitar ou retardar seu aparecimento e desacelerar sua progressão, prolongando o período de vida ativa.

Não é mais cabível manter a lógica da doença. As empresas terão de se adaptar. Com a nova proposta, a ANS faz mais uma tentativa de induzir a lógica preventiva no setor de saúde suplementar. Desta vez, no entanto, a agência lança mecanismos de indução também para os consumidores, cuja adesão é fundamental para o sucesso das ações de prevenção.

As questões apresentadas neste artigo de opinião fazem parte não só da recente resolução da ANS, mas particularmente da UnATI/UERJ, que ao longo dos seus 18 anos de existência vem trilhando o tema de novos modelos de cuidado.¹² Este texto expressa o mais novo projeto da instituição, que é desenvolver um modelo de linha de cuidados integrando a promoção e a atenção à saúde do idoso.

Pode-se considerar este modelo como uma proposta de aprofundamento de práticas preventivas, balizado pelo afã de detectar precocemente os agravos de saúde em qualquer condição funcional. Sua lógica é estruturada em níveis hierárquicos, nos quais instâncias de cuidado são oferecidas ao idoso de acordo com seu grau de necessidade. Portanto, deve haver o monitoramento constante para se oferecer o

cuidado mais adequado com implicação positiva, tanto do ponto de vista clínico como financeiro. A compreensão de que se deve investir no idoso saudável, mesmo aquele com doença crônica e em tratamento* – ou seja, a imensa maioria dos idosos da nossa sociedade –, e ter ações para todos os demais é uma visão contemporânea que os gestores da área deveriam aplicar. A ocorrência de doenças crônicas na população idosa é, sem dúvida, de grande magnitude. Cabe-nos saber, entretanto, o quanto tais patologias os impedem de exercer suas atividades rotineiras de forma independente e autônoma. É a diminuição da capacidade funcional do idoso que o tornará, de alguma forma, dependente de um nível mais complexo de assistência, ou seja, na concepção do modelo que estamos sugerindo, o fará subir para um degrau hierarquicamente mais intenso de cuidados.

Em síntese, um modelo de atenção à saúde do idoso que se pretenda eficiente deve aplicar todos os níveis de cuidado, isto é, possuir um fluxo bem desenhado de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstia, cuidado o mais precocemente possível e reabilitação de agravos. Essa linha de cuidados se inicia na captação, no acolhimento e no monitoramento do idoso e somente se encerra nos momentos finais da vida, na unidade de cuidados paliativos.

Torna-se necessário sempre frisar que, nessa hierarquização da complexidade das fragilidades e agravos, a ênfase é conferida aos níveis básicos, com vistas a ofertar condições de promover um envelhecimento ativo. Na linha de cuidados que estamos desenvolvendo em sete etapas hierarquizadas de cuidados ascendentes, é nos níveis iniciais que se concentram mais de 90% da população idosa.

* O que define a fragilidade não é a presença de uma doença, pois tal fato é esperado, mas sim a falta de cuidado qualificado para impedir a perda de sua capacidade funcional.



Entendemos esse modelo como uma proposta segundo a qual todos devem ser vencedores: o idoso, que amplia seus anos de vida com qualidade; a família, que terá um ente querido ativo e participativo; e as prestadoras de saúde, à semelhança do SUS, que evitarão internações repetidas e de alto custo.

A atualidade deste debate nos faz lembrar um recente artigo do economista norte-americano Paul Krugman¹³, intitulado “Livre para morrer: reflexão sobre a saúde dos americanos”. No texto, Krugman relata que,

durante o recente debate das prévias presidenciais do Partido Republicano nos Estados Unidos, ocorrido em setembro de 2011, Wolf Blitzer, apresentador da emissora de televisão CNN, perguntou ao deputado Ron Paul o que se deveria fazer se um homem de 30 anos, que optou por não comprar um plano de saúde, se visse de repente precisando de seis meses de terapia intensiva. Paul respondeu: “Liberdade envolve isso: assumir seu próprio risco”. Blitzer pressionou de novo, perguntando se “a sociedade deve simplesmente deixá-lo morrer?”. E a plateia explodiu em vivas e gritos de “sim!”.

O incidente acentuou algo muito estranho para nós brasileiros, país em que todos os cidadãos têm sua cobertura de saúde garantida na Constituição, além de existir o setor privado de saúde como opção suplementar. No país mais rico e poderoso do mundo, pessoas que não podem pagar o atendimento médico frequentemente ficam sem ele – e às vezes morrem em consequência disso. Na verdade, um segmento conservador da sociedade americana se dispõe a deixar que as pessoas sem seguro-saúde, mesmo que não seja por sua culpa, morram por falta de atendimento? A resposta, com base na história recente, é um sonoro “sim!”.

Este fato, ocorrido recentemente (em setembro de 2011), nos mostra algumas verdades: primeiro, que muitos consideram saúde como um produto que, com o aumento dos custos, deve ser restrito e não extensivo a todos. Esta visão, mesmo não sendo hegemônica, nos leva a um alerta. Os custos da saúde não param de crescer, mas as fontes de financiamento são finitas. Deste modo, ao pensarmos em ações de promoção e prevenção para uma sociedade que envelhece rapidamente, como é o caso do Brasil, o que está embutido nesta reflexão não é apenas o desejo de se oferecer mais anos de vida saudável à população, mas também um movimento que visa a consolidar a importância de ações eficientes que permitam ao setor Saúde, particularmente o SUS, ter condições de ofertar atendimento a todos.

Até bem pouco tempo atrás, dinheiro era algo que passava longe dos modelos de cuidado na área

da saúde; hoje, não falar de financiamento é colocar em risco todo o sistema – e o que é mais grave, compactuar com mortes de indivíduos, não por estarem doentes, mas pelo simples fato de não possuírem condições de financiar seu cuidado.

As transferências públicas no Brasil têm sido muito eficazes para reduzir a pobreza e a desigualdade, em particular para a maioria da população mais velha. No entanto, isso foi alcançado a um custo elevado. Como desejamos a manutenção e ampliação desta prosperidade, e sabemos que o envelhecimento populacional continuará a pressionar os sistemas sociais, ao defender modelos de saúde que tenham foco na prevenção e no monitoramento ao longo do curso de vida, estamos expressando que sabemos que as definições no momento atual são escolhas críticas, com consequências particularmente cruciais para os grupos vulneráveis e para a perspectiva de crescimento do país.

Esta dimensão ampla é fundamental para realçar de modo categórico que, para se tornar factível e para que haja saúde para todos com qualidade, quer no setor público, quer no privado, é necessário mudar a lógica do modelo do período progresso, quando as doenças eram agudas e a população morria cedo. O Brasil mudou, e os tempos são outros. A transição epidemiológica ocorreu e o atual padrão de doença é majoritariamente de doenças crônicas não-transmissíveis, do mesmo modo que ocorreu a transição demográfica e esta demonstra que o Brasil é um país jovem de cabelos brancos.¹⁴

REFERÊNCIAS

1. Moraes EM, Marino MCA, Santos RR. Principais síndromes geriátricas. *Rev Med Minas Gerais* 2010; 20(1): 54-6.
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). Grupo de Doenças Não-transmissíveis e Saúde Mental. Departamento de Prevenção de Doenças Não-transmissíveis Promoção de Saúde. Envelhecimento ativo: um marco para elaboração de políticas. 2001 [Acesso em 18 jan 2011].Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/destaque/Madri.doc>.
3. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OPAS; 2005.
4. Banco Mundial. Population aging: is Latin America ready? Washington: The World Bank; 2011.
5. National Institute of Aging. National Institutes of Health, US Dept. Why population aging matters: a global perspective. Washington : NIA; 2007.
6. Banco Mundial. Envelhecendo em um Brasil mais velho: implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços. Washington: The World Bank; 2011.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Agência Nacional de Saúde(ANS) . Resolução n° 265, de 19 de Agosto de 2011. Suplementar. Diário Oficial da União 20 ago 2011.[Acesso em 03 out 2011].
8. Veras RP. Uma saída para a crise no setor saúde. *Rev Idec* 2011; 157: 35.
9. Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Rev Ciênc Saúd Colet* 2011. [Acesso em 03 out 2011] Disponível em : http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=8612.
10. Agency for Healthcare Research and Quality. The high concentration of U.S. health care expenditures. Rockville AHRQ.2005; 163(19):2359-67
11. Veras RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúd Pública* 2009; 43(3): 548-54
12. Veras RP, Caldas CP. UnATI-UERJ: 10 anos um modelo de cuidado integral para a população que envelhece. Rio de Janeiro: UnATI; 2004.
13. Krugman P. Free to Die: The New York Times. 2011 [Acesso em 03 jan 2011] Disponível em: http://www.nytimes.com/2011/09/16/opinion/krugman-free-to-die.html?_r=2&hp.
14. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994.

Recebido: 17/10/2011

Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção

I ¹ Renato Peixoto Veras, ² Célia Pereira Caldas, ³ Hesio de Albuquerque Cordeiro I

Resumo: A partir de uma análise crítica sobre os atuais modelos de atenção à saúde para idosos, este artigo de opinião apresenta uma proposta de linha de cuidados para este segmento etário tendo como foco a promoção e prevenção da saúde. A alternativa para evitar a sobrecarga desse sistema é investir em políticas de prevenção de doenças, estabilização das enfermidades crônicas e manutenção da capacidade funcional. O conhecimento científico já identificou corretamente os fatores de risco para a população idosa, mas isso não basta. É prioritário utilizar esse conhecimento para efetuar a necessária transição do modelo assistencial clínico para o modelo com ênfase na prevenção. O modelo precisa configurar-se como um fluxo de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação de agravos. Ou seja, uma linha de cuidado para o idoso que seja um percurso assistencial por dentro de uma rede articulada, referenciada e com um sistema de informação desenhado em sintonia com essa lógica.

► **Palavras-chave:** Envelhecimento humano; Idoso; Prevenção de Doenças; Doença Crônica, Linha de cuidado.

¹ Professor associado, Departamento de Epidemiologia/Instituto de Medicina Social da UERJ. Diretor da Universidade Aberta da Terceira Idade - UnATI/UERJ, Rio de Janeiro, Brasil. Endereço eletrônico: unativeras@gmail.com

² Professora associada, Departamento de Saúde Pública/Faculdade de Enfermagem. Vice-Diretora da Universidade Aberta da Terceira Idade - UnATI/UERJ, Rio de Janeiro, Brasil. Endereço eletrônico: celpcaldas@hotmail.com

³ Professor adjunto, Instituto de Medicina Social; pesquisador senior do Grupo de Pesquisa Envelhecimento e Saúde UnATI/UERJ; coordenador do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, Brasil. Endereço eletrônico: hesioalbuquerque@gmail.com

Recebido em: 17/01/2013.
Aprovado em: 27/08/2013.

Introdução

De acordo com projeções do Banco Mundial (2011), a velocidade do envelhecimento populacional no Brasil será significativamente maior do que ocorreu nas sociedades mais desenvolvidas no século passado. A estimativa é que a população idosa mais do que triplique nas próximas quatro décadas, passando de 20 milhões em 2010 para cerca de 65 milhões em 2050. Dessa forma, os idosos – que em 2000 compunham 10% da população – somarão 49% em 2050, ao passo que a população em idade escolar diminuirá de 50% para 29% no mesmo período. Essas variações na estrutura etária resultarão em maiores pressões sobre os sistemas de saúde brasileiros, que registrarão aumento significativo de demanda, e sobre a previdência social, uma vez que o tempo de concessão do benefício de aposentadoria será naturalmente ampliado.

À medida que a sociedade envelhece, os problemas de saúde dos idosos desafiam os modelos tradicionais de cuidado. Os avanços da tecnologia, da ciência e da medicina oferecem àqueles que utilizam as modernas ferramentas para a manutenção da saúde a chance de desfrutar por mais anos de vida na velhice (VERAS, 2011b). O que nos desperta particular interesse, portanto, são as consequências da ampliação do tempo de vida da população no que diz respeito às políticas sociais, e em especial na área da saúde.

Como consequência de uma população mais envelhecida, a promoção e a educação em saúde, a prevenção e o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da independência e da autonomia são ações que precisam ser ampliadas. Afinal, não basta simplesmente viver mais; é essencial que os anos adicionais sejam desfrutados com qualidade, dignidade e bem-estar. Assim, as estratégias de prevenção ao longo de todo o curso da vida se tornam mais importantes para resolver os desafios de hoje e, de forma crescente, os de amanhã (VERAS, 2009).

Esse modelo teórico tem uma lógica pragmática, implicada na viabilidade de implantação e baseada em resultados mensuráveis. Tal lógica é aplicável a qualquer rede de atenção ao idoso, seja pública ou privada. No entanto, devido ao tamanho e complexidade do SUS e às imensas diferenças político-estruturais entre os municípios que o compõem, esse modelo termina por se voltar para o setor privado, uma vez que para implantá-lo é necessário dispor de uma agilidade que o setor público não possui.

O modelo proposto neste artigo de opinião se baseia na identificação precoce dos riscos de fragilização dos usuários. Ou seja, busca-se intervir antes do agravo ocorrer, ou, pelo menos, o mais próximo possível, considerando-se que é viável fazer esse tipo de intervenção em uma população cujo maior fator de risco é a própria idade (VERAS, 2011c).

O modelo conceitual desta análise

A partir de uma análise crítica sobre os atuais modelos de atenção à saúde para idosos, este texto apresenta uma proposta de linha de cuidados ao idoso que tem como foco a promoção e prevenção da saúde. A análise busca os aspectos favoráveis e os aspectos críticos para a promoção da saúde, e para a prevenção do risco de perda da funcionalidade do idoso, considerando os desafios de se criar modelos contemporâneos e efetivos para este segmento etário.

Baseamo-nos em concepções de quatro instituições, cada uma com características e papéis distintos, representantes de diferentes segmentos da área de saúde, em comum todas propõem uma reorganização dos sistemas de saúde, com foco em melhores resultados assistenciais e um cuidado mais adequado ao idoso, como pode ser observado na descrição, que se segue: a) Organização Mundial da Saúde (OMS), com sua conceitualização do Envelhecimento Ativo; b) Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com a indução e a reorganização dos modelos assistenciais através da ênfase na promoção e prevenção; c) UNATI/ UERJ com o Projeto de Hierarquização da Atenção ao Idoso com Base na complexidade dos Cuidados; e d) Projeto da PruHealth, empresa prestadora de serviços de saúde, no Reino Unido.

Consideramos que este movimento de mudança de paradigma está em processo e esses quatro experimentos são um avanço em relação aos modelos atuais. Assim, nos posicionamos de forma favorável a sua adoção e os adotamos para a base da análise deste artigo.

