

# O ACESSO À SAÚDE APÓS O ESTATUTO DO IDOSO

Alexsandra Gato Rodrigues<sup>1</sup>

Patrick Costa Meneghetti<sup>2</sup>

*O maior pecado contra nossos semelhantes não é odiá-los, mas de ser indiferentes para com eles”.*

Bernard Shaw

**Resumo:** O presente artigo apresenta resumidamente o processo histórico da Política Nacional do Idoso e da criação do Estatuto do Idoso no Brasil. Discute o direito à saúde, avanços e dificuldades para as pessoas com mais de 60 anos, considerando que a positivação dos Direitos em Lei é um avanço, pois as reivindicações passam a ser protegidas e legitimadas pela estrutura estatal. O Estatuto do Idoso representa um avanço legal, na medida em que regulamenta princípios já garantidos pela Constituição de 1988.

**Palavras-Chave:** Envelhecimento. Saúde. Estatuto do Idoso.

## THE ACCESS TO HEALTH AFTER THE ELDERLY STATUTE

**Abstract:** This paper briefly presents the historical process of

---

<sup>1</sup> Advogada. Mestre em Desenvolvimento pela Unijuí, Especialista em Direito Constitucional Aplicado pela UNIFRA. Professora do Curso de Direito da Faculdade Palotina – FAPAS, Santa Maria, RS (alexsa@brturbo.com.br).

<sup>2</sup> Estudante de Direito da Faculdade Metodista de Santa Maria (FAMES). (patrick.meneghetti@bol.com.br).

the Elderly National Policy and the creation of Elderly Statute in Brazil. It discusses health rights, advancements and difficulties to people older than sixty, considering that the enforcement of rights in Law is an achievement, claims were met and legitimated by the state. The Elderly Statute represents a legal advancement, as it regulates the principles already assured by the 1988 Constitution.

**Keywords:** Aging. Health. Elderly Statute.

## INTRODUÇÃO

A terceira idade, para a Organização Mundial da Saúde, tem início a partir dos 60 anos, em países como o Brasil. Nesse período da vida, as pessoas passam a ser chamadas de “idosas”, expressão que acaba ofendendo a alguns indivíduos, pois a relacionam a uma outra expressão, “velha”, significando algo já usado, gasto e, portanto, sem utilidade. Considerar “velha” uma pessoa com mais de 60 anos tem uma explicação: em muitos países, é a fronteira para a aposentadoria.

No entanto, a velhice precisa ser vista como mais uma etapa da vida que pode ser plena de realizações. Agindo dessa maneira, os indivíduos alcançam um maior equilíbrio, mudam a ideia que fazem de si, alterando, conseqüentemente, a ideia que os outros fazem deles.

A evolução da sociedade e o avanço científico-tecnológico, com certeza, estão propiciando a construção de um novo conceito para os idosos, porque eles também não são mais os mesmos. Em todas as formas de aumentar o respeito à população mais velha, as polí-

ticas públicas estão voltadas para sua proteção, seu cuidado e sua qualidade de vida. Estas políticas estão buscando considerar a participação dos idosos, grupo social que desponta como ator importante na trama das organizações sociais do século XXI.

Ricos ou pobres, ativos ou com algum tipo de dependência, muitos sustentam famílias, dirigem instituições e movimentam grande parte do mercado de serviços que vão desde turismo, lazer e estética, até assistência médica e social.

Assim, pode-se dizer que os conceitos de velhice e envelhecimento são socialmente construídos. O único conceito puro de velhice não é o social, político ou psicológico, mas o biológico. No entanto, este também está vivendo uma revolução em favor da terceira idade. O que falta é uma revolução econômica e, antes dela, uma revolução política, que dê aos idosos o respeito que eles merecem.

## **2 HISTÓRIA DO ESTATUTO DO IDOSO: UMA LONGA JORNADA**

O Estatuto do Idoso percorreu um longo caminho até ser aprovado. Foi muito tempo de luta, mais especificamente, 20 anos. A discussão interna entre os associados de inúmeras entidades que representam os interesses de idosos e aposentados começou em 1983 e foi se consolidando até meados da década de 90.

