Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Desafios da implementação de políticas públicas de cuidados intermediários no Brasil e a atuação do Ministério Público

Iadya Gama Maio

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Helena Akemi Wada Watanabe

São Paulo
2015

Desafios da implementação de políticas públicas de cuidados intermediários no Brasil e a atuação do Ministério Público

Iadya Gama Maio

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Helena Akemi Wada Watanabe

versão corrigida
São Paulo
2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Dedico este trabalho aos meus pais
Joaquim (*in memoriam*) e **Elzira.**

À GAIVOTA , que habita em mim.
É uma história sobre liberdade, romance, saudade e solidão.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela grande oportunidade de construir algo novo.

A palavra *orientador* origina-se do Latim ORIENS, *"*leste, a parte do céu por onde nasce o sol", de ORIRI, "nascer, erguer-se, levantar-se". *Orientador* designa aquele que indica as direções para os outros, ou seja, aquele que aponta (ilumina) o caminho do orientado. Tenho a certeza de que a orientadora deste trabalho, Profa. Dra. **Helena Akemi Wada Watanabe,** é antes de tudo pessoa iluminada, que traz luz ao caminho das pessoas, cujos destinos cruzam-se com o seu. Agradeço-lhe por ter acreditado e apostado em mim!

Ao Prof. Dr. **Gregorio Rodríguez Cabrero,** pela acolhida em meu estágio doutoral na Universidade de Alcalá, Espanha.

Especialmente, à Dra. **Marília Viana Berzins,** por me mostrar o caminho das pedras para conseguir cursar o doutorado na Faculdade de Saúde Pública da USP.

A todos os professores dos quais tive a honra de ser aluna no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e em Direito da USP e, principalmente, aos que fizeram parte do meu exame de qualificação e da minha pré-banca: Dra. **Sueli Gandolfi Dallari,** Dra. **Marília Cristina Prado Louvison,** Dra. **Ana Amélia Camarano,** Dra. **Karla Cristina Giacomin,** Dr. **Luiz Roberto Salles Souza** e Dr. **Rogério Bastos Arantes,** que proporcionaram reflexões importantes ao trabalho, oxigenando ideias e provocando novas discussões.

Ao **Ministério Público do Estado do Rio Grande do Norte**, instituição a que pertenço, pela grande oportunidade e pelo incentivo aos estudos, bem como a colaboração, disponibilidade, dedicação e empenho dos colegas, Membros do Ministério Público, que diretamente participaram da pesquisa; sem eles não seria possível alcançar os resultados obtidos.

Às pessoas que me prestaram informações sobre o funcionamento do sistema espanhol de cuidados de longa duração: Jesús Norberto Fernández Muñoz – Subdiretor General Adjunto de Análisis Presupuestario y de Gestión Financeira do IMSERSO; Antoni Vilá – Professor da Universidade de Barcelona; Eulàlia Cucurella – Presidente da Fundação Alzheimer da Catalunha e trabalhadora social e responsável pelos centros próprios do Departamento de Bem-Estar Social e Família da Generalitat da Catalunya; Pilar Rodríguez Rodríguez – Presidente da Fundação Pilar; Demétrio Casado Pérez – experto em política social, educativa e sanitária;

Juan de la Torre Vidal – Chefe dol Departamento de Centros de Día y Residências da Dirección General de Mayores y Atención Social do Ayuntamiento de Madrid; José Maria Paz Rubio – Fiscal Chefe de la Sala Primeira del Tribunal Supremo do Ministério Fiscal e Bartolomé José Martínez García-Técnico Chefe da Área de Sáude e de Política Social da Defensoria Del Pueblo.

Aos diretores e coordenadores dos centros-dia e das Instituições de Longa Permanência para Idosos das quais tive a oportunidade de conhecer o funcionamento na Espanha: Sant Antoni – L´Onada e Porta – Fundação Vella Terra (Barcelona); Masbau e Los Joseps – Fundação Privada Sant Antoni Abat (Vilanova); Santa Engrácia – EULEN e São José de Villareal – La Casona (Madri); Atalaia – Consórcio Galego, Beiramar – AFAGA e Parque Castrelos (Vigo).

No Brasil, à **Elaine Cristina Silva de Moura**, que me apresentou o Programa *São Paulo Amigo do Idoso,* da Secretaria de Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo; e à coordenadora **Jacira Morais Bourguignon,** do centro-dia do Programa Quero Vida, localizado na cidade de Itú (SP).

Às amigas paulistanas **Margaret Carmona** e **Adriana Zorub** que me deram apoio e carinho em tantos momentos longe da minha família.

Às amigas **Ilza Sônia e Jurilza Mendonça** com quem tive o privilégio de conviver durante 56 dias na Espanha e partilhar experiências e momentos inesquecíveis. Em particular, à amiga **Karen Bensussan**, que reside em terras catalãs e que, depois de 25 anos, tive a oportunidade de reencontrar e renovar os nossos laços de amizade.

Ao casal espanhol **Miguel Angel Vásquez e Glória,** pela amizade e acolhida em sua casa na cidade de Vigo e por me proporcionarem fazer o meu *próprio caminho de Santiago.*

Às pessoas do meu convívio extra-acadêmico e de relações profissionais, de apoio, amizade, afeto, aconchego, compreensão e diálogo; próximas ou distantes (geograficamente), mas sempre presentes em minha vida.

Carinhosamente, agradeço a minha família, ao meu marido **Antonio**, aos meus filhos **Arthur e Thomas**, a minha irmã **Andréia**, a **Elizete** e a **Maria Marta** *(meus braços: direito e esquerdo),* que me apoiaram e me deram todo o suporte para que eu tivesse condições de realizar mais esse sonho em minha vida.

Meu filho, ampara teu pai na velhice, e não o abandone enquanto ele viver. Mesmo que ele esteja perdendo a lucidez, procura ser compreensivo e não o despreze, enquanto você está em pleno vigor, pois a caridade feita ao pai não será esquecida, e valerá como reparação pelos pecados que você tiver cometido.

Livro do Eclesiástico (12-15)

Mi intención es imaginar una sociedad política que parta del hecho de que la discapacidad y la dependencia es algo que todos los individuos experimentan en algún momento de su vida y de manera impredecible, por lo que el interés de que las necesidades que padecen las personas con discapacidad sean adecuadamente expresadas y atendidas no es un interés particular, no es el interés de un grupo particular de individuos concretos y no de otros, sino que es el interés de la sociedad política entera y esencial en su concepto del bien común.

Alasdair Macintyre

(*Animales racionales y dependientes:* por qué los seres humanos necesitamos las virtudes. Barcelona: Paidós, 2013.)

RESUMO

MAIO, Iadya Gama. **Desafios da implementação de políticas públicas de cuidados intermediários no Brasil e a atuação do Ministério Público**. 2015. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2015.

Introdução – Os cuidados de longa duração intermediários assumem grande relevância diante do crescente envelhecimento populacional e do aumento da dependência funcional, que vêm acompanhados das mudanças no contexto familiar. A política de cuidados de longa duração no Brasil é incipiente, uma vez que os serviços intermediários são raros, apesar de sua previsão legal, como, por exemplo, o centro-dia. O Ministério Público pode atuar como indutor de políticas públicas na área dos cuidados de longa duração intermediários. **Objetivo** – Analisar a atuação dos Ministérios Públicos Estaduais e do Distrito Federal em relação às políticas públicas de cuidados de longa duração intermediários a pessoas idosas, principalmente na modalidade centro-dia. **Métodos** – Realizou-se uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo, com abordagem qualiquantitativa, de natureza empírico-analítica. Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, mediante aplicação de questionários enviados a 30 Membros do Ministério Público, entre coordenadores de Centros de Apoio Operacional e Promotores de Justiça, de vários estados brasileiros e do Distrito Federal, que atuam na área de direitos das pessoas idosas. Analisaram-se principalmente os Planejamentos Estratégicos e Planos Gerais de Atuação. Para a análise dos dados nos apoiamos na técnica da Análise de Conteúdo; técnica empregada com adaptações. **Resultados** – No Brasil, não há um sistema público dedicado ao atendimento a pessoas com dependência, nem o estabelecimento de prazos de implantação de equipamentos, tampouco previsão de financiamento específico. As categorias de análise evidenciadas foram: 1) Ministério Público: atuação, planos gerais e experiências exitosas; 2) Política pública de cuidados de longa duração intermediários; 3) Dificuldades na implementação; 4) A descentralização administrativa; 5) A quem cabe cuidar: uma questão cultural; e 6) Mudanças e resistências em torno da política pública de cuidados. **Conclusões** – a) para os Membros do Ministério Público, quem deve cuidar é a família, cabendo ao Estado atuar de forma supletiva, subsidiária ou concorrente; b) essa temática, especificamente, pouco avançou e não vem sendo objeto de preocupação pela maioria dos Membros do Ministério Público, ao contrário da fiscalização das Instituições de Longa Permanência; c) o fato de a temática dos cuidados de longa duração intermediários estar prevista explicitamente nos Planos Gerais de Atuação (PGA) ou nos Planejamentos Estratégicos de alguns Ministérios Públicos brasileiros não teve quase nenhum impacto e nem garantiu o desenvolvimento de política pública a contemplar os cuidados de longa duração intermediários, não ocasionando o aumento significativo do número de centros-dia no País; e d) as representações sociais da velhice influenciam a eleição de prioridades no que diz respeito ao desenvolvimento de políticas públicas sociais, que, por sua vez, refletem diretamente na alocação de recursos orçamentários para a sua implementação.

Palavras-chave: Idoso. Políticas Públicas. Cuidados de Longa Duração. Centro-dia. Ministério Público. Juridicização .

ABSTRACT

MAIO, Iadya Gama. **Implementation challenges of public policies for intermediate care in Brazil and the role of the public ministry.** 2015. Thesis (Doctorate in Science) - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2015.

The interim long-term care gain great importance in the face of the growing aging population and increased functional dependence, which come accompanied by changes in the family context. The long-term care policy in Brazil is incipient, considering that the intermediary services are rare, despite its legal provision, as for example, the center-day. The Public Ministry can act as a promoter of public policies in the area of the intermediate long-term care. Objective - To analyze the performance of Public Ministry of the several states and the Federal District regarding interim long-term care policies for the elderly, especially in the central-day mode. Methods - We conducted a descriptive and exploratory research, with qualitative-quantitative approach, and empirical-analytic nature. To collect data, semi-structured interviews were conducted through questionnaires sent to 30 members of the Public Prosecutor's Office, between coordinators of Centers Operational Support and Prosecutors from several Brazilian states and the Federal District, who work in the elderly rights area. Were analyzed mainly the Strategic Planning and Acting General Plans. To analyze the data we rely on the technique of Content Analysis; technique used with adaptations. Results - In Brazil, there is a public system dedicated to serving people with addiction, or the establishment of equipment deployment deadlines, nor specific funding forecast. The evidenced analysis categories were: 1) Public Ministry: acting, general plans and successful experiences; 2) Public Policy of interim long-term care; 3) difficulties in implementation; 4) administrative decentralization 5) Who has a duty of care: a cultural issue; and 6) changes and resistance around the public policy of care. Conclusions - a) for members of the Public Prosecutor's Office, who must take care is the family, and the State act in supplementary, subsidiary or competitor form; b) this issue, specifically, had made little progress and has not been the object of concern by most Members of the Public Ministry, unlike the inspection of institutions Long-Term; c) the fact that the issue of interim long-term care be explicitly prescribed by the General Acting Plans (EMP) or the Strategic Planning of some Public Ministry had almost no impact, nor ensured the development of a public policy that contemplates care long intermediate term, not causing a significant increase in the number of centers-day in the country; and d) the social representations of old age influence the election of priority areas regarding the development of social policies, which, in turn, reflect, directly in the allocation of budget resources for its implementation.

Keywords: Elderly. Public Policy. Long-Term Care. Centers-day. Public Ministry. Attribution of legal character.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 19

CAPÍTULO 1 – O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NAS SOCIEDADES CONTEMPORÂNEAS E A RESPONSABILIDADE PELO CUIDADO 24

1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL 24

1.2 SAÚDE E ENVELHECIMENTO ATIVO 29

1.3 CAPACIDADE, FUNCIONALIDADE E DEPENDÊNCIA..... 31

1.4 A PROTEÇÃO SOCIAL E O CUIDADO..... 38

1.4.1 Do assistencialismo ao direito 44

1.4.2 A proteção social brasileira: o cuidado como um direito fundamental 46

1.5 CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO 52

1.5.1 Sistema espanhol de cuidados de longa duração..... 56

1.5.2 Marcos legais dos cuidados de longa duração no Brasil 58

1.5.3 Centro de cuidados diurnos ou centro-dia 59

1.6 AS CARACTERÍSTICAS DA POLÍTICA ASSISTENCIAL BRASILEIRA À PESSOA IDOSA 68

1.6.1 O oferecimento insatisfatório de serviços na área de cuidados 75

1.6.2 A questão do financiamento da política pública de cuidados 77

1.6.3 Considerações finais do capítulo..... 80

CAPÍTULO 2 – O MINISTÉRIO PÚBLICO E A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE CUIDADOS VOLTADOS À PESSOA IDOSA 82

2.1 BREVE HISTÓRICO E COMPOSIÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO 82

2.2 ATRIBUIÇÕES DO MINISTÉRIO PÚBLICO E POLÍTICAS PÚBLICAS 86

2.2.1 O MP pós-Estatuto do Idoso e a efetivação da política pública de cuidados 89

2.2.2 Da judicialização para a juridicização 91

2.2.3 Instrumentos jurídicos extrajudiciais..... 96

2.2.4 Planejamento Estratégico do MP e os princípios da unidade e independência funcional 99

CAPÍTULO 3 – OBJETIVOS e PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 107

3.1 OBJETIVOS 107

3.1.1 Objetivo geral 107
3.1.2 Objetivos específicos 107

3.2 OS CAMINHOS DA PESQUISA 107

3.3 ABORDAGEM METODOLÓGICA E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS 110
3.3.1 Considerações iniciais 110
3.3.2 Coleta de dados 112
3.3.3 Os participantes da pesquisa 115

3.4 ANÁLISE DOS DADOS 117

3.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO..... 120

3.6 ASPECTOS ÉTICOS 121

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO 122

4.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES..... 122

4.2 ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS..... 125
4.2.1 Ministério Público: atuação, planos gerais e experiências exitosas 126
4.2.2. Existe uma política pública de cuidados intermediários de longa duração? 161
4.2.3 Dificuldades na implementação 163
4.2.4. A descentralização administrativa 166
4.2.5 A quem cabe cuidar: uma questão cultural 169
4.2.6 Mudanças e resistências em torno da política pública de cuidados 174

CAPÍTULO 5 – CONCLUSÕES, DESAFIOS E PERSPECTIVAS..... 199

REFERÊNCIAS..... 208

APÊNDICES
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA OS COORDENADORES DOS CENTROS DE APOIO..... 229

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA OS PROMOTORES DE JUSTIÇA 232

ANEXOS
ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO..... 234

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS COORDENADORES DOS CENTROS DE APOIO 235

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROMOTORES DE JUSTIÇA 237

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA 239

ANEXO E – CURRÍCULOS LATTES 240

LISTA DE SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AC	Análise de Conteúdo
ACP	Ação Civil Pública
ADI	Alzheimer's Disease International
AMPID	Associação Nacional de Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitáriar
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CD	Centro-dia
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeno de Demografia
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y Caribe
CF	Constituição Federal
CGMP	Corregedoria-Geral do Ministério Público
CLDI	Cuidados de Longa Duração Intermediários
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
COMAS	Conselho Municipal de Assistência Social da cidade de São Paulo
CID	Código Internacional de Doenças
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNDI	Conselho Nacional dos Direitos do Idoso
CNDPI	Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa
CNMP	Conselho Nacional do Ministério Público
CNPG	Conselho Nacional dos Procuradores-Gerais do Ministério Público dos Estados e da União
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
COPEDPDI	Comissão Permanente de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência e Idosa
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DOU	Diário Oficial da União
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente

EI	Estatuto do Idoso
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNI	Fundo Nacional do Idoso
FSP	Faculdade de Saúde Pública
GNDH	Grupo Nacional de Direitos Humanos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
INPEA	International Network for the Prevention of Elder Abuse
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MP	Ministério Público
MPE	Ministério Público Estadual
MPDFT	Ministério Público do Distrito Federal e Territórios
MPF	Ministério Público Federal
MPM	Ministério Público Militar
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MPS	Ministério da Previdência Social
MPU	Ministério Público da União
MPT	Ministério Público do Trabalho
NOB/SUAS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OEA	Organização dos Estados Americanos
OISS	Organização Iberoamericana de Seguridade Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAEFI	Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PAI	Programa de Assistência ao Idoso

PAIF	Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PBF	Programa Bolsa Família
PGJ	Procurador-Geral de Justiça
PIB	Produto Interno Bruto
PMCMV	Programa Minha Casa Minha Vida
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNDH	Programa Nacional de Direitos Humanos
PNI	Política Nacional do Idoso
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
PNPS	Política Nacional de Participação Social
PPA	Plano Plurianual
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RENADI	Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos das Pessoas Idosas
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RMV	Renda Mensal Vitalícia
SAAD	Sistema de Autonomia Pessoal e de Atenção a Dependência
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SDH	Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República
SINASE	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SM	Salário Mínimo
SMADS	Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCU	Tribunal de Contas da União
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
UNFPA	Fundo de Populações das Nações Unidas
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Características do processo de envelhecimento dos brasileiros, 2014 37

Figura 2 – Mapa estratégico do Ministério Público Brasileiro 2011 a 2015 101

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Pessoas com dependência moderada/severa: cuidados diários, por grupo de idade, 2000-2050, América Latina e Caribe, 2012 36

Gráfico 2 – Escala de prioridade por assunto: respostas dos Coordenadores dos Caops, Brasil, 2014 127

Gráfico 3 – Inquéritos civis e procedimentos preparatórios instaurados pelos MPEs e Distrito Federal, em 2013, por assunto e por região do país, Brasil, 2014..... 128

Gráfico 4 – Petições iniciais ajuizadas pelos MPEs e Distrito Federal, em 2013, por assunto, e total por região do país, Brasil, 2014 130

Gráfico 5 – Número de atividades de cuidados, por modo de execução, desenvolvidas pelos MPEs e Distrito Federal, em 2012-2013: informações dos Coordenadores dos Caops, Brasil, 2014 138

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Promotorias de Justiça especializadas na área do Idoso nas capitais dos Estados e no Distrito Federal, Brasil, 2014 131

Quadro 2 – Ordem de importância de atuação do MP na defesa dos direitos fundamentais, 2014 134

Quadro 3 – Planejamentos Estratégicos e/ou Planos Gerais de Atuação dos MPEs e do Distrito Federal: cuidados de longa duração, principalmente, centro-dia, Brasil, 2014 144

Quadro 4 – Listagem de experiências exitosas, indicadas pelos respondentes, Brasil, 2014 155

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantidade de centros-dia e características selecionadas do Brasil, Portugal e Espanha, 2015 64

Tabela 2 – Valores desembolsados na manutenção de pessoa idosa em centro-dia e em ILPI no Brasil e na Espanha, 2014 66

Tabela 3 – Perfil dos Coordenadores e Promotores de Justiça, por tempo de MP (em anos), Brasil, 2014 123

Tabela 4 – Perfil dos Coordenadores e Promotores de Justiça, por tempo de atuação no Caop ou na área do idoso (em anos), Brasil, 2014..... 123

Tabela 5 – Quantidade de Membros dos MPEs e do Distrito Federal, na área do idoso, e número de promotorias especializadas, de acordo com os Coordenadores dos Caops, Brasil, 2014 124

Tabela 6 – Número de atividades desenvolvidas na área de cuidados, pelo MP, em 2012-2013, segundo o Estado e Distrito Federal. Informações dos Coordenadores dos Caops, Brasil, 2014 137

Tabela 7 – Informação de número de centros-dia existentes, e quantidade de centros construídos mediante atuação do MP, por Estado e Distrito Federal, Brasil, 2014 139

Tabela 8 – Quantidade de decisões dos tribunais, Brasil, 2014 149

INTRODUÇÃO

No imaginário social a velhice é pensada como uma carga econômica, seja para a família, seja para a sociedade, o que tem levado o mundo a subtrair dos velhos seu papel de pensar seu próprio destino.

Sandra Quintão
Enfermeira

No exercício de minhas funções como Promotora de Justiça e membro da Associação Nacional de Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência (AMPID)[1] tenho, ao longo de 12 anos de atuação na defesa dos direitos da pessoa idosa, deparado-me com muitas questões que envolvem o envelhecimento populacional e as dificuldades no cuidado das pessoas idosas dependentes. Sempre me instigou a questão de não haver, na prática, alternativas ao abrigamento em uma Instituição de Longa Permanência (ILP), em que pese ter previsão legal de cuidados de longa duração intermediários na Política Nacional da Pessoa Idosa (PNI) – 1994, a implantação da modalidade de assistência denominada *centro-dia* ainda não é usual na realidade brasileira.

Uma das finalidades da PNI e do Estatuto do Idoso (EI) é procurar formas de atendimento que preservem ao máximo os vínculos familiares dos idosos em detrimento daquelas que lhes subtraiam o convívio com a sua comunidade e sua família, sendo a institucionalização vista como uma das alternativas.

Apesar da existência de diversos serviços de apoio aos idosos e a sua família (atendimento domiciliar, programa saúde da família, centros de convivência, casa-lar etc.), escolhemos abordar, nesse âmbito, o equipamento denominado centro-dia.[2] A escolha deveu-se ao fato de haver poucos centros-dia em funcionamento no país, bem como trabalhos e dados escassos na literatura nacional na área de cuidados.

---

[1]A Associação Nacional do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência (AMPID) é pessoa jurídica de direito privado, de caráter nacional, sem fins lucrativos, que foi criada para promover e defender os direitos humanos das pessoas idosas e das pessoas com deficiência. É composta por associados oriundos do Ministério Público, seja estadual ou federal, de todas as regiões do País, e está em pleno funcionamento desde o ano de 2004. Para ver mais informações: <www.ampid.org.br>.

[2]Equipamento destinado à permanência diurna de idosos com algum grau de dependência, que não têm condições de serem cuidados somente em seus domicílios e que necessitam da atenção de uma equipe multidisciplinar formada por profissionais do âmbito psicossocial e sanitário.

Nesse sentido, faz-se necessário investigar os motivos que acarretam inconsistência na política pública nessa área, o que provoca, como consequência, o surgimento de novas demandas acadêmicas, políticas, jurídicas e sociais voltadas a essa temática.

Muitos atores, dentre as entidades públicas, poderiam responder a essa inquietação. Poderiam apontar os entraves e desafios para a implementação de uma política pública de cuidados intermediários de longa duração voltados às pessoas idosas em situação de dependência. Nessa perspectiva, quatro razões levaram-nos à escolha do Ministério Público (MP) para responder à questão.

A **primeira**, porque a autora desta pesquisa pertence à Instituição.

A **segunda**, pela importância de sair da lógica do executor da política, para ouvir outro agente político que tem o *poder* de transformação social, com grande alcance territorial, uma vez que se encontra organizado nos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, atuando perante a justiça comum; e, no plano federal, perante as justiças especializadas (federal, trabalhista e militar).

A **terceira**, porque seria necessário conhecer de que forma e como o MP atua, a partir do conceito de *juridicização*[3] das políticas públicas; se nessa área também se tem desenvolvido uma postura proativa, centrada na capacidade de diálogo, de mediação de demandas sociais, de articulação política e de identificação de problemas para construir agendas próprias e influenciar as de outras instituições.

A **quarta,** e não menos importante, para detectar se, efetivamente, o MP prioriza a política de cuidados, na defesa dos direitos das pessoas idosas, em seus planos gerais de atuação ou planejamentos estratégicos.

Destacamos que o MP tem o dever constitucional de atuar na fiscalização e de auxiliar na construção de políticas públicas eficientes na estruturação de rede de apoio à pessoa idosa com o fim de transformar para melhor a realidade social, buscando erradicar formas de discriminação e violência.

Assim, analisar a atuação dos Ministérios Públicos Estaduais (MPEs) e do Distrito Federal em relação às políticas públicas de cuidados de longa duração

---

[3] A expressão "juridicização" é utilizada para denotar as diferentes formas de resolução do conflito fora do âmbito do judiciário, porém com critérios jurídicos.

intermediários a pessoas idosas, principalmente na modalidade centro-dia, é o nosso objetivo central.

Para tanto, é igualmente importante mapear as políticas públicas, e a legislação que regulamenta os cuidados de longa duração intermediários, com ênfase nos cuidados diurnos ou centros-dia, no Brasil e em outros países, tais como, Reino Unido, Alemanha, França, Japão, Holanda, Suécia, Finlândia, Dinamarca, Itália e Portugal e, principalmente, a Espanha; conhecer as ações desenvolvidas pelos MPEs e pelo Distrito Federal frente às políticas de cuidados de longa duração, em particular dos cuidados intermediários na modalidade centro-dia; paralelamente, é relevante identificar os desafios enfrentados para a implementação dos cuidados intermediários de longa duração no Brasil.

Para a abordagem proposta, esta tese divide-se em capítulos que discorrem sobre o *referencial teórico*; os *objetivos; procedimentos metodológicos; resultados e discussões;* e, por fim, as *conclusões, os desafios e as perspectivas* no âmbito dessa temática de nossa pesquisa.

Diante da impossibilidade de se entrevistar mais de 8.000 Promotores de Justiça distribuídos por todo o território nacional, procuramos fazê-lo, por meio de questionários estruturados, no período de março a setembro de 2014, tendo como sujeitos das entrevistas os Coordenadores dos Centros de Apoio Operacional às Promotorias de Justiça (CAOPs) – órgãos considerados auxiliares da atividade funcional do Ministério Público que existem em quase todos os Estados –, com atuação na matéria, cuja temática é, neste trabalho objeto de análise; bem como alguns Promotores de Justiça reconhecidos por sua atuação na área de defesa da pessoa idosa, na maioria componentes da Ampid, procurando apresentar um panorama o mais amplo possível da realidade brasileira sobre nossa temática.

Nessa perspectiva, analisamos os Planos Gerais de Atuação e os Planejamentos Estratégicos dos MPs de diversos Estados, uma vez que se constituem instrumentos, cujo foco é destinado à eleição de prioridades institucionais, direcionando a atuação de forma eficaz e integrada.

Assim, necessária se faz a análise da relação entre MP e políticas públicas. Afinal, o MP tem sido uma instituição que induz a implementação de políticas públicas? A Instituição conseguiu romper, de fato, com suas resistências históricas e

atuar de acordo com o novo perfil constitucional? O fato de haver previsão legal para a sua atuação em diversas áreas é sinônimo de garantia? Como compatibilizar a atuação dos seus agentes de forma a permitir o cumprimento das metas previstas em seus planos estratégicos e garantir a independência funcional de seus membros? Quais são os desafios do MP na área de políticas públicas de cuidados para a pessoa idosa em situação de dependência?

Para agregar valor a este estudo adquire relevo uma revisão da literatura nacional e internacional sobre o assunto, a análise da legislação, o levantamento de documentos e dados estatísticos existentes sobre os sistemas de cuidados oferecidos a idosos dependentes no Brasil e em outros países, dando-se ênfase ao equipamento denominado centro-dia.

Discutimos, também, o envelhecimento populacional nas sociedades contemporâneas e a responsabilidade pelo cuidado; analisamos as opções em termos de políticas assistenciais voltadas à pessoa idosa, existentes no Brasil, bem como o papel institucional do MP como fomentador de políticas públicas e garantidor dos direitos sociais das pessoas idosas.

Dessarte, para ter noção de como funciona um centro-dia e se seria possível a sua implantação em larga escala no Brasil, conhecemos, em novembro de 2013, a experiência de um dos centros-dia que funciona no Município de Itu, no Estado de São Paulo. Esse centro faz parte de um programa pioneiro denominado *São Paulo Amigo do Idoso*, que tem por finalidade atender ao idoso semi-independente e apoiar as famílias impossibilitadas de prover suas necessidades, representando o fortalecimento da rede de Proteção Social Especial e inovando na oferta de políticas públicas para a população idosa do Estado, com a meta de implantar, no mínimo, 100 centros-dia em diversos municípios paulistas.

Cabe-nos ainda referir que a preocupação com os cuidados de longa duração não é exclusiva do sistema de proteção social brasileiro. O envelhecimento populacional e o aumento da incapacidade funcional e da dependência das pessoas idosas constituem tendência mundial, cada vez mais presente nas agendas políticas e sociais de vários países como um risco social a ser enfrentado.

Em razão disso, a autora desta pesquisa estabeleceu moradia na Espanha, na cidade de Alcalá de Henares, de 22 de março a 13 de maio de 2014, para

conhecer o sistema espanhol de cuidados de longa duração e experiências de funcionamento de centros-dia e de Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas.

Ressaltamos que a escolha do sistema social espanhol ocorreu porque não é muito diferente do brasileiro, pois tem como característica a centralidade na família; nele os cuidados de longa duração intermediários têm previsão legal. Com a Lei nº 39, de 14 de dezembro de 2006, a Espanha criou o Sistema Nacional para a Autonomia e Atenção à Dependência (SAAD), que oferece várias alternativas de serviços os quais beneficiam os idosos e suas famílias.

Assim, procuramos conhecer o sistema a partir de: a) visitas *in loco a* oito centros-dia localizados nas cidades de Barcelona, Vilanova, Madri e Vigo; b) entrevistas em diversas instituições e com especialistas detentores de conhecimento do sistema; e c) pesquisa bibliográfica, sob a coorientação do Prof. Dr. Gregorio Rodriguez Cabrero, da Universidade de Alcalá – Departamento de Economia.

Para a realização da investigação, a metodologia adotada é quantiqualititativa e tem caráter descritivo, exploratório e analítico. A fim de analisarmos os dados nos apoiamos na técnica da Análise de Conteúdo empregada com algumas adaptações.

Diante do cenário estudado, estabelecemos como problema de pesquisa a ideia de *mudanças* e *resistências* em torno das políticas públicas de cuidados aos idosos e o papel do Ministério Público frente ao legado histórico dessas políticas e as possibilidades de mudanças frente ao *path-dependence*, isto é, o custo da transição do modelo *asilo e cuidados informais no seio da família* para uma nova política de cuidados mais ampla.

CAPÍTULO 1 – O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NAS SOCIEDADES CONTEMPORÂNEAS E A RESPONSABILIDADE PELO CUIDADO

No ambiente doméstico, prega-se o respeito aos velhos, ao mesmo tempo que se tenta convencê-los a ceder o seu lugar aos jovens. Seus conselhos não se quer mais ouvir, uma vez que a sua posição é de passividade. Há, no interior das famílias, a cumplicidade dos adultos em manejar os velhos, em imobilizá-los com cuidados para o seu próprio bem, em privá-los da liberdade de escolha, em torná-los cada vez mais dependentes, administrando suas aposentadorias, obrigando-os a sair de seu canto, a mudar de casa e, por fim, submetendo-os à internação hospitalar. Se o idoso não cede à persuasão, à mentira, os familiares não hesitarão em fazer uso da força.

Ecléa Bosi
Professora

1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida constituem tendência demográfica mundial, acarretando uma série de consequências, principalmente de ordem econômico-social, além de colocar novos desafios para as famílias, a comunidade e o Estado. Trouxeram para o centro do debate a questão da solidariedade entre gerações, quer seja pela provisão de recursos financeiros, quer seja pela provisão de cuidados.

Cabe-nos esclarecer que o envelhecimento é processo dinâmico e progressivo que provoca diversas e significativas alterações biológicas, psicológicas e sociais. Tais modificações podem acarretar diminuição da capacidade de adaptação do indivíduo ao ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e aumento de processos patológicos que podem levar à morte. LESSA (1998) alerta para a necessidade de se olhar o envelhecimento como processo contínuo, não tendo início, portanto, aos 60 anos.[4] Nessa perspectiva, esse marco temporal é apenas um

---

[4] A idade considerada idosa pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é estabelecida conforme o nível socioeconômico de cada nação. Em países em desenvolvimento, é considerado idoso aquele que tem 60 anos, ou mais, de idade. Nos países desenvolvidos, a idade estende-se para 65 anos.A própria OMS reconhece que, qualquer que seja o limite mínimo adotado, é importante considerar que a idade cronológica não é um marcador preciso para as alterações que acompanham o envelhecimento, podendo haver grandes variações quanto a condições de saúde, nível de

critério para definir políticas públicas de intervenção na população mais velha. Segundo esse autor:

> O envelhecimento não começa repentinamente aos sessenta anos, mas consiste no acúmulo de interações de processos sociais, biológicos e do comportamento durante toda a vida, de modo que um indivíduo com menos de sessenta anos pode ser considerado um idoso do ponto de vista orgânico, mental e intelectual, ao passo que um septuagenário ou octogenário pode até ter todas essas funções preservadas, mesmo uma mentalidade coesa com as demais gerações, cabendo-lhe a designação de idoso apenas por sua idade cronológica. (LESSA, 1998, p. 205).

A partir da segunda metade do século XIX, se a velhice foi, por um lado, tratada como etapa da vida caracterizada como processo de perda e de dependência, além de ser associada a uma representação social negativa, estereotipada e preconceituosa; por outro, ela foi elemento fundamental para legitimar o surgimento de diversos direitos sociais, especialmente a universalização da aposentadoria (SANTOS; ENCARNAÇÃO, 1997; DEBERT, 2012).

De acordo com DEBERT (2012), durante muito tempo, a gestão da velhice foi considerada própria da vida privada e familiar; no entanto, como o envelhecimento populacional passou a ser fato irrefutável, a velhice transformou-se em problema de ordem pública: “a velhice se tornou objeto de uma política” (BEAUVOIR, 1976, p. 249). Assim, o envelhecimento não é mera fase biológica, mas um processo cultural que pode apresentar

> [Diversas] construções, de acordo com as relações de poder, as expectativas diferentes dos papéis sociais das pessoas no grupo, as relações de gênero e os conflitos que fazem parte da vida, podendo encaminhar situações de readaptação, inversão de valores e/ou exclusão. (MINAYO; COIMBRA JÚNIOR, 2002, p. 129).

---

participação na sociedade e nível de independência entre as pessoas idosas, em diferentes contextos. No Brasil, considera-se pessoa idosa, para os efeitos legais, a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos de idade, conforme a Lei n° 8.842, de 4 de janeiro de 1994 (PNI) e a Lei n° 10.471, 1° de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso). Ver World Health Organization (OMS). Active Ageing - A Policy Framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madri, abril de 2002, p. 4.

Como escreveu BEAUVOIR (1976, p. 8): “não nos queremos reconhecer no velho que haveremos de ser”; ou, como citou PROUST apud BEAUVOIR (1976, p. 8), “talvez [a velhice] seja, dentre todas as realidades, aquela cuja noção puramente abstrata mantemos durante maior lapso de tempo”.

O processo de envelhecimento não acontece da mesma forma em todas as sociedades e culturas; entre essas temos dinâmicas sociodemográficas diferenciadas. Permeando essas diferenças, é fato que o envelhecimento da população é reflexo da queda das taxas de fecundidade e do aumento da expectativa de vida nas idades avançadas, consequência da adoção, no campo da saúde, de técnicas de saneamento básico e do desenvolvimento da tecnologia médica (CAMARANO, 2010; BERZINS; BORGES, 2012; CEPAL, 2014).

Conforme dados fornecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), existem hoje aproximadamente 868 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos em todo o mundo (ONU, 2012). A tendência é que essa cifra ultrapasse 2 bilhões em 2050, quando será maior que a dos mais jovens (menores de 14 anos) pela primeira vez na história. Na América Latina e no Caribe, a situação não é diferente. O número de habitantes aumentará de 512 milhões de pessoas, em 2000, para 734 milhões de pessoas, em 2050, embora a tendência seja de decréscimo a partir de 2100 (CEPAL, 2014).

Em 2013, a população brasileira alcançou o patamar de 201,4 milhões de habitantes; desses, 13% (treze por cento) eram pessoas com 60 anos ou mais. Nos últimos 10 anos, a população idosa passou de 9,7% do total de brasileiros, em 2004 (17,7 milhões), para 13% em 2013 (26,2 milhões). O Sul era a região com o maior percentual de idosos, registrando 14,5% da população com 60 anos ou mais. A região Norte ficou com o menor índice: apenas 8,8% de pessoas idosas, conforme dados da PNAD 2013 (IBGE, 2014a).

Pelas projeções, o Brasil ocupará, até o ano de 2025, o quinto ou sexto lugar entre as nações mundiais, em relação à população idosa, devendo chegar ao contingente de 33 (trinta e três) milhões de idosos. Já no ano de 2050, a população brasileira alcançará 238 milhões de habitantes; desses, 52 milhões (21%) terão mais de 60 (sessenta) anos de idade.

No Brasil, segundo pesquisa divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a esperança de vida do brasileiro, ao nascer,[5] saltou de 42,7 anos, na década de 1930, para 66,9 anos, em 1991; 69,8 anos, em 2000; 73,8 anos, em 2010; e 74,8 anos, em 2014, sendo que as mulheres vivem mais: em média, 76,5 anos, contra 69 anos dos homens (IBGE, 2014b). De acordo com esse Instituto,

> [...] as pirâmides etárias derivadas da projeção para o Brasil mostram que, uma vez mantidas as tendências dos parâmetros demográficos implícitos na projeção da população do Brasil, o País percorrerá velozmente um caminho rumo a um perfil demográfico cada vez mais envelhecido, fenômeno que, sem sombra de dúvidas, implicará em adequações nas políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender as crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social. (IBGE, 2009a, p. 11).

Há de se destacar ainda dois fenômenos que estão ocorrendo: a feminilização da velhice e o aumento do número de pessoas com mais de 80 anos, ou seja, dos "idosos mais idosos" (OISS, 2013). De acordo com o IBGE (2014a), pelos últimos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), as mulheres representam 51,4% da população brasileira, sendo que a única região em que os homens são maioria é a Norte, com 50,1%.[6]

Verificamos ainda crescimento acentuado da população de idosos com mais de 80 anos, o que provocará o aumento do número de centenários no cenário mundial, passando de 316.600, em 2011, para 3,2 milhões, em 2050 (ONU, 2012). Destacamos que, no Brasil, muitos idosos são o suporte econômico de seus lares; com isso, o índice inflacionário pesa mais em seu orçamento doméstico.[7]

---

[5]Conforme o IBGE, a expectativa de vida ao nascer ou esperança de vida à nascença é o número médio de anos que um recém-nascido esperaria viver se estivesse sujeito a uma lei de mortalidade. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>. Acesso em: 9 maio 2015.

[6]Hoje, para cada 100 mulheres com 60 anos ou mais em todo o mundo, há apenas 84 homens. E para cada grupo de 100 mulheres com 80 anos ou mais, existem apenas 61 homens. O envelhecimento é um processo que atinge homens e mulheres de forma diferente. As relações de gênero estruturam todo o curso da vida, influenciando o acesso a recursos e oportunidades com um impacto que é tanto contínuo como cumulativo (ONU, 2012, p. 4).

[7]O fato de os idosos responderem por, no mínimo, 50% do total de residentes do lar, acabou gerando a criação, pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), de um novo índice de inflação, o **Índice de preços ao Consumidor para a Terceira Idade (IPC-3i),** que aponta a variação da inflação específica quanto ao consumo, pelas pessoas acima de 60 anos. Esse índice trabalha basicamente com a mesma "cesta" de preços do IPC, mas com pesos diferenciados devido às especificidades da formação de custos. Com o avançar da idade, a tendência é que alguns itens, como medicamentos, tenham peso

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2009) e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2010a) indicam que, nas famílias em que a pessoa idosa é chefe ou cônjuge com filhos adultos, ela contribui com 54,8% da renda familiar. Logo, os idosos brasileiros de hoje estão invertendo a tradicional relação de dependência econômica apontada pela literatura. A grande maioria tem assumido o papel de provedor, mesmo dependendo de cuidados, verificando-se o aumento de famílias intergeracionais. Nessa perspectiva,

> Esse fenômeno é decorrente do aumento da esperança de vida, mas também das novas configurações do mundo produtivo contemporâneo. Muitos jovens desempregados, subempregados, ganham pouco, casam com mais idade e saem de casa num período tardio da juventude. Essas mudanças possibilitam hoje a convivência de três ou até quatro gerações num mesmo domicílio. Excluindo-se os lares de um só morador e os que têm apenas um casal sem filhos, chega-se a cerca de 10 milhões de domicílios e 38 milhões de moradores de várias gerações numa mesma casa. Dentre esses, aproximadamente 30,2% são crianças, adolescentes e jovens (0 a 24 anos); 36,2% pessoas com 25 a 59 anos; 29,1% com 60 a 79 anos; e 4,6% com 80 anos ou mais anos de idade em 2003 […]. Hoje há cerca de 27% dos lares que têm a presença de pessoas idosas na composição das famílias (BRASIL, 2013b, p. 20).

Destacamos que hoje há cerca de 27% dos lares que têm a presença de pessoas idosas na composição das famílias. (BRASIL, 2013b, p. 20). No entanto, em outro extremo, é nítida a mudança na composição familiar que vem ocorrendo, inclusive na própria opção de muitos idosos morarem sozinhos, conforme dados do IBGE (2014):

> **Domicílios com apenas um morador aumentam de 8,6% para 12,1%**
> Entre 2000 e 2010, houve significativo aumento das unidades domésticas em que morava apenas uma pessoa (unipessoais) no país, de 8,6% para 12,1%. […] A distribuição das unidades domésticas com mais de um morador (multipessoais) por tipo mostra que a forma “nuclear” pode ser considerada o padrão no país. Esta estrutura está baseada na consanguinidade e ou adoção e consiste em um único núcleo formado pelo casal com ou sem filhos. A distribuição das unidades domésticas nucleares por tipo de organização evidencia uma predominância daquelas constituídas por casal com filhos, correspondendo a 62%. As de casal sem filhos

---

maior no orçamento doméstico. No índice elaborado pela FGV, o item “saúde e cuidados pessoais” colabora com 15,05% do total de gastos da terceira idade, contra 10,05% para o restante da população. O Índice de Preços ao Consumidor da Terceira Idade (IPC-3i), que mede a variação de preços da cesta de compras de pessoas com mais de 60 anos de idade, registrou inflação de 4,16% no primeiro trimestre do ano de 2015. O dado foi divulgado pela FGV. Disponível em: <http://portalibre.fgv.br/main.jsp?lumChannelId=402880811D8E34B9011D92B7D2221410>. Acesso em: 19 abr. 2015.

> apresentaram uma proporção de 21%, enquanto as monoparentais femininas chegaram a 15,1% e as masculinas, a 2,3%.[8]

Nesse contexto, para ERVATTI, BORGES e JARDIM (2015, p.147),

> […] a preocupação com as condições necessárias à manutenção da qualidade de vida das pessoas idosas tem crescido, e os temas relacionados a políticas públicas e a ações de proteção e cuidado específicos para idosos vêm adquirindo relevância inédita na agenda pública.

No entanto, apesar de a longevidade estar aumentando, o que presumiria um redirecionamento das políticas sociais brasileiras para os adultos e, principalmente, para os idosos, na prática nem sempre as mudanças populacionais são consideradas, uma vez que "que existem diversos outros fatores – políticos, sociais e institucionais – que têm sido considerados num contexto de disputas de interesses, especialmente frente ao Estado e os recursos destinados a essas políticas", além da existência de uma conjuntura de desigualdades social e territorial (ERVATTI, BORGES; JARDIM, 2015, p. 142).

1.2 SAÚDE E ENVELHECIMENTO ATIVO

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 1946) define saúde como "um completo estado de bem-estar físico, psíquico e social das pessoas". Em que pese o fato de a definição ser considerada "ideal e inalcançável", é importante apresentar um conceito amplo, que ultrapasse a ideia de formas sadias de vida, para afirmar que na promoção da saúde temos forte incentivo à maior autonomia dos indivíduos e comunidades em tomar decisões sobre sua saúde, adotando-se um *modelo biopsicossocial de saúde* (FERNÁNDEZ, 2013).

Ademais, embora a conservação da boa aparência esteja intimamente ligada ao bem-estar, atualmente a *juventude* deixou de ser apenas uma etapa do ciclo da vida para se transformar em *valor*, um bem a ser alcançado em qualquer idade a

---

[8]Disponível em: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2019>. Acesso em: 11 dez. 2014.

partir da adoção de estilos de vida e formas de consumo adequadas. DEBERT (2012, p. 21) salientou que

> Os indivíduos não são apenas monitorados para exercer uma vigilância constante do corpo, mas também responsabilizados pela sua própria saúde, através da ideia de doenças autoinfligidas, resultado de abusos corporais, como a bebida, o fumo, a falta de exercícios.

A ONU (1991) definiu as bases para as políticas públicas relacionadas ao envelhecimento ativo, visando a melhorias nas oportunidades de saúde a fim de aumentar a qualidade de vida, conforme as pessoas envelheçam. Por sua vez, o envelhecimento ativo refere-se, segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), ao "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" (OPAS, 2005, p.14).

Desse modo, qualidade de vida pode ser assumida como

> A percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente. (OPAS, 2005, p. 14).

Esse processo deve compreender, portanto, a adoção de ações que promovam modos de viver mais favoráveis à saúde e à qualidade de vida, mas não reduzidas a condutas saudáveis. O que temos é uma ampliação do conceito de saúde, hoje não mais considerada como ausência de doenças, mas apreendida a partir das condições sociais de vida (renda, habitação, acesso à alimentação adequada, engajamento social, acesso a bens e serviços, etc.), de trabalho, ambientais e emocionais (BUSS, 2009).[9]

---

[9]O novo paradigma "Promoção da Saúde" é uma nova maneira de interpretar as necessidades e as ações de saúde, passando de uma perspectiva "biológica, mecanicista, individual, específica", para uma perspectiva "contextual, histórica, coletiva, ampla". E é também uma nova maneira de agir em saúde: não se trata apenas de controlar fatores de risco e executar ações médico-curativas, mas também de desenvolver novos modelos de atenção à saúde e ações políticas voltadas para a saúde coletiva (CANEL; CASTRO, 2008, p. 81-82).