Envelhecimento ativo

O termo “envelhecimento ativo” foi adotado pela OMS no final dos anos 1990. Procura-se transmitir uma mensagem mais abrangente do que “envelhecimento saudável” ao reconhecer que, além dos cuidados com a saúde, outros fatores afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (KALACHE;

KICKBUSCH, 1997). A abordagem do envelhecimento ativo¹ baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ao estabelecer diretrizes de incentivo à adoção, implementação e qualificação de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças pelas operadoras de planos de saúde, contribuiu para o desenvolvimento dessas ações no setor de saúde suplementar; induziu a reorientação dos modelos assistenciais vigentes; contribuiu para a qualificação da gestão das operadoras, incentivando-as a conhecer o perfil de saúde e doença da sua população de beneficiários; estimulou a adoção de equipe multiprofissional e a integralidade do cuidado; contribuiu para a qualificação da assistência prestada; e apoiou as ações para a melhoria da qualidade de vida dos usuários de planos privados de saúde.

Tais medidas vêm sendo observadas desde março de 2005, através da Resolução Normativa (RN) n. 94, que estabeleceu a prorrogação dos prazos para a integralização da cobertura com ativos garantidores das provisões de risco, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde que desenvolvessem programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

Em 2008, a ANS aprovou novos incentivos para estimular o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, ao contabilizar os valores neles aplicados como investimentos. O entendimento da ANS foi de que os recursos utilizados nesses programas consistem em investimentos, pois podem gerar benefícios futuros às operadoras e a seus beneficiários.

Outro movimento neste sentido foi o reconhecimento do processo de envelhecimento da população brasileira quando a ANS constituiu, em setembro de 2010, um grupo de trabalho voltado para a incorporação do Conceito de Envelhecimento Ativo, como definido pela OMS, em consonância com as políticas empreendidas pelo Ministério da Saúde (MS).

Em 2011 foi aprovada a RN n. 265/2011, que estabeleceu a opção por oferta da bonificação ou premiação para beneficiários que aderissem a programas de promoção do envelhecimento ativo, voltados para todas as faixas etárias,

estratégia testada e utilizada em outros países com a capacidade de aumentar a adesão a esses programas (ANS, 2011).

Em 2012, a ANS propôs o conceito de plano de cuidado do idoso na saúde suplementar, englobando os conceitos de linha de cuidado e projeto terapêutico. Assim, o plano de cuidado engloba a avaliação do beneficiário desde sua entrada no sistema, com a estratificação do seu risco / estado funcional e a definição da melhor linha de cuidado a ser seguida, como o caminho a ser percorrido a partir de então. Esse caminho inclui: procedimentos necessários, hierarquização de rede, programas de promoção da saúde e prevenção dos riscos e doenças adequados e integrados aos cuidados.

Universidade Aberta da Terceira Idade da UERJ

A Universidade Aberta da Terceira Idade da UERJ (UnATI/UERJ) é um centro de estudos, ensino, debates, pesquisas e assistência voltado para questões inerentes ao envelhecimento, e por meio da formação de recursos humanos em geriatria e gerontologia, vem contribuindo para a transformação do pensar da sociedade brasileira sobre os seus idosos.

Uma das importantes pesquisas da instituição, com inúmeros artigos científicos publicados sobre o tema, é o projeto “Hierarquização da Atenção ao Idoso baseado na Complexidade dos Cuidados”, voltado para a qualidade de vida do idoso, buscando orientar os formuladores de políticas de saúde sobre os modelos contemporâneos e resolutivos, com uma relação custo-benefício favorável. O projeto tem como propósito basilar oferecer bom padrão de saúde e qualidade para os idosos e seus familiares, mesmo reconhecendo que nessa fase da vida as enfermidades levam à perda da qualidade, devido à ampliação dos anos de vida, e sua consequente ampliação da fragilidade.

A pesquisa explora todas as fases, estruturadas de modo hierárquico, desde o idoso saudável e ativo até o momento final da vida – em outras palavras, desde seu acolhimento e cadastramento no sistema até os cuidados paliativos na fase terminal. A identificação do risco e a integralidade da atenção nos diferentes pontos da rede são o cerne dessa lógica. Uma vez identificado o risco, a prioridade é a reabilitação precoce, a fim de reduzir o impacto das condições crônicas na funcionalidade. A ideia é monitorar a saúde e não a doença. A intenção é postergar a doença, a fim de que o idoso possa usufruir seu tempo a mais de vida.

PruHealth

Um exemplo emblemático das tentativas que estão sendo colocadas em prática no mercado de saúde pode ser observado no Reino Unido (MATISONN, 2006). Lá, os clientes de uma das maiores seguradoras, a PruHealth, recebem benefícios financeiros para deixarem seus carros parados e caminharem, usando o pedômetro com monitor cardíaco. Também obtêm descontos na compra de frutas e legumes em uma rede de supermercados associada à empresa de saúde e recebem incentivo financeiro para a prática de exercícios físicos em academias. Em síntese: um estilo de vida mais saudável pode levar à redução no valor da apólice de saúde.

A experiência inglesa merece reflexão, pois há uma clara mensagem: os planos de saúde operam numa espécie de mutualismo, em que os menos saudáveis consomem mais serviços médicos e inflacionam os valores pagos por quem está com sua capacidade funcional preservada e em boa forma. Por muitos anos, tivemos dificuldade de aceitar estímulos financeiros para cuidar de nossa saúde. A aplicação do aporte epidemiológico e a ênfase em prevenção fazem com que essa nova abordagem favoreça a redução dos custos assistenciais em paralelo à ampliação da qualidade de vida, ao conferir prioridade à tecnologia do conhecimento e não à tecnologia das máquinas e imagens. Isso implica reorganizar os serviços de saúde.

O seguro saúde da PruHealth, projetado para a promoção da saúde dos associados, se propõe a recompensar financeiramente aqueles que fazem tais ações. Segundo a empresa prestadora, a razão para a criação do programa é simples: as pessoas que se cuidam devem ser recompensadas através de seu plano de seguro saúde. Se os associados fazem exercícios regularmente, comem bem, não bebem e não fumam, é mais provável que usem menos o plano de saúde.

Uma das recomendações para os associados PruHealth é a realização da triagem básica e avaliação de saúde na clínica de diagnóstico. A mesma lógica existe para as avaliações do preparo físico, que podem ser feitas em academias parceiras da PruHealth. Na área da nutrição, também há um programa bastante inovador. Ser saudável, para a empresa, deveria ser sua própria recompensa, mas ela entende que a maioria dos clientes necessita de motivação para começar.

Todos os que participam do programa têm direito a benefícios, e quanto maior for seu desempenho, maiores podem ser os benefícios (PRESTOM, 2009), que incluem descontos em bilhetes de cinema, viagens pelo trem

Eurostar e hospedagem de luxo nos spas, bem como generosas recompensas por ocasião da renovação do plano. A imagem que a empresa deseja passar é a de que o programa beneficia todos os clientes de todas as formas, com mais saúde e a custos mais baixos.

Em suma, podemos dizer que a empresa de saúde PruHealth radicaliza a cartilha do *lifestyle*, ou seja, a proposta da empresa é apostar neste achado da epidemiologia e repassar bonificação para que seus associados sigam de forma disciplinada a cartilha da vida saudável. Sabe-se que a pessoa estressada, que não faz exercício físico, tem hábitos alimentares inadequados, bebe e fuma, apresenta alta prevalência de doenças crônicas, então se deve fazer de tudo para evitá-las (NOSSEL, 2011). Para tal, os associados são bonificados e todos ganham, pois seus clientes estão vivendo mais e melhor, e a saúde financeira da PruHealth vai muito bem.

Em conjunto, essas ideias, proposições e ações das instituições mencionadas são os balizadores que consideramos o padrão que devemos discutir e aplicar.

Modelos de atenção específicos para idosos

O gerenciamento de doenças crônicas (também conhecido pela sigla GDC) é uma modalidade assistencial hegemônica que nasceu nos Estados Unidos e costuma aparecer como solução para todas as dificuldades na saúde (MATTHE et al., 2006).

Apesar da crescente atenção aos detalhes e de uma abordagem cada vez mais sofisticada, o GDC acabou assim rotulado: “enfermeiros anônimos telefonando para centenas de pacientes a quilômetros de distância e oferecendo apenas conselhos superficiais”. Não por acaso, algumas vezes se levantam contra esse método, até mesmo entre os norte-americanos (SIDOROV, 2012; BERNSTEIN et al., 2010).

Embora a ideia de dispor de enfermeiros telefonando para pacientes tenha méritos, sua aceitação declinou nos Estados Unidos devido a três constatações: 1) um relatório do US Congressional Budget Office indicou que, após muitos anos de atividade, pouca evidência científica foi produzida para demonstrar que gerenciamento de doenças poderia reduzir custos dos cuidados de saúde (HOTLTZ-EAKIN, 2004); 2) uma avaliação prospectiva do gerenciamento de doenças oferecido aos beneficiários do Medicare (sistema de seguro-saúde

para idosos gerido pelo governo norte-americano) demonstrou que as ações não estavam conseguindo reduzir despesas (McCALL et al., 2008); e 3) a insatisfação de médicos que se ressentiam da decisão das seguradoras de pagar os custos de gerenciamento de doenças, possivelmente reduzindo seus ganhos e, além disso, interferindo na relação médico-paciente (SHENKEL, 2005; BODENHEIMER, 2000). Pelo menos uma empresa de gerenciamento de doenças foi obrigada a declarar falência, ao passo que outras foram adquiridas, fundidas ou viram seu valor de mercado encolher drasticamente.

Programas de gerenciamento de doenças para idosos são ainda mais complexos e têm relação custo-benefício bastante baixa, pois tratar adequadamente uma doença apenas reduz os índices de morbidade de tal patologia. Como esses pacientes possuem múltiplas doenças crônicas, fica evidente que priorizar apenas uma doença, em detrimento das demais, não é a medida mais adequada. A melhor opção é estruturar modelos que funcionem de modo integrado e consigam dar conta de toda a gama de necessidades.

O maior problema da maioria dos modelos assistenciais vigentes talvez seja o foco exclusivo na doença. Mesmo quando se oferece um programa qualificado e inovador, as propostas são voltadas prioritariamente para a redução de uma determinada moléstia, esquecendo que numa doença crônica já estabelecida o objetivo não deve ser a cura, mas o monitoramento e a estabilização do quadro clínico. Para o adulto jovem com apenas uma doença crônica, estabelecer programas que evitem o recrudescimento dessa enfermidade é a política mais adequada e correta. Nossa crítica se dá quando essa proposta é estendida para todas as faixas etárias, em particular para os idosos, que são pacientes com múltiplas patologias crônicas.

O que defendemos para essa faixa etária são ações integradas. Não o gerenciamento de doença crônica, mas o monitoramento do perfil de saúde do doente. Muitas vezes, o tratamento de alguma manifestação só pode ser conduzido com a redução ou a suspensão de outras ações que já vinham sendo desenvolvidas. Não é possível tratar o idoso da mesma forma como se trata um adulto jovem. É necessário trabalhar com a lógica de uma linha de cuidado integrando a promoção e a atenção à saúde do idoso em todos os níveis. Esta estratégia é um aprofundamento de práticas preventivas, objetivando identificar precocemente agravos e fatores de risco envolvidos na perda da capacidade funcional (CALDAS et al., 2013).

Uma importante característica do contingente idoso é sua heterogeneidade. É razoável supor, por exemplo, que significativas parcelas do contingente idoso gozem de boas condições de saúde, normalmente associadas aos idosos mais jovens – com menos de 80 anos de idade. Com o avanço da idade, por sua vez, costumam surgir crescentes limitações para a execução das atividades do cotidiano, sobretudo em função do agravamento das doenças crônicas mais prevalentes entre idosos, tendendo a apresentar maiores perdas de autonomia e independência.

Dessa forma, é importante para os profissionais de saúde que lidam com pacientes idosos conhecerem e distinguiem o conjunto de alterações fisiológicas do envelhecimento, denominado “senescência”, daquelas do envelhecimento patológico ou senilidade. Com isso, o conceito de capacidade funcional do idoso se torna primordial para o reconhecimento do processo do envelhecimento (LOURENÇO et al., 2012) e pode ser definido como a manutenção plena das habilidades físicas e mentais desenvolvidas ao longo da vida, necessárias e suficientes para uma vida com independência e autonomia (VERAS, 2012). A avaliação do idoso deve contemplar todas as dimensões envolvidas no processo saúde-doença de forma multidimensional, e deve ter por objetivo a definição do diagnóstico funcional global e etiológico (disfunções/doenças) e a elaboração do “plano terapêutico” (MORAES, 2012).

A assistência à saúde dos idosos deve se dar prioritariamente através da atenção primária, de modo a evitar, ou pelo menos postergar, hospitalizações e institucionalizações, que constituem alternativas mais caras de atenção à saúde. De acordo com o Relatório Mundial de Saúde de 2008 (OMS, 2008), é necessário desenvolver sistemas de saúde orientados para os indivíduos, que contemplem a integração e a continuidade dos cuidados e possuam uma porta de entrada no sistema que permita construir uma relação de confiança entre as pessoas e seus prestadores de serviços. Pode-se pensar, dessa forma, em um conjunto de ações assistenciais estruturadas para atender a determinado problema de saúde do indivíduo, com base numa avaliação de risco. Esse risco é composto por aspectos clínicos, sociais, econômicos e ambientais, entre outros.

De acordo com Pessoa, Santos e Torres (2011), um plano terapêutico é o fio condutor para o fluxo da linha do cuidado. Ainda segundo os mesmos autores, esses fluxos devem ser capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência. Segundo Cecílio e Merhy (2003), construir uma linha de cuidados

consiste em entender a produção da saúde de forma sistêmica, com processos extremamente dinâmicos focados nas necessidades dos pacientes. Nesse sentido, o envelhecimento populacional engendra o desafio de mudar a organização do sistema de saúde, quer privado ou suplementar, para que o mesmo possa atender com qualidade e de forma integral.

Investir em prevenção primária e secundária para idosos: um novo paradigma?

No livro *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos* (PORTER; TEISBERG, 2009), os autores defendem que a saúde precede a assistência. Consideram latente a necessidade de medir e minimizar o risco de doenças, oferecer um gerenciamento abrangente das enfermidades e garantir serviços de prevenção para todos os clientes, inclusive os saudáveis. Nesse escopo, afirmam que a saúde deve envolver a preparação para o serviço (que aumenta a eficiência da cadeia de valor), a intervenção, a recuperação, o monitoramento e o gerenciamento da condição clínica, a garantia de acesso, a mensuração de resultados e, por fim, a disseminação da informação.

Em todo o mundo, ainda existem divergências sobre o percentual ideal de investimento em promoção da saúde, em comparação com o volume destinado à assistência. Embora essa conta seja complexa e flexível, existe uma certeza: é necessário investir cada vez mais para evitar que as pessoas adoçam (PORTER, 2009). A prevenção não pode ser encarada como um custo, mas como um investimento de lucro certo, desde que bem conduzida.

Desta forma, o foco de qualquer política contemporânea deve ser a promoção do envelhecimento saudável, com manutenção e melhoria – na medida do possível – da capacidade funcional dos idosos, e a prevenção e/ou estabilização de doenças e recuperação da saúde dos que adoecem, bem como a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida (Veras; Caldas, 2008).