Em 1997, as várias propostas e sugestões levantadas em inúmeros encontros, debates, seminários e audiências públicas, realizados em vários estados da Federação, foram sistematizados pelo então Deputa-

do Federal Paulo Paim, em um projeto de lei abrangente e objetivo, apresentado à Câmara dos Deputados. Em 1999, a Comissão de Seguridade da Câmara aprovou o projeto, sendo criada, então, a Comissão Especial que, no dia 29 de agosto de 2001, aprovou-o de forma unânime. Três meses depois, em 22 de novembro, o texto foi aprovado pela Comissão Especial. Participaram do Seminário, além de parlamentares, representantes da Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas, do Movimento de Servidores, Aposentados e Pensionistas, da Associação Nacional de Gerontologia, da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura, dentre vários outros dirigentes de entidades de todo o País. Os participantes foram unânimes em reconhecer a necessidade da aprovação do Estatuto do Idoso.

O projeto de lei ganhou aliados fortíssimos em 2003: a Campanha da Fraternidade da CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil) e a novela da Rede Globo, *Mulheres Apaixonadas*. O tema da Campanha da CNBB foi “Fraternidade e pessoas idosas – Vida, Dignidade e Esperança”. Já a novela da Globo abordou o drama da velhice por intermédio de um casal maltratado pela neta, personagens interpretados pelos atores Carmem Silva e Oswaldo Louzada.

O Estatuto do Idoso foi aprovado por unanimidade pelo Plenário da Câmara dos Deputados, em 21 de agosto de 2003. Na Câmara, o relatório do Deputado Silas Brasileiro incorporou alguns dispositivos sugeridos em emenda substitutiva do governo, sendo fruto do trabalho conjunto de parlamentares, es-

pecialistas, profissionais das áreas da Saúde, Direito, Assistência Social e das entidades organizadas e organizações não-governamentais voltadas para a defesa dos direitos e proteção aos idosos.

No exercício da Presidência do Senado Federal, Paulo Paim recebeu, no dia 22 de agosto, o texto do Estatuto do Idoso aprovado pela Câmara dos Deputados. Paim o definiu como um marco para a sociedade brasileira, classificando o momento em que o recebia como histórico. O senador já previa que o senado votaria logo a matéria.

O texto foi entregue pelo relator, deputado Silas Brasileiro, e pelo secretário-geral da Mesa da Câmara, Mozart Vianna. Estavam ainda presentes o cônego José Carlos Dias Toffoli, secretário-executivo da Campanha da Fraternidade da CNBB, e representantes da Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas, da frente Parlamentar das Entidades em Defesa da Previdência Social Pública e do Conselho Nacional de Direitos dos Idosos, entre outras entidades. O Senador Paim destacou:

É um momento histórico porque está acontecendo uma mudança de cultura. O mundo olha para o Brasil neste momento. Esse Estatuto já está sendo discutido em outros países a partir da peça construída aqui. Tudo está contemplado no Estatuto. A saúde, a educação, a habilitação, a ação do Ministério Público para acelerar processos em defesa do idoso. Então, é um momento ímpar.

O Senador afirmou ainda que o País teria, a partir daquele momento, um instrumento tão contundente

te quanto o Estatuto da Criança e do Adolescente para garantir a cidadania plena dos idosos. Ele salientou a importância da CNBB na aprovação do projeto, pelo impacto da Campanha da Fraternidade, induzindo o País a voltar seus olhos para a velhice. Elogiou, ainda, a participação dos meios de comunicação no debate.

### 3 ESTUDO DE ALGUNS ARTIGOS DO ESTATUTO DO IDOSO

No campo Legislativo, o idoso no Brasil está bem amparado. A sua proteção, antes mesmo da Lei n.º 10.741, de 2003, já era garantida pela Constituição Federal de 1988. A CF/88, logo no artigo 1º, declara que são princípios fundamentais da República Federativa do Brasil a cidadania e a dignidade humana (incisos I e II). O idoso é ser humano, possuindo, portanto, *status* de cidadão e, por consequência, deve ser contemplado por todos os instrumentos asseguradores da dignidade humana aos brasileiros, sem distinção.

No entanto, como o idoso, muitas vezes, não é tratado como cidadão, a realidade obrigou o constituinte a ser bem claro no texto, estabelecendo meios legais para que o idoso deixe de ser discriminado e receba o tratamento que lhe é devido. Assim, a Constituição Federal estipula que um dos objetivos fundamentais da República é o de promover o bem de todos, sem preconceito ou discriminação em face da idade do cidadão (bem como de origem, raça, sexo, cor e qualquer outra forma de discriminação (artigo 3º, inciso IV).