Algumas ações de promoção da saúde ainda insistem em culpar o indivíduo por seu estado de saúde; nessa acepção, ele seria o principal agente causador do mal, desconsiderando a influência do meio sobre ele. Entretanto como salientou DALLARI (2009,p. 12):

> Ninguém pode, portanto, ser individualmente responsável por sua saúde. Com efeito, o aparecimento de doenças pode estar ligado mais diretamente a características e fatores individuais, embora não deixe de apresentar traços que o liguem à organização social ou política. A maior força dos fatores e características ambientais, econômicas e sociopolíticas fica evidente nas doenças transmissíveis, onde existe uma ameaça à saúde de toda a população e as pessoas individualmente pouco podem fazer para se protegerem, pois ainda que suas condições físicas e psicológicas possam tornar mais fácil ou dificultar seu adoecimento é fácil perceber a predominância da organização social, nacional e global, produzindo doenças.

Em relação à velhice, o mesmo preconceito de culpabilização do indivíduo é muito presente, conforme Giacomin (BRASIL, 2013a, p. 172),

> Como agravante, prevalece uma cultura individualista com a compreensão do envelhecimento bem-sucedido como sendo resultado de comportamentos adequados ao longo da vida, responsabilizando e "culpabilizando" a parcela da população idosa que evolui com algum grau de fragilidade, incapacidade e/ou dependência. Essa visão contribui para o que a antropóloga Guita Debert chamou de "reprivatização da velhice", ou seja, '[...] que *transformam a velhice numa responsabilidade individual* – e, nesses termos, ela poderia então desaparecer do nosso leque de preocupações sociais'. (Grifos nosso).

À medida que um indivíduo envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua capacidade de manter autonomia e independência. Assim, vida saudável relaciona-se à expectativa de vida sem incapacidades físicas ou mentais.

1.3 CAPACIDADE, FUNCIONALIDADE E DEPENDÊNCIA

Com o envelhecimento, muitas tarefas do cotidiano consideradas banais e, portanto, de fácil execução, poderão paulatinamente e, muitas vezes, de forma imperceptível, tornarem-se cada vez mais difíceis de serem realizadas, até que o indivíduo perceba que já se encontra dependente de outra pessoa para auxiliá-lo.

Segundo PASCHOAL (2001, p. 97), o declínio da capacidade funcional tende a aumentar com a idade, mas todos os esforços devem ser envidados no sentido de prevenir a dependência e de retardá-la o máximo possível para que o idoso possa viver por mais tempo no seu ambiente familiar, mantendo sua autonomia:

> Esse envelhecimento heterogêneo leva a duas situações-limite. Muitos idosos podem permanecer bastante saudáveis e com boa habilidade funcional até anos tardios, podendo manter estáveis suas características físicas, mentais, de personalidade e sociais; se há hábitos e estilos de vida saudáveis e na ausência de uma doença importante, haverá adaptabilidade e reserva funcional suficientes para a maioria das atividades. Por outro lado, os idosos podem adquirir incapacidades em qualquer dos domínios citados (físico, mental, psicológico, condições de saúde e socioeconômico) e isto pode não ser passível de recuperação; as condições crônico-degenerativas, progressivamente mais prevalentes, vão levando a incapacidades, minando as reservas funcionais e levando à deterioração funcional; é verdade que adaptações podem se feitas (terapia ocupacional, p. ex.), modificações do meio ambiente também (acessibilidade, p. ex.), além de reabilitação e uso de próteses e órteses, restaurando e compensando as perdas funcionais.

No Brasil, a Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999; p. 5)[10] adotou o seguinte conceito de capacidade funcional:

> A capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Do ponto de vista da saúde pública, a capacidade funcional surge como um novo conceito de saúde, mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso. Ações preventivas, assistenciais e de reabilitação devem objetivar a melhoria da capacidade funcional ou, no mínimo, a sua manutenção e, sempre que possível, a recuperação desta capacidade que foi perdida pelo idoso. Trata-se, portanto, de um enfoque que transcende o simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas.

O impacto da diminuição da capacidade funcional dos idosos na assistência à saúde levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a elaborar uma Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – denominada CIF[11] – que

---

[10]A Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999, foi revogada pela Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, que aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

[11]"A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é um instrumento para classificar a funcionalidade humana […]. A CIF propõe um modelo de incapacidade multidirecional, onde todos os domínios acima mencionados se relacionam. Esse modelo substitui o conceito anterior, que aceitava a incapacidade e a deficiência como resultados diretos de uma doença ou um acidente, sem considerar outros fatores, como, por exemplo, a acessibilidade, o apoio, a resiliência e outras condições pessoais. O modelo biopsicossocial proposto pela CIF, aceita graus diferentes de incapacidade e de deficiência, mesmo que originados da mesma condição clinica, e

procura verificar a relação doença/desordem nas funções do organismo e o impacto desta no desempenho das atividades dos indivíduos e participação na sociedade, numa abordagem biopsicossocial. A CIF adota o modelo multidirecional que inclui os fatores ambientais e pessoais como determinantes da funcionalidade, da incapacidade e da saúde. A partir dessa avaliação funcional, ou seja, das limitações apresentadas, fica evidente um grau de dependência segundo o qual o idoso é classificado como independente ou dependente, determinando os tipos de cuidados que se farão necessários.

Em maio de 2012, o CNS aprovou a Resolução nº 452 (BRASIL, 2012), estabelecendo que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) seja utilizada no Sistema Único de Saúde (SUS) e na Saúde Suplementar. Dispõe também sobre a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas em saúde que destaquem a funcionalidade e a incapacidade humana em todos os ciclos de vida para pessoas com ou sem deficiência e que tenham caráter intersetorial, em especial com a educação, previdência social, assistência social, trabalho e emprego.

O paradigma central da CIF é a mudança de um olhar focado na doença para um olhar voltado para a funcionalidade humana, privilegiando os aspectos positivos das condições de saúde (BUCHALLA, 2003). Desse modo, a agenda das políticas públicas brasileira deveria priorizar a manutenção da funcionalidade dos idosos, não necessariamente centrada na doença, mas no monitoramento das condições de saúde, na realização de ações preventivas na área de saúde e educação, bem como nos cuidados de longa duração intermediários e na atenção multidimensional e integral (VERAS, 2009).

Embora, no Brasil, a legislação não apresente uma definição clara do que seja *dependência*, a lei espanhola define esse estado como:

> El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o

---

incorpora os fatores ambientais que colaboram para maior atividade ou participação do indivíduo [...]. É útil para políticas sociais, como acessibilidade e inclusão social, benefícios por invalidez, para pesquisa, entre outros". Disponível em: <http://www.conasems.org.br/index.php/comunicacao/noticias/1209-classificacao-internacional-de-funcionalidade-incapacidade-e-saude-cif-o-que-e>. Acesso em: 24 nov. 2013.

> sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. (ESPANHA, 2006).

FERNÁNDEZ destaca

> [...] a ocorrência de três fatos fundamentais que marcam a vida de uma pessoa dependente: uma limitação física, psíquica ou intelectual; uma incapacidade para realizar por si mesma as atividades da vida diária; e a necessidade de assistência ou cuidado por parte de terceira pessoa. (2013, p. 242, tradução nossa).

A autonomia pode ser conceituada como a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências; já a independência é entendida, em geral, como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária, ou seja, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros. Portanto, mais do que não ter doenças, para os idosos ter saúde relaciona-se diretamente à capacidade funcional e autonomia para as decisões que dizem respeito a ele próprios.

Assim, buscou-se mensurar o grau de dificuldade que uma pessoa mais velha tem ao executar as atividades básicas de vida diária (ABVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs).[12] As ABVDs incluem, por exemplo, deambular, tomar banho, comer, usar o banheiro, vestir-se, manter controle sobre suas necessidades fisiológicas e andar pelos cômodos da casa; as AIVDs incluem atividades como fazer compras, utilizar-se dos meios de transporte, manipular medicamentos, realizar trabalhos domésticos leves e pesados, utilizar o telefone, preparar refeições e cuidar das próprias finanças (LEBRÃO; DUARTE, 2003; OPAS, 2005, ESPANHA, 2006; BRASIL, 2007;).

Cabe ressaltar, ainda, que os problemas da dependência não são associados apenas a fatores biológicos (enfermidades ou envelhecimento), podendo ser

---

[12] A avaliação da capacidade funcional é relevante em Gerontologia como indicativo de qualidade de vida do idoso. O desempenho das atividades de vida diária é considerado um parâmetro aceito e legítimo para firmar essa avaliação, sendo utilizado pelos profissionais da área de saúde para avaliar graus de dependência de seus clientes. Pode-se entender avaliação funcional, dentro de uma função específica, como a avaliação da capacidade de autocuidado e de atendimento às necessidades básicas diárias, ou seja, do desempenho das atividades de vida diária, conforme DIOGO (2003).

determinados por outros fatores oriundos do contexto cultural, social e familiar como, por exemplo, a acessibilidade, o apoio, a resiliência e outras condições pessoais.

Nesse sentido, o Relatório Mundial de Alzheimer (ADI, 2014), publicado em setembro de 2014, afirma que a demência, incluindo Doença de Alzheimer, é um dos maiores desafios de saúde pública da atualidade. Pelo Relatório, os países deveriam priorizar o desenvolvimento de um sistema de cuidados de longa duração, uma vez que hoje mais de 35 milhões de pessoas no mundo vivem com Alzheimer, devendo esse número dobrar até 2030 e triplicar até 2050, atingindo 115 milhões. Entre 2010 e 2050, o número total de pessoas dependentes, por vários motivos, deverá dobrar, passando de 349 para 613 milhões. Já o número de pessoas idosas com necessidades de cuidados passará de 101 para 277 milhões (45% desse total seria de pessoas com 60 anos ou mais).

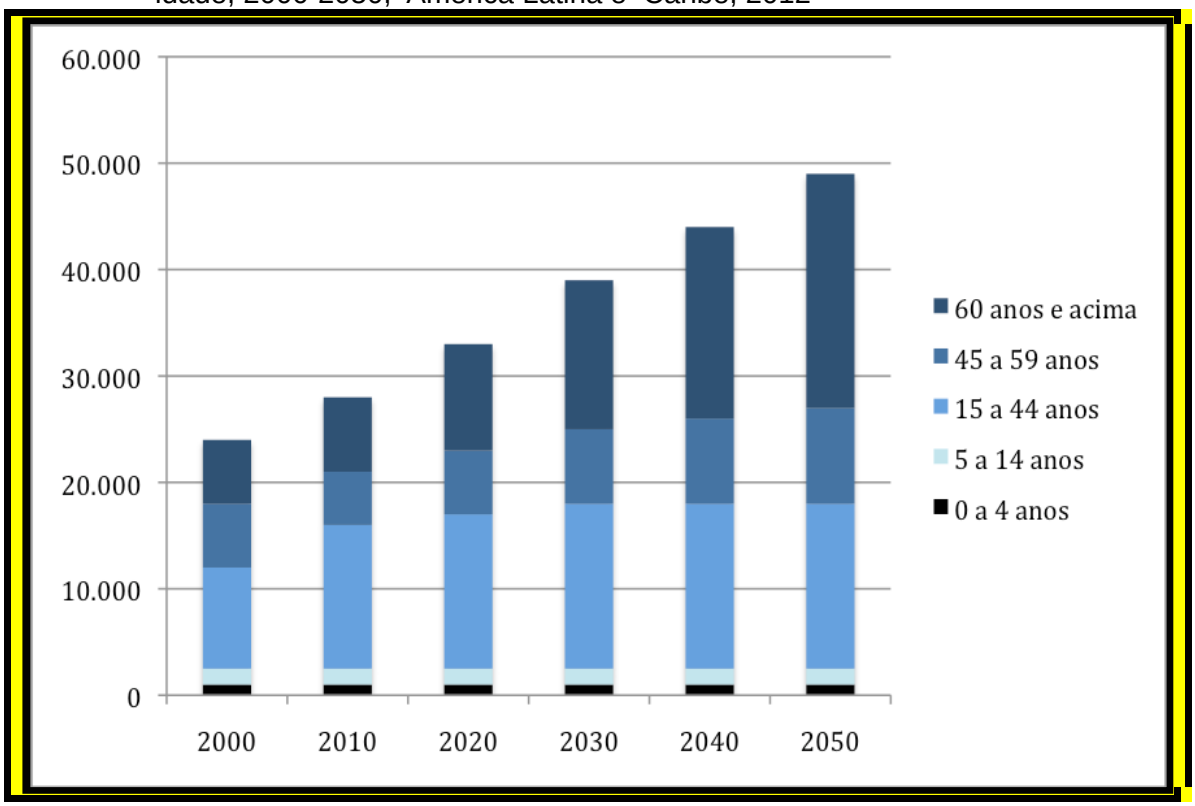
Em recente estudo constatou-se que a Doença de Alzheimer é "a principal causa de dependência funcional, institucionalização e mortalidade entre a população idosa, e associada a vários fatores de risco como doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes e hiperlipidemia" (TEIXEIRA et al., 2015, p. 2). Os pesquisadores esclarecem, no entanto, que outros fatores podem ser responsáveis pelo aumento da incidência da doença, como idade, sexo, baixa escolaridade, depressão e alterações genéticas.

Segundo ALVES (2007), observa-se uma tendência de crescimento no número de idosos com doenças crônicas, sendo que a incapacidade para as ABVDs e/ou para as AIVDs tende a se agravar com o passar do tempo para essas pessoas, caso não haja nenhum tipo de controle ou acompanhamento dessas doenças.

Resultados da PNAD 2008 (IBGE,2010) apontam que do total da população 31,3% afirmaram ter pelo menos uma doença crônica, o que correspondia a 59,5 milhões de pessoas. Vale notar que o aumento da faixa etária faz crescer o número de doenças declaradas pelas pessoas. Até a faixa de 14 a 19 anos de idade, o percentual de pessoas que afirmaram ter três ou mais doenças era próximo de zero; para a faixa de 50 a 64 anos, esse número crescia para 17,1%; e para aqueles com 65 anos ou mais chegava a 28,3%. Dentre as pessoas com 60 anos ou mais de idade, 14,2% apresentavam incapacidade funcional para a realização das ABVDs.

Além disso, estudos de LIMA-COSTA et al. (2000, 2003), LEBRÃO e DUARTE (2003), GIACOMIN et al. (2008) e DEL DUCA et al. (2009) mostraram que maiores ocorrências de incapacidade funcional estão associadas ao avanço da idade, tanto para as atividades básicas quanto para as instrumentais e, consequentemente, há um aumento da dependência. O **Gráfico 1** explicita o número de pessoas com dependência moderada/severa que requerem, de maneira geral, cuidados diários, por grupo de idade, 2000-2050, na América Latina e no Caribe.

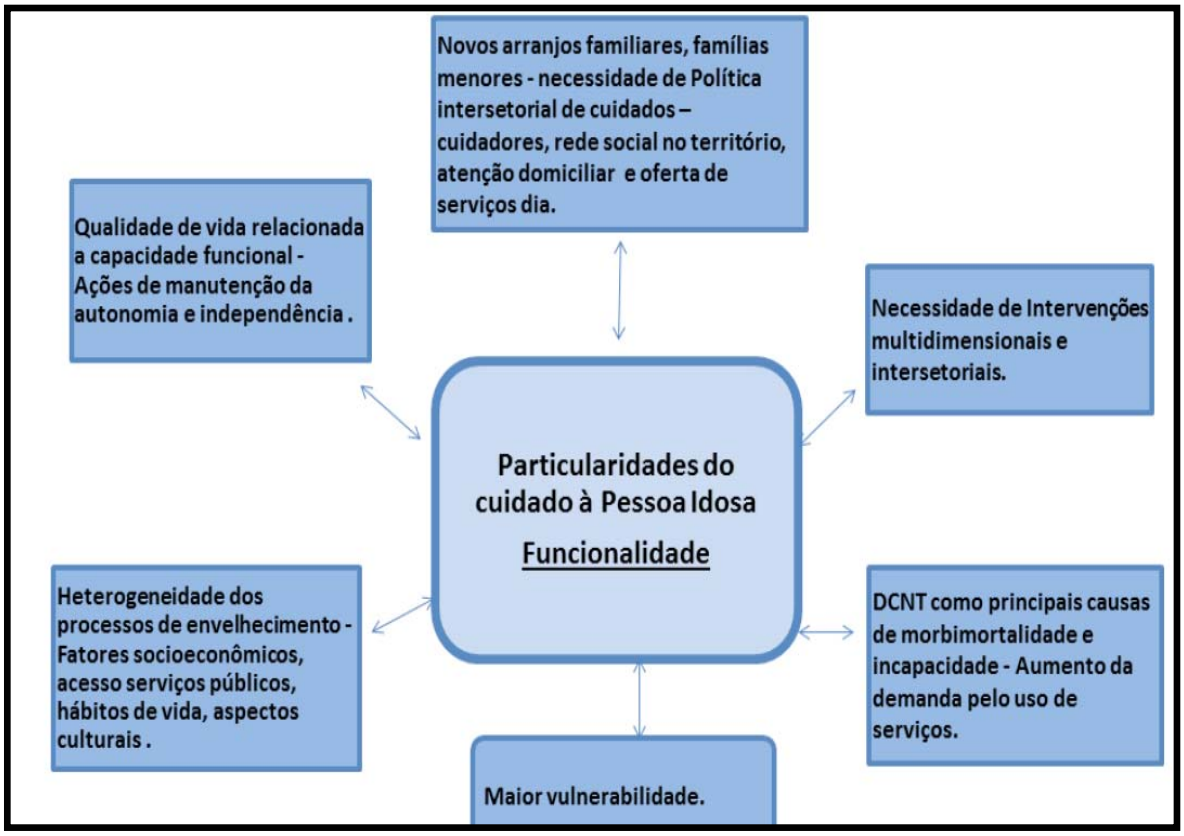
Gráfico 1 – Pessoas com dependência moderada/severa: cuidados diários, por grupo de idade, 2000-2050, América Latina e Caribe, 2012



Fonte: Cepal, 2012. (Tradução nossa).

Como mostra a **Figura 1,** a atenção à pessoa idosa implica a construção de novo paradigma das práticas de saúde, na medida em que demanda a ampliação do olhar em relação ao modelo biomédico, articulando-se esforços para ampliar o acesso, incluir e/ou potencializar o cuidado integral, por meio de ações intersetoriais, levando-se em conta as especificidades e demandas de cuidado da população idosa (BRASIL, 2015).

Figura 1 – Características do processo de envelhecimento dos brasileiros, 2014



Fonte: COSAPI/DAET/SAS/MS,[13] 2014 (BRASIL, 2015).

CAMARANO e KANSO (2014, p. 606) projetaram que o número de idosos brasileiros que necessitarão “de cuidados prolongados poderá crescer de 30% a 50% entre 2010 e 2020, dependendo de melhorias (ou não) nas condições de saúde e autonomia”. Portanto, o envelhecimento populacional, a mudança nos arranjos familiares, a redução do número de filhos e o aumento na proporção de idosos funcionalmente dependentes são fatos que necessitam de uma atenção maior por parte de todos.

Assim, o próximo tópico apresentará uma análise dos sistemas de proteção social destinados às pessoas idosas em situação de dependência, o papel da família e do Estado na questão dos cuidados e da evolução do assistencialismo para uma concepção do cuidado como *direito universal de todos os cidadãos*.

---

[13]Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI)/Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET)/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)/Ministério da Saúde (MS).

1.4 A PROTEÇÃO SOCIAL E O CUIDADO

A vulnerabilidade é inerente e natural ao ser humano; dependemos frequentemente de outros para sobreviver e nos desenvolver. MACINTYRE (2013) considera a vulnerabilidade e a dependência centrais na definição da condição humana. Até pouco tempo, a dependência, em toda a sua extensão, não era objeto do discurso filosófico moral ocidental. Afinal, o homem é um animal racional dependente; faz parte de sua condição enfrentar e atender a vulnerabilidade e fragilidade, tanto a própria, como a do "outro". Em que pese o fato de a dependência ser mais comum na infância e na velhice, em qualquer etapa da vida o homem não está isento dela. Logo, um dos aspectos mais importantes é o deslocamento, nas políticas de saúde, da centralidade da assistência médica para a convocação de todos os envolvidos na gestão dos cuidados.

No que se refere ao "cuidar" a reflexão de BOFF (2004) é particularmente interessante. Para ele, o cuidado é mais do que um ato singular ou uma virtude como as outras. É um modo de ser. É a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros. Mais precisamente: é um modo de *ser-no-mundo* que funda as relações estabelecidas com todas as coisas.

> Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. [...] um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Em outras palavras, uma atitude de ocupação, preocupação de envolvimento afetivo, que pertence à atitude do cuidado, que se encontra na raiz do ser humano, por ser ele o próprio cuidado singular e na sua essência. (BOFF, 2004, p. 33).

Até pouco tempo era "normal" morrer "jovem", aos 50 ou 60 anos. Para BEAUVOIR, "os grandes velhos eram pouco numerosos, uma vez que as circunstâncias não favoreciam a longevidade" (1976, p. 102). Historicamente, a reflexão sobre a promoção do bem-estar e de cuidados de longa duração encontra na família, nas relações de parentesco e de proximidade sua base de sustentação. Para FUKUI (1998), a família pode ser abordada segundo três ângulos diversos e complementares, quais sejam:

- *unidade doméstica (*condições materiais);

- *instituição (*conjunto de normas e regras, historicamente construídas, que regem as relações de sangue, doação e aliança); e
- *conjunto de valores* (ideologia, estereótipos, prescrições, imagens e representações sobre o que a família é ou deve ser).

O cuidado com os idosos é atribuído aos seus descendentes, ou seja, sua família é responsável por satisfazer inúmeras necessidades, principalmente, quando a pessoa idosa apresenta algum tipo de comprometimento ou dependência (ALCÂNTARA, 2009).

Culturalmente, na maioria dos países ocidentais, o modelo era a família nuclear (constituída pela mãe, por seu marido e filhos provenientes da união conjugal); modelo que enfatizava a autoridade do marido, como mantenedor material do grupo, e a submissão da mulher, cabendo a ela o papel de cuidadora dos filhos (e dos mais velhos) e realizadora das tarefas domésticas. Com a industrialização, séc. XIX, o cuidado foi transferido para outras instituições (SANTOS; ENCARNAÇÃO, 1997; SAMARA, 1998; ALCÂNTARA, 2009; GASCÓN; REDONDO, 2014).

Segundo SANTOS e ENCARNAÇÃO (1997, p. 65),

> Não é tão remoto assim, o tempo em que grande parte da população se dedicava à agricultura ou ao artesanato, em que se nascia na família, trabalhava na propriedade ou oficina familiar e, conforme se envelhecia, a actividade era adaptada às capacidades físicas, mantendo sempre uma ajuda útil no grupo familiar. Nesta teia relacional, o velho acabava os seus dias num ambiente de segurança e confiança, mantendo uma segurança estável e desproblematizada, onde um universo simbólico vinculado à esfera do sagrado lhe confere um "*mundo instituído de significado*", vivendo os acontecimentos e as situações de forma harmoniosa e contextualizada, até ao fim dos seus dias. Na família e na aldeia, o velho era o sábio que se consultava para ajudar na resolução de problemas de difícil resolução, o historiador que mantinha vivas as tradições, a cultura e as estórias do lugar. Confiava que, perto do fim, teria quem o aconchegasse. Não morreria só. Mas eis que a vida moderna vem romper com o passado, fazendo imperar um paradigma da racionalidade que quebra a unidade tradicional e o deixa sem respostas para questões existenciais, fazendo emergir uma ansiedade ladeada pela liberdade humana.

Esse modelo de cuidado, centrado exclusivamente na família, fundamenta o conceito de “familismo”, entendido por SARACENO (1995, p. 271) como

> […] una confianza permanente en la familia, en su solidaridad intergeneracional y en su estructura tradicional de género, como proveedora de trabajo y servicios asistenciales y como integradora de medidas inadecuadas de apoyo a los ingresos.

Sobre o modelo familiar de cuidador temos:

> La razón estriba en que la mayoría de los sistemas de protección social continúan marcados por connotaciones ideológicas sustentadas en modelos familiares que no tienen en cuenta el profundo cambio social que significa la deconstrucción del sistema de género y la consiguiente simetría de roles que está en trance imparable de producirse y, por ello, sigue reticentemente vigente el modelo basado en la antigua concepción social asentada en la división sexual del trabajo (varón sustentador, mujer encargada de las tareas reproductivas y asistenciales). […] el reparto de bienestar entre familia y Estado continúa penalizando a las mujeres y las reformas que se han ido produciendo no tienen la dimensión que se precisaría para ajustarlas a las nuevas necesidades. En el contexto europeo, los países mediterráneos constituyen aún ejemplo y paradigma del modelo de bienestar "familista", según el cual las políticas públicas dan por supuesto que las familias deben asumir la provisión de bienestar a sus miembros (Esping-Andersen *et al.*, 2002), sin que, por parte de los mecanismos protectores, se dediquen apenas prestaciones a las familias (IMSERSO, 2005, p. 169-170).

De fato, as famílias são as principais responsáveis pelo cuidado informal, quando os mais próximos necessitam de apoio (GOODHEAD; MCDONALD, 2007). RODRÍGUEZ (2006, p. 128) define o apoio informal da seguinte maneira:

> Consiste en el cuidado y atención que se dispensa de manera altruista a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia, fundamentalmente por sus familiares y allegados, pero también por otros agentes y redes distintos de los servicios formalizados de atención.

No Brasil não é diferente. O art. 229 da Constituição Federal reforça esse entendimento quando reza: "os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade".

Nesse sentido, espera-se, em primeiro lugar, que a família ofereça os cuidados à pessoa idosa que necessite de apoio para a realização das atividades básicas ou instrumentais da vida diária. No entanto, é sabido que os membros das famílias disponíveis para prestar cuidados estão diminuindo. Verificamos o que se chama de processo de verticalização familiar, ou seja, mais gerações estão vivendo a velhice ao mesmo tempo e em menor número, resultado da longevidade e do declínio da fecundidade/natalidade (FERNÁNDEZ, 2013).

Entre nós, os contextos sociopolíticos de produção do cuidado informal também estão se modificando. Por vários motivos, a família brasileira não tem mais

condições de ser a única protagonista, nem de exercer sozinha essa tarefa pela complexidade dos cuidados demandados, pela falta de condições financeiras, pela ausência de parentes, pela diminuição no número de filhos, pela mudança do papel social exercido pelas mulheres, pela necessidade de trabalho externo ou de problemas derivados de violência intrafamiliar. Consequentemente, há uma diminuição dos cuidadores informais (MINAYO; COIMBRA JÚNIOR, 2002; CAMARANO, 2010).

Estudo realizado por ULLMANN, VALERA e RICO (2014), sobre a evolução das estruturas familiares ocorridas na América Latina entre 1990 a 2010, revela que a família continua sendo a protagonista do acesso ao bem-estar e que a questão de gênero na repartição das tarefas domésticas, que continua acentuada, é o verdadeiro pano de fundo, em que pese a grande mudança ocorrida na sua formação, com o aumento de lares monoparentais, tendo a mulher como chefe.

Para GUIMARÃES, HIRATA e SUGITA (2011, p. 154), as mulheres arcam, desproporcionalmente, com os custos pessoais e financeiros do cuidado. Na família, as mulheres, geralmente companheiras, filhas, noras ou netas, sempre foram os membros que dispensaram cuidados:

> No Brasil e nos países de língua espanhola, a palavra “cuidado” é usada para designar a atitude; mas é o verbo “cuidar”, designando a ação, que parece traduzir melhor a palavra *care*. Assim, se é certo que “cuidado”, ou “atividade do cuidado”, ou mesmo “ocupações relacionadas ao cuidado”, como substantivos, foram introduzidos mais recentemente na língua corrente, as noções de “cuidar” ou de “tomar conta” têm vários significados, sendo expressões de uso cotidiano. Elas designam, no Brasil, um espectro de ações plenas de significado nativo, longa e amplamente difundidas, muito embora difusas no seu significado prático. O “cuidar da casa” (ou “tomar conta da casa”), assim como o “cuidar das crianças” (ou “tomar conta das crianças”) ou até mesmo o “cuidar do marido”, ou “dos pais”, têm sido tarefas exercidas por agentes subalternos e femininos, os quais (talvez por isso mesmo) no léxico brasileiro têm estado associados com a submissão, seja dos escravos (inicialmente), seja das mulheres, brancas ou negras (posteriormente). (Grifo dos autores).

O cuidado prestado ao idoso por membros da família não se reparte equitativamente; quase sempre é realizado pelos membros do sexo feminino. O ato informal de cuidar é comparado ao labor doméstico, tantas vezes desvalorizado e

sem compensação financeira.[14] Sob a racionalidade econômica capitalista e as relações de gênero historicamente construídas, ou seja, relações “tradicionais” de gênero no espaço privado, o ato informal de cuidar, exercido pelas mulheres é desconsiderado e invisível, como trabalho, posto que definido e compreendido como mero afazer que não produz valor de troca. A importância dos cuidadores, na vida das pessoas idosas dependentes, contrasta com a sua invisibilidade social e teórica.

Segundo GUIMARÃES; HIRATA e SUGITA (2011, p. 156),

> O *care* remete à questão de gênero, na medida em que essa atividade está profundamente naturalizada, como se fosse inerente à posição e à disposição (*habitus*) femininas. Mas, na medida em que o *care* se manifesta como ocupação ou profissão exercida em troca de uma remuneração, o peso e a eficiência crescentes das políticas públicas tornam-se verdadeiras bombas de efeito retardado, visto que questionam a gratuidade do trabalho doméstico e a sua circunscrição ao grupo social das mulheres, e desafiam a ideia de “servidão voluntária” inerente a esse serviço quando realizado no espaço privado do *domus*. Vale dizer, a emergência do *care* como profissão implica o reconhecimento e a valorização do trabalho doméstico e do trabalho familiar como “trabalho”; em outras palavras, a associação do trabalho do *care* com uma profissão feminina deixa de ser natural.

Nos últimos anos, o Brasil reduziu a pobreza e a desigualdade de renda, mas as estruturas sociais continuam baseadas na desigualdade de gênero, pois, de acordo com EGGER (2012),[15]

> Além do mercado de trabalho informal ser sujeito aos riscos da natureza da agricultura, o gênero da pessoa ou a composição do domicílio podem também afetar o risco de empobrecer. Em uma sociedade ainda muito marcada pelo patriarcalismo e pelo machismo, como a brasileira, há papeis específicos para homens e mulheres. Assim, eles provavelmente estão expostos a riscos diferentes e de dimensões diferentes. Isto é especialmente devido à atribuição da função generalizada das mulheres como cuidadora da família. A ativista e advogada Magnólia Azevedo Said diz que o trabalho não remunerado torna as mulheres invisíveis. Elas assumem o papel de cuidadora naqueles espaços onde há falta de serviços públicos. Assim, o trabalho não remunerado das mulheres, e por isso as exigências duplas frente a elas, aumentam com a diminuição de gastos no setor social ou com a privatização de serviços públicos. Em consequência, as mulheres são responsáveis não só por gerar renda com o trabalho remunerado, mas

---

[14]Em estudos realizados em 2010, 1,4 milhões de mulheres eram cuidadoras de pessoas idosas dependentes e não estavam no mercado de trabalho e nem eram aposentadas, portanto, não tinham renda e nem contribuíam para a seguridade social (CAMARANO,2014).

[15] Fundação Heinrich Böll, 2012. Disponível em: <http://br.boell.org/pt-br/2012/12/07/genero-e-risco-de-pobreza-no-brasil>. Acesso em: 21 jul. 2014.

> também por cuidar das crianças e dos idosos da família. Elas trabalham ‘duplo’, mas só uma das atividades é renumerada monetariamente. Nessa situação, o risco da pobreza fica ainda maior para mães solteiras, famílias com maioria feminina ou com crianças e idosos precisando de cuidado.

Contudo, podemos perceber que há movimentos em direção a uma mudança desse paradigma de desigualdade, em relação ao papel das mulheres enquanto cuidadoras familiares preferentes, rechaçando-se os mandatos tradicionais de gênero e buscando-se o direito à igualdade. Com isso, busca-se “desfamiliarizar” e “desfeminizar” as funções de cuidado e de proteção (ESPING-ANDERSEN; PALIER, 2010; MONTAÑO, 2010; PAUTASSI, 2010; TOBÍO et al., 2010; MARTÍ, 2012; MAGAÑA, 2013; GASCÓN; REDONDO, 2014).

Por sua vez, como salientam MINAYO e COIMBRA JÚNIOR (2002), é um mito pensar que se pode ter como garantido que a família prestará um cuidado humanizado e digno ao idoso, ou seja, que irá ser garantida a sua autonomia da vontade. De acordo com esses autores,

> Outra razão por que a família não pode ser vista como a única estrutura para o cuidado das pessoas idosas é a qualidade do relacionamento com seus parentes. Muitos argumentos em favor da obrigação que os filhos têm de cuidar dos pais são baseados na crença de que existe um bom relacionamento entre as gerações. É evidente que tal suposição pode ser facilmente desafiada pela existência de conflitos permanentes, por situações de abandono do lar por um dos cônjuges e desarmonia familiar resultante de incompatibilidade de personalidades, de valores e de estilos de vida entre os jovens e os mais velhos. (MINAYO; COIMBRA JÚNIOR, 2002, p. 54).

Frente à chamada “crise do apoio informal”, quem irá cuidar da população idosa em situação de dependência? Será que realmente cabe à família ou às mulheres esse papel de cuidadoras? O que cabe ao Estado na questão da proteção social? Se o envelhecimento e a dependência colocam a prova o potencial do cuidado informal, a partir do aumento de idosos com dificuldades para as atividades da vida diária e da diminuição no número de cuidadores, o dilema que se coloca é se a família poderá dar resposta à nova situação de demanda assistencial (IMSERSO, 2005). Tendo em vista esses questionamentos, passaremos ao próximo tópico analisando a construção dos sistemas de proteção social.

1.4.1 Do assistencialismo ao direito

A formação dos sistemas de proteção social tem origem na necessidade sociocultural de impedir ou diminuir o impacto de determinados riscos sobre os indivíduos e grupos sociais. A proteção consiste justamente “na ação coletiva de proteger indivíduos contra os riscos inerentes à vida humana e/ou assistir necessidades geradas em diferentes momentos históricos e relacionadas com múltiplas situações de dependência” (VIANA; LEVCOVITZ, 2005, p. 17).

A preocupação do Estado com a velhice surgiu como demanda gradual, quando se começou a elaborar um conjunto de medidas – regulamentações, alocação de verbas e serviços – necessárias para atender um número cada vez maior de pessoas dependentes, tornando a provisão de cuidados na velhice uma “nova” necessidade social:

> [...] Por esgrimir el dato cuantitativo, recuérdese que el número de personas mayores de ochenta años en los años setenta era de apenas medio millón. Además, los modos de convivencia predominantes por aquel entonces era el de la familia extensa: más del 70 por 100 de las personas mayores de sesenta y cinco años vivían con los hijos u otros familiares (Informe GAUR, 1975). Por otra parte, como las enfermedades y trastornos que producen dependencia se incrementan sobre todo a edades muy avanzadas y no eran numerosos los ancianos/as que llegaban a ellas, existían relativamente pocas personas con gran necesidad de cuidados durante largos períodos de tiempo. Las que presentaban esta necesidad eran atendidas de forma “natural” en el contexto familiar, en el que existía la figura de la “madre de todos”, esto es, la mujer cuyo rol consistía fundamentalmente en una plena dedicación personal y vital a la atención de su casa y al cuidado de todos los miembros de la familia. Para los casos de abandono o de carencia de familia, existían asilos y residencias, como programa prácticamente exclusivo que se proveía por los recursos formales de atención. (DEFENSOR DEL PUEBLO, 2000, p. 64).

Todos os países, em maior ou menor escala, desenvolveram algum mecanismo público objetivando a proteção social da velhice, incluindo a situação de dependência em suas agendas políticas como um risco social a ser enfrentado da forma mais universalista possível. Dependendo de sua relação com a sociedade, os governos adotam formas e padrões específicos de intervenção, utilizando-se de sistemas previdenciários, assistenciais e de saúde que, embora semelhantes do ponto de vista formal, apresentam muitas diferenças operacionais no que se refere

às formas de financiamento, cobertura, tipos de programas e acesso. Esse processo teve maior avanço a partir dos anos 1960. Como podemos observar,

> O Estado, em vários países europeus do século XIX, pressionado pelos trabalhadores e pelas elites preocupadas com o crescimento da mendicância e da criminalidade, adotou medidas para afastar das ruas os trabalhadores incapazes de exercer ofício. Neste rol estavam incluídos os idosos, as viúvas, os deficientes e os malandros. Assim, mesmo antes de ser considerada um problema social, a velhice assumiu a forma de um problema humanitário, objeto da filantropia e reflexo da lógica de exclusão da acumulação capitalista. (COUTRIM, 2006, p. 69).

As formas de as políticas públicas serem concretizadas variam, também, conforme as concepções do papel que o Estado assume (conservador, liberal ou neoliberal e intervencionista ou regulatório) e da relação estabelecida com o mercado e a sociedade, ou seja, com o peso e o grau que o Estado deve atuar no contexto social (IPEA, 2010b; PINO; LARA, 2013). Nos regimes de bem-estar deve se ter em conta: a) a distribuição do cuidado de pessoas dependentes entre o Estado, as famílias, o mercado e a sociedade; b) o grau de abrangência da cobertura aos cidadãos; c) o grau de participação do Estado no gasto social; e d) a amplitude dos riscos cobertos, independentemente da posição alcançada no mercado de trabalho (IPEA, 2010c; CABRERO, 2011; BATTHYANY et al., 2013). Portanto, os três tipos de *Welfare State* descritos por Esping-Andersen[16] apontam as características institucionais e distributivas dos sistemas de prestação de serviços sociais de alguns países, permitindo agrupá-los, conforme diferentes regimes ou modelos de política social (BATISTA, 2008; DURANA; FUENTES, 2009; IPEA, 2010b; PINO; LARA, 2013), existindo quatro modelos que podem ser adotados: anglo-saxão (Reino Unido e Irlanda), nórdico (Suécia, Finlândia e Dinamarca), continental (Alemanha, França, Áustria, Holanda, Luxemburgo e Bélgica) ou mediterrâneo (Espanha, Itália e Portugal).

O modelo nórdico de proteção à dependência foi um dos primeiros a desenvolver um sistema público de serviços sociais; a partir da década de 1950

---

[16] Vários são os teóricos que desenvolveram tipologias, mas vamos aqui neste trabalho adotar a utilizada por ESPING-ANDERSEN (1991), por ser mais abrangente ao utilizar como critério o grau de democratização social, sendo três os modelos de Estado Social ou *Welfare State*: Modelo social democrata, Modelo conservador ou conservadorismo e Modelo liberal.

passou a substituir a família, principalmente as mulheres cuidadoras, à medida que se incorporavam ao mercado de trabalho (BATISTA, 2008; DURANA; FUENTES, 2009; CABRERO, 2011). Logo, a intervenção do Estado moderno nas questões sociais é essencial, considerando a necessidade de se propiciar à população algum tipo de proteção que diminua as desigualdades e facilite as transformações políticas, sociais e econômicas. Essa intervenção ocorre mediante elaboração de políticas públicas, reconhecendo-se necessidades básicas e estabelecendo um conjunto de direitos e deveres que vincula o cidadão ao Estado.

Segundo FANTOVA apud OISS (2013, p. 13), os serviços sociais constituem-se em instrumento para redução das desigualdades e promoção da inclusão social, beneficiando a todos:

> Los cambios en las estructuras de las familias, las migraciones, los cambios en el mercado de trabajo, el aumento de personas en situación de dependencia debido al proceso de envejecimiento, la diversificación de causas de exclusión social –que no se limita a grupos marginales– y la necesidad de una mayor información y asesoramiento ante la complejidad y los cambios constantes de esta sociedad de la información, del conocimiento y de las nuevas tecnologías, están poniendo en evidencia la gran importancia de los servicios sociales en la sociedad. Y es que los servicios sociales completan y potencian los efectos redistributivos e integradores de las prestaciones económicas y de la atención sanitaria, mejorando la calidad de vida, a la vez que previenen y ofrecen respuesta a los nuevos riesgos sociales que el sistema de pensiones y el de salud no contemplaban.

É certo que os serviços sociais surgiram a partir de uma perspectiva caritativa, assistencialista e de apoio aos mais necessitados; serviços oferecidos pela sociedade civil ou por organizações sem fins lucrativos (cuidado familiar-assistencial) que foram paulatinamente incluídos nos sistemas de seguridade social, como um direito fundamental dos cidadãos, no sentido de que o Poder Público responda a essa demanda a partir dos serviços formais, criando estruturas necessárias que permitam um marco de proteção social e econômico (FERNÁNDEZ, 2013).

1.4.2 A proteção social brasileira: o cuidado como um direito fundamental

A Organização dos Estados Americanos (OEA), em 15 de junho de 2015, em sua 45ª Assembleia Geral, em Washington, aprovou e abriu, para assinatura dos

países, a Convenção Interamericana sobre os Direitos das Pessoas Idosas. Esse foi o primeiro instrumento internacional juridicamente vinculante voltado para a proteção e promoção dos direitos das pessoas idosas. No entanto, diversos países latino-americanos já contam com leis específicas que regulamentam a atenção integral desse grupo social, a exemplo de Brasil, Bolívia, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Paraguai, Peru, República Dominicana e Venezuela (HUENCHUAN, 2013).[17]

No Brasil, em decorrência da adoção interna de alguns tratados internacionais e da influência da concepção de Estado Social Democrático de Direito, não só a Constituição Federal refletiu a importância da proteção social à velhice (ao adotar um sistema de garantias a pessoas idosas), como também norteou toda uma legislação infraconstitucional, culminando na aprovação da Lei Federal nº 10.471, denominada Estatuto do Idoso, que entrou em vigor em 1º de Janeiro de 2004. O critério adotado para caracterizar a pessoa idosa foi o cronológico ou etário, criado pela OMS. De acordo com essa organização, nos países em desenvolvimento "idoso" é o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos.

O art. 230 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) dispõe, por sua vez, que "A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida". A velhice é compreendida como um direito humano fundamental; o grande desafio atual não é apenas prolongar os anos de vida ou de vivê-los sem doenças, mas também garantir qualidade de vida e bem-estar às pessoas idosas com dignidade. SARLET (2012, p. 73) entende por dignidade da pessoa humana a

> [...] qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de

---

[17]Os demais tratados internacionais são muito incipientes em matéria de direitos voltados à pessoa idosa limitando-se, muitas vezes, a tratar de seguridade social e direito a uma vida digna, como exposto na Declaração Universal de Direitos Humanos (1948) e no pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966). O "Protocolo de San Salvador" era, até o presente momento, o único instrumento internacional vinculativo que incorpora especificamente alguns dos direitos das pessoas idosas, mas de uma forma muito tímida (MAIO, 2013), em que pese as tratativas que vêm ocorrendo no âmbito da ONU no sentido de se adotar uma convenção internacional específica.

> cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os seres humanos, mediante o devido respeito aos demais seres que integram a rede da vida.

Foi KANT (1995, p. 66), no século XVIII, quem melhor conceituou a dignidade humana: “Age de tal sorte que uses a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre e simultaneamente como fim e nunca simplesmente como meio”. O homem é um fim em si mesmo, tem valor absoluto, não podendo ser usado como instrumento para algo; não tem preço, é insubstituível, é imensurável, sem possibilidade de ser avaliado e, justamente por isso, possui dignidade. Nessa perspectiva, *autonomia* é, pois, o fundamento da dignidade da natureza humana.

Baseando-se na ideia de dignidade STAMMLER apud SICHES (1959, p. 551) formulou quatro princípios ou máximas que se agrupam em duas classes:

> 1°) **Princípios do respeito recíproco**:(a) O querer de uma pessoa é decidir seus fins e meios, não deve nunca ficar à mercê do arbítrio subjetivo ou capricho de outra pessoa; (b) Toda exigência jurídica deve tratar o obrigado como um próximo: quer dizer, como uma pessoa com dignidade, como um sujeito que tem fins próprios, que é um fim em si mesmo e nunca um mero meio para fins alheios.
> 2°) **Princípios da participação**: (a) Ninguém deve jamais ser excluído de uma comunidade ou de uma relação jurídica por uma decisão arbitrária ou mero capricho subjetivo de outra pessoa; (b) Todo poder jurídico de disposição, concedido a uma pessoa, no sentido de excluir uma outra pessoa, deverá fazê-lo somente de tal modo que o excluído subsista como um ser com um fim próprio, quer dizer, como uma pessoa com dignidade, e jamais como um mero meio para os demais, ou mero objeto de direitos subjetivos dos demais.

Os direitos fundamentais são, portanto, concretizações dessa dignidade, uma vez que, direta ou indiretamente, visam à proteção, ao respeito e ao desenvolvimento das pessoas. O Estatuto do Idoso dispõe que é obrigação do Estado garantir à pessoa idosa, mediante políticas públicas, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. Também procura combater qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão (BRASIL, 2003).

Com a positivação dos direitos sociais fundamentais na Constituição Federal de 1988, o Estado Democrático de Direito brasileiro passou a ter de adotar prestações positivas visando a sua implementação por meio de políticas públicas; a assistência social adquiriu um novo *status*, integrando o tripé da seguridade social e passando a garantir direitos por intermédio de benefícios, programas e projetos às pessoas idosas (IPEA, 2010b).

Vários são os conceitos mas, como afirmou BUCCI (2006, p. 38), "Políticas públicas são programas de ação governamental visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados". Assim, são atos estatais necessários à efetivação dos direitos sociais. Conforme TAVARES (2008, p. 1123),

> [...] os poderes públicos deixaram, então, a postura meramente absenteísta de não interferência na autonomia privada para passar a gerenciar a garantia de condições mínimas de vida digna às pessoas na sociedade, criando mecanismos de fraternidade compulsória na prevenção de infortúnios.