Quando estimulamos a prevenção, retardamos a ocorrência de doenças e colaboramos para que se preserve, no futuro, a capacidade funcional do ser humano. É justamente isto o que vai determinar a qualidade de vida dessa pessoa, não a presença ou ausência de enfermidades, uma vez que a maior parte dos males crônicos que acometem a pessoa idosa tem na própria idade seu principal fator de risco.

Com o rápido e intenso envelhecimento da população brasileira, a capacidade funcional passa a ser, afinal, o novo paradigma e o principal indicador estratégico na área da saúde. O conhecimento acumulado e as novas pesquisas deveriam estimular o setor de saúde a desenhar e/ou ampliar modelos mais contemporâneos, que ofereçam maior resolutividade e custo mais adequado em relação ao que é oferecido nos dias atuais. (VERAS et al., 2011, 2012b).

Envelhecer sem apresentar nenhuma doença crônica é muito mais a exceção do que a regra. Se considerarmos que a parcela de pessoas idosas fragilizadas só tende a crescer, como resultado do aumento da longevidade, é fácil compreender a importância de uma política de saúde com foco na manutenção da capacidade funcional, no investimento em metodologias para detecção precoce de doenças, no monitoramento dos agravos e no sistema do médico pessoal, entre outras medidas, em detrimento do foco em apenas algumas doenças e no abandono das demais, como ocorre com o gerenciamento das doenças crônicas para os idosos (LOURENÇO et al., 2005; VERAS, 2008a).

Prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e suas dificuldades

Por que é tão difícil implementar programas de prevenção, apesar de, no discurso, eles serem aceitos por todos? Ao longo das últimas décadas, verificou-se que as ações preventivas podem ser aplicadas à grande maioria dos problemas de saúde pública que afetam a população – tanto aqueles relativos às doenças transmissíveis como às não transmissíveis. Como exemplo, podemos citar a redução de mortalidade por doenças coronarianas e cerebrovasculares, a redução de incidência e mortalidade por câncer cervical, a diminuição da prevalência de consumo de fumo e da incidência de câncer do pulmão em homens. Assim, uma grande carga produzida por doenças pode ser evitada em termos sociais e econômicos (NICHOLS, 1998). A lógica da prevenção clínica é estabelecer o diagnóstico de uma doença o mais precocemente possível, com ênfase em pessoas que ainda não apresentam sinais ou sintomas da enfermidade. Haveria, conseqüentemente, no médio e longo prazos, a diminuição de internações e outros procedimentos de custo ainda mais elevado.

Há uma grande distância entre o desejo de aplicar novas ações de saúde e sua prática efetiva, além de uma carência de conhecimento científico e de informação

sobre modelos preventivos que sejam eficientes e adequados. Apesar de os conceitos preventivos já estarem bem estruturados e aceitos pelas operadoras, gestores e pelos profissionais de saúde, sua operacionalização ainda é bastante precária, particularmente no grupo etário dos idosos, em que existem alguns complicadores teóricos. O modelo preventivo foi concebido em um mundo menos envelhecido do que o atual. O destaque, portanto, foi conferido aos grupos populacionais mais jovens.

Em uma revisão de artigos sobre o tema, particularmente nos Estados Unidos, verificamos que o gerenciamento de doença crônica é majoritariamente voltado para a redução de custos e a diminuição das internações e focado nas pessoas já enfermas e com doenças crônicas instaladas (GEYMA, 2007; GIOVANELLA, 2011; LORIG et al., 1999; WENBERG et al., 2010; BERNSTEIN et al., 2010).

Há consenso na aplicação das estratégias preventivas e no cuidado integral da saúde, um discurso favorável ao método entre os profissionais de saúde, possivelmente pelo fato de que ser contrário à prevenção é algo muito retrógrado – e, portanto, difícil de assumir. No entanto, quando se observa a prática, vê-se que, apesar do discurso hegemônico da prevenção, existe uma ênfase nos serviços assistenciais tradicionais (BAHIA et al., 2004).²

O risco das “verdades absolutas”

É importante não ignorar que os indivíduos vivem em sociedade. Cada qual com seus valores, suas ideologias e crenças; existem diferentes percepções em relação ao meio social, ambiental, cultural e religioso, entre outros. Condições estáveis e controladas pelo pesquisador somente são possíveis no laboratório. Por esse motivo, muitas “verdades científicas” não são aplicadas. Ou seja: existem conhecimentos que não trazem mudanças, nem transformação.

De acordo com o conhecimento científico atual, conhecemos perfeitamente as cinco grandes categorias de fatores de risco que retiram qualidade e anos de vida. São elas: 1) álcool; 2) tabaco; 3) estresse; 4) atividade física inadequada; e 5) alimentação inadequada. No entanto, manejar essas situações nem sempre é fácil. Um exemplo emblemático é a identificação de todos os fatores de risco alimentares já bem conhecidos e que trazem malefícios ao ser humano: sabemos perfeitamente que gordura animal, carne vermelha, açúcar e sal em

excesso, refrigerantes e álcool não fazem bem à saúde. Não se questionam estes indicadores, mas pensando de forma utópica e artificial, poderíamos dizer que um bom epidemiologista, que conheça todos os fatores maléficos ao ser humano, deveria propor o fechamento de todas as churrascarias existentes no Brasil, particularmente no Rio Grande do Sul, em nome da qualidade de vida saudável.

Com este exemplo, desejamos alertar para o fato de que há grande distância entre “verdades” e conhecimento científico e a possibilidade de mudanças imediatas e radicais. É necessário aprender a negociar, fazer pequenas mudanças, trabalhar oferecendo opções. Devemos considerar que a sociedade é muito mais complexa e que existem aspectos que jamais podem ser descartados, como o prazer, os desejos e a cultura. É possível, por exemplo, de forma impositiva “corrigir” uma dieta alimentar de um indivíduo, no entanto o resultado pode ser adverso se não levar em conta valores arraigados e pertencente a história deste indivíduo.

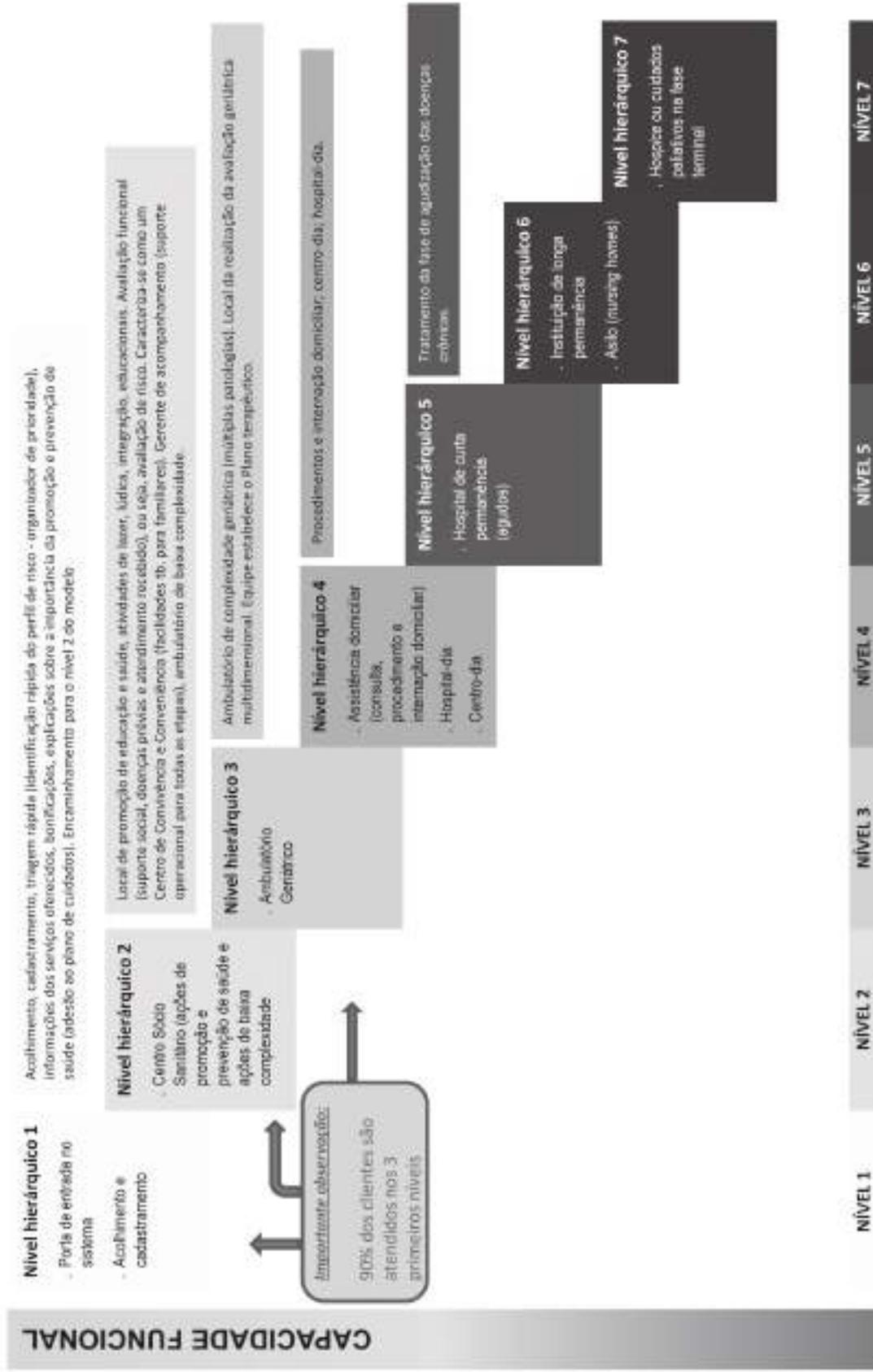
Pode ser frustrante saber que o conhecimento científico não tem as respostas nem as garantias que levem as mudanças. Por esse motivo, devemos ultrapassar o estágio atual e dar um salto. Não existem conduta de vida certa ou valores definitivos; a ciência não é imune a interesses e contradições. Caso aceitemos essas premissas e aprendamos a lidar com grupos heterogêneos, valorizando as diferenças e tentando negociar mudanças – e aceitando, muitas vezes, a impossibilidade de tais transformações –, poderemos obter melhores resultados.

Uma proposta de linha de cuidados para o idoso

Um modelo contemporâneo de saúde do idoso precisa reunir um fluxo de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação de agravos. Ou seja, uma linha de cuidado ao idoso que pretenda apresentar eficácia e eficiência deve pressupor uma rede articulada, referenciada e com um sistema de informação desenhado em sintonia com essa lógica.

A captação e o acolhimento no modelo integral de saúde do idoso deve ser uma ação valorizada, do mesmo modo que a identificação de riscos em idosos deve ser uma atividade que tenha a finalidade de encaminhar essa pessoa enferma para uma unidade mais apropriada a suas necessidades, ou seja, mais avançada na rede de cuidados (ver figura 1).

Figura 1. Hierarquização da atenção ao idoso baseada na complexidade dos cuidados



As instâncias de cuidado voltadas para o idoso devem ser estratificadas em níveis hierárquicos, não estáticos, de acordo com o grau de dependência e a complexidade das ações. O pressuposto básico é que o risco para a fragilidade é o que vai determinar o grau de atenção de que o idoso necessita (VERAS; CALDAS, 2008; VERAS, 2007). Assim, a melhor estratégia para um adequado cuidado do idoso é utilizar a lógica de permanente acompanhamento da sua saúde – ou seja: tê-lo sempre sob observação, variando apenas os níveis, a intensidade e o cenário da intervenção (VERAS et al., 2008b; Veras, 2009).

De acordo com Lourenço et al. (2005), é necessário formular novas concepções de assistência à saúde da população idosa, capazes de englobar as diferenças nas condições de saúde desse contingente populacional, sempre levando em consideração suas especificidades e peculiaridades. De acordo com os mesmos autores, a atenção aos idosos requer significativas alterações nos modelos clássicos de cuidado. “A compreensão de que se devem priorizar ações de saúde voltadas para o idoso saudável, aliadas a programas qualificados para os já doentes, é uma concepção de cuidado aceita por muitos gestores da saúde, mas ainda pouco implementada” (LOURENÇO et al., 2005).

Os “níveis hierárquicos” devem ser parte integrante do plano de cuidados e do “caminho” assistencial a ser percorrido pelo beneficiário. Esse é o maior desafio para os programas de promoção e prevenção na atualidade. Essa integração é definidora do sucesso do modelo, inclusive do ponto de vista financeiro.

A hierarquização da rede possibilita pelo menos dois elementos fundamentais para o cuidado do idoso: a diminuição de iatrogenia e a organização do fluxo de cuidados. Além disso, é possível inserir a lógica de promoção e prevenção por todo o percurso, possibilitando também o monitoramento dos resultados. As diretrizes e protocolos clínicos também são essenciais na construção do plano de cuidados. Eles devem direcionar a boa prática, ser pautados na melhor evidência disponível e adequados a cada situação clínica.

Veras (2011a) propõe a organização de sete níveis de atenção, considerando que a linha de cuidado ao idoso tende a ser um processo que evolui em direção à maior complexidade. Esta é a tendência, apesar das raras exceções, e as etapas não podem ser absolutamente fixas, pois existe a possibilidade de reversão da incapacidade e retorno a um patamar de menor complexidade, dependendo da

situação. O modelo está estruturado com base em uma subdivisão com sete níveis hierárquicos, quais sejam:

1. Porta de entrada do sistema; acolhimento, cadastramento, triagem breve (identificação rápida do perfil de risco - organizador de prioridade), informações do modelo informações dos serviços oferecidos, bonificações, explicações sobre a importância da promoção e prevenção de saúde (adesão ao plano de cuidados). Encaminhamento para o nível 2 do modelo.
2. Centro Sócio Sanitário, local de promoção de educação e saúde, de atividades de lazer, lúdica, integração e educacionais. Realiza-se a Avaliação funcional (suporte social, doenças prévias e atendimento recebido), ou seja, avaliação de risco. Caracteriza-se como um Centro de Convivência e Conveniência (facilidades também voltada para familiares). Todos os clientes terão um Gerente de acompanhamento (suporte operacional para todas as etapas), e local para Atendimento ambulatorial de baixa complexidade.
3. Ambulatório especializado: ambulatório de complexidade (ambulatório geriátrico), local de realização da Avaliação geriátrica multidimensional. Ações desenvolvidas sempre por uma Equipe multidisciplinar.
4. Assistência domiciliar (assistência, procedimentos e internação domiciliar); centro-dia; hospital-dia.
5. Hospital de curta permanência (tratamento da fase de agudização das doenças crônicas).
6. Instituição de longa permanência; asilo (*nursing homes*).
7. *Hospice* ou cuidados paliativos na fase terminal.

O primeiro nível é de grande importância, pois nele se passa o acolhimento, ou porta de entrada estruturada, algo inexistente tanto no setor público como no privado; é onde deve ocorrer o primeiro contato com a operadora, local da recepção ao modelo e informações gerais do sistema.