A nova legislação abre perspectivas para o resgate

da dívida social existente em relação ao idoso. O artigo 2º do Estatuto do Idoso afirma:

O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade<sup>3</sup>.

Importante foi, porém, conduzir especificamente ao Estado, à família, à comunidade e à sociedade a obrigação de dar materialização aos direitos dos idosos, pois, com esta especificação, ainda que genérica, rompe-se com a tradição jurídica de tratar do problema do idoso sob a ótica privatista do direito civil. Esta especificação de obrigação à sociedade e à comunidade bem espelha uma visão solidarista do Direito que deve nortear o intérprete-aplicador.

Em complemento, o artigo 5º preceitua que “a inobservância das normas de prevenção importará em responsabilidade à pessoa física ou jurídica nos termos da lei”.

De suma importância, igualmente, o artigo 9º, que estabelece ser “obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade”.

---

<sup>3</sup> Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso). Artigo 2º.

Verdadeira novidade reside na previsão dos artigos 12 e 13, os quais estabelecem que a obrigação de prestação de alimentos é solidária, sendo que as transações relativas a ela poderão ser celebradas perante o Promotor de Justiça, valendo como título executivo extrajudicial. Tal possibilidade representa uma alternativa aos modos convencionais de constituição da obrigação ou de seu ajustamento, que ordinariamente devem passar pela chancela judicial, implicando, sem dúvida, na celerização da resolução do conflito eventualmente existente, funcionando como instância prévia ao ajuizamento da ação.

O parágrafo 3º, do artigo 15, determina que “é vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade”. Tal prática é corriqueira. Surge, porém, a questão da aplicabilidade do dispositivo aos contratos já celebrados, pois se trata de norma de ordem pública e há precedentes doutrinários e jurisprudenciais que advogam a retroatividade da norma de ordem pública. Tal se deu com a Lei n.º 9.032, de 1995, consoante se verifica na seguinte ementa:

PREVIDENCIÁRIO. REVISÃO DE BENEFÍCIO. AUXÍLIO-ACIDENTE. LEI N.º 9.032/95. RETROATIVIDADE DA NORMA DE ORDEM PÚBLICA QUANDO MAIS BENÉFICA AO HIPOSSUFICIENTE. CUSTAS PROCESSUAIS PELA METADE. REMESSA OFICIAL. 1. A Lei n.º 9.032/95 alcança os benefícios acidentários já definidos antes de sua vinda ao mundo jurídico, face a aplicação imediata de norma de ordem pública e a aplicação da lei mais benéfica ao hipossuficiente. 2. Precedentes do Egrê-

gio Superior Tribunal de Justiça [...]»<sup>4</sup>.

Os idosos têm direito ao convívio familiar e é notório que as dificuldades financeiras acabam, em muitos casos, a impedir que eles possam utilizar de serviços de transporte para visitar familiares. Com a centralização dos serviços de saúde nas capitais e cidades de maior porte, o transporte também tem reflexo direto na questão da saúde. No sistema de transporte coletivo interestadual, observar-se-á, nos termos da legislação específica:

I – a reserva de 2 (duas) vagas gratuitas por veículo para idosos com renda igual ou inferior a 2 (dois) salários mínimos;

II – desconto de 50% (cinquenta por cento), no mínimo, no valor das passagens, para os idosos que excederem as vagas gratuitas, com renda igual ou inferior a 2 (dois) salários-mínimos.

Parágrafo único. Caberá aos órgãos competentes definir os mecanismos e os critérios para o exercício dos direitos previstos nos incisos I e II.<sup>5</sup>

Referida norma foi regulamentada pelo Decreto n.º 5.130/04, aplicando-se o benefício para as pessoas com idade superior a 60 anos. A Associação Brasileira das Empresas de Transporte Terrestre de Pas-

---

<sup>4</sup> Apelação Cível n.º 1999.04.01.087298-6/SC (00079689), 3ª. Seção do TRF da 4ª. Região, Rel. Juiz Marcos Roberto Araújo dos Santos. J. 30.05.2000. Publ. DJU 21.06.2000, p. 20.

<sup>5</sup> Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso). Artigo 40, I, II e Parágrafo Único.

sageiros (ABRATI) ingressou com ação cautelar (n.º 2004.34.00.022884-3) na 14ª. Vara da Fazenda Pública de Brasília, na qual logrou acolhida em pedido de liminar para impedir que a ANTT e o Governo Federal apliquem punições às empresas pelo descumprimento da norma questionada na referida demanda.