VIEIRA (1996, p. 34) conceitua *cuidado* como "ato ou tarefa de zelar pelo bem-estar de alguém, prestando-lhe assistência, assumindo a responsabilidade e os encargos inerentes a esse ato". Mas o que importa, acima de tudo, **é compreender a dignidade na perspectiva do respeito e da manutenção da autonomia da vontade, para que o idoso dependente não se torne um "objeto" quando cuidado pelo "outro".** Portanto, adotar "o direito ao cuidado como direito universal" de todos os cidadãos significa afirmar que existe o direito de dar e o de receber cuidados, sendo que o principal desafio que se impõe na atualidade é incluí-lo positivamente nas políticas públicas, conforme BATTHYANY et al. (2013, p. 8),

> El Estado se enfrenta al desafío de asumir un nuevo enfoque de las políticas sociales de nueva generación, consistente en reconocer al cuidado como derecho universal, de forma que, los tres pilares clásicos del bienestar vinculados a la salud, la educación y la seguridad social, están siendo complementados con el denominado "cuarto pilar", que reconoce el derecho a recibir atención en situaciones de dependencia (Montaño, 2010), no ya de forma residual (como excepción cuando no hay familia que pueda asumirlo) sino como obligación del Estado.

No Brasil, há uma determinação constitucional de elaboração de políticas públicas, pelo Estado, para proteção do direito à saúde,[18] à assistência social e à previdência. A Seguridade Social contempla o "conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (art. 194 da Constituição Federal de 1988). Paralelamente, a Assistência Social é um direito do cidadão e um dever do Estado; seu caráter é não contributivo, capaz de prover os mínimos sociais com o fim de garantir o atendimento às necessidades básicas do cidadão (art. 1º da Lei Federal nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993). Assim, como reflexo dos movimentos sociais ao longo dos últimos anos, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) com o objetivo de buscar efetiva implementação e execução dessas políticas.

No Brasil, o SUAS[19][20] é um sistema público que organiza os serviços socioassistenciais[21]. Tem como eixos estruturantes a matricialidade sociofamiliar e a descentralização político-administrativa e territorialização, criando novas bases para a relação entre Estado e sociedade civil. Estabelece ainda a organização da assistência em dois níveis de proteção: a "proteção social básica" e a "proteção social especial de média e alta complexidade". A primeira é destinada à prevenção de riscos sociais e pessoais por meio da oferta de programas, projetos, serviços e

---

[18]É importante observar que o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) assegura, por sua vez, no seu art. 15, *caput*, a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do (SUS), garantindo-lhe o acesso, em conjunto articulado e contínuo, às ações e aos serviços para "prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos" (BRASIL, 2003).

[19]Art. 204 da Constituição Federal: As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes: I - descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social.

[20]A Lei Orgânica da Assistência Social (Lei 8.742/93) dispõe sobre critérios de divisão de competências da União, dos Estados e dos Municípios, na área da assistência social, em seu art. 12 e seguintes. Essa lei definiu que, na estruturação e no funcionamento dos serviços de proteção básica e especial do SUAS, o Município tem responsabilidade preponderante na prestação dos serviços, cabendo aos Estados e à União, salvo nos casos de emergência, uma atuação meramente fiscalizatória e subsidiária, sem prejuízo de seu dever de cofinanciamento, através de transferências automáticas, operadas fundo a fundo. Também, vide a Resolução CNAS nº 145, de 15 de outubro de 2004 (PNAS), e a Resolução CNAS nº 33, de 12 de dezembro de 2012 (NOB/SUAS).

[21]Art. 23 da LOAS: "Entendem-se por serviços socioassistenciais as atividades continuadas que visem à melhoria de vida da população e cujas ações, voltadas para as necessidades básicas, observem os objetivos, princípios e diretrizes estabelecidos nesta Lei".

benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social. A segunda é direcionada a famílias e indivíduos que já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos violados por abandono, maus-tratos, abuso sexual ou uso de drogas. O SUAS engloba, também, a oferta de benefícios assistenciais monetários, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o programa Bolsa Família (BF) (BERZINS; BORGES, 2012).

A legislação brasileira garante, portanto, direitos de cuidados de longa duração à população idosa por meio de diversos instrumentos legais, dispostos na Constituição Federal, no Estatuto do Idoso e na PNI, além da Política Nacional de Saúde do Idoso.[22] Contudo, na prática, e apesar dessas orientações, verificamos que a família continua a ter um papel fundamental e preponderante como cuidadora na proteção dos seus membros dependentes, embora a Constituição Federal trate da responsabilidade solidária a ser exercida entre a família, a sociedade e o Estado.[23] É nessa linha de análise que questionamos o modo como a política pública brasileira de cuidados responde às necessidades das pessoas idosas dependentes e dos cuidadores familiares.

---

[22]Constituição Federal (destaque para os art. 229 e 230); Estatuto do Idoso (Lei Federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2004); Política Nacional do Idoso (Lei Federal nº 8.842/94, Decreto Federal nº 1.948/96); Leis Federais nºs 10.048/00 e 10.098/00 e o Decreto Federal nº 5.296/2004; legislações locais (ex: Política Estadual e Municipal do Idoso); LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social – Lei Federal nº 8.742/93; Política Nacional de Assistência Social – Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004 do CNAS; Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais – Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009/CNAS; Lei Orgânica da Saúde – Lei Federal nº 8.080/90; Política Nacional de Saúde do Idoso – Portaria GM/MS nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999; Redes Estaduais de Atenção à saúde do Idoso – Portaria GM nº 702, de 12 de abril de 2002; Plano Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa – 2004; Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento – ONU, abril de 2002.

[23]Defendemos nessa tese que a obrigação entre a família, sociedade e o Estado, em relação ao cuidado do idoso, é uma obrigação solidária, em decorrência da norma constitucional. Nas obrigações solidárias concorrem vários credores, vários devedores ou vários credores e devedores ao mesmo tempo, sendo que cada credor terá o direito de exigir, e cada devedor terá o dever de prestar, inteiramente, o objeto da prestação, conforme preceituam os arts. 264 e 265 do Código Civil. Ao contrário, nas obrigações subsidiárias, a responsabilidade assumida entre dois ou mais sujeitos obedece a certa ordem, ou seja, não sendo possível executar o efetivo devedor, quando ocorrer o inadimplemento da obrigação, podem ser executados os demais sujeitos envolvidos na relação obrigacional.

1.5 CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO

A Declaração do Rio (2013)[24] reconhece a necessidade de se adotar uma verdadeira "Cultura de Cuidados":

> Cada vez mais, as pessoas em todo o mundo estão alcançando idades muito mais avançadas. Ainda que muitas delas levem uma vida ativa, um número cada vez maior exigirá cuidados para incapacidades produzidas por doenças que não podem ser curadas. As doenças crônicas são prolongadas e exigem um *continuum* de serviços de cuidados ao longo do curso de vida. A carga global da doença mudou, mas os sistemas de saúde ainda têm, em grande medida, seu foco voltado para a cura, e ainda não estão suficientemente orientados para proporcionar cuidados a todos os que precisam. Muito foi conseguido em termos de prevenção e tratamento; entretanto, para se acompanhar a ***revolução da longevidade*** há um imperativo que se impõe: o desenvolvimento de uma ***cultura de cuidado*** que seja sustentável, economicamente viável, feita com compaixão, e universal (RIO DE JANEIRO, 2013, p. 2, grifo nosso).

Segundo a OMS (OPAS, 2005, p. 22), cuidados de longa duração são assim definidos:

> O sistema de atividades realizadas por cuidadores informais (familiares, amigos e/ou vizinhos) e/ou profissionais (saúde, social, entre outros) para garantir que uma pessoa que não é plenamente capaz de autocuidado possa manter o mais alto nível de qualidade de vida, de acordo com a sua pessoa e suas preferências, com o maior grau possível de independência, autonomia, participação, realização pessoal e dignidade humana.

Para CAMARANO (2014, p. 607), não existe uma definição única para o significado de cuidados de longa duração. Essa pesquisadora afirma ser esse um conceito que envolve "o apoio material, instrumental e emocional, formal ou informalmente oferecido por um longo período de tempo às pessoas que o necessitam, independentemente da idade".

---

[24] Documento formulado por ocasião do Fórum Internacional WDA (Rio de Janeiro, 16-17 de outubro de 2013), uma iniciativa do Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-BR) e da World Demographic Association (WDA), organizado conjuntamente pela Bradesco Seguros e UniverSeg, em associação com o Centro de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento (CEPE) e parceiros da academia, governo, organizações da sociedade civil e as Nações Unidas. Disponível em: <http://www.sbgg.org.br/cms/wp-content/uploads/2013/11/RIO-DECLARATION-Portuguese-FINAL.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2014.

O envelhecimento populacional e o aumento da dependência funcional das pessoas idosas são tendências mundiais, tornando cada vez mais presente nas agendas políticas e sociais de vários países a preocupação com os cuidados de longa duração (CEPAL, 2013; SECO, 2013):

> Para a OCDE [Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico], os cuidados de longa duração representam "uma questão política transversal que reúne um leque de serviços para pessoas que dependem de ajuda para as suas actividades quotidianas básicas durante um período de tempo prolongado". Os serviços de longa duração podem incluir reabilitação, cuidados médicos básicos, cuidados no domicílio, cuidados sociais, alojamento e serviços como transporte, refeições, apoio ocupacional e ajuda na gestão da vida quotidiana. (COMISSÃO EUROPEIA, 2008, p. 3, grifo nosso).

Em 2013, foi realizada ampla consulta pelo Alto Comissionado das Nações Unidas para os Direitos Humanos sobre a promoção e a proteção dos direitos das pessoas idosas. Pela análise das respostas obtidas, o problema que mais preocupa os Estados-Membros é justamente a questão dos cuidados:

> El análisis de la información disponible sobre 34 países pone de manifiesto los asuntos principales que preocupan a los gobiernos y las oficinas nacionales de derechos humanos en relación a este tema. Del total de respuestas analizadas en ambos estamentos, el 41,2% identificó como una de las problemáticas principales el cuidado, el 35,3% señaló la falta de toma de conciencia sobre su realidad y derechos, el 32,4% la salud, el 26,5% las pensiones, el 21% mencionó la discriminación y el maltrato, y el 17,6% el trabajo. (HUENCHUAN, 2013, p. 62).

Uma análise comparativa dos sistemas de cuidados oferecidos a idosos dependentes em outros países, a exemplo do Japão, Estados Unidos e da União Europeia, principalmente a Espanha, revela diferentes abordagens das práticas de cuidados, assim como as principais características das políticas públicas, ou seja, quais são as características gerais e específicas de cada um, o detalhamento dos benefícios e serviços oferecidos e os sistemas de classificação da dependência adotados, conforme LOBATO (2007), COMISSÃO EUROPEIA (2008), CONILL (2008), DURANA e FUENTES (2009), BRASIL (2010), SACARDO (2010), CABRERO (2011), MARTÍN (2011), MARINHO (2012), e SECO (2013).

A partir dessa análise, observamos dois modelos de organização da proteção nesses países: a) a instituição de seguros sociais – públicos/privados –, típica da

Alemanha, dos Estados Unidos e do Japão; e b) a garantia de acesso a serviços e benefícios não contributivos, que caracteriza as experiências da Espanha, da França, do Reino Unido e da Suécia (BATISTA, 2009; DURANA; FUENTES 2009).

Na Alemanha, por exemplo, existe o “seguro cuidado”, mantido por meio de cotizações entre empregado e empregador. Nesse país, existem seguros públicos e privados, porém os serviços são limitados, e quando o segurado utiliza o serviço, ainda necessita contribuir com uma parte.

A Espanha tem, desde 2006, a Lei da Dependência, tida como uma grande conquista para a sociedade; porém, por ser implementada e mantida com recursos de impostos, tem que concorrer com outras políticas sociais na repartição dos recursos. Os beneficiários dos serviços oferecidos em centros-dia, ILPIs, atenção domiciliar e teleassistência também arcam com uma parte financeira (copago); só não contribuem as pessoas que realmente não têm condições.

A natureza familiar tem sido característica marcante e básica da maioria dos sistemas de cuidados pessoais, com exceção dos modelos nórdicos de proteção social e do sociossanitário da Holanda (DURANA; FUENTES, 2009). CABRERO (2011, p. 71) caracterizou o modelo social europeu de cuidados de longa duração do seguinte modo:

> Permanencia y refuerzo de la familia; extensión de la responsabilidad del Estado en cuanto cobertura, financiación y coordinación del sistema de atención bajo la forma de descentralización y nexos variables de colaboración con el sistema sanitario; consolidación selectiva del Tercer Sector como prestador de servicios en colaboración con el Estado a la vez defensor de derechos de los colectivos más vulnerables; y avance de la esfera mercantil como oferta propria mediante seguros complementarios de dependencia y como prestador de servicios públicos en competencia con el Tercer Sector.

No Brasil, à semelhança dos demais países do hemisfério sul – desde a Constituição Federal, passando pela PNI, de 1994, até o Estatuto do Idoso, de 2003 – toda a legislação estabelece ser a família a principal responsável pelo cuidado do idoso (GASCÓN; REDONDO, 2014).

VIEIRA (1996, p. 35) define *cuidadores de idosos(as)* como “pessoas que se dedicam à tarefa de cuidar de um idoso, sejam elas membros da família que, voluntariamente ou não, assumem esta atividade, ou pessoas contratadas pela família para esse fim”. Do ponto de vista do cuidador, podemos destacar dois tipos: o

informal, geralmente prestado por cônjuges e/ou filhos, amigos, vizinhos, ou seja, no meio doméstico; e o **formal**, oferecido pelo Estado ou pelo setor privado.[25]

O cuidador acaba também necessitando, por sua vez, de incentivos, ajuda e apoio, por se tratar de uma atividade estressante que pode provocar angústia, solidão, tensão, tristeza, alterações no seu bem-estar, prejudicando sua saúde, sua vida social, sua disponibilidade econômica, sua rotina familiar e seu desempenho profissional. Essas mudanças podem levar ao aparecimento de níveis elevados de sobrecarga, conforme relatado por LEBRÃO e DUARTE (2003), BRASIL (2007), ALCÂNTARA (2009), QUEIRÓZ (2010) e PEREIRA (2011).

Diferentemente do Brasil, vários países preocupam-se em disponibilizar apoio adequado aos cuidadores informais. Esse apoio pode incluir informação, formação, aconselhamento, prestação de cuidados durante os períodos de interrupção ou descanso dos prestadores, formalização da seguridade social e apoio financeiro, como, por exemplo:

- *ajuda financeira* (Alemanha, Áustria, Dinamarca, Eslováquia, Espanha, Estónia, Finlândia, França, Hungria, Irlanda, Itália, República Checa e Suécia);
- *créditos e isenções fiscais* (Alemanha, Espanha, França, Grécia, Luxemburgo);
- *licença sem vencimento* para cuidar de familiares (Alemanha, Áustria, Espanha, Finlândia, Países Baixos);
- *tratamento* dos períodos de prestação de cuidados como parte das contribuições dos prestadores para efeitos de pensões; e
- *formalização do estatuto* de prestadores de cuidados e sua *inclusão nos sistemas de segurança social* (COMISSÃO EUROPEIA, 2008, p. 15).

Quanto aos cuidados formais, referem-se àqueles que prestam serviços remunerados pelo Estado, incluindo a atenção domiciliar, por instituições públicas ou privadas às pessoas em situação de dependência.

---

[25] A Lei Federal n° 13.146, de 6 de julho de 2015, que instituiu a lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), em seu artigo 3°, conceitou **atendente pessoal** como "pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, assiste ou presta cuidados básicos e essenciais à pessoa com deficiência no exercício de suas atividades diárias, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas" e **acompanhante** "aquele que acompanha a pessoa com deficiência, podendo ou não desempenhar as funções de atendente pessoal". No seu artigo 39,§ 2°, já previu também que "os serviços socioassistenciais destinados à pessoa com deficiência em situação de dependência deverão contar com cuidadores sociais para prestar-lhes cuidados básicos e instrumentais".

1.5.1 Sistema espanhol de cuidados de longa duração [26]

Com relação à Espanha, a Constituição de 1978, em seu art. 41 (ESPANHA, 1978), obriga aos Poderes Públicos a "*un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad*". A Constituição Espanhola reconhece os direitos de proteção à saúde (art. 43), de acesso à cultura (art. 44), de desfrutar uma habitação digna (art. 47); de obrigar os Poderes Públicos a ampararem as pessoas com deficiência (art. 49). É oportuno lembrar e reproduzir o teor do art. 50, que prevê o direito das pessoas idosas ao acesso a um sistema de serviços sociais e de saúde:

> Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ócio. (ESPANHA, 1978).

Em decorrência da determinação constitucional, foi aprovada, em 20 de junho de 1994, a Lei General de Seguridad Social, que regula a proteção econômica e sociossanitária de caráter universalista e não contributiva, não se exigindo qualquer tipo de vinculação ao sistema por se realizar alguma espécie de atividade profissional.

Com a Lei nº 39/2006,[27] a Espanha dispõe de um Sistema Nacional para a Autonomia e Atenção à Dependência (SAAD); sistema público e não contributivo (ESPANHA, 2006; ORTEGA, 2013). Esse sistema passou a ser o quarto pilar do Estado de Bem-Estar (ESPANHA, 2006; BATISTA, 2008; DURANA; FUENTES,

---

[26]Escolhemos o sistema espanhol para analisar considerando ser um sistema de proteção social muito sólido e bem estruturado e que possui a oferta do equipamento de centro-dia, além de ter tradição "familista" também como o Brasil (GASCÓN; REDONDO, 2014).

[27]"Artículo 24. Servicio de Centro de Día y de Noche. 1. El servicio de Centro de Día o de Noche ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular, cubre, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal. 2. La tipología de centros incluirá Centros de Día para menores de 65 años, Centros de Día para mayores, Centros de Día de atención especializada por la especificidad de los cuidados que ofrecen y Centros de Noche, que se adecuarán a las peculiaridades y edades de las personas en situación de dependencia". Disponível em: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>. Acesso em: 12 out. 2012.

2009; MARTÍ, 2012; FERNÁNDEZ, 2013), ao lado do Sistema Nacional de Saúde, do Sistema Educacional e do Sistema de Pensões, todos ampliados consideravelmente na década de 1980 e concebidos a partir de três princípios: a) universalizar o direito, ou seja, proporcionar o acesso aos benefícios em condições de igualdade e para todos; b) apoiar o usuário dependente e sua família; e c) organizar e coordenar uma rede de serviços a ser ofertada pelos sistemas sanitário e social já existentes, visando à participação de todas as administrações no exercício de suas competências.

Segundo MARTÍ (2012), a lei de dependência espanhola é um marco na construção de um sistema de atenção a pessoas idosas de forma organizada e estruturada, proporcionando a visibilidade necessária do tema nos meios de comunicação, assim como sua relevância política e econômica. A lei é fundamental para o reconhecimento das prestações como um direito subjetivo exigível pela via administrativa e jurisdicional, para a criação de rede de atenção e de catálogo de serviços disponíveis. Ela estabelece prazos para seu cumprimento e para sua implantação.

No detalhamento dos benefícios e serviços ofertados na Espanha, podemos destacar a existência dos: a) *benefícios pecuniários*: três tipos de benefícios cujos valores são padronizados, mas comportam variação, dependendo da necessidade assistencial e do grau de dependência dos segurados; b) *cuidados domiciliares*: serviço de ajuda em domicílio, apoio para realização de atividades instrumentais e para realização de atividades básicas e serviço de teleassistência; c) c*uidados não domiciliares*: serviço de atenção em moradias coletivas e serviços de cuidados em centros-dia/noite (day-care); e d) *apoios oferecidos ao cuidador informal*: programas de informação e de formação e períodos de descanso (ESPANHA, 2006; BATISTA, 2009; ORTEGA, 2013).

Portanto, a Espanha, independentemente das obrigações familiares, por força do art. 50 da sua Constituição, garantiu às pessoas idosas em situação de dependência um sistema de serviços sociais.

1.5.2 Marcos legais dos cuidados de longa duração no Brasil

No Brasil, a Lei nº 8.842/94 (BRASIL, 1994), que estabeleceu a PNI, em seu art. 4º, aduz que constitui uma das suas diretrizes a "priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência". Essa lei previu, em seu art. 10, que é competência dos órgãos e entidades públicas, na área de promoção e assistência social, entre outras, "estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso", *tais como* "centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros".

Conforme o Decreto nº 1.948/96 (BRASIL, 1996), que regulamentou a PNI, como política preferencial, tanto assistencial como de saúde, elegeu-se a possibilidade de se manter o idoso em seu ambiente familiar por meio das *modalidades de cuidados de longa duração intermediários*[28] que visam à promoção e à integração da pessoa idosa na família e na comunidade em que se encontra inserida.[29]

Em relação às políticas públicas que compõem a Seguridade Social brasileira, verifica-se não existir lei específica ou sistema autônomo, como no caso espanhol,

---

[28] São modalidades de cuidados de longa duração intermediários: o centro de convivência, o centro de cuidados diurno ou centro-dia, a casa-lar, a oficina abrigada de trabalho, a teleassistência, o sistema de cuidadores pagos pelo governo, o hospital-dia ou leitos de cuidados prolongados destinados a idosos, o centro de cuidados noturnos, o serviço de atenção domiciliar – SAD, etc.

[29] O Decreto nº 1.948/96, em seu art. 3º, conceitua como sendo modalidade asilar o "atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover à própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social" e o parágrafo único ainda aduz que "a assistência na modalidade asilar ocorre no caso da inexistência do grupo familiar, abandono**,** carência de recursos financeiros próprios ou da própria família". Essa mesma lei, em seu artigo 4º, conceitua as diversas modalidades não asilar de atendimento: "I - Centro de Convivência: local destinado à permanência diurna do idoso, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania; II - Centro de Cuidados Diurno: Hospital-Dia e Centro-Dia - local destinado à permanência diurna do idoso dependente ou que possua deficiência temporária e necessite de assistência médica ou de assistência multiprofissional; III - Casa-Lar: residência, em sistema participativo, cedida por instituições públicas ou privadas, destinada a idosos detentores de renda insuficiente para sua manutenção e sem família; IV - Oficina Abrigada de Trabalho: local destinado ao desenvolvimento, pelo idoso, de atividades produtivas, proporcionando-lhe oportunidade de elevar sua renda, sendo regida por normas específicas; V - atendimento domiciliar: é o serviço prestado ao idoso que vive só e seja dependente, a fim de suprir as suas necessidades da vida diária. Esse serviço é prestado em seu próprio lar, por profissionais da área de saúde ou por pessoas da própria comunidade; VI - outras formas de atendimento: iniciativas surgidas na própria comunidade, que visem à promoção e à integração da pessoa idosa na família e na sociedade".

que regulamente e organize programa de cuidados de longa duração intermediários, especialmente dirigidos às pessoas em situação de dependência funcional, embora existam outras iniciativas que protejam a população idosa. O Estatuto do Idoso não tratou de forma mais pormenorizada de outros tipos de serviços, focando mais na institucionalização.[30] Ainda temos uma vocação cultural de extremos: ou se oferece o serviço de institucionalização em residências coletivas (ILPIs); ou na modalidade de centro de convivência, local destinado à permanência diurna do idoso independente, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e educacionais.

Ao compararmos, portanto, o sistema espanhol com o brasileiro, constatamos a ausência, neste último, de uma Política Nacional de Cuidados de Longa Duração para a população idosa considerando: a) a escassez de equipamentos, sejam eles intermediários ou não (pois ainda temos falta de vagas nas ILPIs), de forma estruturada, eficaz, aptos a apresentarem soluções em curto, médio ou longo prazo e integrados ao sistema de proteção social; b) a falta de financiamento público próprio destinado a essa finalidade; e c) a falta de legislação mais específica para regulamentar o tema dos cuidados de longa duração intermediários.

1.5.3 Centro de cuidados diurnos ou centro-dia

A tendência das políticas públicas de diversos países, como Suécia, Dinamarca e Espanha, é adotar sistemas de atenção domiciliar (serviços sociais oferecidos nos domicílios, seja por meio de apoio doméstico, de concessão de benefícios monetários e de equipamentos comunitários) visando a manter a pessoa idosa em seu próprio entorno familiar e comunitário, em detrimento da atenção institucional (BATISTA, 2008; ALCÂNTARA, 2009; DURANA; FUENTES, 2009;

---

[30]Entre as alternativas de cuidado de longa duração não domiciliar a mais antiga é a asilar, instituição secular criada na idade média (BEAUVOIR, 1976), hoje conhecida como Instituição de Longa Permanência para Idosos. Uma das maiores novidades foi o Estatuto do Idoso reconhecer a existência de uma relação de consumo, ou seja, relação em que as entidades são prestadoras de serviço de natureza social, com o objetivo principal de oferecer moradia coletiva, razão pela qual a entidade deve firmar contrato escrito de prestação de serviços (PINHEIRO, 2012). No art. 50, estão descritas as obrigações a serem observadas pelas ILPs, sujeitas a sanções administrativas, civis e/ou penais, caso haja descumprimento. A fiscalização pode ser feita pelo MP, pelos Conselhos de Idosos, pela Vigilância Sanitária e por outros órgãos previstos em lei.

CABRERO, 2011; SECO, 2013). Entre esses serviços à disposição das pessoas idosas e de suas famílias, encontramos o centro de cuidados diurnos ou centro-dia.

Na Espanha, a *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, a Lei nº 39/2006, art. 24, conceituou centro de cuidados diurnos como:

> El servicio de Centro de Día o de Noche ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular, cubre, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal. (ESPANHA, 2006).

Para ALVARENGA (2007, p. 461), "centro-dia" consiste em

> Recurso sociossanitário e de apoio familiar que durante o dia oferece atenção às necessidades básicas pessoais, terapêuticas e socioculturais aos idosos afetados por diferentes graus de dependência. Promove a autonomia e a permanência do idoso em seu entorno habitual. Oferece serviços de atenção social (acolhimento, relações com a família e orientação), atenção à saúde psico-física (reabilitação, terapia ocupacional, higiene pessoal, orientação nutricional), socialização e participação social. Distingue-se do Hospital Dia porque este conta com um componente mais específico de avaliação das condições de saúde, recuperação funcional, controle clínico e de enfermagem, enquanto que o Centro Dia tem como função principal manter a situação funcional e diminuir a sobrecarga dos cuidadores. É um recurso que depende mais de serviços sociais que sanitários.

No Brasil, entre as opções de modalidades de cuidados intermediários de longa duração previstas na PNI, temos o centro de cuidados diurnos ou centro-dia[31]:

> Art. 10. Na implementação da política nacional do idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos:
> I - *na área de promoção e assistência social*
> [...]
> b) estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, *centros de cuidados diurnos*, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros; (BRASIL, 1994, grifos nossos).

---

[31]Trata-se de equipamento ou local destinado à permanência diurna do idoso dependente ou que possua deficiência temporária e que necessite de assistência médica ou de assistência multiprofissional, conforme definido pelo art. 4º do Decreto nº 1.948/96 (BRASIL, 1996).

A Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001, do Ministério da Previdência e Assistência Social[32] dispõe sobre as normas gerais de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil (BRASIL, 2001). No item 6.1, define centro-dia como

> Um programa de atenção integral às pessoas idosas que por suas carências familiares e funcionais não podem ser atendidas em seus próprios domicílios ou por serviços comunitários; proporciona o atendimento das necessidades básicas, mantém o idoso junto à família, reforça o aspecto de segurança, autonomia, bem-estar e a própria socialização do idoso. Caracteriza-se por ser um espaço para atender idosos que possuem limitações para a realização das Atividades de Vida Diária (AVD), que convivem com suas famílias, porém, não dispõem de atendimento de tempo integral, no domicílio. Pode funcionar em espaço especificamente construído para esse fim, em espaço adaptado ou como um programa de um Centro de Convivência desde que disponha de pessoal qualificado para o atendimento adequado.

No Brasil, o centro-dia é considerado serviço socioassistencial, um equipamento classificado como Serviço de Proteção Social Especial[33] de média complexidade para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias, conforme o Anexo da Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009 (Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais), aprovada pelo CNAS. Portanto, é um espaço intermediário destinado a idosos com algum grau de dependência, que não têm condições de serem cuidados somente em seus domicílios e necessitam da atenção de uma equipe multidisciplinar, formada por profissionais do âmbito psicossocial e sanitário.

No *Guia de Orientações Técnicas,* elaborado pela Secretaria de Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo, o centro-dia tem por finalidade:

> Promover a autonomia, a inclusão social e a melhoria da qualidade de vida das pessoas participantes. Deve contar com equipe específica e habilitada para a prestação de serviços especializados a pessoas em situação de dependência que requeiram cuidados permanentes ou temporários. A ação da equipe será sempre pautada no reconhecimento do potencial da família e do cuidador, na aceitação e valorização da diversidade e na redução da

---

[32]A assistência social foi desvinculada do Ministério da Previdência Social, passando a ser coordenada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

[33]"A Proteção Social Especial é a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outros". É destinada, "às crianças, aos adolescentes, aos jovens, aos idosos, às pessoas com deficiência e às pessoas em situação de rua que tiveram seus direitos violados e, ou, ameaçados" (BRASIL, 2004, p. 31).

> sobrecarga do cuidador, decorrente da prestação de cuidados diários prolongados. (SÃO PAULO, 2014, p. 11).

Para CABRERO et al. (2005), RODRÍGUEZ (2010), MADRID (2011) e LOUVISON e ROSA (2012), o centro-dia tem por objetivos: a) melhorar a qualidade de vida dos idosos e de sua família; b) recuperar ou manter o maior grau de independência possível e de autonomia pessoal; c) manter o idoso junto a seu entorno social e evitar a sua institucionalização definitiva; d) ofertar atendimento interdisciplinar nas áreas de assistência, saúde, fisioterapia, psicologia, atividades ocupacionais e de lazer; e) oferecer apoio ao cuidador do idoso, de acordo com as necessidades dos usuários, visando à melhoria de sua qualidade de vida, descanso e integração comunitária; e f) prevenir os conflitos familiares oriundos do possível estresse que possa decorrer da relação de cuidado. Assim, é um equipamento que visa a manter o idoso em seu entorno comunitário e familiar.

Com base nos escritos de ALVARENGA (2007), BATISTA (2008; 2009), CAMARANO (2010) e SECO (2013), pode-se constatar que: a) existe uma demanda crescente por serviços de cuidados de longa duração intermediários para pessoas idosas e há previsão legal desse equipamento na PNI, de 1994, mas a implantação dessa modalidade de assistência (centro-dia) ainda não faz parte da realidade brasileira; b) a experiência espanhola permite vislumbrar ações intersetoriais entre serviços sociais e de saúde como possíveis, necessárias e eficazes para atender as necessidades dos idosos, mas existe, no Brasil, a dificuldade de se trabalhar de maneira conjugada, englobando os dois sistemas, de forma a se responsabilizarem mutuamente pela efetivação e pelo financiamento desse tipo de modalidade de cuidados (centro-dia); e c) a falta de legislação específica que regulamente o funcionamento do centro-dia, a exemplo da RDC 283/2005, que é voltada para as ILPs, e aponte um modelo ou os recursos humanos mínimos imprescindíveis ao seu funcionamento, uma vez que só encontramos a Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001, do MPAS/SEAS, que institui normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, mas que pouco foi observada e utilizada.

Para CAMARANO e MELLO (2010, p. 85), “é comum encontrar centros de convivência e centros-dia funcionando dentro das ILPIs. Centros-dia são pouco frequentes nos municípios brasileiros, o que pode ser atribuído a seu caráter mais

novo". Observamos que as ILPs são necessárias por razões diversas. Ouvimos, por vezes, que são "um mal necessário". Entretanto, como se pode notar pelos estudos realizados por CAMARANO (2010), nas ILPIs espalhadas pelas diversas regiões brasileiras, o perfil da população idosa residente nessas instituições é composto, em sua maioria, pelos independentes (36,7%), nas públicas e filantrópicas; e pelos dependentes (38,8%), nas privadas (com fins lucrativos).

Esse fato demonstra que a razão pela qual a pessoa idosa procura a instituição filantrópica pode ser a carência de renda e de moradia; em relação às privadas, o motivo principal pode ser a dificuldade de obter o cuidado na família. Enfim, o que podemos notar é que tais pessoas não estão inseridas, muitas vezes, na instituição por livre escolha, mas pela insuficiência da disponibilidade de serviços ou de opções intermediárias de cuidados de longa duração, pela precariedade de condições financeiras, ou de moradia, ou pela falta de quem lhe preste cuidados. Se esses fatores determinantes fossem trabalhados, provavelmente se reduziria a necessidade da institucionalização. A possibilidade de se oferecer mais opções de cuidado é um direito, considerando que a integralidade do cuidado se impõe como medida de promoção à saúde, pois

> A promoção da saúde, uma das estratégias de organização da gestão e das práticas em saúde, não deve ser compreendida apenas como um conjunto de procedimentos que informam e capacitam indivíduos e organizações, ou que buscam controlar determinantes das condições de saúde em grupos populacionais específicos. Sua maior importância reside na diversidade de ações possíveis para preservar e aumentar o potencial individual e social de eleição entre diversas formas de vida mais saudáveis, indicando duas direções: (i) integralidade do cuidado e (ii) construção de políticas públicas favoráveis à vida, mediante articulação intersetorial. (MALTA; CASTRO; GOSCH et al., 2009, p. 81).

Somando-se às dificuldades antes assinaladas, verificamos, com base nos dados estatísticos divulgados pelo IBGE (2009a), que o número de centros-dia é pequeno em relação aos 5.565 municípios brasileiros.[34] Há somente 230 unidades (em torno de 6.900 vagas),[35] entre públicas e conveniadas, com percentual maior na

---

[34] O número atual é de 5.570 municípios brasileiros (IBGE, 2014b).

[35] Dados obtidos através do Suplemento de Assistência Social da Pesquisa de Informações Básicas Municipais - MUNIC 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/assistencia_social2009/munic_as2009.pdf>. Acesso em: 05 maio 2015.

região Sudeste (49,13%), sem distinguir se esses centros destinavam-se exclusivamente ao público idoso. Se compararmos com a dimensão territorial e com a quantidade populacional de Portugal e Espanha, o número de centros-dia nesses países é muito maior. Em Portugal, em 2014, o número de centros-dias espalhados era da ordem de 2.048 (64.254 vagas);[36] na Espanha, em 2012, a quantidade era de 3.246 (86.645 vagas),[37] conforme demonstra a **Tabela 1.**

Tabela 1 – Quantidade de centros-dia e características selecionadas do Brasil, Portugal e Espanha, 2015

País	**Brasil**	**Portugal**	**Espanha**
Território/ Km^2	8.515.767.049[38] *	92.212 (2013) ***	505.991 (2013) ***
População/ milhões	201.447.560 (2013) *	10.457.295 (2013) ***	46.620.045 (2013) ***
População idosa (%)	13 (2013) *	19,6 (2013) ***	17,9 (2013) ***
Expectativa de vida/ anos	74,8 (2014) *	80,3 (2013) ***	83,2 (2013) ***
Centros-dia/quantidade	230 (2008) **	2.048 (2014) ****	3.246 (2012) *****

Fontes:
*IBGE
** MUNIC (2009) - IBGE
*** Fundação Francisco Manuel dos Santos
****GEP-Carta Social
*****IMSERSO

Portanto, na prática, são poucas as iniciativas de adoção desses equipamentos por parte do Poder Público, em que pese existirem dispositivos legais que contemplam o centro-dia, seja na forma específica, como no caso do Estado do Rio Grande do Sul e dos municípios de Belo Horizonte e São Paulo; seja na forma

---

[36]Em Portugal existe a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que se constitui como um modelo organizacional criado pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde; é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social voltados a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia. Informações sobre a capacidade de respostas sociais- Portugal Continental, ano 2013. GEP, Carta Social. Disponível em:<http://www.cartasocial.pt/elem_quant2.php>. Acesso em: 20 abr. 2015.

[37]Disponível em: <http://www.espaciomayores.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/recursos_sociales_2012.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2015.

[38]Publicado no DOU nº 16 de 23/01/2013, conforme Resolução Nº 01, de 15 de janeiro de 2013. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default_territ_area.shtm. Acesso em: 21 de jun. 2015.

genérica, que dispõe desse equipamento dentro de um contexto maior, como o da Política Estadual do Idoso da Bahia e do Paraná, e municipal das cidades de Natal e de Santos, que geralmente reproduzem o texto da Política Nacional (PNI).[39]

O Estado de São Paulo organizou, por meio da Secretaria de Desenvolvimento Social, programa pioneiro denominado *São Paulo Amigo do Idoso*,[40] aprovado pelo Decreto nº 58.047, de 15 de maio de 2012, complementado pelo Decreto nº 58.417, de 1º de outubro de 2012. Esse programa visa a atender o idoso semi-independente e apoiar as famílias impossibilitadas de prover suas necessidades, representando fortalecimento da rede de Proteção Social Especial e inovação na oferta de políticas públicas para a população idosa do Estado (SÃO PAULO, 2014).

Outra iniciativa que pode ser citada é a de que, recentemente, o Conselho Municipal de Assistência Social da cidade de São Paulo editou a Resolução COMAS-SP nº 836, de 29 de julho de 2014, que dispõe sobre a aprovação do serviço Centro-Dia para Idoso, como serviço tipificado da Rede Socioassistencial da Proteção Social Especial de Média Complexidade, da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS).

Em estudo realizado por SANTOS e ENCARNAÇÃO (1997, p. 258), em Portugal, constatou-se que

> [...] [em uma amostra de 169 idosos] 30,1% da totalidade de idosos internados [em ILPI] detém elementos de preservação de identidade; 25,1%, já apresentam algumas desestruturações; de notar que 44,8%se encontram totalmente desestruturados. No centro de dia o panorama é inverso, a grande maioria apresenta elementos de estruturação identitária, onde apenas 20% dos idosos denotam afectação total de identidade.

---

[39]Rio Grande do Sul – Lei Estadual nº 12.599/2006; Bahia – Lei Estadual nº 9.013/2004; Paraná – Lei Estadual nº 11.863/97; Belo Horizonte – Lei Municipal nº 10.532/2012; São Paulo – Lei Municipal nº 15.809/2013. Natal – Lei Municipal nº 5.129/99; Santos – Lei Municipal nº 1.921/2000.

[40]**Projeto Quero Vida:** Projeto originário, criado em 2009, pelo Governo de São Paulo, por meio da Secretaria de Desenvolvimento Social – Seds, prevendo entre as suas ações a construção de centros-dia para atender idosos semidependentes, cujas famílias não tivessem condições de prover cuidados durante todo o dia ou parte dele. Projeto que antecedeu o programa denominado "*São Paulo Amigo do Idoso*". Ver Decreto Nº 55.119, de 3 de dezembro de 2009: Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2009/decreto-55119-03.12.2009.html>. Acesso em: 21 jun. 2015.

Assim, além da desconsideração das vantagens biopsicossociais de se adotar o equipamento de centro-dia no Brasil, outro fator que contribui para a sua pouca disseminação é o desconhecimento do valor *per capta* de manutenção de um idoso nesse tipo de equipamento, proporcionando um pensamento distorcido de que seja mais oneroso do que a manutenção em uma ILP.

Em pesquisa realizada junto a instituições brasileiras e espanholas,[41] verificamos que o valor desembolsado, em 2014, pelo serviço de centro-dia foi menor do que o utilizado na manutenção de um idoso em uma ILPI, conforme observamos na **Tabela 2.**

Tabela 2 – Valores desembolsados na manutenção de pessoa idosa em centro-dia e em ILPI no Brasil e na Espanha, 2014

País	**Centro-dia público** valor *per capta* mensal	**ILPI conveniada para idoso dependente** valor *per capta* mensal
Brasil	1.300 reais*	2.098 reais**
Espanha	800 euros***	2.050 euros***

Fontes:
*Programa São Paulo Amigo do Idoso, da Secretaria de Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo
**Conselho Municipal do Idoso do Município de Natal
***Masbau e Los Joseps-Fundação Privada Sant Antoni Abat (Vilanova, Catalunha)

Cumpre salientar, ainda, a confusão feita entre os equipamentos do **centro-dia** – local destinado à permanência diurna do idoso dependente ou com deficiência temporária que necessite de assistência médica ou de assistência multiprofissional – e o **centro de convivência** – local destinado à permanência diurna do idoso independente em que são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania. Muitas vezes, misturam-se suas finalidades, seus objetivos e seu público-alvo, uma vez que não estão disponíveis regras claras de funcionamento.

---

[41]Como fonte de referência dos serviços utilizamos os valores *per capta* mensais cobrados, na Espanha, pela Masbau e Los Joseps-Fundação Privada Sant Antoni Abat (Vilanova, Catalunha) e no Brasil, o valor médio do centro-dia nos foi informado por integrante do Programa *São Paulo Amigo do Idoso,* da Secretaria de Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo; o valor médio da ILPI nos foi informado pela Presidente do Conselho Municipal do Idoso do Município de Natal.

Da mesma forma, é inexpressiva a articulação intersetorial[42] entre as políticas de saúde e de assistência social na organização dessa modalidade de cuidados. No Brasil, o centro-dia previsto na Tipificação Nacional, por meio da Resolução nº 109/CNAS, de 11 de novembro de 2009,[43] é considerado equipamento socioassistencial; na Espanha, ele é sociossanitário, conforme descrito no *Libro Blanco de la Dependencia* (IMSERSO, 2005).

SOSVILLA (2011) reforça a importância da coordenação sociossanitária, ao afirmar que é um elemento fundamental e de eficiência no desenvolvimento da gestão, definindo claramente o que corresponde a cada parte no processo de atenção integral a pessoas idosas em situação de dependência. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006), quando trata da articulação intersetorial, aponta que os gestores do SUS devem estabelecer, em suas respectivas áreas de abrangência, processos de articulação permanente, visando tanto ao estabelecimento de parcerias, como à integração institucional que viabilize a consolidação de compromissos multilaterais efetivos. O sistema de saúde deveria, por exemplo, articular-se com o SUAS para buscar a implantação de política de atenção integral aos idosos residentes em ILPs, bem como implantar e implementar centros de convivência e centros-dia, conforme previsto no Decreto nº 1.948/96 (BRASIL, 1996).

Em novembro de 2011, o Governo Federal lançou o *Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite* (Decreto nº 7.612/2011) (BRASIL, 2011a), cujo objetivo é implementar novas iniciativas e intensificar ações que já são desenvolvidas atualmente pelo governo em benefício das pessoas com

---

[42]Segundo a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), pode-se compreender a intersetorialidade como “uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de corresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem” (BRASIL, 2010, p. 13).

[43]**NOME DO SERVIÇO**: SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, IDOSOS (AS) E SUAS FAMÍLIAS.**DESCRIÇÃO**: Serviço para a oferta de atendimento especializado a famílias com pessoas com deficiência e idosos(as) com algum grau de dependência, que tiveram suas limitações agravadas por violações de direitos, tais como: exploração da imagem, isolamento, confinamento, atitudes discriminatórias e preconceituosas no seio da família, falta de cuidados adequados por parte do cuidador, alto grau de estresse do cuidador, desvalorização da potencialidade/capacidade da pessoa, dentre outras que agravam a dependência e comprometem o desenvolvimento da autonomia. **USUÁRIOS**: Pessoas com deficiência e idosos(as) com dependência, seus cuidadores e familiares. […] **UNIDADE**: Domicílio do usuário, *centro-dia*, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) ou Unidade Referenciada.

deficiência. Dentre elas, podemos destacar a previsão da criação de vários centros-dia[44] de referência. No entanto, a análise das informações prestadas pelo próprio Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS)[45] revela que a pessoa idosa não é o seu público-alvo direto, mas os jovens e adultos, ou seja, pessoas na faixa etária de 18 a 59 anos (BRASIL, 2011a; IPEA, 2014).

1.6 AS CARACTERÍSTICAS DA POLÍTICA ASSISTENCIAL BRASILEIRA À PESSOA IDOSA

Até a Constituição Federal de 1988, a tendência que predominou na agenda política do governo federal foi a transferência de renda para a população de trabalhadores idosos concretizada, por exemplo, nas aposentadorias para os trabalhadores rurais e na renda mensal vitalícia (RMV), criada pela Lei nº 6.179, de 1974 – hoje Benefício da Prestação Continuada (BPC), e a assistência social aos desamparados e pobres (BRASIL, 1974). CAMARANO (2004,p. 265) lembra que um dos primeiros documentos voltados à elaboração de uma política social para o segmento foi editado pelo antigo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em 1976, intitulado *Políticas para a 3ª Idade – Diretrizes Básicas* que tinha a seguinte proposta:

> [...] implantação de sistema de mobilização comunitária, visando, dentre outros objetivos, à manutenção do idoso na família; revisão de critérios para concessão de subvenções a entidades que abrigam idosos; criação de serviços médicos especializados para o idoso, incluindo atendimento domiciliar; revisão do sistema previdenciário e preparação para a aposentadoria; formação de recursos humanos para o atendimento de idosos; coleta de produção de informações e análises sobre a situação do idoso pelo Serviço de Processamento de Dados da Previdência e Assistência Social (Dataprev) em parceria com a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dentre outras.

---

[44]O Serviço em Centro-dia de referência para pessoas com deficiência em situação de dependência é do âmbito da Proteção Social Especial de Média Complexidade do SUAS, conforme estabelece a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais por meio da Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009.

[45] Qual o público atendido no Centro-dia de referência? [...] Corresponde a jovens e adultos com deficiência física, intelectual, auditiva, visual ou com múltiplas deficiências, que necessitam de apoio para realizar suas atividades, diversas vezes ao dia, inclusive, apoio de outra pessoa cuidadora, para manter sua autonomia pessoal. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/assistencia-social/pse-protecao-social-especial/servicos-de-media-complexidade-1/centro-dia-de-referencia>. Acesso em: 12 out. 2012.