A porta de entrada do sistema é o momento do acolhimento, da identificação da pessoa no sistema de informação e o início de todos os registros de saúde até o final da vida. Esse prontuário se diferencia dos existentes pelo fato de haver registro não apenas de saúde, per si, mas de sua história de vida e eventos de saúde. A recepção é o momento de apresentação da empresa, dos serviços oferecidos, das recomendações básicas para o cliente, dos esclarecimentos sobre seu contrato, seus

direitos, bonificações e premiações, e todos os programas de educação, promoção e prevenção de saúde – enfim, o acolhimento do paciente na empresa de saúde.

O profissional que fará a recepção do novo cliente deverá ter uma compreensão abrangente do modelo, informar sobre a linha de cuidado e o percurso assistencial, informar da importância das ações de promoção e prevenção de saúde, explicar os benefícios pecuniários na adesão destes programas através dos incentivos a bonificação e premiação pela realização de tais ações, aplicar o screening básico de triagem rápida do perfil da saúde do cliente e realizar a entrevista qualificada de adesão. Já para a cobertura parcial temporária (CPT), um profissional de saúde do sistema da porta de entrada fará a entrevista, visando estabelecer as doenças preexistentes no novo cliente, de modo a estabelecer as carências contratuais.

No prontuário a ser iniciado, será realizada uma triagem epidemiológica básica, de poucas perguntas. Este *screening* é um conjunto de variáveis, nomeadas “triagem rápida” (TR), que avaliam sobretudo algumas de suas características operacionais. Não obstante o pequeno número de questões desse instrumento, há um grau de confiabilidade bastante grande em seus resultados, e funciona como excelente organizador da demanda.

A triagem rápida, ou breve, deve ser aplicada em todos os idosos usuários do sistema de saúde, no momento da recepção – portanto, fora do ambiente específico de uma unidade saúde. Esses instrumentos permitem grande flexibilidade, visto que os entrevistadores poderão ser técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde ou atendentes, desde que treinados. Devem ser utilizados instrumentos com indicadores de saúde validados, que permitam a padronização do procedimento. Assim, além da identificação do idoso de risco, será possível uma estratificação que permita priorizar o atendimento e utilizar os recursos adequadamente (Lourenço et al., 2005). Com isso, poderá ser melhorado o atendimento, sobretudo nos níveis posteriores, com a criação de critérios de prioridade vinculados à natureza da necessidade e não à regra cruel da hora de chegada à fila de espera.

No segundo nível, tem-se a proposta de utilização de um centro sócio sanitário de promoção e prevenção de saúde, com verificação das vacinas, palestras, ações educacionais de saúde, estímulo à nutrição saudável e à prática de atividades físicas, além de grupos de convivência e local para se realizar a Avaliação Funcional Breve, visando identificar os riscos funcionais, visando estabelecer o perfil de

saúde do beneficiário. Todas as informações serão registradas em prontuários eletrônicos. Caracteriza-se também como um Centro de Conveniência, com facilidades para familiares na compra de equipamentos e de facilidades na compra de equipamentos ou de ingresso de atividades de lazer, entre outras ações. O Gerente de acompanhamento (suporte operacional para todas as etapas) será designado e responderá por estes clientes. É também neste nível que ocorrerá o Atendimento ambulatorial de baixa complexidade.

O nível 3, ambulatório especializado, está estruturado para atender os idosos com síndrome geriátrica e fragilizados ou em processo de fragilização, que necessitam de acompanhamento especializado, mais pormenorizado e de maior complexidade, onde o cuidado deve ser realizado por médicos geriatras e equipe multidisciplinar de saúde.

Como já mencionado, é essencial saber o quanto as doenças crônicas impedem o idoso de exercer suas atividades rotineiras de forma autônoma e independente. É no nível 3 que a Avaliação Geriátrica Multidimensional será aplicada, pois é um instrumento importante para precisar um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequado para um planejamento assistencial efetivo. A prática médica mostra que a diminuição da capacidade funcional do idoso é que o tornará dependente de um nível mais complexo de assistência. E ela poderá ser ocasionada pela evolução da própria patologia de base, por sua má administração e sequelas, ou pela inadequada assistência recebida, seja familiar, social ou institucional.

À semelhança dos níveis anteriores, o nível 4 também trabalha com a lógica preventiva, e tem por objetivo reduzir a progressão e as complicações de uma doença já sintomática, sendo aspecto importante da terapêutica e da reabilitação. Esta é uma instância de cuidado a ser utilizada, anterior a do hospital (nível 5), através da assistência domiciliar ou hospital-dia, pois o nível 5 deve ser reservado apenas para os eventos agudos da doença crônica, preferencialmente por um curto período.

Sabemos da importância do hospital e não desprezamos sua capacidade no processo de recuperação de um doente, mas esta instância deve ser reservada para casos bem específicos e definidos, e pelo menor período possível. Após a remissão da fase aguda, o hospital de baixa complexidade ou a assistência domiciliar deve ser o melhor local de continuação do tratamento. E por último, os níveis 6 e 7

englobam as instituições de longa permanência, os asilos (*nursing homes*) e os *hospices* ou cuidados paliativos, na fase terminal.

Considerações finais

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2012), a nova realidade demográfica e epidemiológica brasileira aponta para a urgência de mudanças nos paradigmas de atenção à saúde da população idosa, com estruturas criativas e inovadoras, acompanhadas de ações diferenciadas para que o idoso usufrua integralmente os anos proporcionados pelo avanço da ciência.

A identificação e o tratamento de doenças continuam sendo objetivos fundamentais para o geriatra moderno, mas isso não basta. Conhecer como o idoso está exercendo suas tarefas no dia a dia e seu grau de satisfação exige que o médico investigue funções básicas – como independência para alimentar-se, banhar-se, movimentar-se e higienizar-se – e outras mais complexas – como trabalho, lazer e espiritualidade. É o que chamamos de avaliação funcional. Associada à avaliação das capacidades cognitivas e do humor, assim como à presença de distúrbios comportamentais, ela fornece um quadro que vai muito além da mera lista de patologias.

O idoso que mantém sua autodeterminação e prescinde de ajuda ou supervisão no cotidiano deve ser considerado saudável, ainda que portador de uma ou mais doenças crônicas.

Assumir como objetivo isolado a identificação e o tratamento de doenças em idosos pode trazer importantes limitações, pois é comum que as doenças se manifestem de forma atípica, dificultando o diagnóstico, e é frequente o aparecimento de problemas no formato de síndromes, ou seja, um conjunto de sinais e sintomas comuns a várias doenças, muitas vezes crônicas. Portanto, o objetivo passa a ser o controle dessas diversas manifestações.

A multiplicidade de doenças crônicas é uma característica frequente na velhice, deste modo a estratégia de cuidados para este segmento etário deve ser distinta em relação àquela que é empregada nas demais faixas etárias. É preciso monitorar os problemas de saúde do idoso, para estabilizar seu quadro e manter sua capacidade funcional pelo maior tempo possível.

Existem várias sugestões de modelos de linhas de cuidado. O importante é que cada instituição de saúde tenha conhecimento de sua carteira, seu perfil e

necessidades, de modo a construir a melhor forma de organizar sua prestação de serviços. Uma coisa é certa: sem a organização do cuidado do idoso e sem a elaboração de um plano de cuidados, o envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de doenças crônicas no setor público ou suplementar de saúde brasileiro podem deixar de ser oportunidades e se tornar entraves para a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro.

Neste sentido, ressaltamos a necessidade de que todos os envolvidos no processo de organização do cuidado à saúde dos idosos sejam estimulados a repensar o modelo, com o propósito de construir um sistema de saúde mais humano, participativo e de qualidade, que contribua efetivamente para a melhoria da vida dos idosos. Ações simples e pouco aplicadas precisam ser imediatamente colocadas em prática, reorganizando os serviços de saúde, com uma abordagem preventiva e integral que associe reflexão epidemiológica e planejamento de ações.

Entendemos esse modelo como uma proposta em que todos saem vencedores: o idoso, que amplia sua vida com qualidade; a família, que terá um ente querido ativo e participativo por mais tempo, e o sistema de saúde, que evitará internações repetidas e de alto custo.

De uma maneira geral, a preocupação que apresentamos abarca o necessário entendimento sobre a heterogeneidade que caracteriza a população idosa, o alto custo dos procedimentos de saúde a ela destinados, a diversidade dos gastos em subgrupos dessa população e a quantidade insuficiente de profissionais qualificados em geriatria.

Não há outra saída para a crise de financiamento e reestruturação do setor. O modelo vigente é anacrônico e ultrapassado, e mudanças urgentes precisam ser realizadas de imediato.³

Referências

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (Brasil). Resolução Normativa nº 264 e 265, de 19 de agosto de 2011 da Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos – DIPRO, 2011.

AZEVEDO, E.R.F.C. *Os desafios das operadoras de planos de saúde de autogestão em um cenário de envelhecimento populacional e cronificação de doenças*. Rio de Janeiro, 2010. Tese. Disponível em: <www.santosediniz.com.br/mba-em-gestao-de-planos-de-Saude/tcc/eduardo-azevedo.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2011.

- BAHIA, L. et al. Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 921-929, 2004.
- Banco Mundial. Population aging: is Latin America ready? Directions in development. Washington, DC: The World Bank; 2011.
- BERNSTEIN, J.; CHOLLET, D.; PETERSON, G. Disease management: does it work? Reforming Health Care Issue Brief, *Mathematica Policy Research*, Princeton, Nova Jersey, n. 4, maio 2010.
- BODENHEIMER, T. Disease management in the American market. *British Medical Association*, London, v. 320, p. 563-566, 2000.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Resolução Normativa nº 264 e 265, de 19 de agosto de 2011 da Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos – DIPRO, 2011.
- .CALDAS, C.P. et al. Rastreamento do risco de perda funcional: uma estratégia fundamental para a organização da Rede de Atenção ao Idoso. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, Rio de Janeiro, 2013. [no prelo]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=12271>
- CECÍLIO, L.C.; MERHY, E.E. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Campinas: Unicamp, 2003.
- GEYMAN, J.P. Disease Management: Panacea, another false hope, or something in between?. *American Academy of Family Physicians*, v. 5, n. 3, p. 257-260, 2007.
- GIOVANELLA, L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, sup 1, p. 1081-1096, 2011.
- Hotlz-Eakin D. An analysis of the literature on disease management program. Letter to the Honorable Don Nickles; 2004. <http://www.cbo.gov/doc.cfm?index=5909> (Acessado em: 03 Fev 2012).
- KALACHE, A.; KICKBUSCH, I. A global strategy for healthy ageing. *World Health*, v. 50, n. 4, p. 4-5, jul-ago 1997.
- LORIG, K.R. et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *American Public Health Association Medical Care Section*, v. 37, n. 1, p. 5-14, 1999.
- LOURENÇO, R.A. et al. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 311-318, 2005.
- LOURENÇO, T.M. et al. Capacidade funcional no idoso longevo: uma revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 33, n. 2, jun 2012. Disponível em: <<http://>

www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200025&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 set 2012.

MATISONN, S. Incentivising healthy behaviour. In: IPPR, Prudential Health Limited, may 2006, London. *Presenting to IPPR...* London: PruHealth, 2006. Disponível em: <http://www.ippr.org/uploadedFiles/research/events/People_and_Policy/Microsoft%20PowerPoint%20-%20IPPR%20seminar%20.pdf>. Acesso em: XX mes 201X.

Mattke S, Bergamo G, Balakrishnan A, Martino S, Vakkur N. Measuring and Reporting the Performance of Disease Management Programs. The RAND Health working paper series, WR-400, August 2006. http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2006/RAND_WR400.pdf (acessado em 15/Mar/2012).

McCALL, N. et al. *Evaluation of phase 1 of the Medicare Health Support Pilot Program under Traditional Fee-for-Service Medicare*: 18 month interim analysis. Report to Congress 2008. Disponível em: <https://www.cms.gov/reports/downloads/MHS_Second_Report_to_Congress_October_2008.pdf>. Acesso em: 3 fev 2012.

MORAES, E.N. *Atenção à saúde do idoso*: aspectos conceituais. Brasília: OPAS, 2012.

NICHOLS, E. La necesidad de contar com normas. In: Organización Panamericana de la Salud, editor. *Prevención clínica*: guía para médicos. Washington, DC: OPS, 1998. p. 38-53. (Publicação Científica, 568).

NOSSEL, C. Incentives that create healthy behaviour. In: Breakfast seminar, 21 jul. 2011, London. *Series of International Breakfast Seminars...* London: C3 Collaborating for Health, 2011. Disponível em: <<http://www.c3health.org/wp-content/uploads/2011/08/Craig-Nossel-seminar-FINAL-20110817.pdf>>.

Oliveira M. Políticas para o envelhecimento ativo. *Jornal O Globo*, Seção Opinião; 20/05/2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório Mundial de Saúde*: atenção primária em saúde. Agora mais do que nunca. Brasília: OMS, 2008.

PESSÔA, L.R.; SANTOS, E.H.; TORRES, K.R. (Org.). *Manual do Gerente*: desafios da média gerência na saúde. Rio de Janeiro: ENSP, 2011. 208 p.

PORTER, M.E. A strategy for health care reform: toward a value-based system. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 361, p. 109-112, 2009.

PORTER, M.E.; TEISBERG, E. O. *Repensando a saúde*: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PRESTON, M. *Vitality guide 2009 documents*. Disponível em: <<http://allpdfdocs.com/join.asp?PID=e5bd7faf-f480-4b6e-b563-70ecb4d8d845&jstyle=2&lbd=1&lang=EN&ts=9/8/2011%209:35:04%20AM&q=PruHealth%20Vitality%20academic%20paper&cr=1>>.

- SHENKEL, R. 1-800-chronic disease management (edit). *Family Practice Management*, Leawood, Kansas, v. 12, n. 10, p. 17, 2005.
- SIDOROV, J.E. Gerenciamento de doenças: passado, presente e futuro. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, São Paulo, n. 4, p. 20-26, 2012.
- VERAS, R.P. Promovendo a saúde e prevenindo a dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 355-370, 2007.
- VERAS, R.P.; CALDAS, C.P. Produção de cuidados à pessoa idosa. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1104, jul.-ago. 2008.
- VERAS, R.P. et al. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1119-1126, jul.-ago. 2008a.
- _____. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 497-502, abr. 2008b.
- VERAS, R.P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, maio-jun. 2009.
- _____. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 779-786, 2011.
- _____. Inovação: uma saída para o setor saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 413-414, 2011b.
- _____. A necessária gestão qualificada na área da saúde: decorrência da ampliação do segmento etário dos idosos. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 31-39, 2011a.
- _____. Qualidade para os anos adicionais de vida. In: Publicação Comemorativa Unimed, Brasil. *40 anos de Aniversário*. Rio de Janeiro: UNIMED, 1 dez. 2011c. p. 20-21.
- _____. Uma saída para a crise no setor saúde. *Revista do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor*, n. 157, p. 35, 01 ago. 2011d. Disponível em: <<http://idec.kinghost.net/emacao/revista/157/materia/prevencao-para-o-sistema-de-saude-e-uma-saida-para-a-crise-no-setor-de-saude>>.
- _____. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 231-238, jan. 2012.
- _____. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 929-934, dez. 2012a.
- _____. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Cadeno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n.10, p.1834-1840, out. 2012b.