A Agência Nacional de Transportes Terrestres ingressou com agravo pelo qual foram suspensos os efeitos da liminar. A Abrati ingressou, porém, com mandado de segurança (n.º 2004.01.00037268-5) e obteve, em 25 de agosto de 2004, restauração da liminar cassada, o que hoje já se encontra regulamentado.

Alguns dos argumentos apresentados na ação mandamental de fato merecem reflexão, como, por exemplo, a comprovação de renda por documento de recolhimento do INSS, pois o valor recolhido pelo beneficiário nem sempre espelha sua renda.

Neste sentido, a existência do Estatuto do Idoso é um passo importante: se as normas por si só não alteram a realidade, ao menos sua existência facilita as transformações.

#### **4 DIREITO À SAÚDE DO IDOSO NA POLÍTICA NACIONAL**

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje faz parte da realidade da maioria das sociedades. Estima-se, para o ano de 2050, que existam cerca de dois bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. No Brasil, segundo dados

do IBGE, com base no Censo de 2000, a população de idosos representa um contingente de quase 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (8,6% da população brasileira).

O rápido processo de envelhecimento da população brasileira se dá em razão de uma transição que tem como fatores relevantes a diminuição das taxas de mortalidade e fecundidade, melhores condições de saneamento básico e esgoto, melhoria da renda das famílias, maior domínio das doenças infecto-contagiosas, as vacinações sistemáticas e os novos e modernos processos terapêuticos existentes no combate às doenças em geral.

Este acelerado crescimento da população idosa despertou para a necessidade de se elaborar políticas públicas que contemplem este segmento populacional, bem como uma preocupação, no Ministério da Saúde, em estruturar na Atenção Básica e nos demais níveis de atenção em saúde, atendimento integral, especializado e humanizado. O Pacto pela Vida/2006 coloca a Atenção à Saúde do Idoso como uma de suas prioridades, objetivando implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, uma vez que é função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível.

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Esta possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o

contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas.

O envelhecimento da população de forma ativa e saudável é um grande desafio para o setor saúde.

No Brasil, em dezembro de 1999, o Sr. Ministro da Saúde, considerando a necessidade de o setor saúde dispor de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do idoso, bem como a conclusão do processo de elaboração da referida política que envolveu consultas a diferentes segmentos direta e indiretamente envolvidos com o tema e, considerando, ainda, a aprovação da proposta da política mencionada pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde, resolveu aprovar a Política Nacional de Saúde do Idoso e determinar que os órgãos e as entidades do Ministério da Saúde (MS), cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 1999).

Esta Política, em sua introdução, assume que o principal problema que pode afetar o idoso, como consequência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Estudos populacionais realizados no País têm demonstrado que não menos que 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica, e cerca de 10% apresentam pelo menos cinco dessas enfermi-

dades (CEI-RS, 1997; RAMOS et al., 1993). A presença de uma ou mais enfermidade crônica, no entanto, não significa que o idoso não possa conservar sua autonomia e realizar suas atividades de maneira independente. De fato, a maioria dos idosos brasileiros é capaz de se autodeterminar e organizar-se sem necessidade de ajuda, mesmo sendo portador de uma ou mais dessas enfermidades. Os mesmos estudos citados acima revelam que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de auxílio para realizar pelo menos uma atividade instrumental da vida diária, como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições ou limpar a casa, e que 10% requerem ajuda para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se e, até, sentar e levantar de cadeiras e camas (RAMOS et al., 1993).

Para o alcance do propósito da Política Nacional de Saúde do Idoso, foram definidas como diretrizes essenciais a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos especializados; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas.

Todas as ações em saúde do idoso, como o previsto na referida Política, devem objetivar ao máximo manter o idoso na comunidade, junto de sua família, da forma mais digna e confortável possível. Seu deslocamento para um serviço de longa permanência, seja ele um hospital de longa estada, asilo, casa

de repouso ou similar, pode ser considerada uma alternativa somente quando falharem todos os esforços anteriores (GALINSKY, 1993).

A internação dos idosos em serviços de longa permanência representa um modelo excludente e que causa uma importante deterioração na capacidade funcional e autonomia. Mesmo a internação hospitalar por curto prazo de tempo leva a este tipo de perda. Sager et al. (1996) demonstraram que, comparando a capacidade para realização de atividades básicas da vida diária que o idoso possuía antes da internação, em um leito de agudos por curto prazo de tempo, em relação à do momento da alta, levou a uma significativa queda desta capacidade. Em nova avaliação, três meses após, verificou-se que os níveis de capacidade funcional não tinham sido totalmente recuperados em relação aos de antes da internação.