Para RODRIGUES (2001), 1976 foi o marco de uma nova era nas atenções públicas com relação à velhice, sendo que, no ano anterior, havia surgido o primeiro programa voltado para essa área, em nível nacional, por iniciativa do então INPS. Foi o chamado PAI – Programa de Assistência ao Idoso – e consistia na organização e implementação de grupos de convivência para idosos previdenciários, nos postos de atendimento do Instituto. Em 1977, o PAI passou para a antiga Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA) que se tornou responsável pelo atendimento ao idoso em todo o território nacional; sua atuação acontecia em dois níveis:

> [...]
> a) direto: que se realizava nas suas próprias instalações e com seu pessoal técnico. Naquele ano contava com cerca de 2.000 unidades em todo o Brasil. Eram centros sociais, postos de distribuição de material, alimentos, etc., e os núcleos de voluntariado.
> O atendimento às pessoas idosas era feito de duas maneiras:
>
> - de forma individual - concessão de prótese, órtese, documentos, ranchos, etc.;
> - de forma grupal, nos grupos de convivência (nucleação e manutenção dos grupos);
>
> b) indireto: a LBA - Legião Brasileira de Assistência - realizava convênios com asilos, pagando um per capita x, por um certo número de vagas para idosos, que ela, através de seus técnicos selecionava e os encaminhava aos asilos conveniados, que eram supervisionados por Assistentes Sociais da LBA. (RODRIGUES, 2001, p. 150-151).

Segundo PERES (2008), a mudança de foco somente começou a ocorrer por influência do debate internacional. A atenção política dada à questão da velhice teve a ONU como sua principal promotora, que elaborou, por exemplo, o Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento, em 1982.[46] Com isso, ao longo da década de 1990, foram criadas várias organizações da sociedade civil e movimentos sociais militantes na área da pessoa idosa.[47] Seguindo a tendência, no Brasil, foram aprovados diversos dispositivos constitucionais referentes às políticas setoriais de

---

[46]O plano foi fruto da 1ª Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, ocorrida em Viena; a 2ª Assembleia Mundial sobre Envelhecimento aconteceu no período de 8 a 12 de abril de 2002, em Madri, com a aprovação do Plano de Ação Internacional de Madri.

[47]Para citar algumas: a primeira associação que surgiu foi no Rio de Janeiro, em 1961, nomeada Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG); os Grupos de Convivência para idosos do Serviço Social do Comércio (SESC), especializado no atendimento ao idoso nas áreas de lazer, cultura e educação, iniciados em 1963; a ACEPI (Associação Cearense Pró-Idosos), fundada em 1977; a Associação Nacional de Gerontologia (ANG), fundada em outubro de 1985; a Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (COBAP), fundada em 1985; e a Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ), fundada em 1991.

proteção aos idosos, tais como: os Planos de Custeio e de Benefícios da Previdência Social (1991); a aprovação da Lei nº 8.742 (LOAS/ 1993); a aprovação da Lei nº 8.842 (PNI/1994) e da Portaria nº 1.395/GM do MS (PNSI/1999).

A PNI (BRASIL, 1994) surgiu a partir da instituição de grupo de trabalho com representantes de vários órgãos, tais como Ministros de Ação Social, da Justiça, da Educação, do Trabalho e da Previdência Social, da Marinha, Exército e Aeronáutica e os Secretários de Governo dos Desportos e da Cultura.[48] que elaborou um documento preliminar. Esse documento foi a origem da Lei nº 8.842, promulgada em 4 de janeiro de 1994, pelo então Presidente Itamar Franco, e regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, assinado pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso. Suas diretrizes norteadoras eram:

> [...] incentivar e viabilizar formas alternativas de cooperação intergeracional; atuar junto às organizações da sociedade civil representativas dos interesses dos idosos com vistas a formulação, implementação e avaliação das políticas, planos e projetos; priorizar o atendimento dos idosos em condição de vulnerabilidade por suas próprias famílias em detrimento ao atendimento asilar; promover a capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia; priorizar o atendimento do idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços; e fomentar a discussão e o desenvolvimento de estudos referentes à questão do envelhecimento. (CAMARANO, 2004, p. 269).

Após sete anos de tramitação no Congresso Nacional, foi sancionada, em 2003, a Lei Federal nº 10.471, denominada Estatuto do Idoso, que trouxe certa uniformização do ordenamento legal e reforço ao já preconizado pela PNI:

> [...] Este apresenta em uma única e ampla peça legal muitas das leis e políticas já aprovadas. Incorpora novos elementos e enfoques, dando um tratamento integral e com uma visão de longo prazo ao estabelecimento de medidas que visam proporcionar o bem-estar dos idosos. A identificação do idoso como um subgrupo populacional demandante de regras específicas implica uma dupla condição em termos de direitos sociais. [...]
> A aprovação do Estatuto do Idoso representa um passo importante da legislação brasileira no contexto de sua adequação às orientações do Plano de Madri [...]

---

[48]Portaria Interministerial nº 252, publicada no dia 16 de outubro de 1990, que, no prazo de 60 dias, deveria apresentar propostas de “políticas e programas para a 3ª Idade”.Esse prazo foi prorrogado para fevereiro de 1991, quando a comissão apresentou o documento preliminar Política Nacional do Idoso, com o seguinte objetivo geral: “Promover a autonomia, integração e participação efetiva dos idosos na sociedade, para que sejam coparticipes da consecução dos objetivos e princípios fundamentais da Nação” (RODRIGUES, 2001; CAMARANO, 2004; BERZINS; BORGES, 2012).

> Esse novo instrumento legal conta com 118 artigos versando sobre diversas áreas dos direitos fundamentais e das necessidades de proteção dos idosos, visando reforçar as diretrizes contidas na PNI (CAMARANO, 2004, p. 270).

No âmbito federal, a formulação e a coordenação geral da Política Nacional do Idoso eram antes atribuídas ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), mas, em 2009, essas tarefas passaram para a Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República (SDH),[49] no sentido de:

> [...] coordenar a Política Nacional do Idoso; articular e apoiar a estruturação de rede nacional de proteção e defesa dos direitos da pessoa idosa; apoiar a capacitação de recursos humanos para atendimento ao idoso, junto aos demais órgãos governamentais; participar, em conjunto com os demais entes e órgãos, da formulação, acompanhamento e avaliação da Política Nacional do Idoso; promover eventos específicos para discussão de questões relativas ao envelhecimento e à velhice; coordenar, financiar e apoiar estudos, levantamentos, pesquisas e publicações sobre a situação do idoso, diretamente ou em parceria com outros órgãos; encaminhar as denúncias relacionadas à violação dos direitos da pessoa idosa aos órgãos públicos competentes; e zelar em conjunto com o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso pela aplicação das normas de proteção da pessoa idosa, enquanto que aos conselhos cabe a supervisão, o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação desta política, em que pese poder elaborar as diretrizes daquela formulação a ser desenvolvida (PINHEIRO, 2012, p. 392-393).

Essa mudança significou que a velhice deveria ser tratada de maneira intersetorial, buscando a integração de vários ministérios da área governamental em ações de políticas públicas e não mais como um problema de ordem assistencialista.

Com relação às medidas e iniciativas governamentais sobre o envelhecimento (BRASIL, 2013a), os destaques apontados pela SDH foram: o terceiro Programa Nacional de Direitos Humanos – *PNDH3*, instituído pelo Decreto Presidencial nº 7.037/2009; o *Fundo Nacional do Idoso*, criado pela Lei nº 12.213/2010; a realização de duas *Conferências Nacionais dos Direitos da Pessoa Idosa* (CNDPI), nos anos de 2009 e 2011;[50] o *Disque Direitos Humanos*; a ampla cobertura previdenciária; o *Benefício da Prestação Continuada* (BPC), que, no ano de 2012, atingiu quase 2

---

[49]Conforme reza o Decreto nº 6.800, de 18 de março de 2009. A Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República – SDH/PR foi criada pela Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003. Suas competências foram atualizadas com a edição da Lei nº 12.134/2010, do Decreto nº 7.256/2010 e, mais atual, do Decreto nº 8.162, de 18 de dezembro de 2013.

[50]A 1ª Conferência Nacional de Direitos da Pessoa Idosa foi realizada em 2006.

milhões de idosos; o Programa *Brasil sem Miséria*, lançado em 2011; os CRAS, CREAS e o PAIF; o serviço de Acolhimento Institucional; o Programa *Minha Casa Minha Vida* (PMCMV), reservando-se no mínimo 3% das unidades habitacionais para atendimento aos idosos; a assistência farmacêutica e o *Programa Farmácia Popular* do Brasil, lançado em 2004; o *Programa Nacional de Imunização*, implantado em 2009; a *Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa*; a *Academia de Saúde*; o Programa de Atenção Domiciliar – *Melhor em Casa*; o *Programa Brasil Alfabetizado* (PBA); o Pronatec, curso técnico de formação em Cuidador de Idosos; e o *Viaja Mais Melhor Idade*.

Em setembro de 2013, a SDH, em parceria com os demais Ministérios, estabelecidos no Decreto nº 8.114, começou a implementar, por meio de ações intersetoriais e federativas, o *Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo*, com vistas à atuação integrada entre a União, os Estados e o Distrito Federal, que passaram a atuar em ações coordenadas nos seguintes eixos: I. Emancipação e protagonismo; II. Promoção e defesa de direitos; III. Informação e formação. Não se tem conhecimento até o presente momento de resultados advindos dessa ação.

Em 2015, foi lançado pela SDH, o Guia de Políticas e Projetos do Governo Federal: Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo (BRASIL, 2015), porém constam praticamente as mesmas ações já descritas em 2012 (BRASIL, 2013a).

Segundo o IPEA (2010a), são quatro as políticas mais importantes para a população idosa: renda para compensar a perda da capacidade laborativa – previdência e assistência social –; saúde; **cuidados de longa duração**; e a criação de um entorno favorável – habitação, infraestrutura, acessibilidade, redução de preconceitos etc. Mas o Brasil elegeu, de uma maneira geral, **a distribuição de renda**,[51] como uma das formas de diminuir as desigualdades sociais, além de

---

[51]"Lei Federal nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. [...] art. 1º Fica criado, no âmbito da Presidência da República, o *Programa Bolsa Família*, destinado às ações de transferência de renda com condicionalidades. Parágrafo único. O Programa de que trata o caput tem por finalidade a unificação dos procedimentos de gestão e execução das ações de transferência de renda do Governo Federal, especialmente as do *Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Educação - Bolsa Escola*, instituído pela Lei nº 10.219, de 11 de abril de 2001, do *Programa Nacional de Acesso à Alimentação - PNAA*, criado pela Lei n o 10.689, de 13 de junho de 2003, do *Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à Saúde - Bolsa Alimentação*, instituído pela Medida Provisória n o 2.206-1, de 6 de setembro de 2001 [...] do *Programa Auxílio-Gás*, instituído pelo Decreto nº 4.102, de 24 de janeiro de

garantir a vida, a redução de danos e a prevenção da incidência de riscos (art. 2º da Lei nº 8.742/93).

Desde 1988, uma das opções adotadas, em detrimento da prestação de serviços públicos, em termos de políticas públicas sociais, foi a escolha da transferência de renda para idosos, por meio de um programa não contributivo denominado *Benefício de Prestação Continuada* (BPC),[52] que beneficia a população idosa diretamente e tem previsão constitucional,[53] e conceituado pelo próprio Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), do Governo Federal,[54] como

> [...] um benefício da Política de Assistência Social, que integra a Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS e para acessá-lo não é necessário ter contribuído com a Previdência Social. É um benefício individual, não vitalício e intransferível, que assegura a transferência mensal de 1 (um) salário mínimo ao idoso, com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Em ambos os casos, devem comprovar não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família. A renda mensal familiar *per capita* deve ser inferior a ¼ (um quarto) do salário mínimo vigente.

2002, e do *Cadastramento Único do Governo Federal*, instituído pelo Decreto nº 3.877, de 24 de julho de 2001" (grifo nosso). É regulamentada pelo Decreto nº 5.209 de 17 de setembro de 2004. Alterações recentes foram feitas pela Lei nº 12.817, de 5 de junho de 2013.

[52]O BPC também é voltado para as pessoas com deficiência, mas no presente estudo estamos direcionando a sua análise sob a ótica da pessoa idosa.

[53]O Benefício de Prestação Continuada também encontra amparo legal na Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que institui o Estatuto do Idoso: "Art. 34. Aos idosos, a partir de 65 (sessenta e cinco) anos, que não possuam meios para prover sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família, é assegurado o *benefício mensal* de 1 (um) salário-mínimo, nos termos da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS. Parágrafo único. O benefício já concedido a qualquer membro da família nos termos do *caput* não será computado para os fins do cálculo da renda familiar *per capita* a que se refere a Loas" (grifo nosso).

[54]"O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; pelas Leis nº 12.435, de 06 de julho de 2011 e nº 12.470, de 31 de agosto de 2011, que alteram dispositivos da LOAS, e pelos Decretos nº 6.214, de 26 de setembro de 2007, nº 6.564, de 12 de setembro de 2008", e *Decreto nº 7.617, de 17 de novembro de 2011*. *Em que pese ter sido regulamentado em 1993, apenas foi, de fato, implantado em 1996, após a publicação do Decreto nº 1.744/1995, por dificuldades orçamentárias e de gestão. Atualmente, são 3,6 milhões (dados de março de 2012) beneficiários do BPC em todo o Brasil, sendo 1,9 milhão de pessoas com deficiência e 1,7 de idosos.* Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc>. Acesso em: 10 jun. 2013.

Segundo dados fornecidos pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS),[55] em dezembro de 2013, quase 2 milhões de idosos (1.822.346) estavam cadastrados e aptos a receberem o BPC, totalizando um gasto de mais de *R$ 14.521.347.002* anuais aos cofres públicos.

Pelo teor do documento elaborado pelo Ministério da Previdência Social (BATISTA, 2008, p. 142-143), constatamos ser a transferência de renda, feita por meio da modalidade do BPC, um parâmetro de transformações na vida para a população idosa, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia da proteção social, ao provimento de condições para atender as contingências sociais e a universalização dos direitos sociais:

> Cabe registrar que, nas últimas décadas, tem-se observado o crescimento paulatino da cobertura do sistema de seguridade brasileiro, permitindo-se uma progressiva ampliação do número de idosos beneficiários de transferências monetárias de natureza contributiva e não contributiva e da atenção à saúde. *Efetivamente, a concessão de benefícios monetários tem fortalecido economicamente as famílias brasileiras, retirando-as das linhas de indigência ou de pobreza, como indicam os dados apresentados neste estudo. Esses benefícios parecem estar contribuindo também para a emergência de um novo* status *para os idosos das famílias mais pobres, favorecendo a construção de uma identidade mais positiva nesse estágio da vida*. [...] *É preciso considerar ainda que, se é fato que os benefícios pecuniários percebidos hoje pelos idosos pobres têm melhorado as condições de vida de suas famílias, também é notório que são gastos principalmente com os itens necessários à sobrevivência, sendo, portanto, insuficientes para permitir o enfrentamento adequado das situações de dependência funcional. (*Grifo nosso).

No entanto, verificamos que os cuidados ficam sob a responsabilidade de cuidadores informais, em detrimento da prestação de serviços públicos, havendo muitos filhos e parentes residindo no mesmo imóvel com o idoso, dependendo financeiramente dele, sendo que o valor do benefício ou da aposentadoria recebida é utilizado para a manutenção familiar. É com esse recurso que, muitas vezes, uma família inteira sobrevive, fazendo-se necessária, portanto, uma política de compensação financeira pelo trabalho exercido pelo cuidador informal.

---

[55]Disponível em: <http://www.mds.gov.br/relcrys/bpc/docs/downloads/2013/DezTodos.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2014.

1.6.1 O oferecimento insatisfatório de serviços na área de cuidados

A política direcionada aos idosos ainda lembra a linha de trabalho desenvolvida pela antiga LBA, de 1976, não tendo se modificado significativamente ao longo do tempo; mantém-se a prevalência a ações que visam à distribuição de alimentos, concessão de próteses, órteses, documentos etc.; manutenção de grupos de convivência e realização de convênios com abrigos, pagando um valor *per capita* baixo frente ao número de vagas para idosos.

Os programas sociais existentes e específicos aos idosos em situação de dependência são muito incipientes, focados mais na institucionalização que nos cuidados de longa duração intermediários:

> A ausência do Estado é tão evidente no campo dos cuidados que faz com que até mesmo famílias que não auferem renda tão elevada tenham de contratar o serviço de outras pessoas – em geral, mulheres – para cuidar de suas crianças, seus idosos e seus doentes. (IPEA, 2014, p. 565).

Um reflexo da inexpressiva política de cuidados de longa duração é a violência intrafamiliar.[56] Em todo o país, os índices registrados pelos Creas nacionais são alarmantes, conforme dados fornecidos pelo IPEA (2014, p. 95):

> [...] em relação ao atendimento voltado às pessoas com deficiência (22.142) e idosos (83.431), chama atenção, também, o elevado número de casos de negligência e abandono,[[57]] representando 55,7% dos atendimentos para os idosos e 54,5% para pessoas com deficiência. A violência intrafamiliar aparece como o segundo tipo de atendimento mais reincidente para pessoas idosas e pessoas com deficiência: 43,7% e 43,6%, respectivamente.

---

[56]Não são diferentes dos números apresentados pelo serviço de Disque Direitos Humanos, mantido pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, que verificou que, no período de janeiro a junho de 2014, do total de 70.884 denúncias, 13.705 eram do módulo idoso, sendo que a maior parte das violações se refere à “negligência” (10.385) e é cometida basicamente no *âmbito familiar* .Dados obtidos pela apresentação feita por ocasião do II Encontro de Promotores de Justiça, Delegados e Defensores, realizado no dia 30 de julho de 2014, em Brasília, pela SDH, sob a apresentação de Sidnei Sousa Costas, Coordenador-Geral do Disque Direitos Humanos.

[57]Conforme a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Desse modo, o **abandono** é designado como “a ausência ou deserção, por parte do responsável, dos cuidados necessários às vítimas, ao qual caberia prover custódia física ou cuidado”. E a **negligência,** por sua vez, como “a recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável no cuidado com a vítima” (BRASIL, 2002, p. 51).

A assistência social foi entendida como uma prática social da rede de solidariedade civil e religiosa, sinônimo de assistencialismo, baseada na caridade, na filantropia e na troca de favor político, não tendo visibilidade enquanto política pública, até o surgimento da Constituição Federal de 1988, contudo, as ações e os serviços caracterizam-se pelo atendimento pontual, emergencial, fragmentado, descontínuo e improvisado até os dias atuais. Vale destacar que

> Em paralelo às instituições governamentais, parcela importante dos serviços é ofertada por entidades privadas das mais diferentes origens, naturezas e tamanhos. Pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2006 apontou que nas entidades privadas de assistência social sem fins lucrativos identificadas atuam cerca de 519 mil trabalhadores ou colaboradores, dos quais nada menos que 53,4% são voluntários. Dos 39,8% de não voluntários, 69% possuem vínculos empregatícios, 9,5% são prestadores de serviços, 15,6% são cedidos de outras instituições e quase 6% são estagiários. Ao mesmo tempo em que nos dão ideia da extensão e da importância de rede privada nesta área, tais informações apontam certa fragilidade na sustentabilidade da prestação desses serviços. Certamente, a forte presença de instituições privadas filantrópicas no setor constitui um desafio para uma maior coordenação e sinergia na prestação de serviços assistenciais. (IPEA, 2010b, p. 71-72).

No Brasil de hoje, ainda são as entidades filantrópicas que continuam executando, em grande parte, a política assistencial brasileira. Além disso, é incipiente a rede pública de serviços voltada às pessoas idosas com dependência, de cunho domiciliário ou comunitário, que ofereça, por exemplo, teleassistência, ajuda em domicílio e centro-dia como opções de atendimento. Embora tenham sido estabelecidas metas no PPA 2012-2015, não se tem conhecimento se essas metas foram alcançadas. Nesse documento (BRASIL, 2014, p. 44-45), entre os objetivos que ficaram sob a responsabilidade da SDH,[58] no âmbito das questões referentes à pessoa idosa,

> […] existe o de *Promover os direitos e garantir proteção social para a pessoa idosa*, tendo como metas qualitativas: 1. Aprovar marco regulatório para definir padrão de funcionamento e custos das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILP) e *dos Centros Dia para Idosos;* 2. Elaborar e padronizar os cursos de cuidadores de idosos; e 3. Implementar a Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos das Pessoas Idosas (RENADI) em todos os estados brasileiros.(Grifo nosso).

---

[58]Relatório de Gestão do exercício de 2013, apresentado aos órgãos de controle interno e externo como prestação de contas ordinária anual a que essa Unidade está obrigada nos termos do art. 70 da Constituição Federal.

Para DURANA e FUENTES (2009), ao contrário do Brasil, os países europeus tendem: a) a desenvolver sistemas integrais de cuidados de longa duração, desde a década de 1980, com o oferecimento de serviços; b) a orientar claramente o conteúdo dessas políticas de cuidado para o cuidado comunitário, ou seja, os serviços comunitários são considerados mais adequados e mais econômicos em termos de manutenção para o Estado, em que pesem as restrições monetárias pelas quais os países da União Europeia vêm passando; e c) a adotar esquemas de transferência de renda para a provisão de cuidados, se facultando ao idoso (ou a sua família) optar em pagar diretamente pelos serviços sociais disponíveis no mercado ou contratar cuidadores formais.

1.6.2 A questão do financiamento da política pública de cuidados

É importante observar na realização de uma política pública como são providos, distribuídos e aplicados os recursos necessários para sua execução. BRANDÃO (2012, p. 4), salienta que

> [...] a alocação de bens e recursos públicos é um elemento determinante na realização das políticas públicas e tais quais os demais fatores que terminam uma política (*policy*), o financiamento decorre das escolhas, 'preferências e decisões tomadas pelos agentes do âmbito político (*politics*).

O financiamento da política de assistência social[59] é responsabilidade compartilhada pelos entes federados, conforme estabelece a Constituição Federal (art. 204) e a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) – Lei nº 8.742/93. Essa corresponsabilidade é denominada *cofinanciamento,* mas não há previsão constitucional de financiamento em relação à assistência social, com valores mínimos preestabelecidos, como ocorre em relação à saúde e à educação.[60] Essas

---

[59]Ver Resolução nº 33, de 12 de dezembro de 2012, que aprovou a nova Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social – NOB/SUAS 2012.

[60]*Saúde*: Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. [...] art. 6º Os *Estados e o Distrito Federal* aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea 'a' do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios. Art. 7º Os *Municípios e o Distrito Federal* aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art.

áreas possuem recursos vinculados e de gastos obrigatórios, o que vem garantindo uma relativa estabilidade nas fontes orçamentárias ao longo dos anos.

Pelo que se constata no âmbito federal, na assistência social os maiores investimentos são feitos na manutenção do BF no pagamento do BPC, ou seja, em programas de transferência de renda e não em programas sociais de prestação de serviços, demonstrando a escolha política feita (SALVADOR, 2012).[61]

Quanto à prestação de serviços na área da assistência social, desde a implantação do SUAS, em 2004, tem se enfrentado alguns problemas crônicos tais como "o subfinanciamento, a questão da regulação do setor privado que atua na área e a necessidade de ampliação da produção estatal, para que a cobertura se amplie" (IPEA, 2010b, p. 71). Além disso, verificamos que houve, em 2012 e 2013, uma preferência do MDS pelo financiamento da construção dos equipamentos denominados Cras e Creas no país, conforme se verifica pelo teor das Portarias nº 141, de 3 de julho de 2012,[62] e nº 127, de 5 de novembro de 2013,[63] apesar de vigorarem, desde 2010, um Manual de Instruções, Diretrizes e Procedimentos Operacionais para a Contratação e Execução de Programas e Ações da Secretaria Nacional de Assistência Social, que dispõe sobre os diversos equipamentos socioassistenciais, como o centro-dia:[64]

---

158 e a alínea 'b' do inciso I do *caput e o §* 3º do art. 159, todos da Constituição Federal". No caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento), conforme redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015. *Educação*: art. 212 da CF. "A União aplicará, anualmente, nunca menos de dezoito, e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios vinte e cinco por cento, no mínimo, da receita resultante de impostos, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino".

[61] Vide art. 3º, parágrafo único, incisos II e III, do Estatuto do Idoso que determina: "A garantia de prioridade compreende: II – preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas; III – destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso."

[62]Dispõe sobre os procedimentos relativos à apresentação e análise das propostas destinadas à construção de Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS e Centro de Referência Especializado para População em situação de Rua – Centro POP, em conformidade com os critérios de partilha dos recursos aprovados pelo Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, por meio da Resolução nº 10, de 24 de abril de 2012.

[63]Dispõe sobre os procedimentos relativos à apresentação e análise das propostas destinadas à construção, no exercício de 2013, de Centro de Referência de Assistência Social – CRAS e Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, em conformidade com os critérios de partilha dos recursos aprovados pelo Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, por meio da Resolução nº 13, de 11 de junho de 2013.

[64]Disponível em:

> Serão objetos de financiamento por parte do MINISTÉRIO, obras vinculadas a conclusão, ampliação, construção, reforma e adaptação de Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, Centro de Atendimento a Crianças, Adolescentes e/ou jovens – (Centro de Juventude), Centro de Convivência do Idoso, Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, *Centro Dia*, Abrigo, Casa Lar, Albergue, República e Instituições de Longa Permanência para Idosos (Abrigo para idosos) e outros equipamentos que vierem a ser regulamentados (grifo nosso).

Existem vários exemplos de países que integram o financiamento de cuidados de longa duração com os componentes da saúde e da assistência social. Segundo dados de 2011, publicados pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) (2011), a Alemanha direciona 0,9% do seu Produto Interno Bruto (PIB) aos cuidados de longa duração; a Dinamarca, 1,8%; a Espanha, 0,6%; a Finlândia, 1,8%; a França, 1,7%; o Japão, 1,4%; a Holanda, 3,5%; a Noruega, 2,0%; Portugal, 0,1%; e a Suécia, 3,6%. Não dispomos de dados do Brasil porque não se conhece um programa de política pública direcionado especificamente para essa área, a exemplo de outros países:

> • Alemanha: criação de seguros de cuidados de saúde abrangentes para apoiar os prestadores de cuidados formais e informais;
> • Áustria: integração de subsídios de assistência para cuidados de longa duração formais e informais;
> • Espanha: coordenação do financiamento dos serviços sociais e de saúde a nível regional;
> • Suécia: integração do financiamento dos cuidados de longa duração e dos cuidados de saúde para doentes graves a nível municipal; e
> • Reino Unido: o financiamento da maior parte dos serviços sociais é tratado a nível local, com os hospitais a terem a possibilidade de reclamar pagamento às autoridades locais se não conseguirem dar alta a pacientes devido à falta de serviços de prestação de cuidados de longa duração (COMISSÃO EUROPEIA, 2008, p. 14).

TEIXEIRA (2007, p. 160) reflete sobre esse problema no Brasil:

> Como exemplo, a falta de um orçamento único para a execução da PNI constitui um dos obstáculos à efetivação dessa atribuição. Além disso, o orçamento destinado a cobrir determinados programas tem seus recursos depositados nos fundos Nacional de Saúde e de Assistência Social, em áreas específicas. As demais áreas de proteção social ao idoso são desenvolvidas com recursos de cada ministério que envolve essas ações, nem sempre as tendo como prioridade nos gastos sociais.

<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/financiamento/etapas/pagamentos/arquivos/Manual%20de%20Instrucoes%20Diretrizes%20e%20Procedimentos%20-%20Contratos%20de%20Repasse.pdf/view>. Acesso em: 17 ago. 2014.

Geralmente, quando os países passam por períodos de recessão econômica, a área que acaba sofrendo cortes é justamente a da seguridade social. Na Espanha, por exemplo, com a aprovação da RD-Ley 20, de 13 de julho de 2012 (ESPANHA,2012), medidas que tinham por finalidade garantir a estabilidade financeira do país implicaram em profundos cortes na política de promoção da autonomia pessoal e atenção à dependência, acarretando consequências especialmente negativas:

> Para las personas, este impacto se materializa en un estancamiento - cuando no disminución- de personas atendidas; en desatención y abandono para aquellos que han permanecido en una desesperante lista de espera; en una reducción sistemática de las intensidades de los servicios; en la supresión de las cotizaciones a la Seguridad Social de las cuidadoras familiares, en una minoración de las cuantías en las prestaciones económicas y en el incremento de los descuentos y de los copagos. Para las administraciones autonómicas, el impacto llegó en forma de imposibilidad material de ofrecer prestaciones y servicios a los titulares de los derechos por la supresión del nivel acordado de financiación (Ley de PGE 2012) y por la reducción de las cuantías del nivel mínimo, lo que las ha puesto en una situación de tensión financiera insoportable. (NAVARRO, 2014, p. 1).

Por fim, a 3ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa[65] determinou a destinação de recursos para todas as modalidades de atendimentos previstas na PNI, na PNSPI e na PNAS;[66] até o momento não se constata, na prática, a efetivação dessa deliberação.

1.6.3 Considerações finais do capítulo

A preocupação política com o envelhecimento, no Brasil, apresenta-se, até o momento e de maneira geral, inexpressiva. Os serviços sociais ocupam lugar secundário ou residual no conjunto do sistema de proteção social. Garantir uma renda mínima às pessoas idosas, por meio de programas de transferência de renda

---

[65]Realizada em Brasília, de 23 a 25 de novembro de 2011, sob a coordenação da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), com o tema “O Compromisso de Todos por um Envelhecimento Digno no Brasil”,

[66]EIXO 4 – DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS, PLANO INTEGRADO E ORÇAMENTO PÚBLICO DA UNIÃO, ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS: CONHECER PARA EXIGIR; EXIGIR PARA INCLUIR; FISCALIZAR. Disponível em: <http://www.cuidardeidosos.com.br/26-prioridades-da-3cndpi/>. Acesso em: 12 out. 2012.

(como o BPC), já é um avanço, mas ainda distante do ideal de resolver e equacionar a falta de políticas públicas de cuidados formais.

São poucos os estudos que mapeiam, de forma mais ampla e estratégica, o percentual de idosos em situação de dependência e as demandas concretas geradas por esse grupo (CAMARANO, 2010). O próprio Estatuto do Idoso não tratou dos detalhes dos cuidados de longa duração não asilar, como o fez na modalidade asilar; restringiu-se a afirmar que eram linhas de ação da política de atendimento ao idoso as "políticas sociais básicas, previstas na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 [...] e as políticas e programas de assistência social, em caráter supletivo, para aqueles que necessitarem".

Podemos inferir, diante dos estudos realizados que a questão do envelhecimento não possui o mesmo peso de importância, perante os Órgãos Públicos. Ao se analisar o organograma funcional da própria SDH,[67] verificamos que as áreas da promoção dos direitos da criança, do adolescente e da pessoa com deficiência já se encontram sob a tutela de secretarias próprias. A área da pessoa idosa ainda está a cargo de uma coordenação ligada à Secretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, apesar de existir o Conselho Nacional de Direitos específico, como os demais.

Por fim, CAMARANO (2010) propõe que o Estado brasileiro assuma esse risco social, incluindo os cuidados de longa duração como quarto pilar no sistema de Seguridade Social.

---

[67]SDH – Relatório de Gestão 2013. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/sobre/acesso-a-informacao/auditorias/relatorios/2013/relatorio-de-gestao-2013-2>.

CAPÍTULO 2 – O MINISTÉRIO PÚBLICO E A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE CUIDADOS VOLTADOS À PESSOA IDOSA

> *O princípio da independência funcional deve ser pensado e operacionalizado sobre novas bases, de modo a impedir que a atuação da instituição disperse-se em múltiplas atuações individualistas e fragmentadas, sem obedecer a um somatório organizado de esforços tendente ao cumprimento das metas e atingimento dos objetivos estratégicos traçados institucionalmente. A cooperação e o diálogo interno podem temperar, nos limites constitucionais, o novo desenho desse princípio, fazendo com que a instituição ganhe vigor resolutivo.*
>
> ***João Gaspar Rodrigues***
> *Promotor de Justiça/MPAM*

2.1 BREVE HISTÓRICO E COMPOSIÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO

Ao analisarmos a construção história e política do Ministério Público não verificamos que haja consenso sobre sua origem. Para MACEDO JÚNIOR (1997), sua origem é encontrada no Egito, há mais de 4.000 anos, quando os chamados procuradores do rei exerciam funções muito assemelhadas às atuais atribuições ministeriais. Eles eram genericamente “a língua e os olhos do rei”, desempenhando no campo penal o dever de

> [...] castigar os rebeldes; reprimir os violentos e proteger os cidadãos pacíficos; acolher os pedidos do homem justo e verdadeiro, perseguindo o malvado e o mentiroso; fazer ouvir as palavras da acusação, participar das instruções para descobrir a verdade, e no campo cível, defender certas pessoas, pois eram tidos ‘como o marido da viúva e pai do órfão’. (MACEDO JÚNIOR, 1997, p. 38).

De acordo com os estudos de REIS e COSTA (1903, p. 248):

> É claro que algumas das atuais funções do Ministério Público se encontram já na Grécia e em Roma e no começo da idade média; mas essas funções estavam disseminadas por indivíduos que não apresentavam a figura pública do agente moderno, nem estavam entre si ligados por laços de subordinação hierárquica ou pelas relações de correspondência direta. Portanto, é no século XIV que as condições políticas e judiciárias de França permitem a formação e o desenvolvimento do Ministério Público. Quando, com a dissolução do regime feudal, a administração da justiça começa a ter uma regulamentação estável e a magistratura a constituir no Estado uma ordem permanente e sedentária, os monarcas reconheceram a necessidade de instituir junto dos tribunais advogados e procuradores que mantivessem

> a autoridade da coroa, que então simbolizava a autoridade da lei e o interesse da nação, contra as prerrogativas dos grandes vassalos e as pretensões do foro eclesiástico.

De fato, os historiadores não discordam em atribuir à *Ordonnance* de Felipe – o Belo, de 25 de março de 1302 – a qualidade de certidão de batismo da Instituição, atribuindo o seu aparecimento à França. Pela primeira vez, num diploma legal, fazia-se menção expressa ao "Procurador do Rei", agente do poder real perante as cortes que exercia a função de defesa dos interesses privados do soberano.

No Brasil, as origens do Ministério Público encontram-se no Direito lusitano, com as Ordenações Manuelinas de 1521. Em 1609, surgiu o primeiro texto legislativo, disciplinador da composição do Tribunal de Relação da Bahia, que previa a figura do *promotor de justiça*. Em 1832, o Código de Processo Criminal seria o primeiro a tratar, de forma sistemática e abrangente, da Instituição Ministerial. Como bem salientou ROJAS (2012, p. 110),

> [...] verdadeiramente o que se entende por Ministério Público hoje teve seu traço inicial com a criação do chamado '*Estado de Direito*', também conhecido como '*Estado Moderno*', fulcrado principalmente na racionalização, burocratização e centralização de poderes.

Corresponsável, portanto, pela prerrogativa estatal de uso da força na manutenção da lei e da ordem. No período que compreende a última transição de regime político no Brasil (1974-1988), verificamos uma grande transformação e um novo desenho institucional do Ministério Público, decorrentes da Lei Complementar nº 40, de 1981, que dispôs sobre o estatuto do Ministério Público; da Lei nº 6.938, de 1981, que instituiu a Política Nacional do Meio Ambiente; e da Lei nº 7.347 de Ação Civil Pública, de 1985, que atribuiu função de defesa dos chamados interesses difusos e coletivos, antes do advento da Constituição Federal de 1988.

ARANTES (2002, p. 24) salientou que o MP, ao longo de sua trajetória, soube afirmar sua vocação para a defesa do interesse público:

> O ponto de inflexão nesse sentido parece ter sido a função de defesa do interesse público, concedida pelo Código de Processo Civil em 1973, e que constitui precisamente o marco inicial de nosso relato sobre a história recente do Ministério Público [...] conseguiu uma segunda grande vitória: canalizar para si uma das mais radicais transformações do Direito brasileiro – a introdução dos direitos difusos e coletivos no ordenamento jurídico e dos instrumentos destinados à sua tutela jurisdicional [...] o Ministério Público

> lutou para se desvincular do Poder Executivo e para construir uma imagem de agente da sociedade na fiscalização dos poderes políticos [...] soube captar o sentido da mudança nos anos de 1980 e, na virada da redemocratização, posicionou-se ao lado da sociedade e de costas para o estado, apesar de ser parte dele.

Principalmente com as Cartas Constitucionais de 1934, 1946 e, por último, de 1988, o MP alcançou enfim sua tão almejada independência institucional (unidade, indivisibilidade, independência funcional e autonomia funcional-administrativa). Portanto, é considerado "instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbido da defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis" (BRASIL, 1988, art. 127).[68]

Cabe salientar que o Ministério Público brasileiro é singular, se comparado ao de outros países; mesmo havendo instituições análogas na América Latina, na Europa e na América do Norte, em nenhuma região identifica-se um Ministério Público com perfil institucional semelhante (localização institucional), ou que ostente igual conjunto de atribuições (SADEK, 2009). KERCHE (2010, p. 113 e 116) destaca que existem dois modelos básicos para estabelecer a relação do MP com o controle político, ou seja, quanto à localização da instituição na estrutura do Estado:

> • *Ministério Público controlado politicamente*: modelo mais comum de Ministério Público é aquele em que a instituição é ligada ao Poder político *stricto-sensu* (Poder Executivo ou Legislativo, conforme o Sistema de Governo). Ou seja, o Ministério Público é um braço, como a polícia, da função executiva do Estado. Como exemplo, temos o Ministério Público inglês, o francês, o alemão, o canadense, o espanhol, o Ministério Público Federal norte-americano e os Ministérios Públicos, italiano e brasileiro, antes de suas Constituições democráticas. A instituição é controlada pelo Ministro da Justiça, que tem o dever de dar respostas relativas à atuação do Ministério Público para a sociedade e para a classe política. Neste sentido, o Ministério Público baseado nesse modelo sofre o *accountability* horizontal [...].
> • *Ministério Público não controlado politicamente:* o segundo modelo de Ministério Público é aquele que sofreu um processo de "despolitização". Ou seja, são Ministérios Públicos que, na sua construção institucional, foram retirados do controle do Governo. Ou passaram para as mãos do Judiciário (como é o caso italiano) ou tornaram-se independentes de todos os Poderes de Estado (como é o caso brasileiro). O aspecto "técnico" da acusação

---

[68]Cabe fazer uma leitura complementar sobre a trajetória histórica, consultando os artigos: 1) Memórias das lutas pela Obtenção do Texto do Ministério Público na Constituição de 1988, de Walter Paulo Sabella et. al.; e 2) Ministério Público do Brasil – Visão Diacrônica de sua Transformação, de Joaquim Cabral Netto, que estão publicados em: SABELLA, Walter Paulo et al (Coord.). **Ministério Público**: vinte e cinco anos do novo perfil constitucional. São Paulo: Editora Malheiros, 2013.

> penal é ressaltado e a escolha de prioridades não é fruto da opção político-partidária. Em outras palavras, retira-se a instituição da influência da esfera política transferindo-a para uma esfera técnica ou burocrática. (Grifo do autor).

De acordo com o art. 128 da Constituição Federal, que trata de sua atual composição, o Ministério Público brasileiro pode ser Federal ou Estadual. O Ministério Público da União[69] (MPU) compreende: a) O Ministério Público Federal (MPF); b) O Ministério Público do Trabalho (MPT); c) O Ministério Público Militar (MPM); e d) O Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT).

O Ministério Público Federal tem atribuição nas causas que envolvem interesses da União[70] e oficiam perante a Justiça Federal, conforme previsto no art. 109 da Constituição Federal (BRASIL,1988). Cada estado possui seu respectivo Ministério Público,[71] o MPE, que atua perante a justiça comum estadual, ou seja, perante os juízes de direito nas comarcas e Tribunais de Justiça. Todos os demais interesses sociais e individuais indisponíveis, não relacionados com as pessoas mencionadas no art. 109 da Constituição Federal, são atribuições do Ministério Público Estadual.

Pelo relatório do Conselho Nacional do Ministério Público[72] (CNMP, 2014b), publicado em setembro de 2014, o Ministério Público dos Estados e do Distrito

---

[69]A Lei Complementar Federal n°75, de 20 de maio de 1993, dispõe sobre a organização, as atribuições e o estatuto do Ministério Público da União, incluindo também a organização, atribuições e estatuto do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios.

[70]Art. 37 da Lei Complementar Federal n° 75/93. “O Ministério Público Federal exercerá as suas funções: I - nas causas de competência do Supremo Tribunal Federal, do Superior Tribunal de Justiça, dos Tribunais Regionais Federais e dos Juízes Federais, e dos Tribunais e Juízes Eleitorais; II - nas causas de competência de quaisquer juízes e tribunais, para defesa de direitos e interesses dos índios e das populações indígenas, do meio ambiente, de bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico, integrantes do patrimônio nacional”.

[71]Lei n° 8.625/1993 – Lei Orgânica Nacional do Ministério Público, que dispõe sobre normas gerais para a organização do Ministério Público dos Estados. Cabe ainda salientar que Lei complementar, denominada Lei Orgânica do Ministério Público, “cuja iniciativa é facultada aos Procuradores-Gerais de Justiça dos Estados, estabelecerá, no âmbito de cada uma das unidades federativas, normas específicas de organização, atribuições e estatuto do respectivo Ministério Público”.

[72]“O Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) atua em prol do cidadão executando a fiscalização administrativa, financeira e disciplinar do Ministério Público no Brasil e de seus membros, respeitando a autonomia da instituição. O órgão foi criado em 30 de dezembro de 2004, pela Emenda Constitucional n° 45, e tem sede em Brasília (DF). Formado por 14 membros, que representam setores diversos da sociedade, o CNMP tem como objetivo imprimir uma visão nacional ao MP. Ao Conselho cabe orientar e fiscalizar todos os ramos do MP brasileiro: o Ministério Público da União (MPU), que é composto pelo Ministério Público Federal (MPF), Ministério Público Militar (MPM), Ministério Público do Trabalho (MPT) e do Distrito Federal e Territórios (MPDFT); e o Ministério

Federal tinham, em 2013, 8.980 Promotores de Justiça[73] espalhados pelos 5.570 municípios brasileiros (IBGE, 2014b) e presentes em todas as regiões do país, revelando tratar-se de uma instituição com atuação funcional de larga abrangência.

2.2 ATRIBUIÇÕES DO MINISTÉRIO PÚBLICO E POLÍTICAS PÚBLICAS

O Ministério Público, tradicionalmente, exercia suas atribuições de forma individualizada, não coletiva. Sua atuação limitava-se aos processos já em andamento, demonstrando claramente sua participação inerte, passiva, sem preocupação sistematizada com os problemas que sua comunidade pudesse vir a enfrentar, a exemplo do lixo, da poluição, do comércio clandestino de carnes, dos problemas envolvendo consumidores etc.

Até há pouco, o Promotor de Justiça era visto pela sociedade como a pessoa que “acusava” na seara criminal; um verdadeiro inquisidor, com atuação basicamente criminal, atrelado ao Estado; um funcionário do “executivo”, inclusive com o distanciamento da população. Muitos ainda acreditam que a instância de promotor devia ser galgada por aqueles que quisessem se tornar “magistrado”. Muitos sequer conhecem as atividades desenvolvidas pela Instituição.

Ao atribuir ao Ministério Público uma crescente atuação, principalmente no âmbito cível, a Carta Magna de 1988[74] o desafiou a exercer um novo modelo

---

Público dos Estados (MPE)”. Disponível em: <http://www.cnmp.mp.br/portal/conheca-o-cnmp>. Acesso em: 5 out. 2014.

[73]Estamos apenas indicando o número de Promotores de Justiça porque atuam na 1° Instância do Ministério Público Estadual. Pelo mesmo relatório, podemos dizer que, em 2013, existiam 1.446 Procuradores de Justiça que trabalhavam na 2º Instância, e 751 Procuradores da República que pertenciam ao Ministério Público Federal.

[74]Art. 129. São funções institucionais do Ministério Público: I - promover, privativamente, a ação penal pública, na forma da lei; II - zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia;III - promover o inquérito civil e a ação civil pública, para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos; IV - promover a ação de inconstitucionalidade ou representação para fins de intervenção da União e dos Estados, nos casos previstos nesta Constituição;V - defender judicialmente os direitos e interesses das populações indígenas; VI - expedir notificações nos procedimentos administrativos de sua competência, requisitando informações e documentos para instruí-los, na forma da lei complementar respectiva; VII - exercer o controle externo da atividade policial, na forma da lei complementar mencionada no artigo anterior; VIII - requisitar diligências investigatórias e a instauração de inquérito policial, indicados os fundamentos jurídicos de suas manifestações processuais; IX - exercer outras funções que lhe forem conferidas, desde que compatíveis com sua finalidade, sendo-lhe vedada a representação judicial e a consultoria jurídica de entidades públicas.

democrático e resolutivo. Passou então a contar com autonomia e independência funcional; muitos começaram a encará-lo como verdadeiro “quarto poder”. De mero coadjuvante processual, passou a assumir papel estratégico de defensor dos direitos coletivos e sociais. Foi preciso superar os entraves de uma ótica individualista e desenvolver uma visão de defesa de direitos de grupos vulneráveis e em situação de risco, como crianças e adolescentes, pessoas com deficiência e pessoas idosas. Segundo ARANTES (2002, p.15),

> Os resultados de nossa pesquisa empírica [...] demonstram que esse processo teve e tem fortes traços endógenos: os próprios integrantes do Ministério Público, imbuídos da convicção de que devem se tornar defensores da sociedade, desenvolveram ações dentro e fora de seu círculo normal de atribuições, com vistas a transpor as fronteiras do sistema de justiça *stricto sensu* e invadir o mundo da política. A análise desse fenômeno de origem endógena nos levou a construir o conceito de *voluntarismo político*, pelo qual pretendemos explicar o modo como o Ministério Público se transformou em um novo ator político.

Foi necessário ainda afastar o velho papel de *fiscal da lei* que lhe era atribuído para adotar, modernamente, o de *fiscal dos princípios e preceitos constitucionais.* Reflexo disso é o novo Código de Processo Civil[75] que expressamente contempla a denominação “fiscal da ordem jurídica” e não mais “fiscal da lei”.