WENNBERG, D.E. et al. A randomized trial of a telephone care-management strategy. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 363, n. 13, p. 1245-55, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Good health adds life to years*. In: Global brief for World Health Day 2012. Geneva: WHO, 2012. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_DCO_WHD_2012.2_eng.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2012.

Notas

¹ Envelhecimento ativo, na definição da OMS, é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Em outras palavras, é manter a autonomia e a independência dos idosos, não só em relação à saúde física, mas nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis.

² Para mais detalhes, consultar Azevedo (2010).

³ Os autores participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Abstract

1213

Models of health care for the elderly: rethinking the meaning of prevention

From a critical analysis of the current models of health care for the elderly, this opinion article presents a proposal for a line of care for this age group with a focus on health promotion and prevention. The alternative to avoid the overhead of this system is to invest in policies for disease prevention, stabilization of chronic diseases and maintenance of functional capacity. Scientific knowledge has correctly identified the risk factors for the elderly, but this is not enough. It is a priority to use this knowledge to make the necessary transition from clinical care model for the model with emphasis on prevention. The model needs to configure itself as a stream of education initiatives, health promotion, prevention of preventable diseases, delay of diseases, early care and rehabilitation of injuries. That is, a line of care for the elderly as a healthcare course within an articulated network and referenced with an information system designed in line with this logic.

► **Key words:** human aging; elderly; disease prevention; chronic disease; line of care.

Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos

Disease prevention in the elderly: misconceptions in current models

Renato Peixoto Veras ¹

Abstract

The Brazilian population is aging significantly within a context of gradual improvement in the country's social and economic indicators. Increased longevity leads to increased use of health services, pressuring the public and social welfare health services, generating higher costs, and jeopardizing the system's sustainability. The alternative to avoid overburdening the system is to invest in policies for disease prevention, stabilization of chronic diseases, and maintenance of functional capacity. The current article aims to analyze the difficulties in implementing preventive programs and the reasons for the failure of various programs in health promotion, prevention, and management of chronic diseases in the elderly. There can be no solution to the crisis in financing and restructuring the health sector without implementing a preventive logic. Scientific research has already correctly identified the risk factors for the elderly population, but this is not enough. We must use such knowledge to promote the necessary transition from a healthcare-centered model to a preventive one.

Aging; Aged; Disease Prevention; Chronic Disease

Introdução

Cada vez mais presente no cotidiano da sociedade brasileira, o tema do envelhecimento populacional vem sendo discutido, nas últimas décadas, em centenas de artigos, livros, debates, instituições públicas e privadas. Essa é uma tendência que deve ganhar ainda mais força, pois o Brasil tem caminhado em direção a índices sociais e demográficos de Primeiro Mundo – embora com sistemas e instituições herdadas de outro contexto, e envelhecer é, de algum modo, reflexo de prosperidade.

O debate sobre essa transição demográfica já está bem consolidado, mas o que nos desperta particular interesse são as consequências da ampliação do tempo de vida da população para as políticas sociais, em especial na área da saúde. Não é mais possível adiar essa discussão.

A velocidade do envelhecimento populacional no Brasil será significativamente maior do que a que ocorreu nas sociedades mais desenvolvidas no século passado. Projeções do Banco Mundial ¹ apontam que a população idosa vai mais do que triplicar nas próximas quatro décadas, passando de menos de 20 milhões em 2010 para cerca de 65 milhões em 2050. Os idosos, que em 2005 compunham 11% da população em idade ativa, somarão 49% em 2050, ao passo que a população em idade escolar diminuirá de 50% para 29% no mesmo período. Essas variações na estrutura etária da população resultarão em

¹ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

R. P. Veras
Instituto de Medicina Social,
Universidade do Estado do
Rio de Janeiro.
Rua São Francisco Xavier
524, 7^o andar, bloco D,
Rio de Janeiro, RJ
20559-900, Brasil.
unativeras@gmail.com

maiores pressões fiscais sobre os sistemas públicos de saúde e previdência social.

Com o aumento da proporção de idosos, seus anos a mais de vida e, em consequência, o uso mais frequente dos serviços de saúde, os gastos no setor aumentarão de forma substancial no Brasil, tendendo a emergir como um dos maiores desafios fiscais nas próximas décadas. Daí a necessidade imperativa de invertermos a lógica atual do sistema de saúde, centrada no tratamento de enfermidades já existentes, muito mais do que em ações de prevenção. Como consequência de uma população mais envelhecida, a promoção e a educação em saúde, a prevenção e o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da independência e da autonomia são iniciativas que devem ser ampliadas. Só assim será possível assegurar mais qualidade de vida aos idosos e bem-estar à população como um todo.

Os problemas de saúde dos idosos desafiam os modelos de cuidado na medida em que a sociedade envelhece. Os avanços da tecnologia e da ciência da saúde oferecem àqueles que utilizam as modernas ferramentas para a manutenção da saúde a chance de viver mais e em melhores condições. Assim, as estratégias de prevenção ao longo de todo o curso da vida se tornaram mais importantes para resolver os desafios de hoje e, de forma crescente, os de amanhã².

Outro dado importante a ser considerado envolve o custo. A aplicação do aporte epidemiológico e a ênfase em prevenção fazem com que essa nova abordagem favoreça a redução dos custos assistenciais. No sistema brasileiro, o peso médico-assistencial ainda é preponderante. No setor privado, as empresas operam numa espécie de mutualismo, em que os menos saudáveis consomem mais serviços e inflacionam valores pagos por quem tem capacidade funcional preservada e se encontra em boa forma. Além disso, um sentimento de desconfiança marca a relação entre as operadoras de planos de saúde e seus clientes de mais idade. A política das operadoras é tentar reduzir o peso desse segmento em suas carteiras. Os idosos, por seu lado, reclamam dos valores cobrados, das dificuldades de atendimento e das glosas a muitos dos exames solicitados. Não se conhece outra relação de comércio em que vendedor e cliente ocupem posições tão antagônicas.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apresentou, recentemente, uma proposta segundo a qual as operadoras de planos de saúde deverão oferecer benefícios pecuniários aos clientes que participarem de programas de prevenção de doenças e detecção precoce de enfermidades³. Algumas empresas ficaram receosas, temendo que a medida provoque um aumento

da sinistralidade em decorrência da ampliação da utilização dos planos de saúde. De fato, num período inicial, a tendência seria essa, sobretudo no que se refere a procedimentos de baixo custo. No entanto, as operadoras precisam perceber que haverá, no longo prazo, redução dos procedimentos de alto custo e melhoria da saúde geral. Não é difícil fazer essa reflexão; duro mesmo é mudar a cultura.

No livro *Repensando a Saúde: Estratégias para Melhorar a Qualidade e Reduzir os Custos*⁴, os autores defendem que a saúde precede a assistência. Para Michael Porter, doutor em economia pela Universidade de Harvard (Cambridge, Estados Unidos), e Elizabeth Teisberg, pós-doutora pela Universidade da Virgínia (Charlottesville, Estados Unidos), é latente a necessidade de medir e minimizar o risco de doenças, oferecer um gerenciamento abrangente das enfermidades e garantir serviços de prevenção para todos os clientes, inclusive os saudáveis. Nesse escopo, afirmam, a saúde deve envolver a preparação para o serviço (que aumenta a eficiência da cadeia de valor), a intervenção, a recuperação, o monitoramento e o gerenciamento da condição clínica, a garantia de acesso, a mensuração de resultados e, por fim, a disseminação da informação.

Em todo o mundo, ainda existem divergências sobre o percentual ideal de investimento em promoção da saúde, em comparação com o volume destinado à assistência. Apesar de essa conta ser complexa e flexível, existe uma certeza: é necessário investir cada vez mais para evitar que as pessoas adoçam⁵. A prevenção não é um custo, mas um investimento com lucro certo, desde que bem realizada.

Estimulando a prevenção e retardando a ocorrência de enfermidades estamos colaborando para que se preserve, no futuro, o que chamamos de capacidade funcional. Com o rápido e intenso envelhecimento da população brasileira, esse passa a ser o novo paradigma e o principal indicador estratégico na saúde. A maior parte das doenças crônicas que acometem o indivíduo idoso tem na própria idade seu principal fator de risco. Portanto, não é a presença ou não da doença que vai determinar a qualidade de vida, mas a habilidade que a pessoa terá para conduzir a própria vida de maneira independente e autônoma⁶, ou seja, sua capacidade funcional.

Envelhecer sem apresentar nenhuma doença crônica é mais a exceção do que a regra. Dessa forma, o foco de qualquer política contemporânea deve ser a promoção do envelhecimento saudável, com manutenção e melhoria – na medida do possível – da capacidade funcional dos idosos, e a prevenção e/ou estabilização de doenças e recuperação da saúde dos que adoecem, e reabili-

tação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida ⁷. Se considerarmos que a parcela de pessoas idosas fragilizadas só tende a crescer, como resultado do aumento da longevidade, é fácil compreender a importância de uma política de saúde com foco na manutenção da capacidade funcional, no investimento em metodologias para detecção precoce de doenças, no monitoramento dos agravos e no sistema do médico pessoal, entre outras medidas, em detrimento do foco em apenas algumas doenças e no abandono das demais, como ocorre com o gerenciamento das doenças crônicas para os idosos ^{8,9}.

A preocupação central deste artigo é abordar essa dicotomia entre as ações preventivas e as meramente assistenciais, mesmo com todas as evidências da importância daquelas, sem, no entanto, negar a necessidade destas.

Prevenção de doenças e suas dificuldades

Por que é tão difícil implementar programas de prevenção, apesar de, no discurso, eles serem aceitos por todos? Ao longo das últimas décadas, verificou-se que as ações preventivas podem ser aplicadas à grande maioria dos problemas de saúde pública que afetam a população – tanto aqueles relativos às doenças transmissíveis como às não transmissíveis. Como exemplo, podemos citar a redução de mortalidade por doenças coronarianas e cerebrovasculares, a redução de incidência e mortalidade por câncer cervical, a diminuição da prevalência de consumo de fumo e da incidência de câncer do pulmão em homens. Assim, uma grande carga produzida por doenças pode ser evitada em termos sociais e econômicos ¹⁰. A lógica da prevenção clínica é estabelecer o diagnóstico de uma doença o mais precocemente possível, com foco em pessoas que ainda não apresentam sinais ou sintomas da enfermidade. Haveria conseqüentemente, no médio e longo prazos, a diminuição de internações e outros procedimentos de muito maior custo.

Uma relevante discussão, quando se fala de idosos, é entender a razão do insucesso de tantos projetos nessa área, apesar dela ser reconhecida como prioritária. Vamos separar essa discussão em três segmentos, um para cada aspecto que desejamos abordar.

Promoção da saúde para idosos

Pensar que os programas de promoção de saúde para idosos são algo simples, de fácil aplicação e sem grande compromisso com a qualidade é um grande equívoco. Entendemos os programas

de promoção de forma bem diferente, pois um dos maiores méritos desse tipo de ação de saúde é entender que sua concepção leva em conta a complexidade do envelhecimento humano. Jamais se deve cometer o erro de criar estruturas infantilizadoras, que reforcem estigmas e preconceitos arraigados na sociedade em relação a esse segmento etário.

Segundo a *Carta de Ottawa* (1986) ¹¹, documento que se tornou referência para as demais conferências internacionais sobre o tema, a promoção da saúde é definida como a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida. No entanto, apesar das boas intenções e dos discursos corretos e contemporâneos, o que mais encontramos é justamente o oposto. Um bom exemplo da dificuldade da aplicação desses programas é o fato verídico relatado a seguir.

Há uns 15 anos, numa grande cidade brasileira, a diretoria de uma das maiores empresas prestadoras de serviços de saúde resolveu trocar seu diretor médico, um profissional experiente na área clínica. Quem o substituiu foi outro médico, um especialista em Saúde Coletiva, com formação no exterior em epidemiologia e um currículo invejável. O antigo diretor de saúde, ao ser informado sobre sua demissão, ficou bastante desapontado, mas ao saber que seria substituído por um nome tão respeitado no ambiente acadêmico e na área da saúde, resolveu absorver a derrota sem reclamar. Alguns dias depois, foi ao encontro do novo diretor para parabenizá-lo e fazer um pedido. Explicou que dentre as ações que realizou havia uma – um programa de promoção de saúde – que considerava seu melhor projeto, e pediu que a iniciativa não fosse modificada. O novo diretor argumentou que, a princípio, não desejava mudar nada, que havia optado por manter toda a programação existente e avaliaria item por item antes de fazer qualquer alteração.

A ação em questão era realizada na cidade a cada trimestre, e o antigo diretor informou que a próxima já estava acertada e o novo diretor garantiu que seria mantida. A proposta era realizar uma palestra sobre os malefícios do tabagismo, tendo como convidado um grande mestre da medicina, que incluía um assistente na palestra. Como na época a utilização de computador e PowerPoint (Microsoft Corp., Estados Unidos) não era usual, foi solicitado o pagamento a uma empresa para fazer os *slides* que o palestrante usaria no projetor de carrossel, equipamento então bastante comum. Como era praxe, o salão de um clube tradicional da cidade foi alugado para o evento e cartas foram enviadas a todos os

associados da prestadora de saúde. Além disso, no domingo anterior à conferência do renomado nome da medicina – professor universitário e membro de sociedades internacionais da luta antitabagismo –, foi publicada uma matéria paga em jornal de grande circulação, convidando a população, mesmo os não associados da operadora, para assistir à conferência.

O palestrante e seu assistente solicitaram um hotel de bom padrão e pediram que a viagem fosse realizada na noite anterior, para poderem acordar na cidade e descansar, já que a palestra seria realizada no período da tarde. Foi estipulado um *pro labore* para o professor titular e seu assistente, em valor compatível com sua importância e qualificação. O público esperado era de 250 pessoas, mas compareceram mais de 300. O dia estava magnífico, um sol agradável. Foi servido um *coffee-break* de um famoso bufê da cidade e os dois projetores de *slides* funcionaram magnificamente bem. A palestra foi excelente e o público participou do início ao fim.

Conforme prometera, o novo gestor da empresa de saúde procurou avaliar a ação desenvolvida. Para essa, produziu um questionário e pediu que todos os participantes respondessem. Os idosos presentes à palestra saíram do clube sorridentes e todos responderam à pesquisa. No dia seguinte, quando os questionários foram analisados, os resultados foram perturbadores.