O retorno ao modelo de cuidados domiciliares, como proposto na política em tela, não pode ter como única finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades. A assistência domiciliar aos idosos com comprometimento funcional demanda programas de orientação, informação e apoio de profissionais capacitados em saúde do idoso e depende, essencialmente, do suporte informal e familiar, constituindo-se num dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional. Isso não significa, no entanto, que o Estado deva deixar de ter um papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS, capaz de otimizar o suporte familiar.

O cuidado comunitário do idoso deve basear-se,

especialmente, na família e na atenção básica de saúde, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), em especial daquelas sob a estratégia de saúde da família, que devem representar para o idoso, idealmente, o vínculo com o sistema de saúde.

O Brasil, nas últimas décadas, vem conquistando importantes avanços no campo da saúde. O processo de construção do SUS, regulamentado pela *Constituição Federal* de 1988 e pelas Leis Complementares, vem gradativamente ocorrendo sobre os pilares da universalização, da integralidade, da descentralização e da participação popular.

Porém, o modelo assistencial ainda forte no País é caracterizado pela prática médica voltada para uma abordagem biológica e intra-hospitalar, associada a uma utilização irracional dos recursos tecnológicos existentes, apresentando cobertura e resolubilidade baixas e com elevado custo. Dessa forma, gera grande insatisfação por parte dos gestores do sistema, dos profissionais de saúde e da população usuária dos serviços. Assim sendo, o grande desafio para o sistema é conseguir traduzir os avanços obtidos no campo legal em mudanças efetivas e resolutivas da prática da atenção à saúde da população. O êxito da reforma proposta com o uso potencializado da atenção básica, complementada pela rede de serviços especializados e hospitalares, vem sendo a busca permanente dos gestores de saúde.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde assumiu, a partir de 1994, a Estratégia de Saúde da Família, visando à reorganização do modelo tradicional por intermédio da reesquematização da atenção básica à

saúde. A proposta é uma nova dinâmica para a organização dos serviços básicos de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade, assumindo os compromissos de:

- Reconhecer a saúde como um direito de cidadania, humanizando as práticas de saúde e buscando a satisfação do usuário pelo seu estreito relacionamento com os profissionais de saúde;

- Prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva e de boa qualidade à população, na unidade de saúde e no domicílio, elegendo a família, em seu contexto social, como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;

- Identificar os fatores de risco aos quais a população está exposta e neles intervir de forma apropriada;

- Proporcionar o estabelecimento de parcerias pelo desenvolvimento de ações intersetoriais que visem à manutenção e à recuperação da saúde da população;

- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

Apesar de essa Estratégia ser operacionalizada a partir das UBS, todo o sistema deve estar estruturado segundo a sua lógica, pois a continuidade da atenção deve ser garantida por um fluxo contínuo setorial. A implantação da mesma vem possibilitando a integralidade da assistência e a criação de vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a população.

O profissional deve ser capaz de perceber a multicausalidade dos processos mórbidos, sejam físicos,

mentais ou sociais, tanto individuais, quanto coletivos, contextualizando sempre o indivíduo em seu meio ambiente. Deve estar voltado à criação de novos valores, trabalhando mais a saúde do que a doença e, basicamente, por meio do trabalho interdisciplinar. Dessa maneira, o profissional de uma UBS sob a nova estratégia atua nos fatores que alteram o equilíbrio entre o indivíduo e o ambiente, compreendendo a saúde em seu sentido mais abrangente. Para tanto, ele busca conhecer detalhadamente a realidade das famílias que moram em sua área de abrangência, incluindo seus aspectos físicos e mentais, demográficos e sociais. Cabe a ele, também, identificar os problemas de saúde prevalentes na área de sua abrangência e, construir, junto com as famílias, um diagnóstico psicossocial que detecte situações de vulnerabilidade familiar. Ele planeja, organiza e desenvolve ações individuais e coletivas, avaliando, de forma constante, seus resultados. Para tanto, é necessário que ele tenha uma visão sistêmica e integral do indivíduo e da família, trabalhando com suas reais necessidades e disponibilidades, valendo-se de uma prática tecnicamente competente e humanizada, pelas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por sua expressiva participação e atividade na sociedade, quer direta ou indiretamente, o idoso não pode ficar à margem da vida nacional. Os desafios

trazidos pelo envelhecimento da população têm diversas dimensões e dificuldades, mas nada é mais justo do que garantir ao idoso a sua integração na comunidade.