O Ministério Público começou a repensar sua opção político-institucional, elegendo quais ações ministeriais deveriam ser escolhidas a fim de atingir o maior número de pessoas e buscar repercussão social mais ampla, mais condizente com seu novo perfil, passando a ser instrumento de transformação social e indutor de políticas públicas. Como bem salientou SADEK (2009, p. 133),

> É claro que tanto a localização institucional quanto o rol de atribuições vão implicar consequências no perfil da instituição. Talvez, a mais importante entre elas seja o fato de que o Ministério Público se constitui em um ator político relevante, um ator político de primeiríssima grandeza. Com frequência, operadores do sistema de Justiça são muito resistentes à identificação de si próprios e da instituição como ator político, porque desejam, legitimamente, preservar o conceito de neutralidade, de que agem com imparcialidade, respeitando a letra estrita da lei. Entretanto, não é disso que se trata. É indiscutível que a orientação é dada pelos parâmetros legais e que se busca a imparcialidade, a neutralidade, o respeito à lei. Ator político, contudo, não significa ator partidário ou atuação segundo padrões

---

[75]Art. 179 da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015, que instituiu o novo Código de Processo Civil que entrará em vigor após decorrido 1(um) ano da data de sua publicação.

> ideológicos. Significa a configuração de uma instituição e de seus integrantes como agente dotado de poder, de recursos de poder, que possibilitam e credenciam atuações na vida pública, com capacidade de alterar os rumos da vida pública e de impor suas decisões. Desse ponto de vista, o Ministério Público, assim como o Poder Judiciário, são atores políticos. E atores políticos privilegiados. É uma outra questão saber até que ponto a instituição e seus promotores e procuradores têm correspondido e desenvolvido essas potencialidades.

Ademais, o Ministério Público distingue-se, no Brasil, dos seus similares existentes no mundo, justamente, por ter um modelo singular que combina atribuições na defesa dos direitos e interesses difusos e coletivos da sociedade civil com alto grau de independência institucional e discricionariedade de ação. Pois

> Com a Constituição de 1988, o MP deu passo definitivo na direção de se tornar um "agente político da lei": conquistou a independência em relação aos demais poderes de Estado. Na ordem constitucional anterior, o MP era um órgão subordinado ao poder executivo e agia segundo seus desígnios, no plano federal e nos estados. Com a nova Constituição, o MP conquistou uma independência bidimensional: externa e interna. Na primeira dimensão, o MP conquistou autonomia funcional e instrumentos de autogoverno, combinados à total ausência de mecanismos de *accountability*[76] horizontal ou vertical. Internamente, os membros individuais da instituição, que ingressam por meio de concurso público, gozam de garantias como a vitaliciedade, a inamovibilidade e a irredutibilidade de vencimentos, dentre outras, o que lhes confere alto grau de independência funcional e controle completo sobre as ações que conduzem. No Brasil, a autonomia dos promotores e procuradores assemelha-se à dos juízes e o modelo de insulamento típico da função judicante foi estendido no Brasil também à função de acusação. Entre os membros do MP, difundiu-se desde então uma peculiar definição de "independência funcional": no desempenho de suas atividades, os membros do MP estão subordinados apenas à "lei e à própria consciência". (ARANTES, 2007, p. 7-8).

Hodiernamente, confere-se ao Ministério Público papel de *interface,* uma vez que pode promover, de forma privilegiada, a articulação entre as diversas entidades ou atores que podem contribuir para uma melhor e mais célere resolução dos problemas sociais. Conforme SADEK (2009, p. 133),

---

[76]"A expressão accountability tem origem anglo-saxônica e não possui tradução específica para o português. Remete, todavia, à ideia de prestação de contas, fiscalização ou responsabilização principalmente de uma atividade estatal perante instâncias de controle. A accountability é classificada, do ponto de vista doutrinário, como legal, administrativa, política e social ou, ainda, vertical (da população sobre uma instituição ou poder), horizontal (de uma instituição ou poder sobre outra ou outro) e societal" (ROJAS, 2012, p. 152).

> O Ministério Público, diferentemente das demais instituições do sistema de Justiça, tem controle da agenda, ou seja, pode definir o que vai fazer, como vai fazer e quando vai fazer; ao que dará prioridade e ao que não dará prioridade. [...] Do ponto de vista de uma análise institucional, essa característica é muito importante. O fato de existir a possibilidade de controle de agenda significa que há um amplo espaço para ser estabelecida uma política institucional. Sublinhe-se que não estou afirmando que isso de fato tem acontecido. O que saliento é que existe essa potencialidade. O desenvolvimento maior ou menor desta virtualidade fará diferença, provocará impactos na instituição, na sua atuação, na sua imagem.

A sociedade mantém uma visão cética e pessimista em relação às instituições políticas; paralelamente, valoriza outras, a exemplo do Poder Judiciário e do Ministério Público. Há uma sensação de impunidade, de corrupção e de inércia na execução das políticas públicas e na garantia dos direitos sociais fundamentais por parte do executivo e do legislativo.

2.2.1 O MP pós-Estatuto do Idoso e a efetivação da política pública de cuidados

O MP, em 2003, com a aprovação do Estatuto do Idoso, ganhou mais fôlego para ingressar com ações cíveis fundadas em interesses difusos, coletivos, individuais indisponíveis ou homogêneos das pessoas idosas, principalmente aquelas referentes à omissão ou ao oferecimento insatisfatório de acesso às ações e aos serviços de saúde e de assistência social visando ao amparo do idoso. A legitimidade da atuação do Ministério Público, no que concerne às políticas públicas voltadas à pessoa idosa, decorre da imanente relevância social de tal matéria, o que fundamenta e exige sua atuação. Coaduna-se, portanto, com o comando normativo previsto no *caput* dos arts. 127 e 129 da Constituição Federal e nos arts. 74 e 79 do Estatuto do Idoso.[77]

---

[77]"Art. 74. Compete ao Ministério Público: I – instaurar o inquérito civil e a ação civil pública para a proteção dos direitos e interesses difusos ou coletivos, individuais indisponíveis e individuais homogêneos do idoso. Art. 79. Regem-se pelas disposições desta Lei as ações de responsabilidade por ofensa aos direitos assegurados ao idoso, referentes *à omissão ou ao oferecimento insatisfatório* de: I – acesso às ações e serviços de saúde; II – atendimento especializado ao idoso portador de deficiência ou com limitação incapacitante; III – atendimento especializado ao idoso portador de doença infectocontagiosa; IV – serviço de assistência social visando ao amparo do idoso" (grifo nosso).

Verificamos assim a opção política e jurídica pela Teoria da Proteção Integral dos direitos fundamentais[78] aplicada às pessoas idosas e adotada pelo Estatuto do Idoso, em seu art. 2º. Conforme essa teoria, os direitos garantidos são susceptíveis de reivindicação e efetivação por meio de uma prestação positiva por parte do Estado, provocando um reordenamento sobre todos os planos, programas, projetos e ações; e norteando a construção de políticas públicas. VIEIRA (2010, p. 2, grifo do autor), aduz sobre o princípio da proteção integral que

> O idoso, pessoa humana que é, goza de todos os direitos fundamentais inerentes a essa qualidade, direitos estes que estão estampados em todo o nosso sistema jurídico (CF/88 e demais leis), e agora também nesse seu *Estatuto*, que lhe assegura "proteção integral". Assim, visa assegurar-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, dignidade e felicidade. Denota-se aqui o princípio magno que rege todos os dispositivos do Estatuto do Idoso: o *princípio da proteção integral*.

O princípio da proteção integral desempenha, portanto, papel estruturante no sistema, garantindo o reconhecimento de todos os direitos fundamentais decorrentes da condição peculiar de pessoa idosa; buscando a superação de práticas assistencialistas, meramente emergenciais e segmentadas.

A atuação do MP orienta-se não apenas em garantir os direitos da pessoa idosa de modo individual, *quando em situação de risco,*[79] mas também combater a violência[80] institucional que pode significar a *ausência de políticas públicas ou a insuficiência das ações governamentais* voltadas à garantia dos direitos das pessoas idosas, ou seja, quando o Estado se omite em oferecer, na prática, aquilo que já está determinado previamente nas políticas públicas (BERZINS; BORGES, 2012).

---

[78]É interessante ressaltar que muitos dispositivos do Estatuto do Idoso se assemelham aos já previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente, de 1990, que adotou também a teoria da proteção integral.

[79]A situação de risco se faz presente quando uma pessoa idosa tem seus direitos fundamentais violados ou ameaçados, por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; por falta, omissão ou abuso da família, curador ou entidade de atendimento; e em razão da própria condição pessoal do idoso, em conformidade com o art. 43 do Estatuto do Idoso (JANCZURA, 2012; OLIVEIRA LMA, 2014).

[80]A definição de Violência Contra a Pessoa Idosa (VCPI) aqui utilizada é a da *International Network for the Prevention of Elder Abuse* (INPEA), adotada pela Organização Mundial de Saúde e apreendida como “[...] qualquer ato, único ou repetitivo, ou omissão, que ocorra em qualquer relação supostamente de confiança, que cause dano ou incômodo à pessoa idosa” (SÃO PAULO, 2007, p. 24).

Conforme o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa (2005b, p. 17),

> A violência institucional no Brasil ocupa um capítulo muito especial sobretudo nas instituições públicas de prestação de serviços e nas entidades públicas e privadas de longa permanência de idosos. No nível das instituições de prestação de serviços, as de saúde, assistência e previdência social (as que pela Constituição configuram os instrumentos da seguridade social) são campeãs de queixas e reclamações, nas delegacias e promotorias de proteção aos idosos. Além de, frequentemente, a assistência ser exercida por uma burocracia impessoal que reproduz a cultura de discriminação por classe, por gênero e por idade, a maioria dos serviços públicos não estão equipados e nem possuem pessoas preparadas e em número suficiente para o atendimento aos idosos.

Segundo FRISCHEISEN (2000, p. 18),

> A função do Ministério Público não comporta somente a atuação para corrigir atos comissivos da administração que porventura desrespeitem os direitos constitucionais do cidadão, mas também a correção dos atos omissivos, ou seja, para a implantação efetiva de políticas públicas visando à efetividade da ordem social prevista na Constituição Federal de 1988.

Acreditamos que o Ministério Público começa a prescindir do Poder Judiciário, utilizando-se de instrumentos jurídicos extrajudiciais para avançar na construção de novas políticas públicas. Verifica-se, portanto, uma nova tendência na resolução dos conflitos, evitando-se a *judicialização* (Poder Judiciário) e privilegiando-se outras ferramentas estratégicas tais como a mediação, a pactuação e a negociação, ou seja, estratégias mais céleres e de caráter preventivo, baseadas no diálogo consensual entre as partes (*juridicização*).

2.2.2 Da judicialização para a juridicização

Da nova forma de atuação, que passa da *judicialização* para a *juridicização* das políticas públicas, surge por parte do Membro do Ministério uma postura proativa, centrada na capacidade de diálogo, na mediação de demandas sociais, na articulação política e na identificação de problemas para construir agendas próprias

e influenciar agendas de outras instituições (BARROSO, 2009; GOULART, 2013; SABELLA, 2013).[81]

Para BARROSO (2009, p. 3) a Judicialização significa que:

> Algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional e o Poder Executivo – em cujo âmbito se encontram o Presidente da República, seus ministérios e a administração pública em geral. Como intuitivo, a judicialização envolve uma transferência de poder para juízes e tribunais, com alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo de participação da sociedade. O fenômeno tem causas múltiplas. Algumas delas expressam uma tendência mundial; outras estão diretamente relacionadas ao modelo institucional brasileiro.

Conforme ASENSI (2010a, p.42),

> Os estudos de judicialização partem do pressuposto do protagonismo do Judiciário na efetivação de direitos, principalmente de cunho social e

---

[81]Interessante paralelo foi traçado por SILVA C. A. (2001a, p. 139-140), diferenciando o *promotor de gabinete* e o *promotor de fatos* quanto à forma de atuação específica, o que pode definir como o Membro do Ministério Público poderá se fazer presente na sociedade e organizar a sua agenda: "[...] O ***promotor de gabinete*** tende a evitar medidas judiciais relacionadas aos poderes públicos, ou seja, demandas que envolvam implementação de programas e serviços públicos. [...] o *promotor de gabinete* está consciente da dimensão política do papel do Ministério Público, mas vê limites muito claros à sua atuação. Em primeiro lugar, limites como autoridade judiciária que não acha correto ou não se sente à vontade em atuar como agente político. [...] o trabalho burocrático e processual ligado à área de atuação específica do *promotor de gabinete* absorve grande parte do seu tempo e, assim, ele visita e mantém contatos com organizações quando surgem irregularidades ou problemas específicos. Como autoridade encarregada de fiscalizar o cumprimento das leis, o *promotor de gabinete* coloca limites claros na atuação conjunta com órgãos governamentais e organizações não governamentais. A participação em iniciativas da comunidade tem a dimensão de um envolvimento pessoal. O *promotor de gabinete* atende ao público, inicia investigações, apura denúncias, "oficia" autoridades, pessoas jurídicas e físicas, instaura inquéritos civis e propõe ações civis públicas na defesa de interesses metaindividuais. A defesa destes interesses ocorre mais em função das demandas postas ao promotor do que em função dos problemas que o mesmo elegeu como prioritários na sua área de atuação. O *promotor de gabinete* não se vê, pois, como autoridade que deve cobrar continuamente do poder público a implementação de políticas e programas sociais. O ***promotor de fatos***, por sua vez, estabelece contatos, define prioridades, toma iniciativas, articula forças locais e participa de campanhas, mobilizações e eventos. Divulgação de informações, atendimento ao público, palestras, orientações e reuniões são procedimentos utilizados frequentemente. Muitas vezes, as prioridades levam o *promotor de fatos* a acionar órgãos governamentais e estabelecer processos de negociação com autoridades públicas, pessoas jurídicas e físicas. Também levam à participação em campanhas, elaboração de projetos e, até mesmo, fundação de organizações não-governamentais. Os inquéritos civis são usados, muitas vezes, para aumentar as chances de fechamento de acordos judiciais. As ações civis públicas são propostas quando os procedimentos extrajudiciais não surtiram efeito ou quando não há possibilidade de contato ou negociação, como nos casos de violação de direitos por órgãos estaduais e federais. [...] O tipo *promotor de fatos* indica a tendência de alargamento das funções dos promotores para muito além da esfera jurídica, tornando-os verdadeiros articuladores políticos nas comunidades em que trabalham. [...] as novas atribuições constitucionais do Ministério Público são percebidas como fonte de poder a ser usado na "transformação da sociedade".

> coletivo. Admite-se que o Judiciário passou a desempenhar papel fundamental nas sociedades contemporâneas como agente ativo na implementação de políticas públicas e efetivação de direitos. Principalmente pelos mecanismos de controle de constitucionalidade de leis, o Judiciário passou a fazer parte da formulação das mesmas juntamente ao Legislativo e, com a ampliação dos instrumentos processuais, passou a exercer controle direto nas ações do Executivo. Além disso, a ideia de judicializar relações sociais envolve um processo muito mais amplo, que alça o Judiciário a referencial de resolução de conflitos sociais.

Na medida em que existem outras instituições jurídicas, ASENSI ao perceber essa nova realidade, passou a utilizar a expressão "juridicização" para nela inserir as diferentes formas de resolução do conflito fora do âmbito do judiciário, mas com critérios jurídicos. Observa-se um contexto no qual os conflitos são discutidos sob o prisma do direito; evita-se levar o conflito ao Judiciário – isto é, evita-se a *judicialização* do conflito, o que revela um movimento de *juridicização da política e das relações sociais* (ASENSI, 2010a; 2010b).

> [...] a principal estratégia de atuação do MP é a extrajudicialidade. Com isso, observa-se que as relações sociais podem sofrer muito mais uma *juridicização* (conflitos que não são levados ao Judiciário, mas que são discutidos sob o ponto de vista jurídico, principalmente em momentos pré-processuais pelo MP) do que uma *judicialização* (conflitos que são levados ao Judiciário na forma de ação civil pública ou algum outro instrumento processual). (ASENSI, 2010b, p. 136).

Não se pode negar que o processo judicial tem sido atualmente muito utilizado como instrumento de auxílio para a definição de políticas públicas, abalando, inclusive, seu conceito clássico de mero "resolvedor" de problemas entre as partes individuais contendoras (SABINO, 2013), sendo que os cidadãos estão, por meio do campo político e jurídico, buscando sempre a disputa entre a inclusão/exclusão de seus direitos, além de provocar inúmeras reformulações nos conceitos e na universalidade dos direitos sociais, como o que ocorre, por exemplo, na área da saúde.

Nesse diapasão o Supremo Tribunal Federal (STF), em decisão proferida pela 2ª Turma (Relator Ministro Celso de Mello), que deu provimento ao Recurso Extraordinário 436.996-6/SP,[82] apresentado pelo Ministério Público de São Paulo contra o Município de Santo André, assim dispôs:

---

[82] Disponível em: <http://www.stf.jus.br/imprensa/pdf/re436996.pdf>. Acesso em: 6 out. 2014.

> Embora inquestionável que resida, primariamente, nos Poderes Legislativo e Executivo, a prerrogativa de formular e executar políticas públicas, revela-se possível, no entanto, ao Poder Judiciário, ainda que em bases excepcionais, determinar, especialmente nas hipóteses de políticas públicas definidas pela própria Constituição, sejam estas implementadas, sempre que órgãos estatais competentes, por descumprirem os encargos político-jurídicos que sobre eles incidem em caráter mandatório, vierem a comprometer, com a sua omissão, a eficácia e a integridade de direitos sociais e culturais impregnados de estatura constitucional.

Entretanto, verificamos a crescente passagem do protagonismo do Poder Judiciário na efetivação de direitos sociais e coletivos para outros atores, em suas esferas de poder e atribuições, para que possam ser, da mesma forma, agentes ativos na implementação de políticas públicas. Nesse sentido, o Judiciário vai deixando de ocupar a centralidade no processo de resolução de conflitos políticos e sociais. Vianna e Burgos, citados por ASENSI (2010b, p. 47), afirmam que:

> Se o Judiciário é chamado, em geral, para resolver situações em que o dano já ocorreu, e nas quais os direitos já foram feridos, pode-se dizer que uma vocação importante do Ministério Público tem sido a de atuar preventivamente, o que lhe conferiria papel complementar e não concorrente em relação ao Judiciário.

Assim, a formulação e a implementação de políticas públicas poderão ser alcançadas por meio de formas negociais e acordos extrajudiciais, pela adoção de medidas espontâneas por parte do Estado, pela mobilização dos movimentos sociais, da mídia, da igreja e do Ministério Público e, em última instância, pelos meios imperativos, mediante decisão do Poder Judiciário. Podemos afirmar que existem outros mecanismos que podem *contribuir* para essa efetivação, deixando-se de lado as *ações jurisdicionais* propriamente ditas[83] e no poder jurídico-político que detém o Ministério Público.

Muitas vezes, uma demanda levada ao Judiciário pode ser prejudicada pela morosidade de seu julgamento; soma-se a isso o fato de que nosso sistema ainda tem dificuldades em lidar com as causas coletivas e difusas. Existe uma tendência

---

[83] Não temos a pretensão de esgotar o tema, ou seja, de arrolar todos os mecanismos políticos e jurídicos ou as ações constitucionais convencionais postas à disposição para a proteção dos direitos, mas citar alguns, tais como a ação direta de inconstitucionalidade, o *habeas data*, o *habeas corpus*, a ação civil pública, o mandado de segurança, o mandado de injunção, a ação popular, etc.

de se transpor a forma de resolução dos direitos individuais (bilateral) para os direitos sociais, mesmo com a adoção da Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985 (Lei da Ação Civil Pública). Com singular precisão, CAPPELLETTI e GARTH (1988, p. 50) já sintetizavam que a concepção tradicionalista do processo civil não deixava espaço para a proteção dos direitos difusos.

> O processo era visto apenas como um assunto entre duas partes, que se destinava à solução de uma controvérsia entre essas mesmas partes a respeito de seus próprios interesses individuais. Direitos que pertencessem a um grupo, ao público em geral ou a um segmento do público não se enquadravam bem nesse esquema. As regras determinantes da legitimidade, as normas de procedimento e a atuação dos juízes não eram destinadas a facilitar as demandas por interesses difusos intentadas por particulares.

A importância dos mecanismos paralelos reside justamente na necessidade de se entender que a decisão judicial, por si só, não é o único meio garantidor da eficácia social dos direitos fundamentais. Se não se pode mais falar em "neutralidade do judiciário" por um lado, por outro não se tem mais clareza do papel atual de cada Poder na formulação, construção e execução de políticas públicas.

Segundo CASAGRANDE (2008, p. 20 e 118),

> A judicialização, no caso brasileiro, conta ainda com uma particularidade institucional que singulariza o caso nacional, e que é o que nos interessa mais de perto: a concepção de um Ministério Público como órgão de defesa da cidadania e do interesse público, constituído como órgão estatal independente dos demais poderes políticos – embora sujeitos aos rigores do sistema de freios e contrapesos [...] As associações não recorrem ao Ministério Público apenas porque é 'mais cômodo' e economicamente menos custoso. Isto não deixa de ser verdade, mas é preciso considerar também que do ponto de vista da disputa política, obter a concordância do Ministério Público do modo a que este encampe em sua agenda uma determinada reivindicação significa poder contar com uma agência do Estado na defesa de seus interesses. Ou, em outras palavras, poder contar com o apoio do Ministério Público é um recurso de incremento de seu 'poder de fogo'. (Grifo do autor).

Nesse diapasão, o Ministério Público, por não ser Órgão de atuação exclusivamente processual, ocupa um espaço singular no plano da efetivação de direitos, tendo grande responsabilidade e poder de transformação social, pois desenvolve outras atividades extrajudiciais importantes e utiliza-se de instrumentos jurídicos próprios. Em que pese essa atuação do Ministério Público ser questionada frente à tradicional separação de poderes, encontrando bastante resistência por

parte do Executivo, do Legislativo e por parte de alguns setores da sociedade, ela é legítima (ASENSI, 2010b). Um ato administrativo (decisão) advindo de um procedimento ordinatório exercitado por um protagonista jurídico – com assento igualmente constitucional, legítimo e legal, como o Ministério Público – há que se reconhecer como válido quando, por exemplo, dá um prazo para a adoção ou efetivação – por parte do Poder Público – de determinada ação, mediante recomendação; ou então, quando celebra um acordo extrajudicial entre as partes, que tem força de título executivo.[84]

2.2.3 Instrumentos jurídicos extrajudiciais

O MP, com seus instrumentos jurídicos, vem preferindo buscar a solução dos conflitos de forma extrajudicial por considerar ser essa via a mais célere e eficaz de defesa dos interesses coletivos em detrimento da judicialização, que é, muitas vezes, sinônimo de morosidade no julgamento da demanda:

> Os procedimentos administrativos de atribuição do Ministério Público permitem a negociação com a Administração ou com os entes privados responsáveis pela implementação de políticas públicas.[...] Esse espaço de negociação é importante porque nele poderão ser contempladas as grandes questões atinentes à implementação de políticas públicas, como as temporais, orçamentárias e de conciliação entre as várias demandas existentes na sociedade, pela fixação de prazos necessários à implementação das exigências legais e eventuais adequações orçamentárias. [...] Por outro lado, no Inquérito Civil Público ou procedimentos correlatos podem ser elaborados atas compromissárias entre várias partes envolvidas, que não necessariamente poderiam ser acionadas em uma ação civil pública, ou que nesse procedimento gerariam inúmeras contestações, sem que uma sentença conseguisse impor obrigações principais e secundárias, de vários entes públicos envolvidos em uma política pública. É ainda na esfera do Inquérito Civil Público que poderão ser negociadas mudanças em procedimentos da administração, que não são necessariamente ilegais, mas demonstram serem ineficazes para o alcance de seus objetivos. O Ministério Público funciona, então, como órgão mediador e indutor das mudanças. (FRISCHEISEN, 2000, p. 133).

Nesse sentido, o CNMP aprovou, em dezembro de 2014, a Resolução n° 118 que institui a *Política Nacional de Incentivo à Autocomposição no âmbito do*

---

[84]"Caso não seja cumprido no prazo determinado pelo gestor, o Ministério Público pode propor uma ação no Judiciário na fase de execução, o que demanda consideravelmente menos tempo do que uma ação comum, pois dispensa a constituição de provas, as audiências para instrução do processo, a sentença de mérito etc.", conforme ensinado por ASENSI (2010b, p. 95).

Ministério Público, como a negociação, a mediação, a conciliação e o processo restaurativo.[85]O MP sai, portanto, de uma posição demandista,[86] passando a assumir uma postura mais reflexiva, proativa e resolutiva. Tendo por base o conhecimento da realidade social, adquire condições para transformá-la, utilizando-se, para tanto, de vários instrumentos jurídicos extrajudiciais de que dispõe sem a necessidade de recorrer imediatamente ao Poder Judiciário.

Entre os instrumentos jurídicos extrajudiciais, incluem-se a recomendação aos órgãos públicos, o atendimento aos cidadãos, a realização de audiências públicas, o compromisso de ajustamento de conduta, os acordos extrajudiciais, a fiscalização das entidades públicas ou privadas que trabalhem com os idosos, a confecção de cartilhas explicativas e a promoção de palestras em escolas, centros comunitários, instituições de longa permanência ou hospitais (SADEK, 2009; GODINHO, 2010; ROJAS, 2012; GOULART, 2013).

O fato de não precisar ser provocado, como acontece com o Poder Judiciário, possibilitou ao MP ocupar espaço singular no plano da efetivação de direitos. Conforme previsto na sua Lei Orgânica, cabe ao Ministério Público, no exercício de suas atribuições:

> I - receber *notícias de irregularidades*, petições ou reclamações de qualquer natureza, promover as apurações cabíveis que lhes sejam próprias e dar-lhes as soluções adequadas;
> II -zelar pela celeridade e racionalização dos procedimentos administrativos;

---

[85] Resolução nº 118, de 1º de dezembro de 2014 (Publicada no DOU, Seção 1, de 27/01/2015, págs. 48/49). “Art. 8º. A negociação é recomendada para as controvérsias ou conflitos em que o Ministério Público possa atuar como parte na defesa de direitos e interesses da sociedade em razão de sua condição de representante adequado e legitimado coletivo universal (art. 129, III, CR/1988); *Parágrafo único*. A negociação é recomendada, ainda, para a solução de problemas referentes à formulação de convênios, redes de trabalho e parcerias entre entes públicos e privados, bem como entre os próprios membros do Ministério Público. Art. 9º. A mediação é recomendada para solucionar controvérsias ou conflitos que envolvam relações jurídicas nas quais é importante a direta e voluntária ação de ambas as partes divergentes. Art. 11. A conciliação é recomendada para controvérsias ou conflitos que envolvam direitos ou interesses nas áreas de atuação do Ministério Público como órgão interveniente e nos quais sejam necessárias intervenções propondo soluções para a resolução das controvérsias ou dos conflitos. Art. 13. As práticas restaurativas são recomendadas nas situações para as quais seja viável a busca da reparação dos efeitos da infração por intermédio da harmonização entre o(s) seu(s) autor(es) e a(s) vítima(s), com o objetivo de restaurar o convívio social e a efetiva pacificação dos relacionamentos”.

[86]A atuação extrajudicial é fundamental para o Ministério Público, mas ultrapassada esta fase, caso seja medida efetiva, deverá acionar o Poder Judiciário, ingressando, por exemplo, com a devida ação civil pública.

> III - dar andamento, no prazo de trinta dias, às notícias de irregularidades, petições ou reclamações referidas no inciso I;
> IV - promover audiências públicas e emitir relatórios, anual ou especiais, e recomendações dirigidas aos órgãos e entidades mencionadas no caput deste artigo, requisitando ao destinatário sua divulgação adequada e imediata, assim como resposta por escrito (Lei Federal nº 8.625/1993, art. 27, parágrafo único, grifo nosso).

Os instrumentos de solução de conflitos extrajudiciais que têm maior relevância são a audiência pública, o termo de ajustamento de conduta e a recomendação, sendo conceituados por SANTOS e MAGALHÃES JÚNIOR (2013) como se vê a seguir:

a) *Audiência Pública* é o processo de oitivas e debates com a população acerca de determinado assunto, que permite aos Membros do Ministério Público ficarem em contato direto com aqueles que vivenciaram diretamente o problema social objeto de sua atuação e a obtenção de informações que auxiliem na solução do conflito.

b) *Compromisso de Ajustamento de Conduta* é o instrumento por meio do qual, antes de eventual judicialização da matéria, podemos obter do investigado a obrigação de se ajustar à lei, mediante prevenção, cessação da conduta lesiva e reparação do dano, podendo assumir eficácia de título executivo extrajudicial.

c) *Recomendação*, por sua vez, é o instrumento destinado à orientação de órgãos públicos ou privados, à melhoria dos serviços públicos e de relevância pública, bem como ao respeito, aos interesses, direitos e bens cuja defesa lhes cabe promover, fixando prazo razoável para a adoção de providências cabíveis.

O contato direto com o público e as demandas sociais que chegam por intermédio das ouvidorias do Ministério Público revelam-se, também, como ferramentas eficazes da participação social direta. De acordo com SILVA (2001a, p. 131-132),

> O promotor de justiça costuma ter um contato contínuo com a população das comarcas, sobretudo no interior. O atendimento ao público é uma das mais antigas atribuições do Ministério Público, por meio do qual os promotores orientam, informam, fazem encaminhamentos, recebem denúncias e reclamações. [...] O atendimento ao público é uma importante fonte de informações sobre os problemas da localidade. Como o juiz, o promotor é visto como uma autoridade neutra porque não pertence à “elite da cidade”, além de confiável porque “está passando ali com todas as garantias constitucionais”. Mas, diferentemente do juiz, o promotor faz atendimento ao público, às vezes diária, às vezes semanalmente, orientando, resolvendo casos por meio de “um simples telefonema”, investigando denúncias sem identificar o denunciante e encaminhando moradores para serviços públicos. Muitos casos vão parar nos órgãos estatais de assistência judiciária, outros dão origem a investigações e processos propostos pelo Ministério Público. Os promotores afirmam que

> até mesmo pessoas com plenas condições de “tocar uma ação civil pública” contra violações praticadas por autoridades, comerciantes ou outros moradores da localidade “batem na porta do gabinete do promotor” porque sentem “medo das consequências”. Muitas vezes, o promotor “liga para o secretário de Saúde, que liga para o prefeito e resolve uma situação na qual a pessoa teria que percorrer um rosário”. (Grifo do autor).

O atendimento ao público é uma das mais importantes funções exercidas pelo Promotor de Justiça. Não raro, os conflitos são solucionados de maneira espontânea e informal, fazendo com que o MP, instituição com vocação essencialmente democrática, preste um serviço eficiente e rápido à comunidade.

2.2.4 Planejamento Estratégico do MP e os princípios da unidade e independência funcional

Desde os anos 1990, o Ministério Público passou a elaborar planos e programas de atuação institucionais voltados ao conhecimento público que possibilitassem uma atuação mais abrangente e uniforme das demandas, como já bem salienta SOUZA (2002, p. 17),

> Apesar das críticas contra os “Planos e Programas de Atuação”, no sentido de que ofenderiam a independência funcional dos membros do Ministério Público, a verdade é que são mecanismos extremamente importantes para o controle social da instituição [...]. Somente com a fixação e publicidade das metas prioritárias de atuação, os membros do Ministério Público brasileiro terão condições de cumprir adequadamente suas atribuições legais e da maneira esperada pela sociedade.

“Planejamento” significa a formulação sistemática de objetivos e ações alternativas a partir das quais se escolherá a melhor ação. Também diz respeito a implicações futuras de decisões presentes, pois é um processo de decisões inter-relacionadas e interdependentes que visam a alcançar objetivos previamente estabelecidos. Planejar é, portanto, elaborar um esquema para agir e alcançar o objetivo proposto; improvisar é agir ao acaso.

O planejamento estratégico[87] tem sido utilizado como ferramenta de aperfeiçoamento das atividades do MP, em consonância com os Acórdãos n^{os}

---

[87]Segundo TENÓRIO (2004, p. 28), planejamento estratégico pode ser denominado como “aquele planejamento voltado para a visão ampla, global e de longo alcance da organização, baseada na análise do contexto, sendo que sua finalidade é buscar alternativas de ação”.

1.603/2008[88] e 1.233/2012 do Tribunal de Contas da União. Nesses documentos, foi recomendado ao CNMP[89] que promovesse ações para disseminar a importância do planejamento estratégico e induzir, mediante orientação normativa, os órgãos do Ministério Público brasileiro a realizarem ações para implantação e/ou aperfeiçoamento de planejamento estratégico institucional, além de fazerem ampla divulgação dos objetivos institucionais juntamente com seus indicadores, suas metas e seus prazos, de forma integrada com o PPA e as leis orçamentárias.

Em 2010, o Planejamento Estratégico Nacional do Ministério Público (PEN-MP), **Figura 2**, foi elaborado pelo CNMP e apoiado pelos Conselhos e Associações de Classe, por todos os Ministérios Públicos dos Estados e pelos ramos do Ministério Público da União, para o período de 2011 a 2015, estabelecendo indicadores, projetos e ações necessários ao alcance das metas definidas.

Nessa Perspectiva, vale destacar que o Ministério Público brasileiro tem como missão "Defender a ordem jurídica, o regime democrático e os interesses sociais e individuais indisponíveis para a concretização dos valores democráticos e da cidadania" *e,* como visão de futuro, ser uma "Instituição reconhecida como transformadora da realidade social e essencial à preservação da ordem jurídica e da democracia" (CNMP, 2014b). Os objetivos gerais a serem alcançados como retorno à sociedade são: *defesa dos direitos fundamentais, transformação social, indução de políticas públicas e diminuição da criminalidade e da corrupção*, bem como, um dos resultados institucionais é o de assegurar o respeito aos direitos da criança e do adolescente, **do idoso** e da pessoa com deficiência.

---

[88]"ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em Sessão Plenária, ante as razões expostas pelo Relator, em:

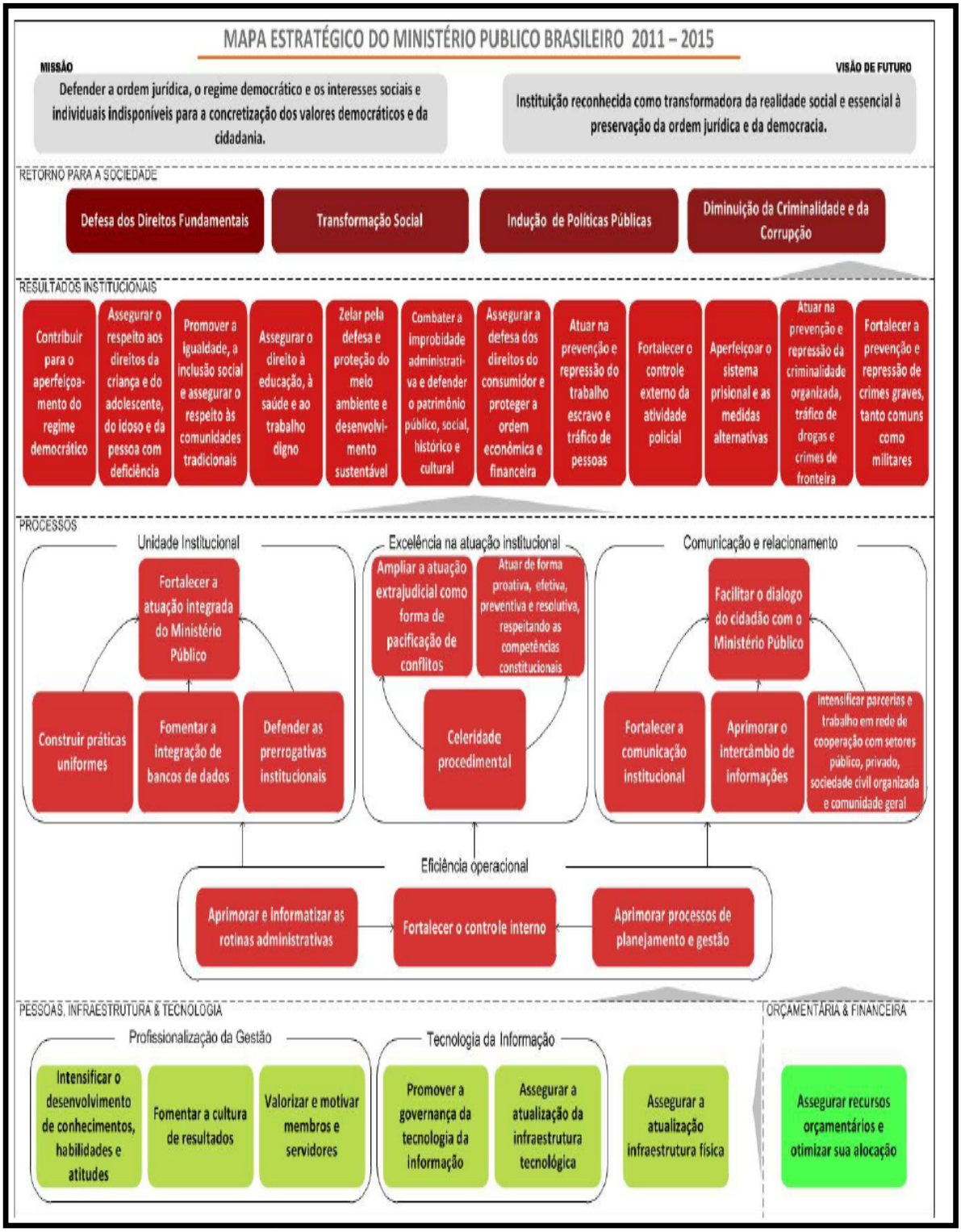
9.1. recomendar ao Conselho Nacional de Justiça - CNJ e ao *Conselho Nacional do Ministério Público - CNMP* que, nos órgãos integrantes da estrutura do Poder Judiciário Federal e do Ministério Público da União, respectivamente:

9.1.1. promovam ações com o objetivo de disseminar a importância do planejamento estratégico, procedendo, inclusive mediante orientação normativa, ações voltadas à implantação e/ou aperfeiçoamento de planejamento estratégico institucional, planejamento estratégico de TI e comitê diretivo de TI, com vistas a propiciar a alocação dos recursos públicos conforme as necessidades e prioridades da organização;". Disponível em:

<http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/12/docs/acordao_tcu_-_13-08-2008.pdf>. Acesso em: 28 out. 2014.

[89]No texto introdutório da Resolução 74/2011, o CNMP considera necessário instituir *mecanismos de aferição do desempenho do Ministério Público, como forma de subsidiar o planejamento estratégico da Instituição*. A ausência de metas e de acompanhamento da execução dos programas, projetos e iniciativas estratégicas impede qualquer avaliação e controle sobre a eficácia e a efetividade dos objetivos propostos.

Figura 2 – Mapa Estratégico do Ministério Público brasileiro – 2011 a 2015



Fonte: CNMP, 2014. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:f9sjQyXW7HEJ:www.cnmp.gov.br/portal/images/stories/planejamento_estrategico/MAPA_ESTRATEGICO_PEN_FINAL.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>.

Já o Plano Geral de Atuação é “um importante instrumento de democratização das decisões internas da Instituição, especialmente no que se refere à definição de prioridades, permitindo uma atuação eficaz e integrada de todos os órgãos da Instituição” (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2013, p. 9).

Em alguns Ministérios Públicos existe a previsão legal da obrigatoriedade de elaboração de Planos Gerais de Atuação, como por exemplo o previsto na Lei Complementar nº 197, de 13 de julho de 2000, do Estado de Santa Catarina.

Nesse sentido, também encontramos, conforme a Lei Complementar do Ministério Público paulista nº 734, de 26 de novembro de 1993, em seu art. 97, a conceituação dos planos como “conjunto de objetivos e diretrizes institucionais estabelecidos anualmente, com o fim de viabilizar a consecução de metas prioritárias nas diversas áreas de atribuições do Ministério Público”.

Assim, questionamos: as metas definidas institucionalmente são obrigatórias e os membros precisam cumpri-las? Os planos ferem o princípio da independência funcional? Para COURA e FOSENCA (2015, p.145), “a conclusão é de que as metas fixadas institucionalmente, a princípio, são obrigatórias. No entanto, a forma de concretização não será, necessariamente, uniforme”. Será necessário conjugar e equilibrar os dois princípios basilares: *unidade* e *independência funcional.*

GOULART (2013, p. 131-132) conceitua o princípio essencial da unidade do Ministério Público como aquela em que

> [...] a Instituição, pelo conjunto de seus membros – de seus órgãos de execução e de Administração Superior – deve estar voltada à consecução do seu objetivo estratégico: a promoção do projeto de democracia participativa, econômica e social delineado na Constituição.

Em que pese a tendência de adoção de planos gerais para nortear a atuação do Ministério Público, é preciso ressaltar que “a falta de uma estrutura hierárquica e a independência funcional dos promotores criam uma barreira à formação de políticas institucionais uniformes” (CARVALHO; LEITÃO, 2010, p. 403).[90] Atualmente

---

[90]“O Procurador-Geral da República é o chefe do Ministério Público da União e do Ministério Público Federal. Ele é, também, o procurador-geral Eleitoral. Nomeado pelo presidente da República, após aprovação do Senado Federal, cabe a ele, dentre outras atribuições nomear o procurador-geral do Trabalho (chefe do MPT), o procurador-geral da Justiça Militar (chefe do MPM) e dar posse ao procurador-geral de Justiça do Distrito Federal e Territórios (chefe do MPDFT)”. Disponível em: <http://www.mpu.mp.br/navegacao/institucional>. Acesso em: 15 dez. 2014. O Ministério Público de

o que se questiona é como se faz, sob o manto da discricionariedade de ação, para afastar os casos de abusos de autoridade, de visão corporativista ou de omissão por parte de alguns dos Membros do Ministério Público; enfim, como cobrar o cumprimento de seus deveres funcionais.[91]

A unidade institucional deve ser construída de forma democrática e publicizada, consultando a sociedade no processo de definição das suas prioridades de atuação (ROJAS, 2012; GOULART, 2013). O Ministério Público começa a superar a ótica de que a sociedade civil é hipossuficiente, supostamente frágil, que necessita ser conduzida, tutelada e que depende dele para tudo, pelo fato de ser independente do Poder Executivo. Faz-se necessário parar de querer preencher os vazios existentes entre a sociedade e o Estado; não fazer por ela, mas com ela. Empreender uma nova *leitura do postulado da independência funcional frente ao princípio da eficiência:*

> Não se cogitava, nesse tempo, dos grandes conflitos de massa; não se sentia a necessidade de buscar soluções para o desequilíbrio entre a demanda de trabalho e os meios de atendê-la. E hoje a Instituição tem tarefas muito superiores aos seus meios, materiais e pessoais, tudo agravado pelas crônicas limitações orçamentárias. Logo, ao Estado, prestador de serviço público, não se pode negar que trace diretrizes e objetivos, de validade anual, destinados a assegurar o cumprimento de prioridades, fazendo-o através de um plano previsto em lei e que é fruto da participação de todos. E dizer-se que ao Estado assim se veda porque o princípio da independência opera como causa impediente, constitui afirmativa que nega a ductilidade, a flexibilidade e a adaptabilidade do texto constitucional a épocas diversas.[92]

A partir da escuta da sociedade civil, é preciso estar aberto às novas demandas sociais para se estabelecerem as prioridades institucionais. Antes de se estabelecerem metas de atuação é preciso manter constante diálogo interno e externo ouvindo os reclames da sociedade; importa começar um trabalho de

---

cada Estado possui o seu respectivo Procurador-Geral de Justiça. Cabe salientar que os Membros do Ministério Público têm a independência funcional assegurada pela Constituição. Assim, estão subordinados a um chefe apenas em termos administrativos. Portanto, não há hierarquia entre os membros do *Parquet*.

[91]As Corregedorias-Gerais do Ministério Público e o Conselho Nacional do Ministério Público atuam na fiscalização das atividades funcionais dos membros do MP. Ademais, ter planos gerais ajuda no controle por parte da sociedade.

[92]SABELLA,Walter Paulo. Independência funcional e ponderação de princípios. Disponível em: <http://www.conamp.org.br/pt/biblioteca/artigos/item/505-independencia-funcional-e-ponderacao-de-principios.html>. Acesso em: 09 jun. 2015.

empoderamento da sociedade local, por exemplo, com o fortalecimento dos conselhos de direito, a garantia de efetividade ao decidido nas Conferências[93] e estímulo à realização de audiências e consultas públicas.[94] Caberá ao MP fortalecer as ações da democracia participativa, do controle social e de conselhos de políticas públicas, negociando com os gestores públicos. Importa pois um estudo aprofundado dos problemas da sociedade de forma regionalizada, levando-se em conta os indicadores sociais e os dados estatísticos e demográficos. Ao mesmo tempo, o desenvolvimento de um trabalho intersetorial no âmbito do MP a fim de possibilitar uma ação integrada, articulada, coordenada de várias promotorias, atacando as questões "coletivamente" e a (re)construção democrática de sua agenda e de escolha de suas ações prioritárias.

Dessa forma, como afirmou GOULART (2013), hoje se faz necessário procurar estabelecer um equilíbrio entre o princípio da independência funcional – enquanto garantia de que o Membro do Ministério Público poderá atuar de forma imune às pressões do poder – e a obrigação de pautar sua ação pelo objetivo estratégico vinculado à estratégia institucional, aos direitos fundamentais assegurados na Constituição Federal e ao uso do direito enquanto instrumento de transformação social, abarcando outras dimensões, como a política, a econômica e a cultural. Assim se chegará à harmonia entre os princípios da independência funcional e da unidade da própria Instituição, o que permitirá uma atuação independente para a devida implantação dos Planos e Programas de Atuação.

No entanto, existem alguns entraves para que se alcance uma atuação coesa e única por parte do MP. Ainda se detectam dificuldades de mudanças e muitas

---

[93]"**Conferência nacional –** instância periódica de debate, de formulação e de avaliação sobre temas específicos e de interesse público, com a participação de representantes do governo e da sociedade civil, podendo contemplar etapas estaduais, distrital, municipais ou regionais, para propor diretrizes e ações acerca do tema tratado". Conceito dado pelo Decreto nº 8.243, de 23 de maio de 2014, que institui a Política Nacional de Participação Social – PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social – SNPS.