Uma das perguntas era “Qual o motivo da sua participação na palestra?”. A maioria dos respondentes dizia que adorava aquele clube e que atividades como aquela eram muito boas, pois lhes permitiam encontrar velhos amigos e colocar a conversa em dia. Outra pergunta solicitava aos respondentes que descrevessem outro motivo para sua presença na palestra. Muitas respostas tinham o seguinte conteúdo: “o pãozinho de queijo daqui é ótimo” ou “eu venho para comer esses docinhos no café”. Ao final, o questionário perguntava se a pessoa era tabagista. O resultado foi que 97% das pessoas não eram fumantes.

Esse caso é um exemplo emblemático do que significa jogar dinheiro fora e pensar que se está fazendo um programa de promoção da saúde. Além disso, reforça a ideia enganosa de que promoção da saúde é algo semelhante à diversão, o que é um erro grave.

Escolhe-se um tema relevante e um local adequado, convida-se um palestrante qualificado, mas se esquece de avaliar se o público é adequado àquela ação. O equívoco é típico de ações realizadas por pessoas pouco experientes no tema. Uma atividade assim, nos valores atuais, entre aluguel de clube e bufê, propaganda e divulgação, passagens aéreas, hotel, *pro labore* e estrutura operacional, não sai por menos de 50 mil

Reais. Para uma grande empresa de saúde, pode não ser nada. Mas é, sim, dinheiro jogado fora.

As ações de saúde devem ter o cuidado de maximizar e potencializar seu investimento. O modelo que se procura desenvolver na Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), é um bom exemplo, ao trabalhar em múltiplas dimensões¹². Uma simples aula de dança, por exemplo, ajuda a obter muitos resultados. A dança funciona como exercício e atividade motora, estimula a sexualidade e os sentidos no contato físico entre os parceiros, no ritmo da música e na reminiscência daquele momento. Em outras palavras, as ações de promoção da saúde não podem ficar limitadas apenas a algo específico. E precisamos ter o cuidado de fazer bom uso dos recursos de que dispomos.

Prevenção para idosos

Em primeiro lugar, é importante esclarecer que a expressão “prevenção para idosos” é semanticamente inadequada. Não se pode prevenir algo que já está instalado. O idoso tem como característica básica a multiplicidade de doenças crônicas – e estas, após sua instalação, não mais regredem. Trata-se de uma característica única da velhice, razão pela qual o papel do profissional de saúde não é procurar a cura, mas a estabilização, o monitoramento e a manutenção da qualidade de vida, apesar da doença. Existe, no entanto, uma grande distância entre o desejo de aplicar novas ações de saúde e sua prática efetiva. Embora os conceitos preventivos já estejam bem estruturados e aceitos pelos gestores e profissionais de saúde, sua operacionalização ainda é bastante precária, particularmente no grupo etário dos idosos, em que existem complicadores teóricos. O modelo preventivo foi concebido em um mundo menos envelhecido do que o atual. A ênfase, por conseguinte, foi conferida aos grupos populacionais mais jovens.

O motivo dessas dificuldades operacionais deve ser compreendido, pois um modelo efetivo de atenção à saúde do idoso precisa ter um fluxo bem desenhado de ações. No entanto, é necessário considerar as especificidades dessa parcela da população. A proposta-chave para os idosos é a máxima postergação do início das doenças, pois elas, em sua maioria, são crônicas. E, como já afirmamos, uma vez instaladas, pode-se apenas controlar seu tempo de progressão. A estratégia passa a ser levar a morbidade ao limiar mais próximo possível do limite biológico da vida^{13,14}.

A população nos dias de hoje pode viver muito mais do que antigamente, mas para isso é necessário monitorar os fatores de risco já identifi-

cados pela ciência que retiram qualidade e anos de vida. O termo “fator de risco” é empregado para indicar certas características que aumentam a probabilidade de desenvolver uma doença. Não basta, no entanto, identificar os fatores causadores dos problemas: esse é apenas o primeiro estágio. De nada adianta saber dos efeitos maléficose se não conseguimos eliminá-los.

É importante frisar que os indivíduos vivem em sociedade, onde cada pessoa tem seus valores, suas ideologias e crenças; existem diferentes percepções em relação aos meios social, ambiental, cultural e religioso, entre outros. Condições estáveis e controladas pelo pesquisador somente são possíveis no laboratório. Por esse motivo, muitas “verdades científicas” não são aplicadas. Ou seja: existem conhecimentos que não trazem mudanças, nem transformação.

De acordo com o conhecimento científico atual, as cinco grandes categorias de fatores de risco que retiram qualidade e anos de vida são álcool, tabaco, estresse, atividade física inadequada e alimentação inadequada. Mas manejar essas situações nem sempre é fácil. Um exemplo emblemático é a identificação de todos os fatores de risco alimentares já bem conhecidos por trazerem malefícios ao ser humano.

Sabemos perfeitamente que gordura animal, carne vermelha, álcool, açúcar e sal em excesso não fazem bem à saúde. Não se questionam esses indicadores. Pensando de forma utópica e artificial, poderíamos dizer que um bom epidemiologista deveria propor o fechamento de todas as churrascarias existentes no Brasil, em nome de uma vida saudável. Mas há uma grande distância entre as verdades científicas e a possibilidade de mudanças imediatas e radicais. É necessário aprender a negociar, fazer pequenas mudanças, trabalhar oferecendo opções.

Devemos considerar que a sociedade é muito mais complexa e que existem o prazer, os desejos e a cultura. Ao retirar esses elementos, é possível corrigir a dieta alimentar de um indivíduo. Por outro lado, isso acabaria por levá-lo ao desespero e à depressão ao ter seus valores sociais e culturais abruptamente extirpados.

É preciso aceitar que não existem verdades e certezas absolutas. Para alguns, uma determinada quantidade de álcool ou alguns meses de tabaco provocam um efeito devastador; em outros, porém, serão necessárias décadas para obter o mesmo efeito. Talvez o papel do cientista não seja apenas identificar os fatores de risco, mas ter também a capacidade de estruturar alternativas visando a uma real transformação.

Podemos ser frustrante saber que o conhecimento científico não tem todas as respostas. Por esse motivo, devemos ultrapassar o estágio atual e

dar um salto. Não existem vida certa ou valores definitivos, a ciência não é imune a interesses e contradições. Caso aceitemos essas premissas e aprendamos a lidar com grupos heterogêneos, valorizando as diferenças e tentando negociar mudanças – aceitando, muitas vezes, a impossibilidade de tais transformações –, poderemos obter melhores resultados.

Novos modelos de cuidado precisam se basear na preservação da capacidade funcional. Os idosos devem ser acompanhados e o risco de fragilização deve ser monitorado em todos os níveis de complexidade – seja para os saudáveis e independentes ou para os fragilizados e dependentes, que demandam maiores cuidados. Na perspectiva de consolidar esse modelo, surge também a necessidade de conhecer seu impacto.

Gerenciamento de doenças crônicas

O gerenciamento de doenças (GD) é uma modalidade assistencial hegemônica que nasceu nos Estados Unidos e costuma aparecer como solução para todas as dificuldades na saúde¹⁵. Entretanto, algumas vezes se levantam contra esse método, até mesmo entre os norte-americanos^{16,17}.

Apesar da crescente atenção aos detalhes e de uma abordagem cada vez mais sofisticada, o GD acabou rotulado como “enfermeiros anônimos telefonando para centenas de pacientes a quilômetros de distância e oferecendo apenas conselhos superficiais”. E embora a ideia de dispor de enfermeiros telefonando para pacientes tenha méritos, sua aceitação declinou nos Estados Unidos devido a três constatações: (i) um relatório do US Congressional Budget Office indicou que, após muitos anos de atividade, pouca evidência científica foi produzida para mostrar que gerenciamento de doenças poderia reduzir custos dos cuidados de saúde¹⁸; (ii) uma avaliação prospectiva do gerenciamento de doenças oferecido aos beneficiários do Medicare demonstrou que as ações não estavam conseguindo reduzir despesas¹⁹; e (iii) a insatisfação de médicos que se ressentiam da decisão das seguradoras de pagar os custos de GD, possivelmente reduzindo seus ganhos e, além disso, interferindo na relação médico-paciente^{20,21}. Pelo menos uma empresa de gerenciamento de doenças foi obrigada a declarar falência, enquanto outras foram adquiridas, fundidas ou viram seu valor de mercado encolher drasticamente.

Programas de gerenciamento de doenças para idosos são ainda mais complexos e têm uma relação custo-benefício bastante baixa, pois tratar adequadamente uma doença apenas reduz os índices de morbidade de tal patologia. Como esses

pacientes possuem múltiplas doenças crônicas, fica evidente que priorizar apenas uma doença, em detrimento das demais, não é a medida mais adequada. A melhor opção é estruturar modelos que funcionem de modo integrado e consigam dar conta de toda a gama de necessidades.

O maior problema da maioria dos modelos assistenciais vigentes talvez seja o foco exclusivo na doença. Mesmo quando se oferece um programa diferente, as propostas são voltadas prioritariamente para a redução de uma determinada moléstia, esquecendo que numa doença crônica já estabelecida o foco não deve ser a cura, mas o monitoramento e a estabilização da enfermidade. Para o adulto jovem com apenas uma doença crônica, estabelecer programas que evitem o recrudescimento dessa enfermidade é a política mais adequada e correta. Nossa crítica se dá quando se expande essa proposta para todas as faixas etárias, em particular para os idosos, que são pacientes com múltiplas patologias crônicas.

O que defendemos para essa faixa etária são ações integradas, não o gerenciamento de doença crônica, mas o monitoramento do perfil de saúde do doente. Muitas vezes, o tratamento de alguma manifestação só pode ser conduzido com a redução ou a suspensão de outras ações que já vinham sendo desenvolvidas. Não é possível tratar o idoso como se trata um adulto jovem.

Conclusão

Identificar e tratar doenças continuam sendo objetivos para o geriatra moderno, mas isso não basta. Conhecer como o idoso está exercendo suas tarefas no dia a dia e seu grau de satisfação exige que o médico investigue funções básicas – como independência para alimentar-se, banhar-se, movimentar-se e higienizar-se – e outras mais complexas – como trabalho, lazer e espiritualidade. É o que chamamos de avaliação funcional. Associada à avaliação das capacidades cognitivas e do humor, assim como à presença de distúrbios comportamentais, ela fornece um quadro que vai muito além da mera lista de patologias.

O idoso que mantém sua autodeterminação e prescinde de ajuda ou supervisão no dia a dia deve ser considerado saudável, ainda que portador de uma ou mais doenças crônicas. Decorre daí o conceito, já abordado aqui, de capacidade funcional.

Assumir como objetivo isolado identificar e tratar doenças em idosos traz importantes limitações, pois é comum que as doenças se manifestem de forma atípica, dificultando o diagnóstico, e é frequente o aparecimento de problemas no

formato de síndromes, ou seja, um conjunto de sinais e sintomas comuns a várias doenças, muitas vezes crônicas. E resulta que o único objetivo do geriatra passa a ser o controle dessas diversas manifestações.

Como o principal fator de risco associado aos problemas de saúde do idoso é a própria idade, e a multiplicidade de doenças crônicas é uma característica frequente na velhice, a estratégia de cuidados deve ser distinta em relação à empregada nas demais faixas etárias. É preciso monitorar os problemas de saúde do idoso, para estabilizar seu quadro e manter sua capacidade funcional pelo maior tempo possível.

Sem a reorganização dos serviços de saúde, com uma abordagem preventiva e integral que associe reflexão epidemiológica e planejamento de ações de saúde, não há saída. Em síntese, um modelo de atenção à saúde do idoso que se pretenda eficiente deve aplicar todos os níveis de cuidado: ter um fluxo bem desenhado de ações educativas, promoção da saúde, prevenção e postergação de moléstia, assistência precoce e reabilitação de agravos. Essa linha de cuidados se inicia na captação e no monitoramento do idoso e somente se encerra nos momentos finais da vida, na unidade de cuidados paliativos²². Entendemos esse modelo como uma proposta em que todos saem vencedores: o idoso, que amplia sua vida com qualidade; a família, que terá um ente querido ativo e participativo; e o sistema de saúde, que evitará internações repetidas e de alto custo.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)²³, a nova realidade demográfica e epidemiológica brasileira aponta para a urgência de mudanças nos paradigmas de atenção à saúde da população idosa, com estruturas criativas e inovadoras e ações diferenciadas para que o idoso usufrua integralmente os anos proporcionados pelo avanço da ciência.

De uma maneira geral, a preocupação que apresentamos abarca o necessário entendimento sobre a heterogeneidade que caracteriza a população idosa, o alto custo dos procedimentos de saúde a ela destinados, a diversidade dos gastos em subgrupos dessa população e a quantidade insuficiente de profissionais qualificados em geriatria.

Não há outra saída para a crise de financiamento e reestruturação do setor. O modelo vigente é anacrônico e ultrapassado, e mudanças urgentes precisam ser realizadas já.

Resumo

A população brasileira está envelhecendo de forma significativa, num contexto de melhora gradual dos índices sociais e econômicos do país. O aumento da longevidade acarreta maior uso dos serviços de saúde, pressionando os sistemas de saúde pública e previdência, gerando mais custos e ameaçando a sustentabilidade do sistema. A alternativa para evitar a sobrecarga desse sistema é investir em políticas de prevenção de doenças, estabilização das enfermidades crônicas e manutenção da capacidade funcional. Este artigo visa a analisar as dificuldades de implantação de programas de prevenção e as razões do fracasso de diversos pro-

gramas de promoção da saúde, prevenção e gerenciamento de doenças crônicas no grupo etário dos idosos. Não há saída possível para a crise de financiamento e reestruturação do setor sem a implantação da lógica preventiva. O conhecimento científico já identificou corretamente os fatores de risco para a população idosa, mas isso não basta. Precisamos saber utilizar esse conhecimento para efetuar a necessária transição do modelo assistencial para o modelo de prevenção.