Todavia, é de conhecimento geral que o distanciamento havido entre as disposições legais e a realidade dos idosos no Brasil é enorme<sup>6</sup>. Para que esta situação se modifique, é preciso que ela seja debatida e reivindicada em todos os espaços possíveis, pois somente uma grande mobilização é capaz de configurar um novo olhar sobre o processo de envelhecimento dos cidadãos brasileiros.

A Política Nacional do Idoso, estabelecida através da lei n.º 10.741, de 2003, objetiva pôr em prática ações voltadas para os que estão em processo de envelhecimento avançado, no sentido de garantir-lhes melhor qualidade de vida. Nesta relação do que compete às entidades públicas, encontram-se importantes obrigações, como estipular a criação de locais de atendimentos domiciliares, apoiar a criação de universidades abertas à terceira idade, garantir a participação no mercado de trabalho e impedir a discriminação do idoso.

A lamentável situação em que se encontra o idoso não é por falta de legislação, pois esta é farta. No entanto, é mal elaborada ou simplesmente descumprida. Sendo assim, é necessária a mobilização social para o devido respeito ao idoso, exigindo principalmente do Poder Público, a implementação da Política

---

<sup>6</sup> GROISMAN, Daniel. Velhice e história: perspectivas teóricas. *Cadernos do IPUB*. v. I, n. 10, p. 03, 1999.

## Nacional do Idoso.

O Brasil é um dos países onde tem mais crescido a população de idosos e urgentemente se faz por em prática a Política Nacional do Idoso, cujas leis já estão em vigor. É preciso, além de vontade política para efetivamente tirar do papel as diretrizes editadas nas citadas leis, que a sociedade, num todo, acorde definitivamente para a triste realidade na qual o idoso é tratado como alguém fora da sociedade, sem mais nada a acrescentar, descartável.

Infelizmente, em nosso país, o aumento na expectativa de vida não é acompanhado de boa qualidade de vida, uma vez que existem vários aspectos que produzem sofrimento e desconforto aos idosos.

O Estatuto do Idoso é lei e, ainda que a aplicação de alguns artigos sofra resistência por parte de certos setores da sociedade, acredita-se que a sua aplicabilidade seja uma questão de tempo, dependendo de mobilização e pressão da sociedade.

Inúmeros são os direitos dos idosos. O idoso tem direito à vida, ao respeito, ao atendimento de suas necessidades básicas, à saúde, à moradia, à justiça, à educação, ao lazer, ao esporte, entre outros.

Talvez porque sejamos um país tão jovem, despertamos atrasados para a necessidade de reconhecimento à cidadania do idoso. Assim, é necessário realizar um trabalho sério por todos os segmentos da sociedade para a conscientização do nosso processo de envelhecimento, pois envelhecer é sinônimo de maturidade, acúmulo de conhecimento e, primordialmente, de sabedoria.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988.

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003 - **Estatuto do Idoso**. Brasília, DF. 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde do Idoso - Portaria n.º 1395, de 9 de dezembro de 1999. Brasília, **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, n.º 237-E, p. 20-24, 13 dez., seção 1.

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual do Idoso. **Os Idosos do Rio Grande do Sul**: estudo multidimensional de suas condições de Vida Relatório de Pesquisa. Porto Alegre: CEI.

COSTA NETO, M. M.; SILVESTRE, J. A. **Atenção à Saúde do Idoso Instabilidade Postural e Queda**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 1999.

GALINSKY, D. Atención progresiva. In: **La Atención de los Ancianos**: um desafio para los Años Noventa. ANZOLA-PÉRES, E.; GALINSKY, D.; MORALES-MARTÍNEZ, F.; SALAS, A.; SÁNCHEZ-AYÉNDEZ, M. (org.) Publicación Científica 546, Washington, DC: Organización Mundial de la Salud, 1993. p. 219-329.

GROISMAN, Daniel. Velhice e história: perspectivas teóricas. **Cadernos do IPUB**, v. I, n. 10, 1999.

GUIMARÃES, R. M. **Assistência ao Idoso Proposta de Implantação**. Brasília: Caixa dos Funcionários do Banco do Brasil, 1996.

Recebido em abril de 2010  
Aprovado em agosto de 2010