[94]"**Audiência pública** - mecanismo participativo de caráter presencial, consultivo, aberto a qualquer interessado, com a possibilidade de manifestação oral dos participantes, cujo objetivo é subsidiar decisões governamentais; **Consulta pública** - mecanismo participativo, a se realizar em prazo definido, de caráter consultivo, aberto a qualquer interessado, que visa a receber contribuições por escrito da sociedade civil sobre determinado assunto, na forma definida no seu ato de convocação". Conceitos dados pelo Decreto no 8.243, de 23 de maio de 2014, que institui a Política Nacional de Participação Social – PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social – SNPS.

resistências internas que afetam o modelo de atuação democrática e resolutiva que os membros do MP deveriam adotar como parâmetro:

a) como salientaram COURA e FOSENCA (2015, p.117) a começar pelo ensino do Direito que ainda é conservador, individualista, descontextualizado da realidade social, dando-se preferência ao estudo dos dispositivos legais, ou seja, “refletem contexto de desapego democrático e acabam por materializar instância de manutenção, sedimentação e reprodução do viés cultural autoritário”;

b) o descaso também acontece quando ainda se repassa aos alunos apenas a informação de que a “instituição existe e é responsável pela acusação penal e emissão de pareceres no processo civil. Quase sempre, o Ministério Público é apresentado ao aluno de Direito a partir dos dispositivos dos códigos de processo, e não da Constituição” (COURA e FOSENCA, 2015, p. 118);

c) também não se chegou a um ideal de unidade institucional, ainda caracterizado por uma “atuação desarticulada, sem estratégia e pautada exclusivamente no desejo particular de cada agente”, o que demonstra a valorização exacerbada da independência funcional dos seus membros, que não demonstram interesse em trabalhar de forma coordenada (COURA e FOSENCA, 2015, p. 59), tendo dificuldades de interação com a comunidade, preferindo as demandas individuais e o judiciário como arena de atuação;

d) existe ainda a pessoalização da atividade ministerial, quando se confunde a atuação institucional com a “pessoa física do ocupante do cargo” (COURA e FOSENCA, 2015, p.61). Muitas vezes, as ações transformadoras partem de um ou outro membro isoladamente, portador de habilidade e disposição para o diálogo, do que da instituição como um todo;

e) como salientou GOULART (2013), em regra, existe a generalidade de atribuições do promotor de justiça nas comarcas que o obriga a atuar em diversos processos e inquéritos de todas as áreas, impedindo o conhecimento mais profundo de determinada matéria, acarretando uma atuação superficial;

f) da mesma forma, existe uma tendência para uma atuação isolada por parte do promotor de justiça, impedindo que ele tenha uma visão holística das questões e dos problemas a serem enfrentados, sem base nos indicadores sociais e nem nos dados estatísticos e demográficos; e

g) acaba sendo um incentivo à transferência das soluções para o Poder Judiciário,

> [...] mediante o ajuizamento precipitado de ações – forma mais rápida de liberação dos casos pelos Promotores de Justiça, ante a pressão do grande

> volume de trabalho e dos sistemas de controle meramente quantitativo –, reduzindo o papel de agente político ao de mero agente processual. (GOULART, 2013, p. 160).

Além disso, em pesquisa de âmbito nacional realizada em 2012, pela Comissão de Planejamento Estratégico do CNMP, para avaliar a imagem do MP e do próprio Conselho, concluiu-se que a imagem do MP perante a população não é muito positiva, fica abaixo de 50% e que tem na falta de agilidade e não transparência em suas ações e seu atendimento, um ponto fraco. De acordo com o resultado da pesquisa, a população confia muito nas ações do Ministério Público, porém não possui uma imagem clara da sua atuação.[95]

Verificamos, assim, que essa conformação atual (indutor de políticas públicas) é relativamente "nova" frente a uma instituição secular acostumada ao papel de órgão fiscalizador e acusador e que existem paradigmas que ainda precisam ser quebrados e (re)equacionados. Para descobrir a lógica do mundo ao nosso redor é preciso entender, muitas vezes, os detalhes de como ele chegou até esse ponto. É preciso saber a história da instituição para entender que a defesa da democracia foi uma construção recente e não uma característica ontológica do MP, ou seja, ele nunca foi *sempre democrático* e sobreviveu mesmo em períodos de ditadura ou sob regimes autoritários. Não podemos conceber que o MP seja capaz de ser o único a resolver todas as mazelas sociais, pois ao lhe atribuir a defesa indiscriminada de *todos os direitos,* acabará por não defender nenhum de modo satisfatório. É preciso uma profunda reflexão sobre a sua própria identidade e de seus métodos de trabalho.

---

[95]Pesquisa realizada entre os dias 4 e 15 de julho de 2012. A pesquisa abrangeu as classes A, B, C, D e E, com pessoas acima de 16 anos ou mais, em 121 municípios pesquisados, incluindo todas as capitais, regiões metropolitanas e interior; intervalo de confiança: 95% e margem de erro: 3%. O objetivo é saber o que pensa a população brasileira a respeito da atuação do Ministério Público e do Conselho Nacional, para, a partir daí, com legitimidade social, desenvolverem-se metas e estratégias nacionais. Disponível em: <http://www.cnmp.mp.br/portal/images/stories/Noticias/2012/pesquisa_imagem_quanti.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2014.

CAPÍTULO 3 – OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A linguagem torna-se instrumento de poder que reflete uma prática linguística traduzida no discurso político [...] A linguagem jurídica não pode ser desprezada como produtora de importantes efeitos de sentido.

Michel Foucault
(Filósofo)

3.1 OBJETIVOS

3.1.1 Objetivo geral

Analisar a atuação dos Ministérios Públicos Estaduais e do Distrito Federal em relação às políticas de cuidados de longa duração intermediários a pessoas idosas, principalmente na modalidade centro-dia.

3.1.2 Objetivos específicos

- Mapear as políticas públicas e a legislação que regulamenta os cuidados de longa duração intermediários, com ênfase nos cuidados diurnos ou centros-dia, no Brasil e em outros países, tais como, Reino Unido, Alemanha, França, Japão, Holanda, Suécia, Finlândia, Dinamarca, Itália e Portugal, mas, principalmente, a Espanha;
- conhecer as ações desenvolvidas pelos Ministérios Públicos Estaduais e do Distrito Federal frente às políticas de cuidados de longa duração, em particular dos cuidados intermediários na modalidade centro-dia; e
- identificar e discutir os desafios enfrentados para a implementação dos cuidados intermediários de longa duração no Brasil.

3.2 OS CAMINHOS DA PESQUISA

Para a realização da investigação foram utilizados dados **primários** e **secundários**. Os dados **primários** consistiram na aplicação de questionários junto a

Coordenadores dos Centros de Apoio Operacional na área da Pessoa Idosa e membros dos Ministérios Públicos Estaduais e do Distrito Federal, além de visitas a centros-dia em São Paulo e na Espanha; a revisão da literatura (pesquisa bibliográfica), o levantamento de dados documentais e estatísticos divulgados por institutos de pesquisa nacionais e internacionais constituíram os dados **secundários** da pesquisa.

Utilizamos dados estatísticos, demonstrados em Figuras e Tabelas, os quais podem conferir à investigação um caráter quantitativo, porém esse não se constituiu o foco deste trabalho, uma vez que a nossa proposta debruça-se, principalmente, sobre dados qualitativos. Nesse sentido, os números, porcentagens e dados de institutos de pesquisas foram utilizados com o objetivo de explicitar fatos e situações ligados ao tema de investigação, daí sua importância.

Para a coleta de dados, foram adotados procedimentos de caráter descritivo, exploratório e analítico; caráter precedido de pesquisa documental.

A aproximação inicial ao problema de investigação levou à revisão da literatura nacional e internacional sobre “cuidados intermediários de longa duração para pessoas idosas”. Os referenciais teóricos adotados encontram-se presentes ao longo dos capítulos iniciais e da análise dos dados coletados.

Os resultados obtidos contribuíram para o delineamento do perfil de idosos que necessitam desses cuidados e daqueles que têm, na atualidade, condições para oferecer cuidados necessários, consideradas as transformações na composição e estrutura familiar.

Ao longo da investigação mostrou-se necessária a consideração de duas noções importantes, porque diretamente relacionam-se ao problema, quais sejam: a de "dependência" e de "incapacidade funcional". O mesmo ocorreu frente ao papel institucional do MP como fomentador de políticas públicas.

A revisão bibliográfica e a pesquisa documental[96] forneceram a base para a contextualização do problema. Foram pesquisados a legislação, os planos estratégicos do MP e as recomendações de proteção e defesa da pessoa idosa, relacionados aos cuidados intermediários de longa duração, principalmente na

---

[96]Elaborada a partir de materiais que não receberam tratamento analítico.

modalidade não asilar, com foco no equipamento "centro-dia". As experiências, referências e documentos de outros países, além do Brasil, contribuíram para a comparação dos sistemas de cuidados.

O material obtido na pesquisa documental, somado a conceitos, informações e documentos afins, constituiu a fase exploratória da pesquisa. De acordo com GIL (1999; p. 23), a pesquisa exploratória

> [...] visa proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. Envolve levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; análise de exemplos que estimulem a compreensão. Assume, em geral, as formas de Pesquisas Bibliográficas e Estudos de Caso.

Para esse autor,

> [...] a pesquisa exploratória é desenvolvida no sentido de proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato. [...] esse tipo de pesquisa é realizado, sobretudo, quando o tema é pouco explorado e torna-se difícil formular hipóteses precisas e operacionalizáveis. (GIL,1999; p. 65)

Os dados estatísticos foram coletados junto a institutos de pesquisa amplamente reconhecidos e fontes oficiais do governo (SDH, MDS, IPEA, IBGE, CNMP etc.), além de outros organismos nacionais e internacionais (CNPG, ONU, IMSERSO, HelpAge, CEPAL, CELADE, OMS, etc.), de domínio público.

Foram realizadas visitas *in loco* a alguns centros-dia públicos implantados e em funcionamento tanto no Brasil (Estado de São Paulo, Município de Itu), como na Espanha (Madri, Barcelona e Vigo) a fim de conhecermos os modelos existentes e seu funcionamento.

Quanto ao posicionamento de Membros do Ministério Público brasileiro em relação à temática dos cuidados de longa duração, o elevado número de Promotores de Justiça – mais de oito mil (CNMP, 2014b) – implicou a necessidade de escolha por um número reduzido de participantes da pesquisa, uma vez que se tornaria inviável a investigação que contemplasse a totalidade dos membros ministeriais. Desse modo, optamos pela aplicação de questionários com os que atuam de forma

mais direta com a temática, quais sejam os Coordenadores dos Caops e os Promotores de Justiça com atuação na área.

No período de março a setembro de 2014, foram enviados questionários com perguntas semiestruturadas aos Coordenadores dos Caops dos 26 Estados brasileiros e do Distrito Federal e aos Promotores de Justiça que atuam na área de defesa dos direitos da pessoa idosa (**Apêndices A e B)**. Com isso, procuramos abranger o maior número possível de sujeitos e respostas, bem como ter acesso aos respectivos planejamentos estratégicos, planos gerais de atuação e relatórios de inspeção feitos pelo CNMP, disponibilizados pelos próprios entrevistados ou encontrados na *internet*.

Por fim, foi remetido ofício circular, via carta registrada, aos Procuradores-Gerais de Justiça explicando os motivos e a metodologia da pesquisa, além de solicitar que assinassem o Termo de Anuência da Instituição (**Anexo A**). Esses receberam, também, o questionário específico e o mesmo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) **(Anexo B)** encaminhado aos Coordenadores dos Centros de Apoio.

Vários Promotores de Justiça foram convidados diretamente pela autora desta pesquisa, que lhes enviou o questionário e o TCLE **(Anexo C)** via correio eletrônico. Esta pesquisadora faz parte também da Associação Nacional do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência (AMPID) e mantém contato com outros Membros do Ministério Público que trabalham nessa área. Os Promotores de Justiça participantes da investigação (15), foram os que responderam aos questionário enviados.

3.3 ABORDAGEM METODOLÓGICA E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

3.3.1 Considerações iniciais

A investigação realizada tem como propósito compreender e analisar os sentidos atribuídos pelos atores e as implicações desses no cotidiano de suas práticas, tanto do ponto de vista das ações, como dos discursos relacionados ao direito ao cuidado das pessoas idosas dependentes, aos desafios da implementação

de políticas públicas de cuidados intermediários, bem como à atuação do próprio Ministério Público.

O fato de buscarmos “compreender e analisar os sentidos atribuídos pelos atores e as implicações desses no cotidiano de suas práticas” permitiu definir a abordagem metodológica como de perfil qualitativo.

MINAYO (2013, p. 22-23) define metodologias de Pesquisa Qualitativa como

> Aquelas capazes de incorporar a questão do **SIGNIFICADO** e da **INTENCIONALIDADE** como inerente *aos atos, às relações e às estruturas sociais*, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. (Grifos do autor).

O uso da abordagem qualitativa pareceu bastante adequado e alinhado com os objetivos da investigação proposta, pois no processo de conhecimento, em que se dá a relação dinâmica entre o sujeito e o objeto de pesquisa, o pesquisador pode captar aquilo que está colocado na esfera da subjetividade e descobrir o significado das ações e das relações “ocultas” nas estruturas sociais, mas que emergem do contexto social, à medida que os discursos são produzidos.

A abordagem qualitativa abriga um caráter histórico, assim entendido por MINAYO (2013, p. 39):

> O objeto das ciências sociais é histórico. As sociedades humanas existem num determinado espaço cuja formação social e configurações culturais são específicas. Elas vivem o presente marcado pelo passado e projetado para o futuro que em si traz, dialeticamente, as marcas pregressas, numa reconstrução constante do que está dado e do novo que surge.

Assim, procurou-se investigar a maneira pela qual as pessoas produzem sentidos e o modo como se posicionam em suas relações sociais. SPINK e MEDRADO (2013, p. 22) definem *sentido* como “uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas [...] constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta”.

De acordo com ROZENDO (2010, p.12), é importante destacar o papel que o pesquisador tem nesse contexto e a inexistência de neutralidade. Segundo esse autor, “a compreensão básica é a de que nem a teoria nem a prática, ou seja, nem os elementos de análise, nem o pesquisador são isentos de interesse, de preconceito e de incursões subjetivas, de identidades e intencionalidade”.

A tarefa dos pesquisadores é, portanto, analisar a conjuntura social e histórica na qual o objeto de estudo está inserido e, assim, buscar posicionar-se frente a sua especificidade social:

> O saber, o Estado, as ciências, os acontecimentos históricos, a legislação, as identidades, os registros documentais, as instituições, os discursos e tantos outros elementos históricos que permeiam o objeto de estudo, tornam-se componentes fundamentais de análise. Então, a partir da análise sócio-histórica, extraem-se os significados (alguns mais e outros menos aparentes) e tecem-se as devidas considerações. (ROZENDO, 2010, p. 12).

O objeto de estudo abrangeu o diagnóstico da atuação do MP[97] em relação aos desafios da implementação de Políticas Públicas de Cuidados Intermediários no Brasil, para se chegar, *a posteriori*, a conclusões mais amplas sobre o tema, o impacto e os efeitos que se podem alcançar. O diagnóstico social constitui uma das ferramentas mais importantes para aproximar "conhecimento" e "realidade" do objeto de estudo, pois se encontra ligado aos valores implícitos, servindo para conhecer as causas que estão na origem dos problemas, ter noção das necessidades existentes e das características do público-alvo; para estabelecer prioridades, tirar conclusões e apontar caminhos futuros (IDÁÑEZ; ANDER-EGG, 2007).

3.3.2 Coleta de dados

Para a coleta de dados, foram utilizados dois *questionários semiestruturados* distintos: endereçado aos Coordenadores de Caops e outro aos Promotores de Justiça.

Do repertório de procedimentos de coleta de dados, o questionário constitui-se modalidade muito utilizada, quando se coloca a impossibilidade de entrevistar face a face. Entendemos que o questionário semiestruturado pode ser considerado uma modalidade singular da entrevista; ele segue um roteiro que guarda relação direta com os objetivos da investigação (o geral e os específicos).

Para MANZINI (1990/1991), a entrevista semiestruturada está centrada no assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais,

[97]E esse diagnóstico, que, aparentemente, pareceu ser um trabalho simplório, acabou, no desenrolar do processo, se revelando como essencial, de fundamental importância, enriquecedor e elucidativo, uma vez que sequer outros estudos correlatos foram encontrados.

complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Se for entendida como “ação (interação) situada e contextualizada, por meio da qual se produzem sentidos e se constroem versões da realidade”, a entrevista pode ser considerada uma prática discursiva, segundo PINHEIRO (2013, p. 159). Para SPINK e MEDRADO (2013, p. 25-26),

> [...] numa entrevista, as perguntas tendem a focalizar um ou mais temas que, para os entrevistados, talvez nunca tenham sido alvo de reflexões, podendo gerar práticas discursivas diversas, não diretamente associadas ao tema originalmente proposto. Estamos, a todo momento, em nossas pesquisas, convidando os participantes à produção de sentido.

O questionário e a entrevista constituem-se estratégias empregadas no trabalho de campo; destinam-se a coletar informações pertinentes ao objeto de pesquisa; revelam a reflexão dos sujeitos sobre a realidade vivenciada.

> De modo que as consciências individuais são capazes de expressar a consciência coletiva, pois o pensamento individual se integra no conjunto da vida social. Portanto, pode-se considerar que as opiniões expressas pelos indivíduos entrevistados traduzem opiniões da sociedade em geral (ROZENDO, 2010, p. 14).

LAKATOS e MARCONI (2003) apontam que as principais vantagens da utilização de um questionário é que nem sempre é necessária a presença do pesquisador para que o informante responda as questões. Além disso, o questionário consegue atingir várias pessoas ao mesmo tempo, obtendo um grande número de dados, podendo abranger uma área geográfica mais ampla. Porém, em termos de desvantagens, cabe destacar que: a) a percentagem de retorno dos questionários enviados pelo correio ou e-mail geralmente é pequena; b) a devolução tardia prejudica o andamento da pesquisa; c) muitas vezes há um número grande de perguntas sem respostas; e d) a dificuldade de compreensão da pergunta por parte do respondente quando o pesquisador está ausente.

Como afirmado antes, foram elaborados dois questionários. **O primeiro,** dirigido aos Coordenadores dos Caops, buscou uma visão mais ampla possível da realidade de cada localidade (estados ou Distrito Federal). O roteiro elaborado contém 15 perguntas (**Anexo A**), tendo sido abordado principalmente: 1. Existência de centros de apoio e de promotorias especializadas na área de defesa dos direitos

da pessoa idosa; 2. Atuação do Ministério Público na implementação de políticas públicas voltadas à proteção da pessoa idosa, no que se refere aos cuidados de longa duração intermediário, principalmente o equipamento denominado centro-dia; 3. Ordem de prioridade de atuação na área cível do Ministério Público; 4. Quantidade de centros-dia, públicos ou conveniados com o Poder Público, atualmente em funcionamento, que sejam exclusivamente voltados à pessoa idosa e quantos são decorrentes da atuação direta ou indireta do Ministério Público; 5. Quantidade de atividades desenvolvidas pelo Ministério Público, nos anos 2012 e 2013, que envolva a temática dos cuidados de longa duração intermediários, principalmente o equipamento de centro-dia para as pessoas idosas; 6. Existência de plano geral de atuação (ou planejamento estratégico) por escrito em vigor atualmente, com previsão da temática dos cuidados de longa duração intermediários, principalmente o equipamento de centro-dia para as pessoas idosas; 7. Possíveis motivos ou entraves à implementação dos cuidados intermediários de longa duração; e 8. Relato de experiência exitosa com a temática dos cuidados de longa duração intermediários, principalmente o equipamento de centro-dia, que foi ou esteja sendo desenvolvido com a participação direta ou indireta do Ministério Público.

O **segundo** (**Anexo B**) teve um enfoque mais voltado para a visão individual de cada sujeito (Promotor de Justiça) sobre o assunto proposto. Os temas nele contidos foram: 1. A quem cabe os cuidados com os idosos dependentes (família, Estado, etc.) e qual a responsabilidade de cada um deles; 2. Existência de uma real política pública voltada para os cuidados de longa duração intermediários; 3. Possíveis motivos ou entraves à implementação dos cuidados intermediários de longa duração; 4. Atuação do Ministério Público na implementação de políticas públicas voltadas à proteção da pessoa idosa, no que se refere aos cuidados de longa duração intermediários, principalmente o equipamento denominado centro-dia; 5. Papel do Ministério Público na garantia de cuidados de longa duração intermediários a pessoas idosas; 6. Nível de responsabilidade para determinar que o Estado implemente essa política pública; 7. A escolha da fiscalização de instituições de longa permanência como prioridade na atuação prevista nos planos gerais de atuação e de planejamento estratégico; e 8. Relato de experiência exitosa com a

temática dos cuidados de longa duração intermediários, principalmente o equipamento de centro-dia, que foi ou esteja sendo desenvolvido com a participação direta ou indireta do Ministério Público.

3.3.3 Os participantes da pesquisa

Na condição de entrevistados participaram desse trabalho 30 Membros do Ministério Público provenientes dos diversos estados e do Distrito Federal, sendo 15 Coordenadores de Centros de Apoio e 15 Promotores de Justiça. A partir dos dados contidos nos questionários **(Anexos A e B)** foi obtido o perfil dos entrevistados.

Reafirmando, o questionário constante no Anexo A foi endereçado aos Coordenadores dos Caops,[98] na área da Pessoa Idosa, uma vez que seria impossível, para essa pesquisadora, entrevistar os mais de oito mil Promotores de Justiça espalhados por todo o Brasil. Dos 27 questionários[99] remetidos aos Ministérios Públicos das Unidades da Federação e do Distrito Federal, obtivemos 15 respostas: ES, GO, MT, MS, PB, RJ, RN, RO, RR, RS, SC, SE, SP, TO e do Distrito Federal. Assim, foi possível abranger todas as regiões do país, sendo que a Centro-Oeste foi a que proporcionalmente forneceu o maior número de respostas (100%) e a Nordeste a menor (33,3%).

---

[98] Segundo a Lei nº 8.625, de 12 de fevereiro de 1993, que instituiu a Lei Orgânica Nacional do Ministério Público dos Estados, em seus arts. 8º e 33, os Centros de Apoio Operacional são considerados órgãos auxiliares da atividade funcional do Ministério Público, competindo-lhes, basicamente:

> I - estimular a integração e o intercâmbio entre órgãos de execução que atuem na mesma área de atividade e que tenham atribuições comuns;
> II - remeter informações técnico-jurídicas, sem caráter vinculativo, aos órgãos ligados à sua atividade;
> III - estabelecer intercâmbio permanente com entidades ou órgãos públicos ou privados que atuem em áreas afins, para obtenção de elementos técnicos especializados necessários ao desempenho de suas funções;
> IV - remeter, anualmente, ao Procurador-Geral de Justiça relatório das atividades do Ministério Público relativas às suas áreas de atribuições;
> V - exercer outras funções compatíveis com suas finalidades, vedado o exercício de qualquer atividade de órgão de execução, bem como a expedição de atos normativos a estes dirigidos.

[99] Não responderam: AC, AL, AM, AP, BA, CE, MA, MG, PA, PE, PI e PR. O Centro de Apoio do MS respondeu o ofício informando “não ser possível, no momento, a colaboração solicitada, haja vista que em fase de criação e reformulação de banco de dados deste Centro de Apoio”, fato que prejudicou um pouco a coleta real de dados daquele Ministério Público.

Os Coordenadores foram escolhidos como sujeitos da pesquisa pelo fato de o Caop ser um órgão auxiliar dos Promotores de Justiça e ter atuação em todos os Estados. Esses poderiam ter uma visão mais ampliada do objeto de estudo, uma vez que, como apontado anteriormente, seria muito difícil conhecer a realidade a partir de cada Membro do Ministério Público com atuação na área.

O segundo questionário foi respondido por quinze Promotores de Justiça que atuam na execução da atividade-fim ou que têm experiência na defesa dos direitos das pessoas idosas. Em sua aplicação foram observados os seguintes critérios: a) conhecimento sobre o envelhecimento, b) tentar contemplar aqueles Ministérios Públicos estaduais cujos Coordenadores dos Caops não responderam ao primeiro questionário; e c) abranger todas as regiões brasileiras com o intuito de se ter uma visão mais homogênea sobre o tema proposto, independentemente de ter atuação na capital ou no interior do Estado.

Para a análise das respostas obtidas os sujeitos foram agrupados: **C1** a **C15** para identificar os Coordenadores e **P1** a **P15** para os Promotores de Justiça, assim enumerados por critério eleito por essa pesquisadora. Quando citadas nas respostas, as cidades ou regiões foram alteradas para letras do tipo X, Y, Z*,* a fim de preservar o sigilo. Saliente-se ainda que 70% dos respondentes são associados da Ampid.[100]

---

[100]A Associação Nacional do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência (AMPID) é pessoa jurídica de direito privado, de caráter nacional, sem fins lucrativos, que foi criada para promover e defender os direitos humanos das pessoas idosas e das pessoas com deficiência, e é composta por associados oriundos do Ministério Público, seja estadual ou federal de todas as regiões do País, e está em pleno funcionamento desde o ano de 2004. Ver mais informações: <www.ampid.org.br>.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Familiarizar-se com um assunto ainda pouco conhecido e explorado, conhecer mais sobre ele: eis o que enfrentamos para chegar a resultados, de algum modo, consistentes e que pudessem ser academicamente partilhados.

Sabemos que familiaridade não é sinônimo de conhecimento; por vezes constitui-se como a antítese do mesmo. É nesse momento que enfrentamos a difícil tarefa de desenvolver um "olhar distanciado"; um olhar que permita enxergar para além do enquadramento formal e que depende, em muito, de nossa "intuição".

O que apresentamos aqui constitui, portanto, uma dentre outras possibilidades de ordenação dos achados de campo. Queremos crer tratar-se de uma leitura sólida na medida em que procuramos evitar, na medida do possível, que vieses pessoais interferissem no trabalho analítico. Para a minimização desses vieses as referências teóricas foram decisivas.

Por outro lado, para a análise dos dados recorremos à técnica da Análise de Conteúdo (AC). Em parte porque os dados "não falam por si mesmos", eles "pedem" interpretações (papel do pesquisador); em parte, também, pelo que rezam vários tratados sobre análise de dados em abordagens de perfil descritivo, exploratório e analítico. Assim, a utilização da AC como recurso analítico mostrou-se importante, mesmo sem corresponder à abordagem metodológica central.

Os dados obtidos através das respostas aos questionários (**Apêndices A e B**), somados às fontes documentais, dados estatísticos e visitas a centros-dia, foram objeto de leituras e releituras - isolada e conjuntamente – de modo a permitir a localização de aspectos relevantes, significativos e recorrentes. Buscamos, com isso, a criação de algumas "unidades de análise" ou "categorias".

Na Análise de Conteúdo, as respostas dadas pelos sujeitos, apesar de claras, constituem "textos" a serem decifrados; encobrem, portanto, significações que devem vir à tona. O pressuposto é o de que há um sentido escondido; sentido que cabe, ao pesquisador, resgatar.

Para ROCHA e DEUSDARÁ (2005; p. 308),

> [...] a Análise de Conteúdo se define como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que aposta grandemente no rigor do método como forma de não se perder na heterogeneidade de seu objeto. Nascida

> de uma longa tradição de abordagem de textos, essa prática interpretativa se destaca, a partir do início do século XX, pela preocupação com recursos metodológicos que validem suas descobertas.

A Análise de Conteúdo contribui para que os significados e sentidos atribuídos pelos sujeitos a fatos ou situações se explicitem. Por isso, entendemos que sua utilização – sem a pretensão de esgotar o tema – era particularmente adequada para a análise do material coletado.

Após o recebimento dos questionários demos início à análise as respostas; elas foram objeto de exaustivas leituras orientadas no sentido de explorar conteúdos que, porque recorrentes, permitiriam a construção de “unidades de análise” ou “categorias” para posterior tratamento analítico resultados).

Para auxiliar a leitura foram construídas duas Tabelas (com a utilização de programa da Microsoft Excel, uma para cada questionário **(Apêndices A e B).** Esse procedimento contribuiu tanto para uma visualização de “conjunto” de todas as respostas obtidas, como para estabelecer correlações entre elas (recorrências ou não). Com essa leitura e organização do material de forma didática, procuramos identificar o contexto da produção do discurso para codificá-lo; aproximar o pesquisador dos sujeitos contextualizados histórica e socialmente, verificar suas diversidades culturais e subjetividades; identificar suas unidades de registros, bem como as categorias que dele emergem, aquilo que pareceria ser o mais significativo nas respostas das entrevistas, explorando-se as diferenças percebidas entre as falas. Procuramos verificar, também, o “não-dito” ou o respondido fora do contexto do item do instrumento (questionário).

Pautamo-nos pela ideia de que o discurso está em constante construção, não se apresentando de maneira pronta; que nos conteúdos das respostas há concepções de mundo, crenças e valores morais que se manifestam em todas as esferas da vida; enfim, que a posição ocupada nos sistema/estrutura social confere sentido às palavras, ao que é dito.

A relação do sujeito com a linguagem nunca é neutra. Pelo contrário, falar é tomar partido, é *identificar-se com*. A articulação do simbólico com o político, mais do que inevitável, está na base da constituição das subjetividades e da existência humana (ORLANDI, 2013).

Na fase da exploração do conteúdo as “unidades de análise” (MARTINS e BICUDO, 2005, p. 98) foram agrupadas em temas ou perspectivas de investigação, escolhidas a partir de categorias de concernentes ao referencial teórico e de acordo com aquilo que ia sendo revelado: 1) Ministério Público: atuação, planejamento estratégico e os planos gerais; 2) Política pública de cuidados de longa duração intermediários; 3) Dificuldades na implementação; 4) A descentralização administrativa; 5) A quem cabe cuidar: uma questão cultural; e 6) Mudanças e resistências em torno da política pública de cuidados.

> [...] como é impossível analisar um texto inteiro simultaneamente, torna-se necessário dividi-lo em unidades. [...] as unidades de significado são discriminações espontaneamente percebidas nas descrições dos sujeitos quando o pesquisador assume uma atitude psicológica e a certeza de que o texto é um exemplo do fenômeno pesquisado. [...] As unidades de significado [...] também não estão prontas no texto. Existem somente em relação à atitude, disposição e perspectiva do pesquisador (MARTINS; BICUDO, 2005, p. 99).

As “unidades de análise” ou categorias emergiram das respostas às questões, colorindo os temas por blocos de respostas semelhantes, que “saltavam aos olhos”; paralelamente, as diferenças também apareceram. Tínhamos em mãos divergências e convergências.

Buscamos extrair das respostas dos Membros do Ministério Público crenças e valores que porventura orientavam sua atuação em relação ao tema proposto, bem como explorar a visão desses sobre os desafios à implementação dos cuidados intermediários de longa duração no Brasil, principalmente do equipamento centro-dia, além de compreender o papel desempenhado e os mecanismos de atuação do Ministério Público para alcançar suas finalidades.

O procedimento adotado foi concluído com a análise dos planejamentos estratégicos e planos gerais de atuação, dos relatórios de inspeção do CNMP e dos documentos do CNPG. Esta etapa teve por objetivo verificar se a temática estava na agenda institucional e política do Ministério Público dos Estados e do Distrito Federal.

3. 5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo apresenta limitações que não permitiram o aprofundamento de algumas questões. Entre as limitações identificam-se:

a) o fato de ser um estudo que não encontra, no Brasil, dados estatísticos oficiais sobre o número exato de centros-dia em funcionamento destinados às pessoas idosas e a falta de cadastro atualizado sobre a quantidade de idosos com dependência, a exemplo do que conhecemos na Espanha;
b) através de levantamento bibliográfico realizado, não identificamos estudos brasileiros que informem o valor sobre a manutenção de um serviço público ou conveniado de centro-dia, a fim de possibilitar afirmar que esse tipo de serviço é mais ou menos oneroso economicamente que a manutenção em uma ILPI;
c) no que concerne aos questionários endereçados aos Promotores de Justiça convidados, foram poucos os devolvidos;
d) não se tem conhecimento de pesquisa de opinião no sentido de se saber se os próprios idosos ou suas famílias apoiariam a adoção da modalidade de cuidados de longa duração intermediários, incluindo-se o centro-dia, no Brasil;
e) a dificuldade de acesso aos planos estratégicos dos Ministérios Públicos que não estavam disponíveis na internet; e
f) a dificuldade de realização de entrevista face a face, impossibilitando a interação entre a pesquisadora e os membros do Ministério Público.

Por fim, não podemos deixar de salientar a escassez da p rodução bibliográfica nacional relacionada à atuação do Ministério Público brasileiro em políticas públicas de cuidados de longa duração intermediários para pessoas idosas dependentes, razão a mais para desenvolvimento de estudos qualitativos que aprofundem as necessidades e as experiências nesse campo.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Em respeito à resolução CNS 466/2012, os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e a metodologia utilizada, sendo garantida a participação voluntária, o sigilo de identidade e a desistência inócua a qualquer tempo. A assinatura do Termo de Consentimento Esclarecido **(Anexos B e C)** foi solicitada como forma de formalização do seu consentimento.

Os entrevistados tiveram suas dúvidas esclarecidas pela pesquisadora via e-mails, contato pessoal ou meio telefônico, sendo garantido a eles que os dados coletados seriam utilizados apenas para o fim da pesquisa que será divulgada em eventos e publicações científicas.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP **(Anexo D).**

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

> *O Promotor contemporâneo necessita de uma formação interdisciplinar ou transdisciplinar, que lhe permita escutar adequadamente a sociedade, compreender a realidade e negociar em pé de igualdade com os gestores públicos. Para isso, deve estar aberto às demandas das organizações e movimentos sociais* [...] *um agente da vontade política transformadora.*
>
> **Marcelo Goulart**
> *Promotor de Justiça/MPSP*

4.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES

Todos os entrevistados são Membros do Ministério Público Estadual (MPE) e do Distrito Federal. Cabe salientar que, para pertencer à instituição, se faz necessário ser aprovado em concurso público e ter formação mínima em curso superior de Direito. A maioria dos entrevistados é do sexo feminino; dos 30 participantes, 17 são mulheres e 13 são homens. Dentre os Coordenadores de Caops, nove eram mulheres e seis homens; entre os de Promotores de Justiça tivemos oito mulheres e sete homens.

Com relação ao tempo de serviço **(Tabelas 3** e **4)**, dos 30 sujeitos, 13 entrevistados (5 C e 8 P) têm mais de 21 anos de profissão; nove Coordenadores atuam de um a cinco anos junto aos CAOPs e dez Promotores de Justiça desenvolvem seus trabalhos na área de defesa dos direitos da pessoa idosa de cinco a dez anos.

Tabela 3 – Perfil dos Coordenadores e Promotores de Justiça, por tempo de MP (em anos), Brasil, 2014

	Tempo de Ministério Público					
SUJEITOS	**<1 ano**	**1 a 5**	**6 a 10**	**11 a 15**	**16 a 20**	**21 ou mais**
Coordenadores*	0	1	2	3	3	5
Promotores de Justiça	0	2	1	2	2	8
Total	**0**	**3**	**3**	**5**	**5**	**13**

Fonte: elaborada pela autora desta pesquisa.
*1 não informou

Tabela 4 – Perfil dos Coordenadores e Promotores de Justiça, por tempo de atuação no Caop ou na área do idoso (em anos), Brasil, 2014

	Tempo de atuação no Caop, ou área do idoso					
SUJEITOS	**<1 ano**	**1 a 5**	**6 a 10**	**11 a 15**	**16 a 20**	**21 ou mais**
Coordenadores**	2	9	1	0	1	0
Promotores de Justiça	1	4	5	2	2	1
Total	**3**	**13**	**6**	**2**	**3**	**1**

Fonte: elaborada pela autora desta pesquisa.
**2 não informaram.

A maioria dos Promotores de Justiça já acompanha as determinações da Política Nacional do Idoso (PNI) desde 1994, sendo que somente seis dos respondentes (3 C e 3 P) têm tempo de atuação menor que 11 anos, período em que o Estatuto do Idoso está em vigor.

Com relação ao estado em que atuam, com os 30 participantes foi possível cobrir *22* Unidades da Federação e *o* Distrito Federal, o que representou 85,18% em relação à meta de alcançar as 27 unidades da Federação, envolvendo, no mínimo, 1.079 Promotores de Justiça com atuação específica e 74 promotorias especializadas na área da Pessoa Idosa, conforme informações dos 15

Coordenadores dos Centros de Apoio que responderam o questionário (**Tabela 5**). Cabe salientar que certamente existem mais Promotores de Justiça que trabalham na área de defesa dos direitos da pessoa idosa no Brasil, **primeiro**, considerando que não obtivemos informações em relação aos Ministérios Públicos dos Estados do AC, AL, AM, AP, BA, CE, MA, MG, PA, PE, PI e PR. O Centro de Apoio do MS respondeu o ofício informando "não ser possível, no momento, a colaboração solicitada, haja vista a fase de criação e reformulação de banco de dados deste Centro de Apoio", fato que prejudicou a coleta real de dados daquele Ministério Público. **Segundo**, esse tipo de indagação somente foi direcionado aos Coordenadores dos Caops e não aos Promotores de Justiça convidados.

Tabela 5 – Quantidade de Membros dos MPEs e do Distrito Federal, na área do idoso, e números de promotorias especializadas, de acordo com os Coordenadores dos Caops, Brasil, 2014

Estado	Nº Membros do MP na área do Idoso	Nº de promotorias especializadas no Estado ou DF
DF	1	1
ES	69	4
GO	132	0
MS	NI	NI
MT	79	1
PB	61	0
RJ	NI	12
RN	68	7
RO	23	5
RR	8	1
RS	89	41
SC	103	0
SE	37	NI*
SP	368	2
TO	61	0
Total	**1079**	**74**

Fonte: elaborada pela autora desta pesquisa.
*NI = Não Informado.

Das 23 localidades em oito os dois grupos de entrevistados responderam a pesquisa; em sete, apenas os Coordenadores dos Centros de Apoio. Em mais sete, somente os Promotores de Justiça. Não conseguimos obter respostas[101] dos questionários em apenas cinco estados,[102] a saber: AP (região Norte); AL, BA e PI (região Nordeste) e PR (região Sul), o que representou 18,5% de abstenção.

Dos 15 Promotores de Justiça, 12 se reconheceram como responsáveis diretos e que sua promotoria tem atribuições para determinar, intermediar ou articular para que o Estado implemente uma política pública de cuidados de longa duração intermediários, principalmente o equipamento denominado *centro-dia*. Somente três responderam que não se julgavam responsáveis diretos, nem suas promotorias. Mas demonstraram, pelo teor de suas respostas, ter conhecimento e afinidade com a matéria.

4.2 ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS

Elegemos algumas categorias que nos pareceram fundamentais, após a análise dos planos estratégicos e de atuação do Ministério Público, e considerando as respostas obtidas pela pesquisa. Com elas procuramos**:** a*)* conhecer de que forma o Ministério Público estava atuando na área dos cuidados de longa duração intermediários, principalmente em relação ao centro-dia; b*) saber se* efetivamente essa política de cuidados era prioridade internamente; e c*)* levantar se estava sendo construída uma agenda própria, além de influenciar agendas de outras instituições.

As categorias de análise evidenciadas foram:

1) Ministério Público: atuação, planos gerais e experiências exitosas;
2) Política pública de cuidados de longa duração intermediários;
3) Dificuldades na implementação;
4) A descentralização administrativa;
5) A quem cabe cuidar: uma questão cultural; e
6) Mudanças e resistências em torno da política pública de cuidados.

---

[101]Não conseguimos obter respostas por meio dos Caops e nem pelos Promotores de Justiça respondentes.
[102]Cabe aqui esclarecer que um dos estados respondeu ao questionário de forma insuficiente, alegando que o Caop estava sendo reestruturado.

4.2.1 Ministério Público: atuação, planos gerais e experiências exitosas

A partir das respostas obtidas na pesquisa e na apreciação dos planos e planejamentos estratégicos analisamos, nesta categoria, se a defesa dos direitos da pessoa idosa é prioridade para o Ministério Público e como esse tem atuado na temática das políticas públicas voltadas à proteção da pessoa idosa no que se refere aos cuidados de longa duração intermediários, principalmente na modalidade centro-dia.

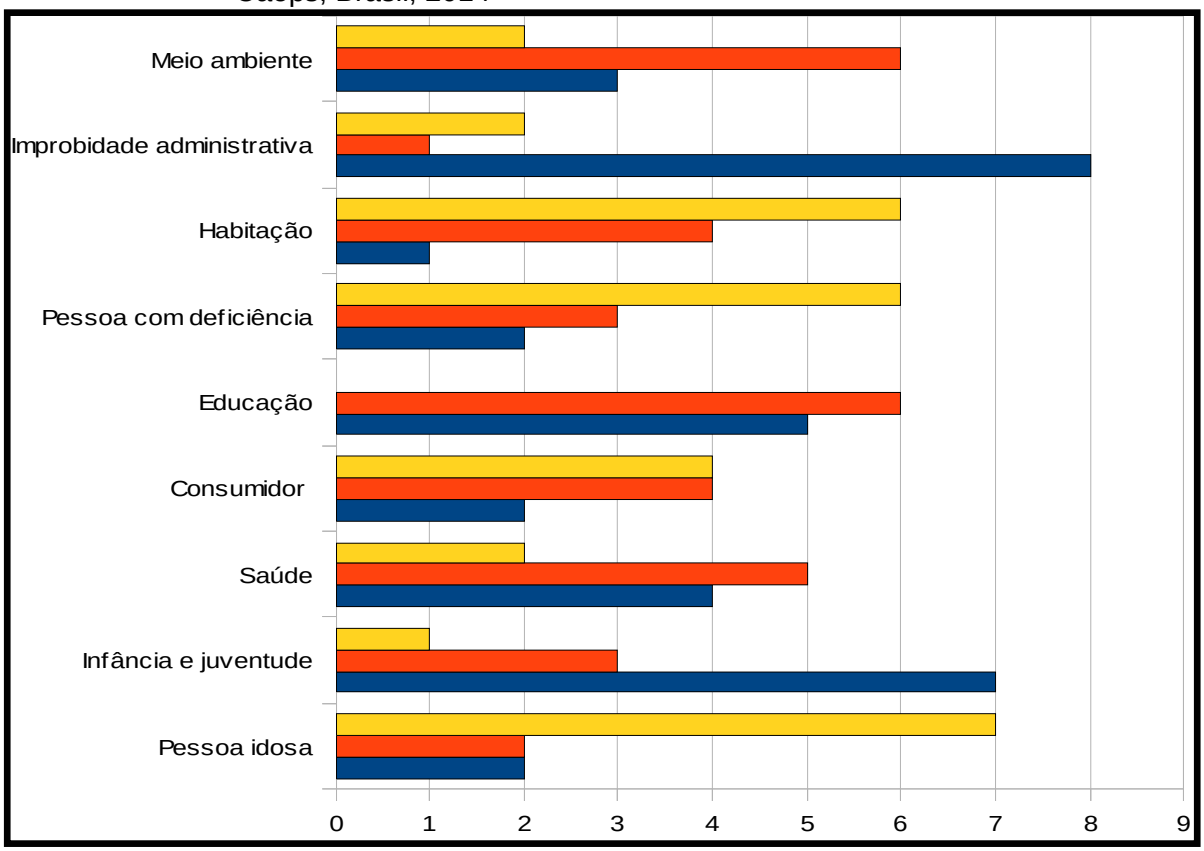
Essa categoria foi dividida nas seguintes subcategorias: a) defesa dos direitos da pessoa idosa não é prioridade; b) formas de atuação; c) atuação do Ministério Público em relação ao equipamento centro-dia; d) o papel do Ministério Público e sua pouca atuação nos cuidados de longa duração intermediários; e) motivos para atuação prioritária em ILPI; e f) experiências exitosas.

4.2.1.1 Defesa dos direitos da pessoa idosa não é prioridade

Aos Coordenadores dos Caops foi solicitado que respondessem como se dava a atuação na área cível de seu Ministério Público (ou do Distrito Federal), com relação às áreas de direitos da pessoa idosa, infância e juventude, saúde, consumidor, educação, pessoa com deficiência, habitação, improbidade administrativa e meio ambiente.

Pelo **Gráfico 2** verificamos que os três assuntos considerados de alta prioridade hoje são, para a maioria dos Ministérios Públicos: 1) improbidade administrativa; 2) infância e juventude; e 3) educação. Os assuntos que têm média prioridade são: 1) saúde; 2) meio ambiente; e 3) consumidor. Nos três últimos lugares (baixa prioridade) ficam: 1) habitação; 2) pessoa com deficiência; e 3) pessoa idosa.

Gráfico 2 – Escala de prioridade por assunto: respostas dos Coordenadores dos Caops, Brasil, 2014



Fonte: elaborado pela autora desta pesquisa.

Assim, *a percepção é que a área de direitos da pessoa idosa é a última na escala de prioridade para o Ministério Público*, contrariando, portanto, o que reza o art. 3º do Estatuto do Idoso.