Envelhecimento; Idoso; Prevenção de Doenças; Doença Crônica

Referências

- World Bank. Population aging: is Latin America ready? Directions in development. Washington DC: World Bank; 2011.
- Veras RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública 2009; 43:548-54.
- Oliveira M. Políticas para o envelhecimento ativo. O Globo 2011; 20 mai.
- Porter ME, Teisberg EO. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Editora Artmed; 2009.
- Porter ME. A strategy for health care reform: toward a value-based system. N Engl J Med 2009; 361:109-12.
- Veras RP. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. Rev Bras Geriatr Gerontol 2011; 14:779-86.
- Veras RP, Caldas CP. Produção de cuidados à pessoa idosa. Ciênc Saúde Coletiva 2008; 13:1104.
- Lourenço RA, Martins CSF, Sanchez MAS, Veras RP. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. Rev Saúde Pública 2005; 39:311-8.
- Veras RP. Promovendo a saúde e prevenindo a dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes. Rev Bras Geriatr Gerontol 2007; 10:355-70.
- Nichols E. La necesidad de contar con normas. In: Organización Panamericana de la Salud, editor. Prevención clínica: guía para médicos. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1998. p. 38-53. (Publicación Científica, 568).
- Carta de Ottawa: promoção da saúde nos países industrializados. In: Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1. 1986. <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf> (acessado em 10/Mar/2012).
- Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. Ciênc Saúde Coletiva 2012; 17:3689-96.
- Fries JE. Aging, natural death and the compression of mortality. N Engl J Med 1980; 303:130-5.
- Fries JE, Crapo LM. Vitality and aging: implications of the rectangular curve. San Francisco: WH Freeman and Co.; 1981.
- Mattke S, Bergamo G, Balakrishnan A, Martino S, Vakkur N. Measuring and reporting the performance of disease management programs. The RAND Health Working Paper Series, WR-400; 2006. http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2006/RAND_WR400.pdf (acessado em 15/Mar/2012).
- Sidorov JE. Gerenciamento de doenças: passado, presente e futuro. Jornal Brasileiro de Economia da Saúde 2012; 4:20-6.
- Bernstein J, Chollet D, Peterson G. Disease management: does it work? Princeton: Mathematica Policy Research; 2010. (Reforming Health Care Issue Brief, 4).
- Hotltz-Eakin D. An analysis of the literature on disease management program. Letter to the Honorable Don Nickles; 2004. <http://www.cbo.gov/doc.cfm?index=5909> (acessado em 03/Fev/2012).
- McCall N, Cromwell J, Urato C, Rabiner D. Evaluation of phase I of the Medicare Health Support Pilot Program under traditional fee-for-service Medicare: 18-month interim analysis. https://www.cms.gov/reports/downloads/MHS_Second_Report_to_Congress_October_2008.pdf (acessado em 03/Fev/2012).
- Shenkel R. 1-800-chronic disease management (edit). Fam Pract Manag 2005; 12:17.
- Bodenheimer T. Disease management in the American market. BMJ 2000; 320:563-6.
- Veras RP. A necessária gestão qualificada na área da saúde: decorrência da ampliação do segmento etário dos idosos. Jornal Brasileiro de Economia da Saúde 2011; 3:31-9.
- World Health Organization. Good health adds life to years. Global brief for World Health Day 2012. http://www.who.int/world_health_day/2012 (acessado em 04/Abr/2012).

Recebido em 20/Abr/2012

Versão final reapresentada em 09/Jul/2012

Aprovado em 07/Ago/2012

A Educação Formal, os Aspectos Educacionais do (a) Velho (a) Brasileiro (a) e suas Consequências

Tereza Rosa Lins Vieira

Introdução

A educação, propriamente dita, da pessoa idosa brasileira, ainda é uma realidade muito distante, pois a educação formal oferecida ao (a) velho (a) no Brasil tem as mesmas características da educação de jovens e adultos, apesar da necessidade de diferenciá-las para atender melhor as necessidades de aprendizagem desse educando; até onde pesquisamos no Brasil não existe por parte do governo (municipal, federal e estadual) ou entidades privadas, cursos de formação regular dirigidos, exclusivamente, ao(a) velho(a). Há uma carência de ofertas educacionais que permitam a progressão desse dentro do sistema educacional e as metodologias que são utilizadas na educação de crianças e adolescentes no ensino regular são as mesmas utilizadas na educação de adultos e da pessoa idosa.

Identifiquei (2004) que a Educação do (a) velho (a)¹ e a Gerontologia Educativa² são, respectivamente, primeira e segunda áreas majoritárias de atuação da Gerontologia Educacional, designadas assim por Peterson (1990) e são responsáveis, respectivamente, pela educação formal da pessoa idosa, e pela educação da sociedade em geral, nas questões relativas ao envelhecimento. Apontei (2004) que a gerontologia educacional por meio das suas três áreas majoritárias de atuação, constitui-se em uma exigência e necessidade das sociedades contemporâneas para enfrentar o rápido envelhecimento populacional, intervindo na construção e implementação de políticas dirigidas a pessoas idosas, bem como, criando políticas educacionais e contribuindo para o empoderamento do (a) velho (a).

Martín García (1999) levanta cinco interrogantes básicos: por que, para que, o que, onde e como da educação do (a) velho (a). Interrogantes estes que devem ser levados em consideração na hora de se planejar programas educacionais para as pessoas idosas, evitando assim o uso indevido da palavra educação.

Entendo que urge debater a educação formal da pessoa idosa, se queremos uma sociedade mais justa e igualitária, porque acredito (2015) que a educação dirigida ao velho (a) brasileiro(a) deve ser uma educação transformadora, que propicie ferramentas necessárias ao(a) velho(a) para a sua participação e intervenção nas tomadas de decisões referentes à sua vida, dentro da sociedade, deixando de atuar como um sujeito passivo da ação de outros sobre si e suas necessidades, ou seja, que por meio dessa educação para a autonomia, a pessoa idosa se empodere e seja protagonista no seu cotidiano; e que responda aos cinco interrogantes básicos: por

¹ Nomenclatura proposta por Thorton (1982).

² Nomenclatura proposta por Thorton (1982).

que, para que, o que, onde e como da educação do(a) velho(a). Essa educação é indispensável para fomentar uma convivência intergeracional pacífica e um envelhecimento digno para todos os cidadãos.

Nesse artigo temos como objetivo específico: conhecer a educação formal, os aspectos educacionais da pessoa idosa e suas consequências.

I.A Educação Formal do Velho (a) Brasileiro (a) e suas Consequências

Swindell e Thompson (1995, apud Neri, A. et al, 1999), apontam vários motivos para que os planejadores de políticas sociais e educacionais, bem como a própria pessoa idosa, reconheçam a importância da educação. São eles:

- 1- A educação pode ajudar os adultos maduros e pessoas idosas a ter mais autoconfiança e independência, reduzindo a necessidade de recursos públicos e privados.*
- 2- A educação é primordial para a capacitação da pessoa idosa, ao lidarem com os inumeráveis problemas práticos e psicológicos em um mundo complexo, fragmentado e em mudanças.*
- 3- A educação para e pelo idoso intensifica sua atuação e contribuição para a sociedade.*
- 4- A possibilidade de aumentar o autoconhecimento, compreender-se melhor e comunicar as próprias experiências às outras gerações favorece o equilíbrio, as perspectivas pessoais e de mundo, qualidades valiosas em um mundo em mudanças.*
- 5- A educação é crucial para muitas pessoas idosas motivadas para a aprendizagem e a comunicação.*
- 6- Contribui para a diminuição da dependência da população idosa e beneficia seu estado de bem-estar físico e psicológico, o que resulta vantajoso para as famílias e a sociedade, para a Previdência Social e para o sistema de saúde.*

Chamo (2015) novamente a atenção sobre a ausência de uma Política Nacional de Educação da Pessoa Idosa. A educação do velho(a) brasileiro(a) é regida pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1996 - apesar de não fazer referência à educação do(a) velho(a), em seus artigos, mesmo quando aborda a Educação de Jovens e Adultos (EJA) - o título já diz a quem se destina - porém, como esta educação está destinada àqueles que não tiveram acesso ou continuidade de estudos no ensino fundamental e médio, abre uma brecha para a inclusão do(a) velho(a), pois, muitos(as) velhos(as) brasileiros não tiveram acesso ou continuidade de estudos, no entanto, essa educação não é dirigida ao velho(a) brasileiro(a).

Encontrei (2009) uma rápida referência à questão da educação do(a) velho(a) brasileiro(a) no Parecer CNE-11/2000 CEB – 1/2000, quando este aponta que o(a) velho(a) pode atualizar os seus conhecimentos na EJA.

A EJA tem três segmentos:

- a) 1º segmento – 1º ano ao 5º ano do Ensino Fundamental I;
- b) 2º segmento – 6º ano ao 9º ano do Ensino Fundamental II ;
- c) 3º segmento – 1º ano ao 3º ano do Ensino Médio.

Reafirmo (2009) que a educação atual dirigida ao velho (a) brasileiro(a) ainda está muito longe de atender às necessidades formativas dos(as) velhos(as), onde se faz o uso indevido da palavra educação, para nomear muitos programas que seriam mais bem descritos, como recreação ou participação, e que eles se apresentam sob o título de educação.

No Brasil a legislação dirigida ao(a) velho(a) é quem se encarrega de abordar o tema da educação para o(a) velho(a), porém dá apenas diretrizes, como é o caso da PIN (Política Nacional do Idoso) Lei nº.8.842 de 4 de janeiro de 1994, no capítulo IV art.10 – III – na área da educação que preconiza que os currículos, metodologias e material didático devem se adequar aos programas educacionais destinados ao(a) velho(a), assim como, devem ser desenvolvidos programas que adotem modalidades de ensino à distância, adequados às condições dos(as) velhos(as); e também preconiza que como meio de universalizar o acesso às diferentes formas de saber, se deve apoiar a criação de universidades abertas para a terceira idade. À exceção do apoio à criação de universidades abertas para a terceira idade, as outras diretrizes citadas, ainda não se concretizaram.

II. Aspectos Educacionais do Velho (a) Brasileiro (a) e suas Consequências

O Censo Escolar da Educação Básica de 2013 aponta que apenas 13,9% das matrículas em EJA são de pessoas de 60 anos ou mais de idade.

Alerto (2009) que o velho(a) brasileiro(a) no Brasil têm poucos anos de estudos e que a baixa escolaridade, o analfabetismo funcional, faz com que não consigam atuar na nova sociedade do conhecimento e da informação, uma vez que muitos não tiveram acesso, na *“idade certa”*, a uma educação regular e os que tiveram não a tiveram de boa qualidade e os que buscam agora essa educação, tampouco a encontram, pois, a escola, seu corpo docente e demais funcionários não estão preparados para recebê-los. Ainda segundo a autora (2015), a baixa escolaridade do (a) velho(a) provoca uma maior dificuldade para o seu acesso ao mercado de trabalho impedindo-o de suprir as necessidades indispensáveis para a sua sobrevivência. Assim como, pode impedir a sua desenvoltura no mundo tecnológico em que vivemos, dificultando o acesso a novas formas de conhecimento. Portanto, essa baixa

escolaridade, como outras causas, pode responder pela situação de dependência em que vivem muitos(as) velhos(as) no Brasil.

Ainda sobre essa discussão, afirmo (2015) que a escola atual que oferece a Educação de Jovens e Adultos (EJA) – modalidade de educação onde o velho(a) é inserido no sistema educacional brasileiro – contribui para a baixa escolaridade desse velho(a), na medida em que os profissionais que nela trabalham não têm formação específica para atender às necessidades de aprendizagem e empregabilidade desse segmento da população. O currículo, a metodologia, e os materiais didáticos não são adequados às necessidades da pessoa idosa, descumprindo assim o que preconizam a Política Nacional do Idoso (PNI) e o Estatuto do Idoso; a teoria do conhecimento aplicada à educação adotada na maioria das escolas, não é o *construtivismo freireano*³; a escola promove a exclusão digital - outra forma de analfabetismo – ao não promover o acesso às novas tecnologias da informação. Além disso, não há quase ofertas de vagas no sistema de ensino brasileiro na modalidade EJA. Tudo isso faz com que a escola deixe de ser atrativa e acessível para a pessoa idosa, que não se interessa em entrar e/ou permanecer nela.

Nesse sentido, a Síntese dos Indicadores Sociais (SIS,2013) aponta que os idosos de 60 anos ou mais de idade tem média de estudos de 4,2 anos, sendo que 21,8% têm menos de 1 ano de estudo, 17,8% tem de 1 a 3 anos de estudo, 34,6% tem de 4 a 8 anos de estudo, 19,4% tem 9 ou mais anos de estudo, e somente 7,2% tem graduação completa ou mais. Também aponta que a taxa de analfabetismo das pessoas de 60 anos ou mais de idade é de 24,4% em 2012. Em 2011, esse percentual ficou em 24,8%, o que significa que houve uma ligeira queda em 2012. No entanto, pesquisas apontam que no Nordeste o percentual de pessoas de 60 anos ou mais de idade é de 60%.

A SIS (2015), não traz dados específicos sobre o analfabetismo do grupo etário representado por *peçoas de 60 anos ou mais*, para que pudéssemos fazer uma comparação entre os dados levantados na SIS(2013) e na SIS(2015). O novo grupo etário, *55 a 64 anos 13,8%*, que surge não nos permite identificar o percentual de velhos (a) analfabetos nesse corte etário. Identificamos os (as) velhos(as) analfabetos apenas no grupo etário, *65 anos ou mais* com um de percentual de analfabetismo de 26,4%.

Chamo a atenção para o fato de que após a SIS(2013), não foi encontrado, o corte etário *peçoas de 60 anos ou mais* nas pesquisas realizadas em banco de dados institutos de pesquisa como, IBGE, etc. O que nos leva a crer que com a desculpa de que o corte etário 65 anos ou mais facilita a comparação internacional, há um movimento no sentido deslocar a idade da aposentadoria no Brasil para 65 anos de idade.

Como se pode perceber, a situação educacional da pessoa idosa no Brasil é alarmante e o acesso e a permanência da pessoa idosa no sistema educacional é crítico. É imprescindível que esse panorama se modifique, pois, entende-se que a

³ Ver mais sobre o assunto em Gadotti (2002).

educação é a base fundamental para que todos nesse caso, mais, especificamente, a pessoa idosa se empodere coletivamente e seja protagonista, obtendo e mantendo os outros direitos humanos, além do direito à educação. Entretanto, defendemos que a pessoa idosa tenha acesso a uma educação para a autonomia (Freire, 1997), pois consideramos impossível o empoderamento e protagonismo da pessoa idosa que não tenha acesso a essa educação.

Entendo o *empoderamento* na concepção freireana: não individual, nem comunitário, nem meramente social, mas um conceito de *empowerment* ligado à classe social (FREIRE e SHOR, 1986). Ou seja, empoderamento de classe social.

Baqueiro, R.(2012), analisando a concepção freireana de empoderamento, diz que como processo e resultado, este pode ser concebido como emergindo de um processo de ação social no qual os indivíduos tomam posse de suas próprias vidas pela interação com outros indivíduos, gerando pensamento crítico em relação à realidade, favorecendo a construção da capacidade pessoal e social e possibilitando a transformação de relações sociais de poder. E que enquanto categoria perpassa noções de democracia, direitos humanos e participação, mas não se limita a estas. É mais do que trabalhar em nível conceitual, envolve o agir, implicando processos de reflexão sobre a ação, visando a uma tomada de consciência a respeito de fatores de diferentes ordens – econômica política e cultural – que conformam a realidade, incidindo sobre o sujeito. Neste sentido, um processo de empoderamento eficaz necessita envolver tanto dimensões individuais quanto coletivas.

Na atualidade, a educação é reconhecida como um direito fundamental, tanto quanto o direito a envelhecer com dignidade o é, portanto, urge debater Educação e Envelhecimento como direitos do(a) velho(a) pois, entendemos, que a pessoa idosa para se empoderar e ser protagonista, precisa além de ter acesso à educação formal-educação para a autonomia - ter acesso também, à educação para o envelhecimento.