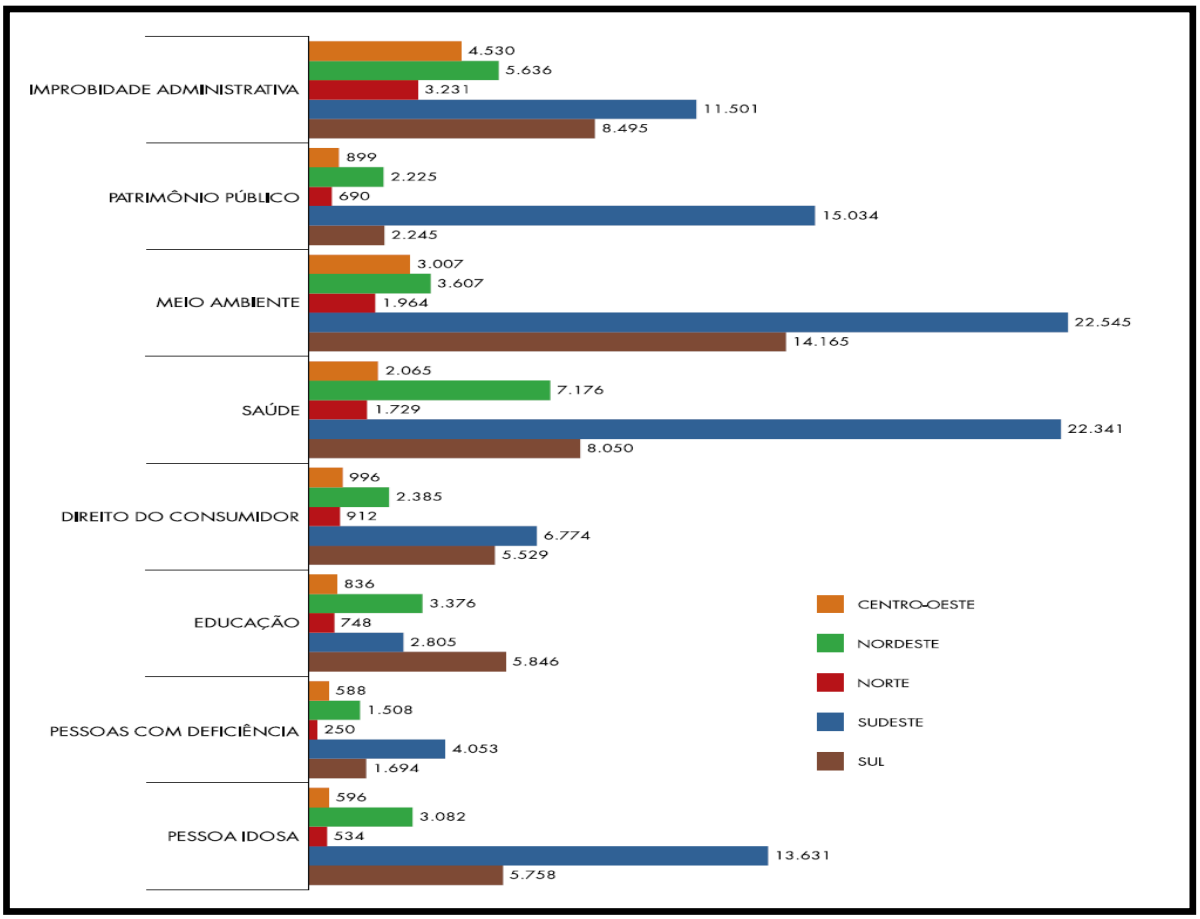
A Resolução nº 12, de 18 de setembro de 2006[103] estabeleceu a obrigação do envio dos dados relativos às suas diversas atividades funcionais por parte dos diversos ramos dos Ministérios Públicos ao CNMP, considerando a necessidade e a importância de serem instituídos mecanismos de aferição do desempenho do MP, como forma de subsidiar o planejamento estratégico da Instituição.

A partir das informações do ano de 2013, advindas do "Relatório Ministério Público: um retrato" (CNMP, 2014b) foi possível comparar a atuação funcional das diversas áreas de atribuição da Instituição. No Brasil, na área de atividades extrajudiciais, foram instaurados **um total 466.094** inquéritos civis e procedimentos

[103]Hoje em vigor a Resolução CNMP n° 74, de 19 de julho de 2011.

preparatórios, na seguinte ordem por matéria:[104] 1°) Meio ambiente (45.288); 2°) Saúde (41.361); 3°) Improbidade administrativa (33.393); **4°) Pessoa idosa (23.601);** 5°) Patrimônio público (21.093); 6°) Direito do consumidor (16.596); 7°) Educação (13.611); 8°) Pessoa com deficiência (8.093). A maior quantidade de procedimentos instaurados foi na área do meio ambiente e a menor, referente à pessoa com deficiência. Já em relação à região, na área da pessoa idosa, tivemos a maior quantidade no Sudeste e a menor no Norte, conforme **Gráfico 3**.

Gráfico 3 – Inquéritos civis e procedimentos preparatórios instaurados pelos MPEs e Distrito Federal, em 2013, por assunto e por região do país, Brasil, 2014



Fonte: CNMP/ Ind (31/03/2014), Resolução CNMP n° 74 (CNMP, 2014b).

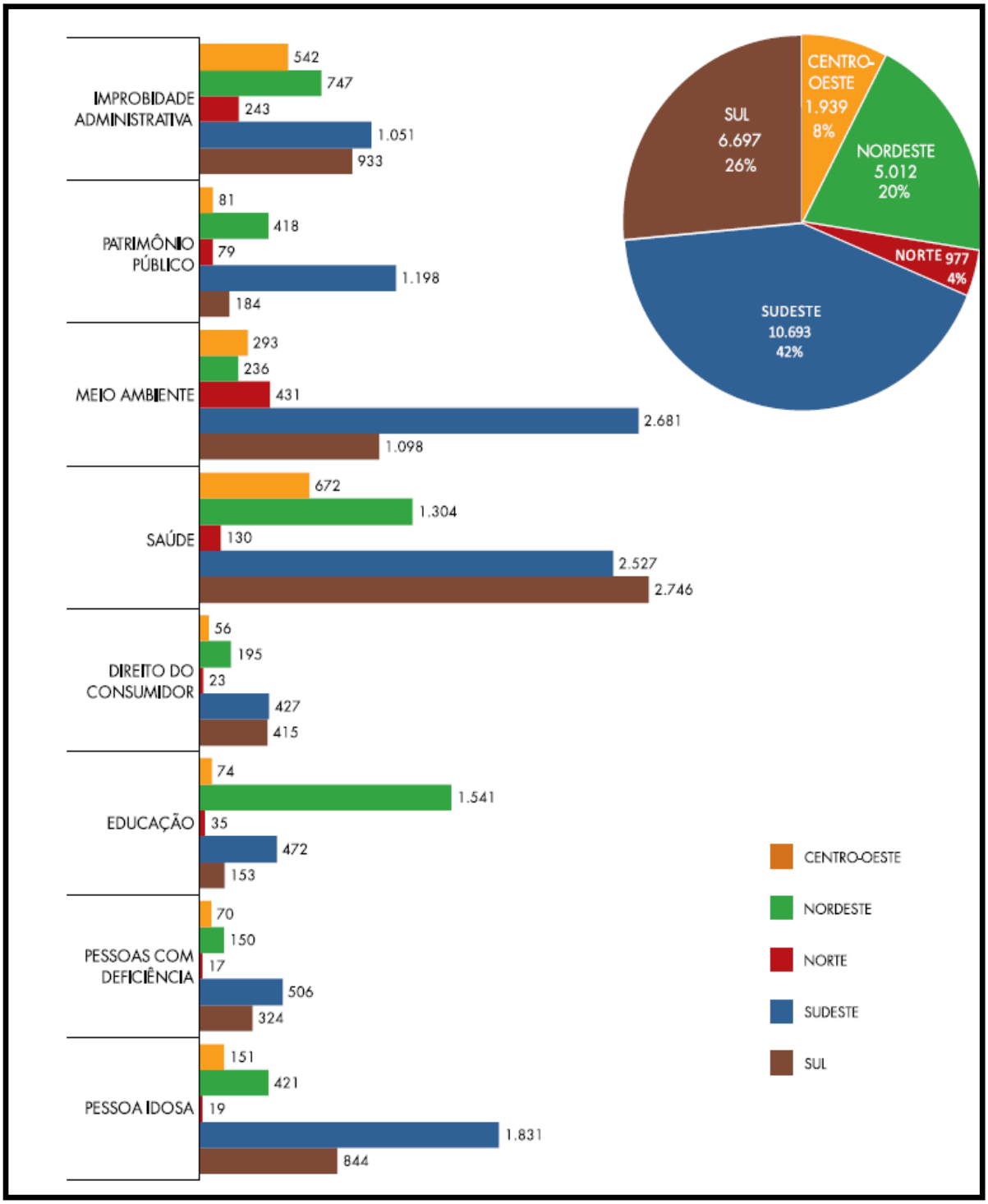
[104]Outros tipos não identificados na pesquisa: 261.889

Em 2013 foram ajuizadas, no Brasil, **37.876** ações judiciais por parte do MP, na seguinte ordem e por matéria:[105] **1°)** Saúde (7.379); **2°)** Meio ambiente (4.739); **3°)** Improbidade administrativa (3.516); **4°) Pessoa idosa (3.266); 5°)** Educação (2.275); **6°)** Patrimônio público (1.960); **7°)** Direito do consumidor (1.116) e **8°)** Pessoa com deficiência (1.067). Interessante notar que a **judicialização da saúde foi bem expressiva** e que a temática do idoso, tanto na seara extrajudicial como na judicial, ficou em quarto lugar. A região que mais ajuizou ações na área da pessoa idosa foi a Sudeste e menos, o Centro-Oeste, conforme **Gráfico 4.**

---

105 Outros tipos não identificados na pesquisa: 11.858

Gráfico 4 – Petições iniciais ajuizadas pelos MPEs e Distrito Federal, em 2013, por assunto e total por região do país, Brasil, 2014



Fonte: CNMP/ Ind(31/03/2014), Resolução CNMP n°. 74 (CNMP, 2014b).

Constatamos, portanto que, atualmente e de modo geral, o Ministério Público vem tratando e dando prioridade, na sua agenda política, aos casos de meio ambiente, saúde e improbidade administrativa. O que reforça esse entendimento de pouca prioridade na área da pessoa idosa é o número reduzido de Caops e de Promotorias de Justiça especializadas, de acordo com o **Quadro 1**.

Quadro 1 – Promotorias de Justiça especializadas na área do Idoso nas Capitais dos Estados e no Distrito Federal, Brasil, 2014

Estado	Nomenclatura do Caop	Promotorias especializadas na capital/DF (na área do idoso)
AC	Coordenadoria de Cidadania e Saúde.	Promotoria Especializada de Defesa da Cidadania.
AL	1º Centro de Apoio Operacional – Núcleo: Direitos Humanos.	25ª Promotoria de Justiça da Capital (antiga Promotoria de Justiça Coletiva Especializada de Defesa da Saúde, do Idoso e do Deficiente – Prodsid).
AM	Centro de Apoio Operacional de Proteção e Defesa dos Direitos Constitucionais do Cidadão, dos Direitos do Consumidor e da Defesa do Patrimônio Público – CAO-PDC.	Obs.: 6 Promotorias de Justiça na Capital com atribuições em Cidadania.
AP	Não existe nem de Cidadania ou Direitos Humanos (só específico CAOP criminal, da infância e da mulher).	Promotoria de Justiça da Cidadania, Incapazes, Deficientes, Direitos Constitucionais e Resíduos e Defesa da Educação.
BA	Centro de Apoio Operacional às Promotorias de Justiça da Cidadania (grupo de atuação especial: Idoso-GEIDO).	**Não localizado no site**
CE	Centro de Apoio Operacional da Cidadania.	*Núcleo de Defesa do Idoso e da Pessoa com Deficiência (congrega 7 promotorias).*
DF	*Não tem.*	Promotoria de Justiça da Pessoa Idosa – Projid.
ES	Centro de Apoio Operacional Cível e de Defesa da Cidadania – CACC.	Promotoria de Justiça Cível de Vitória.
GO	Centro de Apoio Operacional dos Direitos Humanos e do Cidadão – CAODHC.	39ª Promotoria de Justiça: atuação plena na Cidadania, incluindo as questões referentes à defesa do direito à saúde, o combate ao racismo e à discriminação racial; e também com atribuições, em caráter subsidiário, para a tutela do patrimônio público e social e da probidade administrativa, bem como para a promoção de ações penais quando decorrentes de fatos ou atos relacionados à área da Cidadania, concorrentemente com as *53ª, 65ª, 82ª, 87ª e 88ª* Promotorias de Justiça.
MA	Centro de Apoio Operacional de Proteção ao Idoso e Pessoa com deficiência.	16ª Promotoria de Justiça Especializada. 1º Promotor de Justiça de Defesa do Idoso. 17ª Promotoria de Justiça Especializada. 2º Promotor de Justiça de Defesa do Idoso.
MG	Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência e Idosos – CAOPPDI.	22ª Promotoria de Defesa dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência e Idoso.
MT	Centro de Apoio Operacional – CAOP (único) Procuradoria Especializada em Defesa da Cidadania e do Consumidor.	*Promotoria de Justiça da Comarca de Cuiabá - Núcleo de Defesa da Cidadania (4 Promotorias de Justiça).*
MS	Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça do Idoso e Pessoa Portadora de Deficiência.	44ª Promotoria de Justiça de Campo Grande.

Estado	Nomenclatura do Caop	Promotorias especializadas na capital/DF (na área do idoso)
PA	Centro de Apoio Operacional da Cidadania.	Promotorias de Defesa das Pessoas com Deficiência, dos Idosos e de Acidentes do Trabalho (3 Promotores de Justiça).
PB	Centro de Apoio Operacional de Cidadania e Direitos Fundamentais.	1º e 2º Promotor de Justiça de Defesa da Cidadania e dos Direitos Fundamentais da Promotoria de Justiça dos Direitos Difusos de João Pessoa.
PR	Centro de Apoio Operacional de Defesa dos Idosos e da Pessoa com Deficiência.	1ª e 2ª Promotorias do Idoso.
PE	Centro de Apoio Operacional de Defesa da Cidadania.	30º PJ de Defesa da Cidadania e Direitos Humanos da Pessoa Idosa da Capital.
PI	Centro de Apoio Operacional de Defesa da Pessoa com Deficiência e do Idoso.	28ª Promotoria de Justiça.
RJ	Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Proteção ao Idoso e à Pessoa com Deficiência.	Promotorias de Justiça de proteção ao Idoso e à Pessoa Com Deficiência da Capital (5 Promotores de Justiça).
RN	Centro de Apoio Operacional às Promotorias de Justiça de Defesa das Pessoas com Deficiência, do Idoso, das Comunidades Indígenas e das Minorias Étnicas – CAOP Inclusão.	9ª Promotoria de Justiça. 30ª Promotoria de Justiça. 42ª Promotoria de Justiça.
RS	Centro de Apoio Operacional dos Direitos Humanos.	Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos de Porto Alegre (que congrega 7 Promotores de Justiça).
RO	Centro de Apoio Operacional da Cidadania.	8ª Promotoria de Justiça de Porto Velho 1ª Titularidade – com atribuições nas áreas extrajudicial e judicial relacionadas à defesa da cidadania e dos direitos humanos; Curadoria de Defesa dos Portadores de Necessidades Especiais; Curadoria do Idoso; Curadoria de Combate ao Racismo e à Discriminação Racial; participação em projetos, eventos e grupos de trabalho ou atuação, referentes ao atendimento comunitário e à defesa da cidadania e dos direitos humanos e participação na Operação Justiça Rápida.
RR	Centro de Apoio Operacional às Procuradorias e Promotorias de Justiça.	Prodie – Promotoria de Justiça de Defesa da Pessoa com Deficiência, Idoso e Educação.
SC	Centro de Apoio Operacional dos Direitos Humanos e Terceiro Setor (CDH).	30ª Promotoria de Justiça de Florianópolis.
SE	Centro de Apoio Operacional de Direitos Humanos.	4ª Promotoria de Justiça dos Direitos do Cidadão de Aracaju.
SP	Centro de Apoio Operacional de Infância e Juventude e Idoso.	7º e 8º Promotoria de Justiça de Direitos Humanos.
TO	Centro de Apoio Operacional da Cidadania, dos Direitos Humanos e da Mulher – CAOCid.	19ª Promotoria de Justiça da Capital (Falência, Precatórias e Cidadania).

Fonte: elaborado pela autora desta pesquisa.

Foi possível notar que a área dos direitos da pessoa idosa está inserida em muitos Caops que podem ser considerados “guarda-chuva”, ou seja, que se denominam de *Direitos Humanos ou de Cidadania* abrangendo matérias como consumidor, patrimônio público, comunidades indígenas, saúde, educação, terceiro

setor, pessoa com deficiência, mulher etc.; o mesmo ocorre com as Promotorias de Justiça que atendem outras demandas, além da pessoa idosa.

Ficou evidente também que a defesa dos direitos das pessoas idosas não era prioridade também para a Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP),[106] uma vez que somente em março de 2015, por meio da Portaria PRESI-CNMP nº 36, foi instituído o grupo de trabalho GT9 – "Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa", ao contrário de outros assuntos, como a proteção à saúde; o combate à corrupção, a transparência e orçamento participativo; a defesa do meio ambiente e patrimônio cultural; o enfrentamento ao racismo e respeito à diversidade étnica e cultural; as pessoas em situação de rua, catadores de materiais recicláveis, pessoas desaparecidas e submetidas ao tráfico; o combate à violência doméstica e defesa dos direitos sexuais e reprodutivos; e os direitos da pessoa com deficiência.

A percepção dos participantes é a mesma verificada pela Pesquisa Nacional de Imagem do Ministério Público e do CNMP, realizada pelo Instituto Análise, a pedido do CNMP, mediante entrevistas domiciliares com 5.000 pessoas.[107] Pelo resultado alcançado, o MP deveria atuar mais no combate à corrupção e ao crime em geral, na fiscalização do cumprimento das leis, além de dar atenção especial para a proteção de crianças e jovens.

> Tal o contexto, ressoa evidente, a mais não poder, a relação de sintonia entre os perfis constitucionais do Ministério Público e do CNMP e o que espera a população brasileira desses órgãos, o que apenas reforça a responsabilidade da Comissão no sentido de contribuir para a indução e o fomento da eficiência do Ministério Público na efetivação de direitos

---

[106]O Conselho Nacional do Ministério Público, por meio de sua Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais, instituiu a Ação Nacional em Defesa dos Direitos Fundamentais, que tem como objetivos fortalecer a unidade nacional do MP na defesa dos Direitos Fundamentais e contribuir para a concretização dos resultados institucionais e o retorno para a sociedade afirmados pela Ação Nacional do Ministério Público – 2011/2015. Em nenhum dos projetos encontramos a defesa dos direitos da pessoa idosa. Disponível em: <http://www.cnmp.mp.br/portal/acao-nacional/direitos-fundamentais/projetos>. Acesso em: 28 maio 2015.

[107] Pesquisa realizada entre os dias 4 e 15 de julho de 2012. A pesquisa abrangeu as classes ABCDE, com pessoas acima de 16 anos ou mais, em 121 municípios pesquisados, incluindo todas as capitais, regiões metropolitanas e interior; Intervalo de confiança: 95% e Margem de erro: 3%. O objetivo é saber o que pensa a população brasileira a respeito da atuação do Ministério Público e do Conselho Nacional, para, a partir daí, com legitimidade social, se desenvolverem metas e estratégias nacionais. Disponível em: <http://www.cnmp.mp.br/portal/images/stories/Noticias/2012/pesquisa_imagem_quanti.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2014.

> fundamentais negligenciados ou assegurados de forma insatisfatória pelo Poder Público (tais como o acesso a serviços públicos essenciais de qualidade em áreas como saúde e educação, entre outros), no combate à corrupção e mesmo no combate ao crime em geral (modalidades de direitos fundamentais difusos à justiça social, à probidade na Administração e à segurança pública, respectivamente), tópicos mencionados por nada menos que 53% do total dos entrevistados, revelando, grosso modo, que os anseios da população brasileira com relação ao papel do Ministério Público guardam estreita vinculação com a vocação constitucional que lhe foi reconhecida.[108]

Para a sociedade (CNMP,2014a), **a defesa do direito à saúde deveria ser a primeira** entre as demandas para as quais o MP deveria dedicar seus esforços para fortalecer a sua atuação na defesa dos direitos fundamentais. Já a defesa do idoso ficou em 12° lugar no total de 20 prioridades, conforme **Quadro 2.**

Quadro 2 – Ordem de importância de atuação do MP na defesa dos direitos fundamentais, 2014

PRIORIDADE	AÇÕES
1	**Defesa do Direito à Saúde**
2	Defesa do Direito à Educação
3	Segurança
4	Combate à Corrupção
5	Defesa do Meio Ambiente
6	Defesa da Infância e Juventude
7	Fiscalização das Eleições
8	Atuação na Área Criminal
9	Facilitação do Acesso da Sociedade ao Ministério Público

[108]Disponível em: <http://www.cnmp.mp.br/portal/acao-nacional/direitos-fundamentais/o-que-e/a-comissao-de-defesa-dos-direitos-fundamentais>. Acesso em: 28 nov. 2014.

PRIORIDADE	AÇÕES
10	Fiscalização da Política
11	Atuar na Política
12	**Defesa dos Idosos**
13	Fiscalização dos Serviço Público
14	Direitos Humanos
15	Combate às Drogas
16	Combate ao Racismo
17	Abusao de Poder
18	Índios
19	Infraestrutura
20	Fazer cumprir as leis (...)

Fonte: CNMP, 2014a.

Por último cabe salientar que, ao contrário da pessoa idosa, a **área da Infância e Juventude** é uma das prioridades do MP, como também o é em termos de políticas públicas. A quantidade expressiva de Caops e Promotorias exclusivas, de varas especializadas na Justiça e de delegacias próprias, a existência do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) atuante e bem estruturado, do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) e do Fundo Nacional em pleno funcionamento, a instituição de uma comissão exclusiva junto ao CNMP, um aparato de Conselhos Tutelares e de diversas entidades da sociedade civil,[109] são exemplos que tiveram fundamento na

[109]Por exemplo, a Associação Brasileira de Magistrados, Promotores de Justiça e Defensores Públicos da Infância e Juventude (ABMP).

concepção de um *Brasil de jovens,*[110] mas que hoje encontra-se *envelhecido* e que, portanto, é necessária a mudança nas estratégias e nos planos de ação. No entanto, a demanda extrajudicial e judicial na área do idoso já se encontra em quarto lugar, mas percebemos uma movimentação muito lenta por parte do MP, do Poder Judiciário e do Executivo para estruturar uma rede de apoio e avançar em termos de políticas públicas.

4.2.1.2 Formas de atuação

Os Coordenadores dos Caops foram questionados sobre o número de atividades desenvolvidas pelo MP de seu Estado (ou Distrito Federal) nos anos 2012 e 2013 que envolvesse a temática dos cuidados de longa duração intermediários, principalmente o equipamento centro-dia, para as pessoas idosas, nos seguintes quesitos: a) Ações Civis Públicas ajuizadas; b) Recomendações feitas; c) Audiências Públicas realizadas; d) Termos de Ajustamento de Conduta (TACs) firmados; e e) ações preventivas. Os números obtidos encontram-se na **Tabela 6 e no Gráfico 5.** Ressaltamos que a grande maioria não soube informar.

O Ministério Público do Distrito Federal alegou desenvolver ações preventivas mediante publicação de revista e realização de visitas, reuniões e palestras; o do Espírito Santo disse promover visitas, reuniões e palestras, além de elaborar cartilhas e um “kit” centro-dia.[111]

---

[110]A Declaração dos Direitos da Criança data de 1959; a Convenção sobre os Direitos da Criança – CDC foi aprovada em 20 de novembro de 1989 na ONU e o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA em 1990 (lei federal 8.069/90).

[111]O Kit centro-dia foi elaborado no Colegiado Permanente de Estudos e Atuação Estratégica da Cidadania – CEATE-CIDADANIA, que faz parte do Ministério Público do Estado do Espírito Santo e nos foi encaminhado para conhecimento por parte da Dra. Sandra Maria Ferreira de Souza, Promotora de Justiça e Dirigente do Centro de Apoio Operacional Cível e de Defesa da Cidadania. O Kit é composto por 40 itens sobre legislações e modelos de ACP e recomendações aplicáveis ao caso.

Tabela 6 – Número de atividades relacionadas a cuidados desenvolvidas pelo MP em 2012-2013, segundo o Estado e Distrito Federal, conforme informações dos Coordenadores dos Centros de Apoio, Brasil, 2014.

ESTADO	ACP-2012	R-2012	AP-2012	TAC-2012	ACP-2013	R-2013	AP-2013	TAC-2013
DF	0	6	0	0	1	4	0	0
ES	2	1	1	0	0	0	0	0
GO	4	0	0	2	5	0	0	1
MT	82	25	9	9	121	17	0	2
MS	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
PB, RJ, RN, RS, RO, SC, SP, TO	NSI	NSI	NSI	NSI	NSI	NSI	NSI	NSI
RR, SE	1	0	0	0	0	0	0	0
Total	**90**	**32**	**10**	**11**	**127**	**21**	**0**	**3**

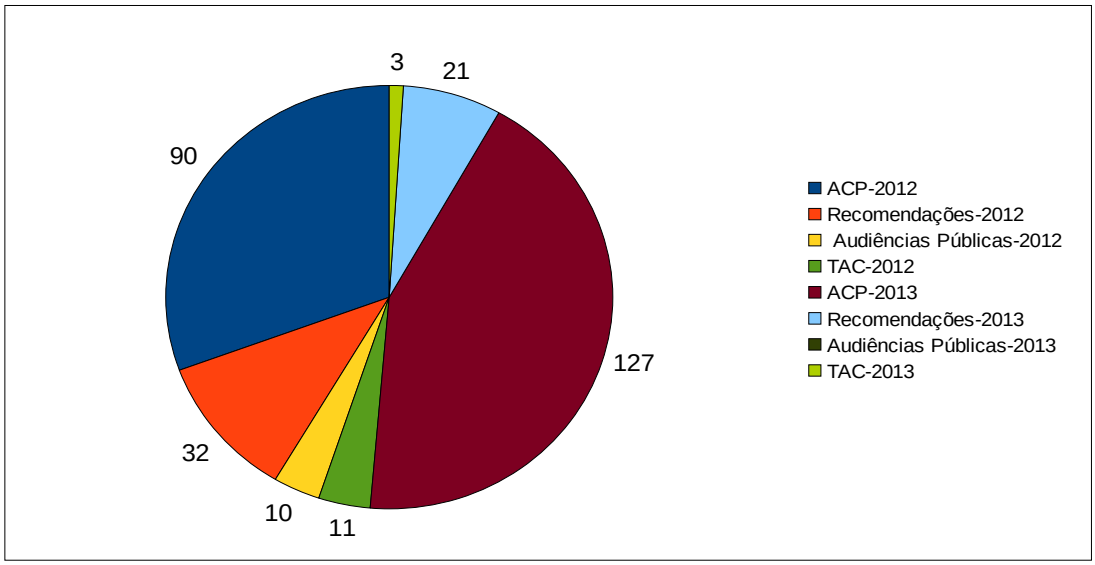
Fonte: elaborada pela autora desta pesquisa.
Notas:
NSI = Não souberam informar.
NI = Não informou.
ACP = Ação Civil Pública; R = Recomendação; AP = Audiência Pública; TAC = Termo de Ajustamento de Conduta.

Pelos dados acima **(Tabela 6)** verificamos que somente seis dos 15 Caops têm um banco de dados sistematizado e controle sobre a produção de ações e de atos praticados pelas Promotorias de Justiça. Em que pese o fato de o Caop não ter qualquer caráter fiscalizatório sobre a atuação do Promotor, o que caberia ao órgão da Corregedoria-Geral competente, poderia acompanhar as ações para fins estatísticos e de conhecimento de atuação em áreas específicas.

Na pesquisa, os Promotores de Justiça afirmaram que atuam mais com o apoio de ferramentas extrajudiciais que judiciais, utilizando-se do Inquérito Civil Público (TACs e Recomendações), participando dos conselhos de direito e das conferências municipais, estaduais e nacionais do idoso, realizando audiências públicas e palestras, aproximando-se dos poderes legislativo e executivo buscando o aperfeiçoamento na prestação dos serviços e na legislação pertinente. Somente quando esgotadas todas as possibilidades de tratativas é que lançariam mão de

ações judiciais para a obtenção do serviço. A ideia é, portanto, fortalecer o espaço democrático e o diálogo com as demais Instituições, constituindo-se então a Ação Civil Pública (ACP)[112] como "último recurso" a ser utilizado pelo promotor de justiça. Pelas respostas, a aproximação com os Conselhos de Direitos do Idoso seria uma das estratégias utilizadas para lidarem com questões específicas do envelhecimento.

Gráfico 5 – Número de atividades de cuidados, por modo de execução, desenvolvidas pelos MPEs e Distrito Federal, em 2012-2013: informações dos Coordenadores dos Caops, Brasil, 2014



Fonte: elaborado pela autora desta pesquisa.

Conforme pode ser verificado no **Gráfico 5**, a forma de atuação mais presente foi o ajuizamento de ACPs em detrimento da feitura dos TACs; forma que contraria o discurso dos membros respondentes, bem como o que muitos autores vêm defendendo de uma *nova forma de atuação por parte do Ministério Público*, ou seja, que seria menos demandista e mais resolutivo e democrático, o que ainda não se verifica na prática.

---

[112]Ação Civil Pública (ACP) – é um instrumento processual com finalidade de viabilizar as demandas de natureza coletiva, para a defesa judicial dos interesses difusos, coletivos e individuais homogêneos. Ver também: LENZA, Pedro. **Teoria Geral da Ação Civil Pública**. 2. ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2005; DINAMARCO, Pedro da Silva. **Ação Civil Pública**. São Paulo: Saraiva, 2001; MEIRELLES, Hely Lopes. **Mandado de Segurança, Ação Popular, Ação Civil Pública, Mandado de Injunção, "Habeas Data", Ação Direta de Inconstitucionalidade, Ação Declaratória de Constitucionalidade e Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental**. 25. ed. São Paulo: Mallheiros, 2003; MAZZILLI, Hugo Nigro. **A Defesa dos Interesses Difusos em Juízo**: Meio Ambiente, Consumidor, Patrimônio Cultural, Patrimônio Público e Outros Interesses. 27. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

4.2.1.3 Atuação do Ministério Público em relação ao equipamento centro-dia

Apesar de o IBGE (2009b) ter divulgado que a quantidade de centros-dia no Brasil seria de 230 unidades – entre públicas e conveniadas, sem distinguir para que público-alvo esses centros destinam-se – verificamos a existência de 39 centros-dias, públicos ou conveniados com o Poder Público, em funcionamento em sete Estados, exclusivamente voltados à pessoa idosa, de acordo com a **Tabela 7.** Desses, somente um teria sido implantado em decorrência da atuação direta ou indireta do Ministério Público. Há informações de que estão em construção três centros-dia nas cidades de Blumenau, Joinville e Três Barras (SC), sendo um decorrente de uma Ação Civil Pública. Verificamos igualmente que há a perspectiva de construção de seis centros-dia em Fortaleza (CE), fruto de uma Recomendação do Ministério Público.

Tabela 7 – Informação de número de centros-dia existentes, e quantidade de centros construídos mediante atuação do MP, por Estados e Distrito Federal, Brasil, 2014

Estados	N° de Centros-dia informados	N° de Centros-dia construídos por atuação do MP
AC	1	1
CE*	0	0
ES**	0	0
GO	3	NSI
PB***	1	NI
RJ	3	0
RS	5	NSI
SC*	0	0
SP****	24	0

Estados	N° de Centros-dia informados	N° de Centros-dia construídos por atuação do MP
TO	2	0
AM, MG, MT, PA, PE, RN, RO,RR,SE	0	0
TOTAL	**39**	**1**

Fonte: elaborada pela autora desta pesquisa.
Notas:
Não se obtiveram dados (ND): PR, AP, AL, PI e BA;
Não soube informar (NSI) = Distrito Federal;
Não informou (NI) = MS; *SC e CE: em fase de construção e de perspectiva de construção;
**No ES existe previsão de implantação de um centro-dia, em Serra em 2015;
*** A PB informou que tem o projeto Acolher Todo Dia e que 21 promotores de Justiça já aderiram para atuar com o intuito de estimular a criação de centros-dia.
**** Não existe ainda nenhum centro-dia público na cidade de São Paulo, em que pese existir Recomendação do MP desde 2010 e a Lei Municipal nº 15.809/2013.

Há relatos de que o Ministério Público teria proposto Ações Civis Públicas nos Estados do Espírito Santo e Rio de Janeiro com o intuito de que sejam construídos centros-dia que se encontram em tramitação na justiça estadual.

Os 15 Coordenadores de Caops indicaram um total de 1.079 Promotores de Justiça que atuam em seus Estados, na área do idoso; referiram-se também à existência de 74 promotorias especializadas (**Tabela 5**). Era de se esperar que a quantidade de centros-dia fosse mais significativa, o que não se concretizou (**Tabela 7**). Duas constatações devem ser feitas, uma vez que podem demonstrar o baixo número encontrado: a primeira é que nem todos os Ministérios Públicos – por meio de seus centros de apoio – responderam ao questionário.[113] Logo, podem existir centros-dia não computados; a segunda é que muitos Promotores de Justiça exercem suas funções, provavelmente, no interior dos Estados. Corresponderiam ao que denominamos de “clínico geral”, ou seja, têm atribuições concorrentes em áreas

[113]Não responderam: AC, AL, AP, AM, BA, CE, MA, MG, PA, PR, PE e PI. O Centro de Apoio do MS respondeu o ofício informando “não ser possível, no momento, a colaboração solicitada, haja vista que em fase de criação e reformulação de banco de dados deste Centro de Apoio”, fato que prejudicou um pouco a coleta real de dados daquele Ministério Público.

diversas e precisam dividir suas atenções com outros problemas da comunidade, ou atuam mais em demandas individuais de pessoas idosas do que em procedimentos coletivos. Além disso, soma-se o fato de os centros-dia serem desconhecidos e da fiscalização das ILPIs advir de uma atividade mais frequente.

Dos 15 Promotores de Justiça respondentes que atuam na defesa dos direitos das pessoas idosas, apenas cinco afirmaram desenvolver algum tipo de atividade mais focada nos cuidados intermediários e nos centros-dia.

O Promotor de Justiça – P4 – afirmou:

> *Talvez seja* porque aqueles que vislumbram outras prioridades não estejam conseguindo convencer a própria Instituição*. De qualquer forma, são perspectivas de novos paradigmas que precisam ser discutidos e avaliados. Para tanto, deve haver maior dinâmica por parte daqueles que enxergam outras prioridades, sem desconsiderar, obviamente, o ponto de vista de quem defende outras. [...] A propósito, registre-se, a bem da verdade, dentre outros reconhecimentos relacionados ao tema, o proporcionado pelo Conselho Nacional de Procuradores-Gerais dos Ministérios Públicos dos Estados e União (CNPG), ao ratificar a Comissão Permanente de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência e Idosa (COPEDPDI) do Grupo Nacional de Direitos Humanos, que elegeu "a criação e implementação das modalidades não asilares para idosos: Centro-dia" como meta nacional.* (P4, homem, grifo nosso).

Além disso, pouco tem sido observada a orientação da Comissão Permanente de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência e Idosa (COPEDPDI),[114] do Grupo Nacional de Direitos Humanos, que elegeu "a criação e implementação das modalidades não asilares para idosos: centros-dia" como uma das metas nacionais

---

[114]"O Grupo Nacional de Direitos Humanos (GNDH) é órgão do Conselho Nacional de Procuradores-Gerais dos Ministérios Públicos dos Estados e da União (CNPG) que tem por finalidade promover, proteger e defender os direitos fundamentais dos cidadãos. Com atuação em âmbito nacional, o grupo tem como objetivo a efetivação dos direitos humanos a partir da interlocução com a sociedade civil, da articulação entre os MPs, da promoção de convênios e de outros meios de atuação. Integram o GNDH sete comissões, a saber: Comissão Permanente de Defesa dos Direitos Humanos em Sentido Estrito – COPEDH; Comissão Permanente de Defesa da Saúde – COPEDS; Comissão Permanente da Infância e da Juventude – COPEIJ; Comissão Permanente de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência e do Idoso – COPEDPDI; Comissão Permanente de Combate à Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher – COPEVID; Comissão Permanente de Educação – COPEDUC; e Comissão Permanente do Meio Ambiente, Habitação, Urbanismo e Patrimônio Cultural – COPEMA. Informação disponível em: <http://www.cnpg.org.br/index.php/gndh>. Acesso em: 24 out. 2014.

de atuação, devidamente homologada pelo CNPG (STEPANSKY, 2013, p. 150) desde o ano de 2012 e revalidada em 2014.[115]

4.2.1.4 O papel do Ministério Público e sua atuação nos cuidados de longa duração intermediários

Para os Promotores de Justiça, o MP, na garantia dos cuidados de longa duração intermediários a pessoas idosas, deveria ser o *indutor, o fomentador e o articulador dessa política pública* junto aos órgãos administrativos, bem como o *fiscal do funcionamento* desses serviços.

> *Fundamental,* fiscalizando o funcionamento*, promovendo a efetivação dessa política.* (P3, homem, grifo nosso).
>
> É o principal fiscal do funcionamento *dessas entidades e da garantia de acesso dos idosos a esses serviços.* (P7, homem, grifo nosso).
>
> *Creio que o papel do MP é o de* indutor de políticas públicas*, colocando a necessidade de implantação e cobrando a implementação efetiva.* (P15, mulher,grifo nosso).
>
> *Fundamental como* articulador e fomentador de políticas públicas*, de maneira administrativa (TAC, por ex) ou judicial (ação civil pública de obrigação de fazer) e, ainda, esclarecedor da sociedade que pode também exercer o papel de fomentador da política.* (P12, mulher, grifo nosso).
>
> *Os cuidados intermediários, de longa duração ou não, são uma decorrência natural da vida humana. Logo, estão inseridos no contexto da atuação do Órgão, enquanto voltado à promoção da pessoa idosa. Baseado no princípio da integralidade, não há como imaginar a efetividade de uma política pública voltada para cuidados inerentes à pessoa idosa, se essa mitiga a importância de algumas etapas. O próprio poder público, com uma*

---

[115]Eis alguns dos trechos das Atas: “A sexta comissão a apresentar foi a COPEDPDI, que submeteu à aprovação uma proposta e um enunciado: ENUNCIADO no sentido da expedição de recomendação, pelo Ministério Público Brasileiro, para que os Chefes dos Poderes Executivos Estaduais e Municipais *contemplem, no próximo PPA, recursos para a criação de modalidades não asilares de atendimento ao idoso, previstas no artigo 4º do Decreto nº. 1948, de 3 de julho de 1996”.* (Grifo nosso) […] “A COPEDPDI, dando continuidade às metas do "MP Acessível" e "Idoso com Dignidade", já concluiu o check list de acessibilidade para as edificações dos Ministérios Públicos. O formulário, inclusive, foi adotado pela Comissão de Acessibilidade do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) para nortear as vistorias que o Conselho vem realizando nos prédios sede do Ministério Público em todo o país, a fim de constatar as condições de acessibilidade. A COPEDPDI trabalha na elaboração de uma campanha referente aos cuidados necessários com a pessoa idosa no que diz respeito aos empréstimos consignados. O objetivo é evitar que o idoso se prejudique comprometendo grande parte de sua renda mensal com parcelas de empréstimos. *Também estão sendo tratados na COPEDPDI assuntos como a criação de Centros-Dia para idosos*, Casas Lares para pessoas com deficiência, educação inclusiva e a prática de improbidade por administradores públicos que não cumprem as normas de acessibilidade” (Grifo nosso).

> *visão absolutamente restrita de seu papel, costuma alardear quanto à ocupação indevida de leitos hospitalares por pacientes idosos em situação de alta hospitalar, inclusive, por vezes, acionando o Ministério Público. Ora, a questão vai bem além do leito "indevidamente" ocupado, mas como ficará instalada a pessoa idosa e de que maneira serão prestados os indispensáveis cuidados ao mesmo dali por diante. A violência institucional comumente praticada pelo Estado, na oferta deficitária de serviços, tem seu peso no momento em que visa a necessárias contrapartidas familiares e comunitárias.* Acredito, portanto, que o principal papel do Ministério Público é atuar voltado para a consecução de uma política de gestão integral do cuidado*, a partir da apropriação responsável do tema por parte do poder público. Para tanto, valendo-se dos meios postos à disposição, obediente aos parâmetros legais, já que nem a própria Constituição ousou indicar, dentre os disponíveis, qual o caminho a ser seguido na promoção de medidas necessárias à garantia do direito.* (P4, homem, grifo nosso).
>
> *O Promotor de Justiça que atua na tutela coletiva, verificando a ausência de políticas públicas voltadas para a pessoa idosa, na sua atuação,* deverá instaurar inquérito civil de modo que trabalhe para a implementação do serviço, realizando reuniões, estudos, levantamentos de dados que comprovem a necessidade e utilidade do serviço, etc., sendo certo que, em minha opinião, somente se esgotadas todas as possibilidades de tratativas deverá lançar mão da ação civil pública para a obtenção do serviço*.* (P10, mulher, grifo nosso).

Da análise documental dos planos e/ou planejamentos estratégicos dos 21 Estados e do Distrito Federal,[116] apenas **sete** (Distrito Federal, ES, PB, PR, RJ, RN e SP) preveem explicitamente a temática dos cuidados de longa duração intermediários, principalmente o equipamento de centro-dia. Os demais contemplam outras matérias relacionadas à defesa dos direitos das pessoas idosas de uma maneira genérica, sem especificar, além de combater a violência e os maus-tratos, fiscalizar as instituições de longa permanência e a implantação dos conselhos de direitos do idoso e garantir a acessibilidade e vagas especiais de estacionamento **(Quadro 3).**

---

[116]Lembrando que não foi possível o acesso aos documentos dos estados do AM, MA, PA, PE e RO.

Quadro 3 – Planejamentos Estratégicos e/ou Planos Gerais de Atuação dos MPEs e do Distrito Federal: cuidados de longa duração, principalmente, centro-dia, Brasil, 2014

ESTADO	NOME	TEM A TEMÁTICA?	PREVISTO NO PLANO	LOCAL ENCONTRADO
AC	Plano Geral de Atuação 2013	Não	Garantir a efetivação dos direitos do idoso e do portador de deficiência. Falta de atenção para com pessoas com deficiência; maus tratos de pessoas idosas. Solução: criação de espaços de convivência para idosos. Falta de controle de cartões de crédito para idosos. Venda de remédios por ambulantes a idosos.	<http://webserver.mp.ac.gov.br/wp-content/files/PlanoGeraldeAtuacao_2.pdf>. Acesso em: 28 out. 2014.
AL	Planejamento Estratégico 2011-2022	Não		<http://www.mp.al.gov.br/images/stories/downloads/planlivro.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2014.
AM	**Não encontrado**			
AP	Mapa Estratégico 2013-2016	Não	Assegurar o exercício dos direitos da criança e adolescente, da mulher, do idoso e da pessoa com deficiência.	<http://www.mpap.mp.br/planejamento-estrategico>. Acesso em: 7 jul. 2014.
BA	Plano Geral de Atuação 2014	Não	Projeto Voz da Experiência Estratégia: Promover a defesa dos direitos dos idosos. Iniciativa Estratégica: Elaborar e implementar projeto visando à implantação e implementação dos Conselhos de Direitos dos Idosos em 100% dos municípios do Estado.	<http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/download/promover_a_defesa_da_cidadania_2014.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2014.
CE	Planejamento Estratégico 2014-2015 Plano de Atuação Específico – Proposta de Projetos do CAO Cidadania	Não	Acessibilidade, Educação, Cidadania (moradia) e Saúde Pública.	<http://www.mpce.mp.br/orgaos/CAOCIDADANIA/projetos/Projeto03-Cidadania.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2014.
DF	Planejamento Estratégico – unidade PROJID Plano de Ação 2014	Sim	Expedir Recomendação para o Governador do DF para que implementem os Centros-Dia e os Centros de Convivência para idosos, nos termos da Lei.	Material Fornecido pelo Ministério Público.
ES	Planejamento Estratégico 2025 Planejamento do CAOP	Não Sim	 Obs: KIT CENTRO-DIA	<http://www.mpes.mp.br/mpes2025/index.html>. Acesso em: 7 jul. 2014. Material Fornecido pelo Ministério Público.
GO	Projeto de Execução do PGA 2014-2015 Planejamento Estratégico 2009-2022	Não Não	 Item 6.5.4 “Inspecionar e promover atividades extrajudiciais para exigir a regularização do funcionamento de cem por cento das	Material Fornecido pelo Ministério Público.