Para Lins, T. (2009) é justificada a relação entre educação e envelhecimento, numa sociedade que envelhece uma vez que o envelhecimento populacional modifica as necessidades formativas da sociedade: em relação à pessoa idosa com o aumento da expectativa de vida desta; em relação aos profissionais que passaram a prestar serviços a uma maior quantidade de velhos (as) e em relação aos outros membros da sociedade que precisam de conhecimentos sobre o envelhecimento para lográ-lo com qualidade. Também é justificada a relação entre educação e envelhecimento, uma vez que o preconceito, os mitos e estereótipos sobre o(a) velho(a), e velhice e o envelhecimento, estão impregnados na sociedade. Sociedade essa, que cultiva a cultura da juventude, reforçada pelos meios de comunicação através, de programas, equivocadamente, chamados de educação para o envelhecimento, onde há a negação da velhice, a exaltação da juventude, e onde sempre o outro é que é o “velho”.

Neri, A. (et al, 1999) aponta que um ponto de vista muito comum é o de negar a educabilidade dos mais velhos, com base em argumentos fundamentados nos estereótipos da velhice incapaz, doentia e improdutiva e que [...] a alegação econômica é de que não compensa fazer investimentos nessa categoria de cidadãos ou trabalhadores.

III. A Modo de Conclusão

É nítida a lacuna que existe no Brasil sobre o que seja, realmente, a educação dirigida à pessoa idosa, pois ficou claro que essa modalidade de educação ainda está muito longe de atender às necessidades formativas do (a) velho (a). É preciso um maior aprofundamento do tema para que a educação da pessoa idosa no Brasil deixe de ter um caráter apenas socializante, mas possa atender a todas as necessidades de aprendizagem do (a) velho (a). Ficou evidente que: para que aconteça uma educação que atenda às necessidades de aprendizagem do adulto maior, é necessário responder antes, aos cinco interrogantes básicos, já citados, que Martín García (1999) tão apropriadamente levanta: por que, para que, o que, onde e como da educação da pessoa idosa.

No caso brasileiro, especificamente, a educação que é dirigida, exclusivamente, à pessoa idosa está restrita ao que é oferecido nas “Universidades de Terceira Idade” e em algumas instituições privadas, que se situam no plano dos programas que segundo Peterson (1990) utilizam o termo educação de maneira inadequada e inapropriada.

Essas iniciativas “educacionais”, para os adultos maiores no Brasil são recentes e carecem de uma fundamentação teórica e pedagógica, portanto, é necessário investigações sobre o tema para que essas iniciativas educacionais deixem de ter um caráter primordialmente socializador.

Ficou claro que existem poucos dados oficiais disponíveis sobre a educação de do(a) velho(a) no Brasil, porque na grande maioria das pesquisas sobre a educação brasileira, os dados sobre o(a) velho(a) aparecem entre a os dados da população de 25 anos e mais de idade que é atendida pela EJA. Os poucos dados que foi obtido, especificamente, sobre a educação da pessoa idosa, só foi possível devido a algumas pesquisas, específicas, para investigar a população idosa.

Diante do exposto, se conclui que a educação formal dirigida à pessoa idosa com vistas à autonomia dos velhos e das velhas para transitarem na sociedade do conhecimento e da informação e a educação para o envelhecimento da população em geral para afrontar seu próprio envelhecimento - educação capaz de modificar a visão negativa sobre o (a) velho (a) e a velhice que está impregnada na sociedade - é exigência para o empoderamento e protagonismo da pessoa idosa e uma necessidade das sociedades contemporâneas, principalmente, a brasileira.

IV. Referências

BAQUEIRO, Rute. A Situação das Américas: Democracia, Capital Social e Empoderamento. Revista *Debates*, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p.173-187, jan.-abr. 2012.

BRASIL. *Política Nacional do Idoso*. Recife: Escola Dom Bosco de Artes e Ofício; 2001.

BRASIL. Estatuto do Idoso. São Paulo: Editora Escala; 2003.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/legis/default.shtm>

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Educação em Direitos Humanos: Diretrizes Nacionais, *In*: Caderno de Educação em Direitos Humanos. Brasília, DF. Coordenação Geral de Educação em SDH/PR, Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2013.

BRASIL. Síntese dos Indicadores Sociais 2013 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD) Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro, 2012. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

BRASIL. Censo Escolar 2013. INEP/MEC. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, Ministério da Educação. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/basica/censo/Escolar/sinopse/sinopse.asp>.

BRASIL. Síntese dos Indicadores Sociais 2015 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD) Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro, 2014. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 6ª. ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

FREIRE, Paulo; SHOR, Ira. (1986) Medo e ousadia – o cotidiano do professor. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

GADOTTI, Moacir. Um legado de esperança. Porto Alegre, Artes Médicas Sul. (2001)

LINS, Tereza. Formação de profissionais educadores: Pistas para um programa alternativo. Dissertação. Universidade de Salamanca. 2004.

_____. Em busca do gerontólogo educacional brasileiro: uma construção do modelo do gerontólogo educacional a ser aplicado no Brasil. Salamanca. Tese [Doutorado] em Educação de Pessoas Adultas – Universidade de Salamanca; 2009.

_____. Cartografia do envelhecimento e do velho brasileiro: uma revisitação. Recife. Relatório de Pesquisa [Pós-doutorado em Educação] – Universidade Federal de Pernambuco; 2015.

_____ Gerontologia Educacional: Que?? IV Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. 2015, Campina Grande; In: Anais CIEH (2015); Editora Realize; 2015; Vol. 2, N.1 ISSN 2318-085.

MARTÍN García. A.V. Educación y vejez: aproximación y justificación conceptual. In: YUBERO, S. et al. Envejecimiento, sociedad y salud. Cuenca: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla la mancha; 1999, 11-42.

NERI, Anita, L.M.C. Velhice bem-sucedida e educação. In: NERI, A.L.; DEBERT, G.G. (orgs). Velhice e sociedade. Campinas, São Paulo: Papirus, 1999.

PETERSON David.A. A history of the education of older learners. Sherron, R.M.; Lumsdem, D.B. eds. 1978: Introduction to educational gerontology. Washington,D.C: Hemisphere Publishiing Corporation; 1990.

THORTON, J.E. Gerontology in Canada. Educational Gerontology, 18 (i.5), 415-431; 1982.

Dados da Autora:

Tereza Rosa Lins Vieira (representação no CNDI da Associação Nacional de Gerontologia do Brasil / ANG Brasil) Formação: Licenciatura e Especialização em Educação Física (Universidade de Pernambuco-UPE); Pedagogia (incompleto/Universidade Católica de Pernambuco-UNICAP); Doutorado e Mestrado em Educação de Pessoas Adultas (Universidade de Salamanca/Espanha); Mestrado em Gerontologia Social (Universidade de Barcelona/Espanha); Pós-doutorado em Educação (Universidade Federal de Pernambuco-UFPE).

O processo de envelhecimento e o respeito à pessoa idosa na perspectiva legal

B. Amin Aur

I

Na sua apresentação, sob o tema “*A Educação Formal, os Aspectos Educacionais do Velho(a) Brasileiro(a) e suas Consequências*”, a Professora Tereza Lins, discorreu com muita propriedade sobre diversos aspectos da Educação desse contingente da população, concluindo que a educação formal e a educação para o envelhecimento, são exigidos para seu empoderamento e protagonismo.

E, quando destacou a **educação para o envelhecimento**, chamou a atenção para a necessidade de a população em geral se preparar para seu envelhecimento.

É exatamente essa a visão do [Estatuto do Idoso](#) (Lei Federal nº 10.741/2003), quando determina em seu Art. 22:

“Nos currículos mínimos dos diversos níveis de ensino formal serão inseridos conteúdos voltados ao processo de envelhecimento, ao respeito e à valorização do idoso, de forma a eliminar o preconceito e a produzir conhecimentos sobre a matéria”.

Esta determinação já vinha da lei que havia disposto sobre a **Política Nacional do Idoso** da [\(Lei nº 8.842/1994, alínea “b” do inciso III do Art. 10\)](#):

“inserir nos currículos mínimos, nos diversos níveis do ensino formal, conteúdos voltados para o processo de envelhecimento, de forma a eliminar preconceitos e a produzir conhecimentos sobre o assunto”.

São, portanto, duas leis federais repetindo o mesmo mandamento e, nem por isso, sua real aplicação se efetivou pelas unidades educacionais dos diferentes

Sistemas de Ensino, aos quais cabe fazer com que elas, sejam públicas ou privadas, incluam essa temática em seus currículos, pois cabe a cada uma a formulação de seu Projeto Pedagógico.

No geral, as escolas têm deixado de prescrever essa inclusão obrigatória nos currículos

Os **Sistemas de Ensino** são de três níveis: o Federal, o Estadual e o Municipal, autônomos entre si, todos obedecendo as leis federais e as Diretrizes Nacionais emitidas pelo Conselho Nacional de Educação:

- O **Sistema Federal de Ensino** inclui o Conselho Nacional de Educação, órgão deliberativo e normativo, e o Ministério de Educação, órgão executivo, e todas as unidades educacionais de Educação Básica e de Educação Superior mantidas pelo Poder Público Federal + todas as privadas de Educação Superior.
- Cada **Sistema Estadual de Ensino** e do **Distrito Federal** inclui o Conselho Estadual/Distrital de Educação, órgãos deliberativos e normativos, e as respectivas Secretarias de Educação, órgãos executivos, e todas as unidades educacionais de Educação Básica e de Educação Superior mantidas pelo Poder Público Estadual e Distrital + todas as privadas de Ensino Fundamental e Médio + todas as de Educação Superior mantidas pelos seus Municípios.
- Cada **Sistema Municipal de Ensino** inclui o Conselho Municipal de Educação, órgão deliberativo e normativo, e as respectivas Secretarias de Educação, órgãos executivos, e todas as unidades educacionais de Educação Básica mantidas pelo Poder Público Municipal + todas as privadas de Educação Infantil.

escolares, até mesmo por omissão dos Sistemas de Ensino que não agem no sentido de fazer cumprir a determinação de ambas as citadas leis, o que confirma e contribui para a invisibilidade em que é mantida a questão do envelhecimento e, em consequência, o respeito devido e o empoderamento e protagonismo da pessoa idosa.

A seguir, a questão é abordada com foco na Educação Básica, a qual inclui as etapas da Educação Infantil (Creche e Pré-Escola), Ensino Fundamental e Ensino Médio, com suas várias modalidades.

II

Os componentes obrigatórios estão indicados na *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB* (Lei Federal nº 9.394 /1996).

Ocorre que outras leis dispõem, também, sobre obrigatoriedades no ensino. São leis específicas, que determinam que, em todas as etapas, de forma transversal, devem ser incluídos determinados temas/conteúdos/estudos, entre os quais o do *envelhecimento, e respeito e valorização da pessoa idosa.*

Temas determinados por outras leis que não a LDB:

- *Processo de Envelhecimento e ao Respeito e Valorização da Pessoa Idosa* (Lei nº 10.741/2003, que institui o Estatuto do Idoso, e [Lei nº 8.842/1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso](#));
- *Educação para o Trânsito* (Lei nº 9.503/1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro);
- *Educação Alimentar e Nutricional* (Lei nº 11.947/2009, que dispõe sobre Alimentação Escolar e o Programa Dinheiro Direto na Escola);
- *Educação Ambiental* (Lei nº 9.795/1999, que institui a Política Nacional de Educação Ambiental, agora também inscrita na LDB);
- *Educação Digital para capacitação para o uso seguro, consciente e responsável da Internet* ([Lei nº 12.965/2014, que estabelece princípios, garantias, direitos e deveres para o uso da Internet no Brasil / Marco Civil da Internet](#)).

O relevante é que, no caso da temática do idoso, *há legislação que obriga sua inclusão nos “diversos níveis de ensino formal”*.

O Conselho Nacional de Educação, para cada uma das etapas da Educação Básica, instituiu as respectivas *Diretrizes Curriculares Nacionais*, interpretando a LDB e dispondo sobre a organização dos seus currículos, sendo estas diretrizes de aplicação obrigatória pelos Sistemas de Ensino Federal, Estaduais e do Distrito Federal, e Municipais, sendo que, em duas delas está indicada a obrigatoriedade da temática do envelhecimento e do respeito e valorização da pessoa idosa.

Os Sistemas de Ensino, no respectivo âmbito de competência, têm autonomia, para instituir diretrizes complementares àquelas nacionais. Nos Estados e no Distrito Federal, o órgão normatizador é o Conselho Estadual ou o Distrital de Educação. Nos Municípios, é o respectivo Conselho Municipal de Educação.

III

Os estudos obrigatórios são os previstos em lei, seja a LDB, sejam outras leis.

Como há obrigatoriedade legal de inserção de conteúdos referentes ao idoso nos currículos escolares, a conclusão só pode ser uma: a Lei obriga a fazer, portanto, não pode deixar de ser feito, seja na forma de aulas específicas, seja mediante outras opções didático-pedagógicas flexíveis.

Por outro lado, é consenso que os currículos escolares devem evitar a plethora de disciplinas e de estudos segmentados. Nesse sentido, a própria LDB possibilita a organização de currículos, no todo ou em parte, desenhados de formas flexíveis, não estruturados por disciplinas, mas com tratamento interdisciplinar e/ou transversal e contextualizado, não havendo correlação necessária entre componente e formato de disciplina específica.

Assim, para efetivar essa obrigação, é acertado que a temática relativa ao idoso seja *tratada de forma flexível, interdisciplinar e/ou transversal*, quando do estudo de componentes disciplinares já instituídos, não precisando, portanto, ser incluída como disciplina específica, para não sobrecarregar o currículo.

IV

Há fortes razões para duvidar que, mesmo o *tratamento interdisciplinar e/ou transversal da temática da pessoa idosa* esteja sendo realizado pelas escolas, pelo que cabe solicitar aos Conselhos de Educação que emitam norma reiterando a obrigatoriedade do tema e disciplinando sua efetiva aplicação.

E cabe solicitar às Secretarias de Educação que sejam reforçadas instruções específicas para que as escolas *efetivamente* tratem do obrigatório tema do idoso pelas “*variadas opções didáticas*” possíveis.

Como o Ministério da Educação está elaborando proposta, a ser apreciada pelo Conselho Nacional de Educação, visando a instituir uma *Base Nacional Comum Curricular* para todo o país, é o momento para indicar a ambos a necessidade de ser considerada a obrigatória inclusão dessa temática nos Projetos Pedagógicos de todas as escolas, sejam privadas, sejam públicas (federais, estaduais ou municipais).

Dados do autor:

B. Amin Aur (representação no CNDI da Ordem dos Advogados do Brasil / OAB) - Formação: Bacharelado em Ciências Jurídicas e Sociais (Universidade de São Paulo) e em Serviço Social (Faculdade de Serviço Social do Rio de Janeiro), e Bacharelado e Licenciatura em Filosofia (Universidade de São Paulo) Consultor em Educação e, atualmente, membro do Conselho Municipal de Educação de São Paulo.