ESTADO	NOME	TEM A TEMÁTICA?	PREVISTO NO PLANO	LOCAL ENCONTRADO
			entidades de atendimento aos idosos em todos os municípios e no Estado".	
MA	Planejamento Estratégico 2012-2016			**Obs.: afirma ter, mas não foi localizado no site.**
MG	Plano Geral de Atuação 2014-2015	Não	Promover a melhoria das unidades e serviços de instituições de longa permanência de Idosos (ILPI), por meio de melhora/adequação dos três pontos mais comuns e falhos das ILPIs do Estado, detectados por meio de diagnóstico elaborado com base em roteiro de fiscalização dessas entidades.	<https://www.mpmg.mp.br/conheca-o-mpmg/planejamento-institucional/planejamento/>. Acesso em: 7 jul. 2014.
MT	Planejamento Estratégico 2012-2015	Não	*Projeto*: I. DEFESA DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA. *Objetivo específico*: Empreender ações voltadas para redução dos índices de violência contra a pessoa idosa.	<https://mpmt.mp.br/conteudo.php?sid=69&cid=56348>. Acesso em: 10 jul. 2014.
MS	Planejamento Estratégico 2025	Não	Cobrar dos poderes públicos a implementação das políticas públicas da saúde, acessibilidade, idoso e consumidor.	<http://www.mpms.mp.br/gestao>. Acesso em: 10 jul. 2014.
PA	**Não encontrado**			
PB	Planejamento Estratégico Mapa para 2016 Gestão Estratégica do CAOP	Sim Sim	Intensificar ações de proteção às pessoas idosas, com a implementação das políticas públicas de assistência social nos municípios. *Acolher todo Dia* O projeto visa promover a articulação institucional junto aos Poderes Executivos Municipais e Estadual para garantir, de acordo com as necessidades de cada município, a criação e implantação de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) de natureza pública, com a função de abrigar idosos em tempo integral, e/ou Centros de Cuidados Diurnos para Idosos (Centros-Dia), modalidade não asilar com a função de proporcionar atividades terapêuticas e socioculturais, além de atendimento médico e de enfermagem, para idosos com dependências que não possuam assistência durante o dia, embora residam com suas famílias.	< http://arquivos.mppb.mp.br/geplag/mapa_estrateg_v4.pdf >. Acesso em: 15 jul. 2014. Material Fornecido pelo Ministério Público.
PE	**Não encontrado**			

ESTADO	NOME	TEM A TEMÁTICA?	PREVISTO NO PLANO	LOCAL ENCONTRADO
PI	Plano Geral de Atuação Finalística 2014-2015 (PGA)	Não	Idoso: empréstimo consignado, acessibilidade e controle social (Conselhos).	<http://www.cnpg.org.br/index.php/noticias-outros-mps/23-mppi/4148-procuradoria-geral-de-justica-do-piaui-lanca-versao-final-do-plano-geral-de-atuacao-finalistica-2014-2015>. Acesso em: 7 jul. 2014.
PR	Planejamento Estratégico 2010-2018	Sim	*Existência de rede de atendimento à pessoa idosa* Cômputo dos municípios avaliados pelo MP capazes de assegurar eficaz rede de proteção a direitos dos idosos. Políticas e práticas dos entes governamentais (por exemplo, qualidade da rede de asilos, *existência de formas alternativas ao asilamento*, tratamento diferenciado do idoso quando vítima de crime, número decrescente de idosos em abrigos como primeira evidência de maior reinserção familiar) comporiam um rol de quesitos a serem aferidos pelo respectivo Centro de Apoio (CAOP) como parâmetros para a avaliação. *DIREITOS DO IDOSO – MODALIDADES DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL E FAMILIAR DO IDOSO, IMPLANTAÇÃO E FISCALIZAÇÃO* O objetivo do projeto é eliminar a segregação da população idosa em verdadeiros depósitos desumanos, sem qualquer atividade, manutenção ou resgate de vínculos familiares, representados por asilos ilegalmente mantidos, tendo por pressuposto que o abrigo em *instituição de longa permanência (ILPIs) deve ser exceção*. Assim, se por um lado pretende-se a instituição de formas alternativas ao asilamento, por outro as ILPIs existentes devem estar perfeitamente adequadas aos requisitos legais. Busca-se fundamentalmente intervir para a criação de formas alternativas ao asilamento em todo o Estado (compreendendo Casas-Lares, *Centros-Dia*, Centros de Convivência, Condomínios da Terceira Idade, etc., conforme Estatuto do Idoso), respeitadas as necessidades de cada Município.	<http://www.mppr.mp.br/arquivos/File/subplan/PlanoEstrategico_MPPR.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2014. <http://www2.mppr.mp.br/diweb/pageflip/index.php?nome=planejamento_estrategico>. Acesso em: 15 jul. 2014.
RJ	Mapa Estratégico	Sim	Garantir a proteção ao idoso e ao portador de deficiência *Campanha Nacional de Prevenção a Crimes contra Idosos e Conselho Municipal do Idoso (projetos).* Obs.: possui KIT CENTRO-DIA.	<http://www.mprj.mp.br/documents/112957/1461863/mapa_final.pdf;jsessionid=cgya8R19nTe+dDqYv9xS8o+o.node3>. Acesso em: 7 jul. 2014.
RN	Plano de Ação do CAOP Planejamento Estratégico 2012-2016	Sim Sim	*Acolher todo Dia* 1. Instauração de Inquérito Civil para verificar se há a oferta de centro-dia e ILPI (regionalizada) pelo Poder Público (Prazo sugerido: em até 10 dias). 5.13. Exigir a garantia dos direitos do idoso, por meio da estruturação da rede de proteção: atuar em favor da proteção ao idoso assegurando a disponibilidade de	Material Fornecido pelo Ministério Público.

ESTADO	NOME	TEM A TEMÁTICA?	PREVISTO NO PLANO	LOCAL ENCONTRADO
			instituições de longa permanência e Centros-dia públicos. 13.1 Municípios com ILPIs e Centros-dia públicos para idosos implantados (6% em 2014) 13.2 Atuação do MP na implantação de ILPI e centros-dia públicos (15% em 2014).	
RO	Planejamento e Gestão Estratégica e Plano Geral de Atuação 2013-2015 Plano de Ação do CAOP	Não Não	4.8.1.4 - Fomentar a criação e estruturação de conselhos de defesa dos interesses e direitos dos cidadãos, promover a efetiva implementação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS e dos PROCONS no Estado e fiscalizar a instalação e funcionamento. Projeto Melhor Idade-Violência.	<http://www.mpro.mp.br/pga>. Acesso em: 7 jul. 2014. <http://www.mp.ro.gov.br/documents/626316/683122/Projeto+Melhor+Idade+-+15+de+Junho%2C%20Dia+Mundial+de+Combate+%C3%A0%20Violência+contra+o+Idoso./b3831406-aa20-471c-82ef-df7ba1ffe6ba?version=1.0>. Acesso em: 7 jul. 2014.
RS	Mapa Estratégico Relatório Anual 2013	Não Não	Criança, adolescente e idoso protegidos. Projeto: Vaga Especial para Estacionar: Eu respeito!	Material Fornecido pelo Ministério Público.
RR	**Não encontrado**			
SC	Plano Geral de Atuação 2014 Relatório de Gestão 2013	Não Não	1. Diagnosticar a adequação das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) 2. Promover medidas visando à adequação das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) 3. Acompanhar as ações implementadas para adequação das instituições fiscalizadas 4. Diagnosticar, nos Municípios catarinenses, a existência e a efetiva atuação dos Conselhos Municipais do Idoso. *Ações desenvolvidas* a) Levantamento e avaliação das Instituições de Longa Permanência para Idosos. b) Levantamento dos municípios que possuem Conselhos Municipais de Idosos e coleta de informações acerca de sua efetiva atuação.	<http://portal.mp.sc.gov.br/portal/instituicao/conheca-o-ministerio-publico/plano-geral-de-atuacao.aspx>. Acesso em: 7 jul. 2014. <http://www.mp.sc.gov.br/portal/conteudo/RGI_2013_VF.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2014.
SE	Plano Estratégico 2011-2015	Não	Combate à violência e Implantação de modalidades de atendimento Realizar diagnóstico estadual da demanda reprimida de idosos, em razão da insuficiência de vagas nas instituições de acolhimento.	Material Fornecido pelo Ministério Público.
SP	Plano Geral de Atuação 2014	Sim	Garantir a criação, a ampliação e a articulação dos programas de atendimento ao idoso; Requisitar das Prefeituras Municipais, das DRADSs (Diretorias Regionais de Assistência e Desenvolvimento Social) o levantamento dos serviços de atendimento ao idoso existentes, a capacidade de atendimento de cada serviço e os fluxos de	<http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/home/arquivos/PGA_2014.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2014.

ESTADO	NOME	TEM A TEMÁTICA?	PREVISTO NO PLANO	LOCAL ENCONTRADO
			atendimento adotados. Entende-se como serviços de atendimento ao idoso os seguintes: Saúde, Acolhimento, Convivência, Assistência, Programa "Estado/Município Amigo do Idoso", "Centros de Referência do Idoso" e programas "*Centros-Dia*", Entidades Civis.	
TO	Relatório de 2013 do Planejamento Estratégico 2010-2018	Não	Padronização da Fiscalização em Estabelecimentos de Longa Permanência de Idosos. Levantamento da situação de abandono de idosos no Estado do Tocantins.	<http://mpto.mp.br/web/planejamento/2013/03/05/972147-relatorio-de-gestao-2013-ano-base-2012#page>. Acesso em: 15 jul. 2014.

Fonte: Planos estratégicos e Planos de atuação dos MPs do Brasil.

Se cruzarmos os dados dos seis Estados e do Distrito Federal obtidos na pesquisa e apresentados nas **Tabelas 5** e **7** e nos **Quadros 3** e **4** verificamos que o fato de estar prevista, em seus respectivos Planos Gerais de Atuação (PGA) ou Planejamentos Estratégicos, a temática dos cuidados de longa duração intermediários não garantiu o desenvolvimento de uma verdadeira política pública e pouco colaborou com o surgimento ou aumento do número de centros-dia nesses locais. Apenas um equipamento (não previsto no respectivo Planejamento Estratégico) foi implantado a partir da atuação do MP. Assim, nem o Ministério Público do Espírito Santo nem o da Paraíba que têm normatizações e projetos mais específicos focados para a implementação de centros-dia **(Quadro 4)**, foram capazes, ainda, de colher resultados positivos e visíveis nessa seara **(Tabela 7)**.

Para complementar a análise, realizamos buscas sobre o tema nas jurisprudências de alguns tribunais pátrios, principalmente o Supremo Tribunal Federal, o Superior Tribunal de Justiça e em mais 15 tribunais estaduais que contemplassem ações ajuizadas pelo MP (ACP ou medidas de proteção), conforme a **Tabela 8**, no dia 3 de novembro de 2014. Foram utilizados os seguintes descritores: “centro-dia”, “centro de cuidados diurnos”, “cuidados de longa duração”, “instituição de longa permanência” e “abrigo para idosos”.

Tabela 8 – Quantidade de decisões dos tribunais, Brasil, 2014

Tribunal	Centro-dia	Centro de cuidados diurnos	Cuidados de longa duração	Instituição de longa permanência	Abrigo para idosos
STF	0	0	0	0	3
STJ	0	0	0	0	3
TJRS	0	0	0	16	37
TJPR	0	0	0	3	0
TJSC	0	0	0	1	0
TJSP	5	0	0	46	77
TJMG	0	0	0	1	20
TJRJ	0	1	0	1	0
TJMT	0	0	0	1	7
TJMS	0	0	0	3	0
TJRN	0	0	0	0	2
TJSE	0	0	0	0	1
TJES, TJPA, TJAM, TJCE, TJMA	0	0	0	0	0
TOTAL	**5**	**1**	**0**	**72**	**150**

Fonte: elaborada pela autora desta pesquisa.

Pelos resultados dispostos na **Tabela 8** foi possível observar que os descritores “centro-dia” e “centro de cuidados diurnos” (6) são quase nulos quando comparados com o número de demandas que envolvem “instituições de longa permanência e abrigos para idosos” (222). O termo “cuidados de longa duração” (para idosos) não apareceu na jurisprudência de nenhum dos tribunais pesquisados, fato que denota a baixa judicialização e discussão sobre o assunto. Vejamos a decisão do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro sobre a obrigação do Poder Público na criação de centro de cuidados diurnos (centro-dia) para pessoas idosas:

> *AÇÃO CIVIL PÚBLICA*. CONSTRUÇÃO DE UNIDADE INSTITUCIONAL DE ACOLHIMENTO AO IDOSO E CRIAÇÃO DE CENTRO DE CUIDADOS

> DIURNOS. OMISSÃO ESTATAL. VIOLAÇÃO AO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. PROTEÇÃO AO IDOSO QUE CONSTITUI DEVER DO ESTADO. INTELIGÊNCIA DO ART. 230 DA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA E DO ESTATUTO DO IDOSO. INEXISTÊNCIA DE AFRONTA AO PRINCÍPIO DA SEPARAÇÃO DE PODERES. TUTELA DE DIREITOS FUNDAMENTAIS. IMPOSSIBLIDADE DE INVOCAÇÃO DA RESERVA DO POSSÍVEL. INSERÇÃO DE PREVISÃO DE GASTOS NO ORÇAMENTO. IMPOSSIBILIDADE DO PEDIDO. REFORMA PARCIAL DA SENTENÇA. Trata-se de ação civil pública em que pretende o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro imputar ao Município de Nova Iguaçu a criação de um serviço de atendimento social integrado do idoso, com funcionamento diário e a construção de unidade institucional de acolhimento para idosos, bem como a inserção no orçamento municipal a previsão de gastos para o incremento da rede de proteção do idoso, ante a inexistência no citado município de políticas de implementação aos direitos dos idosos. [...] APELAÇÃO n. 0038942-75.2006.8.19.0038 – DES. RENATA COTTA - Julgamento: 01/10/2014 - TERCEIRA CÂMARA CÍVEL DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO DE JANEIRO.

A partir do levantamento realizado, também selecionamos duas decisões oriundas do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul[117] que, apesar de este não ser o tema da nossa pesquisa – institucionalização de pessoas idosas – , consideramos importante destacar aqui, uma vez que os nossos serviços de abrigamento são originariamente equipamentos da assistência social, mas os juízes já estão considerando como serviços de saúde também:

> COMPLEMENTAÇÃO DE RENDA PARA ABRIGO DE IDOSO EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA. […] 2. **A responsabilidade da União, Estados e Municípios, nas ações e serviços na área da saúde**, é integral e conjunta, decorrendo diretamente do art. 23, II, da Magna Carta e do art. 241 da CERS/89, não havendo falar em ilegitimidade passiva. […] 4. Segundo prevê o Estatuto do Idoso (Lei Federal nº 10.741/2003), a garantia de prioridade no atendimento compreende o abrigo em instituição própria, quando, em razão de sua condição pessoal, verificar-se a inviabilidade do acolhimento por sua própria família. 5. Inexistência de afronta ao princípio da reserva do possível, que **não pode servir de condicionante ao direito constitucional à saúde,** uma vez que não há prova da ausência de disponibilidade financeira do ente público, bem como razoável a pretensão deduzida, considerando a necessidade de a parte autora ser acolhida em

---

[117]Outras decisões que podem ser consultadas: 1) APELAÇÃO Nº 0110508-56.2010.8.19.0002 – DES. LETÍCIA SARDAS - Julgamento: 16/07/2014 - VIGÉSIMA CÂMARA CÍVEL DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO DE JANEIRO. 2) APELAÇÃO CÍVEL Nº 000157-46.2010.8.26.0511 COMARCA DE ORIGEM: FORO DISTRITAL DE RIO DAS PEDRAS. APELANTE(S): PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DAS PEDRAS. APELADO(S): MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO. REEXAME NECESSÁRIO. 3) APELAÇÃO CÍVEL Nº 2012202030, 12ª VARA CÍVEL, Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe, JOSÉ DOS ANJOS, JUIZ(A) CONVOCADO(A), Julgado em 01/10/2012.

> instituição própria. […] NEGARAM PROVIMENTO AO AGRAVO DE INSTRUMENTO. (Agravo de Instrumento N° 70055530919, Terceira Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Matilde Chabar Maia, Julgado em 31/10/2013). (Grifo nosso).
>
> MEDIDA DE PROTEÇÃO A IDOSO. ABRIGAMENTO EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA. COMPLEMENTAÇÃO DE VALORES PELO MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO. TUTELA ANTECIPADA. CABIMENTO. AUSÊNCIA DE INTERESSE RECURSAL. [...] MEDIDA DE PROTEÇÃO A IDOSO. Com base nos artigos 6° e 196 da Constituição Federal, é crível admitir que é dever do Estado (lato sensu) **prestar atendimento de saúde, quando configurados os vetores da adequação do medicamento, tratamento ou cirurgia e da carência de recursos financeiros de quem postula**. Compete ao Poder Público assegurar ao idoso a efetivação do direito à vida e à **assistência integral em entidade de longa permanência** diante da carência de recursos financeiros próprios ou da família. Inteligência dos artigos 6° e 230 da Constituição Federal, e artigos 2°, 3° e 37 do Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003). [...] Os documentos que instruem o agravo de instrumento comprovam que a idosa, com 83 anos de idade, é portadora do Mal de Alzheimer, e está em situação de vulnerabilidade. Comprovada, ainda, a precária situação financeira da família pelas declarações de renda juntadas às fls. 45-46, o que lhes impossibilita de arcarem com a integralidade das despesas do abrigamento. Em um juízo de cognição sumária, entendo que há verossimilhança no direito alegado, devendo ser assegurado o direito à saúde da idosa, nos termos da Constituição Federal e do Estatuto do Idoso. AGRAVO DE INSTRUMENTO CONHECIDO PARCIALMENTE E DESPROVIDO. (Agravo de Instrumento n° 70056727027, Terceira Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Leonel Pires Ohlweiler, Julgado em 05/12/2013). (Grifo nosso).

Nesses julgados ficou evidente que o entendimento judicial tem sido no sentido de que o abrigamento de pessoas idosas ou institucionalização deve ser reconhecido como uma *questão de saúde e não simplesmente um direito assistencial*, como usualmente tem sido feito pelo Poder Executivo. Por consequência, foi declarada a responsabilidade solidária dos três entes federados – União, Estado e Município – em fornecer esse tipo de serviço, tanto quanto o Poder Público tem o dever de prestar atendimento de saúde *lato sensu* (medicamento, tratamento ou cirurgia e da carência de recursos financeiros de quem postula).

Desse modo, a pesquisa permitiu chegar a duas implicações. A **primeira** relaciona-se à equiparação de uma ILPI a um serviço médico-hospitalar, correndo-se o risco de negar a finalidade de um abrigo, qual seja a de ser uma residência coletiva ou instituição de caráter residencial (MAIO apud PINHEIRO, 2012). A **segunda** abordou o conceito amplo de saúde, na perspectiva da promoção de saúde, ou seja, de que os cuidados, mesmo prestados por meio dessas instituições, precisam englobar cuidados à saúde das pessoas idosas, o que reforça, uma vez

mais, a necessidade de intersetorialidade nesse tipo de serviço. BATISTA (2008, p. 139) afirma que os cuidados de longa duração necessitam ter natureza sociossanitária:

> Também se destaca na experiência internacional o progressivo entendimento de que as questões da velhice e da dependência não se reduzem à dimensão médica, ainda que a medicina possa contribuir para aliviar muitas de suas consequências e para investigar, prevenir e tratar as doenças que podem levar a sua instalação nas pessoas idosas. Partindo da compreensão de que a dependência é fundamentalmente uma condição em que há limitação das capacidades funcionais e o comprometimento da qualidade de vida da pessoa idosa, os países, em geral, têm procurado articular a dimensão sanitária da produção da dependência com a social. Se a falta de autonomia pode estar vinculada a déficits funcionais decorrentes de doenças crônicas, também pode estar associada a uma dinâmica de isolamento social que progressivamente impede que a pessoa idosa leve uma vida ativa.

Verificamos que o Poder Judiciário parte na frente com o seu “entendimento jurisprudencial”, ao compreender que os equipamentos de cuidados de longa duração, hoje considerados socioassistenciais, ante a previsão legal da Tipificação Nacional, por meio da Resolução nº 109/CNAS, de 11 de novembro de 2009, são, na verdade, sociossanitários.

4.2.1.5 Motivos para atuação prioritária em ILPI

Quanto aos possíveis motivos para a prioridade dada à atuação em ILPI, em detrimento das outras modalidades de cuidados de longa duração, os Promotores de Justiça participantes apontaram algumas justificativas. Alegaram que são instituições que já existem há muito tempo, bem antes da entrada em vigor do Estatuto do Idoso, e que novas modalidades são ainda desconhecidas pela sociedade e pelo próprio Ministério Público.

> *Acredito, e essa é uma opinião pessoal, que em relação à prioridade de atuação para as ILPIs, tem sido em razão de serem programas que já existiam antes do estatuto do idoso, conhecidos como asilos.* As novas modalidades de atendimento são desconhecidas pela população e pelo próprio MP*. A ênfase que o estatuto deu para esse tipo de atendimento foi muito grande, basta verificar que existem vários artigos destinados a esse assunto, e até nas Medidas de Proteção não está prevista essa possibilidade de inclusão para o idoso. A falta de atualização da nossa legislação pode ser um dos fatores, pois precisamos nos adequar e atualizar nossos atos administrativos que definem nossas atribuições.* (P2, mulher, grifo nosso).

> *Estamos ainda num processo de afirmação de alguns direitos encartados no estatuto do idoso,* ainda é um documento novo*, em que ainda é necessário algum tempo pra que seja implementado na sua totalidade. Veja o caso do estatuto da criança e adolescente, onde existe ainda precariedade nos Centros de Internamento e abrigos voltados aos adolescentes infratores e crianças em situação de risco. No caso do idoso, não é diferente,* a prioridade nas políticas, e nas próprias ações do MPE, é ainda a garantia de um atendimento digno nas ILPIs, nos Centros de Convivência e no atendimento na área de saúde*, garantindo medicamentos, exames, cirurgias, vacinação, medidas preventivas, geriatras e gerontólogos, para os idosos (o que muitos municípios ainda não garantiram e estão sendo demandados pelo MPE).* Dessa forma, os Centros-dias ainda ficam relegados a segundo plano nestas atuações*.* (P8, homem, grifo nosso).

Para o Poder Público, o idoso que é cuidado pela família se torna invisível; entende-se que se ele já está sendo assistido pela família não precisa ser amparado pelo Estado.

> *Acredito que essa predileção ou priorização pela fiscalização de ILPIs se deve, essencialmente,* à ideia dicotômica de que o idoso ou está acolhido institucionalmente ou está integralmente sob os cuidados da família*. Ademais, os cuidados intermediários de longa duração não parecem ser realidade muito viva no cenário nacional, motivo pelo qual talvez não se enxergue como algo a ser fiscalizado. Não bastasse isso, acredito que a ideia preconcebida e historicamente absorvida de que a responsabilidade primária pela pessoa idosa é da família talvez afaste a interpretação de que o Estado é também responsável pela pessoa idosa, ainda que essa precise de outro suporte que não seja o acolhimento institucional.* Nesse sentido, afastada a interpretação de que o Estado é também responsável por esses cuidados intermediários, certamente resta prejudicada a fiscalização de serviços e equipamentos que garantam esse tipo de cuidados, o que pode refletir nos planos de atuação dos Ministérios Públicos*.* (P11, mulher, grifo nosso).

A imagem da ILPI acaba sendo associada às de pobreza, abandono e violência intrafamiliar contra a pessoa idosa e os demais serviços sociais (por exemplo, o centro-dia) encarados como “sofisticados”, conforme alegou o respondente P5, muitas vezes em razão das desigualdades sociais tão marcantes em nosso país.

> *Porque* é emergencial atender pessoas pobres sem família ou vítimas de violências em famílias carentes. **Os serviços mais sofisticados** somente serão efetivamente expandidos e se tornarão prioridade na medida em que as desigualdades sociais realmente diminuírem *gravemente. O Brasil ainda tem um longo caminho a percorrer.* (P5, homem, grifo nosso).

Reafirmando essa linha de entendimento, vejamos o que narrou o Promotor de Justiça P6:

> *No interior, temos número insuficiente de ILPIs e a dificuldade de coordenar as administrações municipais e estaduais para tomar providências. O adequado funcionamento do equipamento "centro-dia" pressupõe a existência de uma família e comunidade capazes de prestar assistência ao idoso fora do período de acolhimento diurno. Assim,* a demanda por esse tipo de equipamento tem menos evidência política e é mais difícil de ser computada estatisticamente*. De fato, o idoso que precisa de institucionalização e não a recebe ficaria na rua abandonado. O idoso que necessita do centro-dia, ao invés, apenas continuará onerando e sacrificando para além do razoável os outros membros de sua família. Por fim, embora esteja longe do adequado, a institucionalização de um idoso que seria perfil para o centro-dia tem a capacidade de resolver a demanda de assistência imediata do idoso. A recíproca, porém, não é verdadeira.* Daí acredito em que a institucionalização se coloque como uma alternativa mais cômoda também para o gestor das políticas sociais*. Envidarei esforços para inserir a expansão da política de assistência intermediária no próximo plano estratégico do MP.* (P6, homem, grifo nosso).

Um dos motivos que pode ser apontado para a atuação prioritária na fiscalização de ILPIs. por parte do Ministério Público, é que essa atividade vem consagrada expressamente na legislação, nos termos do art. 25, inciso VI, da Lei Federal nº 8.625/93[118] e nos arts. 52 e 74, inciso VIII, do Estatuto do Idoso.[119]

4.2.1.6 Experiências Exitosas

Aos 30 respondentes foi solicitado que relatassem alguma experiência exitosa relacionada aos cuidados de longa duração intermediários, principalmente ao equipamento de centro-dia para as pessoas idosas em seu Estado (ou Distrito Federal) e que foi ou estivesse sendo desenvolvida com a participação direta ou indireta do MP. Obtivemos as seguintes indicações, demonstradas no **Quadro 4.**

---

[118] A Lei Orgânica Nacional do Ministério Público foi instituída em 12 de fevereiro de 1993, antes mesmo da PNI. Prevê em seu art. 25: Além das funções previstas nas Constituições Federal e Estadual, na Lei Orgânica e em outras leis, incumbe, ainda, ao Ministério Público: […] VI - exercer a fiscalização dos estabelecimentos prisionais e dos que abriguem idosos, menores, incapazes ou pessoas portadoras de deficiência.

[119] Art. 52. As entidades governamentais e não-governamentais de atendimento ao idoso serão fiscalizadas pelos Conselhos do Idoso, Ministério Público, Vigilância Sanitária e outros previstos em lei. Art. 74. Compete ao Ministério Público: [...] VIII – inspecionar as entidades públicas e particulares de atendimento e os programas de que trata esta Lei, adotando de pronto as medidas administrativas ou judiciais necessárias à remoção de irregularidades porventura verificadas.

Quadro 4 – Listagem de experiências exitosas, indicadas pelos respondentes, Brasil, 2014.

MP	Experiência	Conteúdo
CE	Recomendação e audiência pública	Realização de audiências públicas e foi expedida uma Recomendação ao senhor Prefeito de Fortaleza para efetivar essa política. Há a perspectiva da criação de 6 (seis) Centros-dia em Fortaleza, com recursos de R$ 12.000.000,00 (doze milhões de reais).
ES	Ato nº 10 de 25.05.2012 do Colegiado Permanente de Estudos e Atuação Estratégica – CEATE, com o objetivo de estabelecer metas para a atuação estratégica nas diversas áreas do Centro de Apoio Operacional Cível e de Defesa da Cidadania. Dentre as metas definidas para este Centro de Apoio, foi eleita como meta prioritária "*Garantir a criação e implementação das modalidades não asilares de atendimento ao idoso – Centro-dia*". ACP n.0023115-87.2012.8.08.0048 Comarca de Serra (em andamento)	[...] "O objetivo era de fortalecer essa atuação para enfrentamento aos inúmeros desafios que já se avistavam para implementação dessa política pública. Assim, a atuação conjunta dos promotores demonstrou que essa era uma meta institucional e não uma atuação isolada. Realizou-se várias reuniões com os promotores de Justiça, bem como com os gestores públicos para discussão e reflexão da importância desses equipamentos da política de assistência social. Contou-se, ainda, nessas reuniões, com a participação dos grupos e conselhos de direitos dos idosos. Assim, somado as ações judiciais (ACP) e extrajudiciais (PP, IC, Notificações Recomendatórias, audiências públicas e reuniões), constatamos que tal equipamento (Centro-dia para idosos) já foi inserido no Plano de Ação de alguns municípios. Quanto à Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos do Estado do Espírito Santo, apresentou uma proposta de cofinanciamento para implantação de Centros-dias nos Municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória. A previsão para implantação do Centro-dia no município da Serra é para 2015". Ação civil pública visando à condenação do Município à obrigação de fazer Centro de Cuidados Diurno: Hospital-Dia e Centro-Dia, ou seja, "*local destinado à permanência diurna do idoso dependente ou que possua deficiência temporária e necessite de assistência médica multiprofissional*".
PB	Projeto Acolher Todo Dia.	Criação de centros-dia na Paraíba.
RJ	ACP n.105875424.2011.8.19.0002 Comarca de Niterói (em andamento) EXECUÇÃO DE TAC n.0019136-53.2011.8.19.0014 Comarca de Campos dos Goytacazes (em andamento)	Objeto da ação: criação de *Centro de Cuidados Diurnos*. Termo de ajustamento de conduta (TAC) no intuito de dar solução extrajudicial obrigando-se basicamente a: 1) adequar o Centro-Dia aos ditames da Portaria/MPAS nº 73, de 10 de maio de 2001, e da Portaria/MS nº 810, de 22 de setembro de 1989; 2) dobrar a capacidade de atendimento do Centro-Dia em funcionamento; 3) construir outro Centro-Dia localizado dentro da malha urbana em local de fácil acesso (vide fls. 173/180).

MP	Experiência	Conteúdo
SC	ACP n.08.2014.00059575-0 Comarca de Joinville (em andamento)	Objeto: que o MUNICÍPIO DE JOINVILLE implemente efetivamente os serviços previstos no âmbito do SUS e do SUAS em prol dos idosos, especialmente aqueles destacados na Política Nacional do Idoso e na Política Nacional da Saúde do Idoso, a fim de que os direitos da população idosa passem a ser efetivamente resguardados.
SP	Recomendação Promotoria de Direitos Humanos-Idoso da Comarca de São Paulo Representação Promotoria de Direitos Humanos-Idoso da Comarca de São Paulo	Recomendação encaminhada ao Prefeito Municipal e ao Presidente da Câmara Municipal em 2010. O Município de São Paulo editou a Lei Municipal nº 15.809/2013, que institui o programa social centro-dia do idoso. Ofício encaminhado, em novembro de 2013, ao Ministério Público Federal, solicitando a adoção de providências à regulamentação de Centros-dia destinados ao atendimento de pessoas idosas pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Encaminhado à Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão – PFDC em março de 2014.

Fonte: elaborado pela autora desta pesquisa.
Notas: ACP = Ação Civil Pública; TAC = Termo de Ajustamento de Conduta.

Interessante reproduzir duas decisões judiciais proferidas em sede liminar em decorrência de ACPs ajuizadas pelo MP, uma na Comarca de Serra (ES), outra na Comarca de Joinville (SC) e que foram indicadas como “ações exitosas”, conforme **Quadro 4**. Apesar de tratarem do mesmo objeto, foram julgadas de forma totalmente antagônicas – a favor e contra – e com quase os mesmos argumentos jurídicos. Tiveram como pano de fundo a questão fundamental do controle das políticas públicas pelo Poder Judiciário.[120; 121]

---

[120] Houve discussão sobre o mínimo existencial a ser garantido ao cidadão; a aplicação do princípio da proporcionalidade/razoabilidade ao pedido formulado; a reserva do possível, ou seja, a existência de disponibilidade financeira por parte do Estado para a garantia do direito; e a separação dos poderes como regra limitadora do controle judicial das políticas públicas.

[121] Vide mais sobre o controle jurisdicional de políticas públicas e outros assuntos correlatos com a leitura dos seguintes artigos: GRINOVER, Ada Pellegrini. O controle Jurisdicional de Políticas Públicas. In: GRINOVER, Ada Pellegrini; WATANABE, Kazuo (Coord.). **O Controle Jurisdicional de Políticas Públicas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013. p. 133 a 140; GRINOVER, Ada Pellegrini. O Controle de políticas públicas pelo Poder Judiciário. **Revista Brasileira de Estudos Constitucionais - RBEC**, Belo Horizonte, ano 2, n. 8, 2008; SILVA, Virgílio Afonso da. O Judiciário e as Políticas Públicas: entre a Transformação Social e Obstáculo à Realização dos Direitos Sociais. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel (Coord.). **Direitos Sociais**: Fundamentos, Judicialização e Direitos Sociais em Espécie. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2008. p. 587-599; SABINO, Marco Antonio da Costa. Quando o Judiciário ultrapassa seus limites constitucionais e institucionais. O caso da saúde. In: GRINOVER, Ada Pellegrini; WATANABE, Kazuo (Coord.). **O Controle Jurisdicional de Políticas Públicas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013. p. 353-386; ZANETTI JÚNIOR, Hermes. A teoria da separação de poderes e o estado democrático constitucional: funções de governo e funções de garantia. In: GRINOVER, Ada Pellegrini; WATANABE, Kazuo

A teoria da separação dos poderes e da discricionariedade administrativa serve, muitas vezes, de suporte referencial para que o Poder Judiciário não possa intervir em matéria de implementação de políticas públicas, principalmente quando se trata de assegurar os direitos sociais, particularmente os ligados à saúde, educação ou moradia, conforme se verifica no teor das decisões:

> **Comarca de Serra, no Espírito Santo**
> PROCESSO Nº 002311587. D E C I S Ã O - 1. Cuida-se de ação civil pública proposta pelo Ministério Público do Estado do Espírito Santo em face do Município da Serra, pela qual se pretende a condenação deste para que, por si ou mediante articulações com outros entes, construa, a favor da população idosa, Centro de Cuidados Diurnos: Hospital-Dia e Centro-Dia, ou seja, local destinado à permanência diurna do idoso dependente ou que possua deficiência temporária e necessite de assistência médica ou de assistência multiprofissional (fls. 26). [...] 4. Pleiteou a concessão de medida liminar para determinar ao demandado que, no prazo de sessenta (60) dias, elabore e apresente projeto técnico voltado para a construção Centro de Cuidados Diurnos: Hospital-Dia e Centro-Dia, ou seja, local destinado à permanência diurna do idoso dependente ou que possua deficiência temporária e necessite de assistência médica ou de assistência multiprofissional, sob pena de multa judicial diária. [...] 8. O controle judicial de políticas públicas tem obtido relevância diante do neoconstitucionalismo e já não se apresenta como inusitado e a cada dia diminui a falsa ideia de se ter uma indevida intervenção do Poder Judiciário nos demais poderes, numa noção errada de separação destes. Fundamental, nesse contexto, a atuação do Ministério Público, que funciona como órgão condutor das relevantes questões sociais ao debate no âmbito jurídico-processual, num exercício amadurecido do jogo democrático em Estado de Direito civilizado e moderno. [...] 10. A implementação de políticas públicas, quando pautada pela existência de lei que a preveja, ao contrário do que equivocadamente se possa argumentar, não é uma indevida interferência no campo discricionário do administrador e muito menos na dimensão da possibilidade econômico-orçamentária do Poder Público. […] 19. Por fim, há de se ressaltar que a providência liminar pleiteada se contém num patamar de razoabilidade, porquanto representa o primeiro passo para a implementação da política pública almejada, sem que imponha ao Poder Público gastos que importem um desequilíbrio econômico-financeiro e muito menos orçamentário. Ao contrário disso, o desenvolvimento e a apresentação de um projeto técnico, que é o objeto do pleito liminar, tornar-se-á importante

---

(Coord.). **O Controle Jurisdicional de Políticas Públicas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013. p. 33-72. Vide também as seguintes obras no mesmo sentido: SARLET, Ingo Wolfgang et al (Coord). **Direitos fundamentais**: orçamento e “reserva do possível”. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013; TORRES, Ricardo Lobo. **O direito ao mínimo existencial**. Rio de Janeiro: Renovar, 2009; MENDES, Gilmar Ferreira. **Direitos Fundamentais e Controle de Constitucionalidade**: estudos de direito constitucional. 4. ed. rev. ampl. São Paulo: Saraiva, 2012. (Série EDB); BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). **Políticas Públicas**: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006; SILVA, Virgílio Afonso da. **Direitos Fundamentais**: conteúdo essencial, restrições e eficácia. 2. ed. São Paulo: Editora Malheiros, 2011; FONTE, Felipe de Melo. **Políticas Públicas e Direitos Fundamentais**: elementos de fundamentação do controle jurisdicional de políticas públicas no estado democrático de direito. São Paulo: Saraiva, 2013.

elemento para fundamentar o debate que se desenvolverá no curso deste processo, possibilitando, inclusive, a obtenção de dados para a verificação da capacidade econômico-orçamentária futura do demandado etc., ou seja, além de plenamente cabível o pleito de urgência, mostra-se razoável e extremamente útil o seu deferimento. 20. Ante o expendido, nos termos do caput do artigo 12 da Lei nº 7.374, de 24 de julho de 1985, combinado com o artigo 461 do Código de Processo Civil, concedo o pleito liminar, ao tempo que determino o demandado que, no prazo de 90 (noventa) dias, elabore e apresente a este Juízo projeto técnico para a construção de Centro de Cuidados Diurnos: Hospital-Dia e Centro-Dia, ou seja, local destinado à permanência diurna do idoso dependente ou que possua deficiência temporária e necessite de assistência médica ou de assistência multiprofissional, sob pena de multa diária de R$ 1.000,00 (mil reais), sem prejuízo de outras sanções que o caso comportar, notadamente multa pessoal a todos os agentes públicos que de qualquer forma impedir ou não cumprir a determinação (CPC, art. 14), e à apuração de responsabilidade penal e civil/administrativa (improbidade). [...] Serra-ES, 9 de outubro de 2012. JÚLIO CÉSAR BABILON Juiz de Direito

Comarca de Joinville, em Santa Catarina

Ao que consta (fl. 938, alínea 'b', item 1), o Município de Joinville já vem prestando a contento os Serviços de Convivência do Idoso e Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos de modo a contemplar todos os interessados. Assim, ante a ausência de *fumus boni juris*, indefiro o requerimento liminar formulado à fl. 58, item IV, alínea 'a', advertindo à representante do Ministério Público que o acolhimento de eventual requerimento de reconsideração desta decisão ficará condicionado à demonstração da ineficiência dos serviços prestados pelo réu. 6. Conquanto fosse providência até recomendável, a instalação de centros de cuidados diurno não é medida obrigatória e, portanto, compete ao Administrador Público e a ninguém mais definir se isso é uma das prioridades do Poder Executivo municipal. A própria Lei nº 8.842/94, que instituiu a Política Nacional do Idoso, prevê, em seu artigo 10, que, "*na implementação da política nacional do idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos*: *estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros*" (grifo nosso). Não há, como se vê, obrigação alguma emanada da lei, mas mera demonstração do desiderato do legislador de que seja estimulada a implantação de serviços como o chamado centro de cuidados diurno. O Decreto federal nº 1.948/96, cujo diploma também faz menção ao centro de cuidados diurno, limita-se a conceituar referido serviço sem impor a quem quer que seja a obrigação de instalá-los. Nessa perspectiva, não se pode exigir do Poder Público que promova a instalação, em Joinville, do chamado centro de cuidados diurno porque não compete ao Poder Judiciário inovar em termos de políticas públicas, criando obrigações quando o Legislativo, constitucionalmente vocacionado à formulação de regras a serem cumpridas pelo Poder Executivo, não o fez. E a razão disso não é meramente teórica, mas pragmática. A admitir-se que o Judiciário obrigue o Executivo a agir de uma forma ou de outra, despendendo verbas para edificação e custeio de serviços públicos não previstos em lei, estará reduzindo-se a pó o papel do Legislativo. É que isso acarretará na transferência do papel legislativo ao Estado-Juiz, frustrando-se o efetivo funcionamento das engrenagens do regime democrático, e, pior, permitindo que o Promotor de Justiça ou o Juiz de Direito ditem as prioridades sociais, quando isso é reservado ao próprio povo (sociologicamente falando), de quem veio emana o poder constituído [...] De fato, sem que exista lei específica a disciplinar isto, a intervenção judicial na esfera de atuação do

> Poder Executivo só se justificaria se restasse demonstrada a lesão a dispositivos legais (*lato sensu*) em razão da inércia da Administração Pública. [...] Contudo, o atendimento que seria prestado pelo referido serviço (permanência diurna do idoso dependente ou que possua deficiência temporária e necessite de assistência médica ou de assistência multiprofissional: Decreto nº 1.948/96, art. 4º, inc. II) pode ser disponibilizado por postos de saúde, centrais de prontoatendimento, hospitais etc., ou então por equipes do Programa de Saúde da Família, conforme vem acontecendo em Joinville (vide, a propósito, as informações constantes à fl. 928, item 'b'). [...] Nessa perspectiva, "*ao Judiciário não é dado saber da conveniência e oportunidade dos atos de administração, pelo que importaria, fazendo as vezes de administrador, ultrapassar o campo da apreciação jurídica para incursionar indevidamente pela gestão política própria dos órgãos executivos, violando o princípio de separação e independência dos poderes* [...] Por isso, carecem de plausibilidade jurídica (*fumus boni juris*) os requerimentos liminares formulados no item IV, alíneas 'b' (instalação de centro de cuidados diurno) e 'c' (contratação de equipe para implantação do centro de cuidados diurno) da fl. 58 da petição inicial. [...] Joinville, 16 de setembro de 2014. ROBERTO LEPPER. Juiz de Direito da 2ª Vara da Fazenda Pública.

Pelas decisões proferidas o que se observa em relação ao centro-dia é que a matéria não está ainda pacificada, ou seja, se em relação ao abrigamento na ILPI o Poder Judiciário já o entende como um direito a ser assegurado pelo Estado, o mesmo pensamento não existe nesse outro âmbito. É preciso encarar os cuidados como parte de um sistema social de proteção mais amplo, na perspectiva de o cuidado ser um direito fundamental e que cabe, portanto, ao Estado garantir a prestação de serviços com qualidade aos seus cidadãos dependentes. O que temos é, na verdade, um entendimento de discricionariedade nesse campo, uma *escolha do Administrador em oferecer ou não esse tipo de serviço.*

O STF diz caber ao Poder Judiciário, ainda que em bases excepcionais, determinar que, especialmente nas hipóteses de políticas públicas definidas pela própria Constituição, sejam essas implementadas, sempre que os órgãos estatais competentes, por descumprirem os encargos político-jurídicos que sobre eles incidem em caráter mandatório, vierem a comprometer, com a sua omissão, a eficácia e a integridade de direitos sociais, afastando a exigência de que a obrigação de garantir condições materiais mínimas de existência esteja necessariamente atrelada à previsão orçamentária. Nesse sentido, cabe-nos retomar o caso a seguir relativo à obrigação de o Município garantir centros residenciais de cuidados aos idosos com deficiência mental:

Supremo Tribunal Federal (STF)

DECISÃO Vistos. Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul interpõe recurso extraordinário (fls. 386 a 403), com fundamento na alínea "a" do permissivo constitucional, contra acórdão da Quarta Câmara Cível do Tribunal de Justiça daquele Estado, assim ementado: "APELAÇÃO CÍVEL. CONSTITUCIONAL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. MUNICÍPIO DE BENTO GONÇALVES. PRETENSÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO DE INSTALAÇÃO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL AOS IDOSOS COM DEFICIÊNCIA MENTAL. CENTROS RESIDENCIAIS DE CUIDADOS INTENSIVOS. IMPROCEDÊNCIA NA ORIGEM. OBRIGAÇÃO MUNICIPAL, NO ENTANTO, CONDICIONADA À PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA. NÃO PROVIMENTO EM GRAU RECURSAL. SENTENÇA QUE SE MANTÉM. PRECEDENTES DESTA CÂMARA.

O município tem a obrigação constitucional e legal de editar abrigo para seus idosos com base no artigo 230 da Constituição Federal e artigos 3º e 46 do Estatuto do Idoso, no entanto, essa obrigação deve ficar condicionada à previsão orçamentária, que é o instrumento de concretude das políticas públicas e que envolve a receita e a despesa municipal. APELAÇÃO NÃO PROVIDA" (fl. 358). Alega o recorrente violação dos artigos 2º, 5º, § 1º e 230, caput e § 1º da Constituição Federal.

[...] Embora inquestionável que resida, primariamente, nos Poderes Legislativo e Executivo, a prerrogativa de formular e executar políticas públicas, revela-se possível, no entanto, ao Poder Judiciário, ainda que em bases excepcionais, determinar, especialmente nas hipóteses de políticas públicas definidas pela própria Constituição, sejam estas implementadas, sempre que os órgãos estatais competentes, por descumprirem os encargos político-jurídicos que sobre eles incidem em caráter mandatório, vierem a comprometer, com a sua omissão, a eficácia e a integridade de direitos sociais e culturais impregnados de estatura constitucional. A questão pertinente à "reserva do possível".

[…] DESRESPEITO À CONSTITUIÇÃO – MODALIDADES DE COMPORTAMENTOS INCONSTITUCIONAIS DO PODER PÚBLICO. O desrespeito à Constituição tanto pode ocorrer mediante ação estatal quanto mediante inércia governamental. A situação de inconstitucionalidade pode derivar de um comportamento ativo do Poder Público, que age ou edita normas em desacordo com o que dispõe a Constituição, ofendendo-lhe, assim, os preceitos e os princípios que nela se acham consignados. Essa conduta estatal, que importa em um *'facere'* (atuação positiva), gera a inconstitucionalidade por ação.

[...] Não se mostrará lícito, contudo, ao Poder Público, em tal hipótese, criar obstáculo artificial que revele – a partir de indevida manipulação de sua atividade financeira e/ou político-administrativa – o ilegítimo, arbitrário e censurável propósito de fraudar, de frustrar e de inviabilizar o estabelecimento e a preservação, em favor da pessoa e dos cidadãos, de condições materiais mínimas de existência.

[...] Em consequência desse princípio, o Estado, após haver reconhecido os direitos prestacionais, assume o dever não só de torná-los efetivos, mas, também, se obriga, sob pena de transgressão ao texto constitucional, a preservá-los, abstendo-se de frustrar – mediante supressão total ou parcial – os direitos sociais já concretizados [...] (DJe de 15/9/11). Dessa pacífica orientação, apartou-se o acórdão recorrido, fato a ensejar sua reforma, para que seja acolhida a ação civil pública em debate nestes autos. Ante o exposto, nos termos do artigo 557, § 1º-A, do Código de Processo civil, dou provimento ao recurso extraordinário para julgar a ação procedente. (RE 609041, Relator(a): Min. DIAS TOFFOLI, julgado em 14/05/2013, publicado em DJe-104 DIVULG 03/06/2013 PUBLIC 04/06/2013).

Por fim, criado pelo CNMP com o intuito de possibilitar que cada unidade institucional possa demonstrar suas atividades de sucesso, o Banco Nacional de Projetos é a ferramenta responsável por coletar e disseminar os projetos bem-sucedidos no âmbito do Ministério Público brasileiro. Após realizar uma busca nesse banco em relação ao tema dos cuidados intermediários de longa duração encontramos, como modelo de experiências exitosas e inovadoras, apenas o projeto "Acolher Todo Dia",[122] de autoria do Caop Cidadania do Ministério Público da Paraíba.

4.2.2 Existe uma Política Pública de Cuidados Intermediários de Longa Duração?

Dos 15 Promotores de Justiça participantes 12 são responsáveis diretos pela promotoria que tem atribuições para determinar que o Estado (ou ao(s) município(s) que pertence(m) à sua Comarca) implementem uma política pública de cuidados de longa duração intermediários, principalmente o equipamento denominado centro-dia.

Para os respondentes inexiste, em sua maioria, formulação e implementação de política pública com essa finalidade em suas respectivas localidades de atuação e muito menos que inclua o equipamento de centro-dia nesses cuidados, conforme os relatos transcritos a seguir.

> *As políticas públicas voltadas para esse assunto são tímidas e não atingem nem sequer um nível satisfatório.* (P1, homem, grifo nosso).
>
> *Aqui em meu município há alguns serviços (existem dois centros-dias, os serviços de saúde e assistência social que dão um suporte),* mas indiscutivelmente não há uma REAL política pública voltada para os cuidados de longa permanência intermediários. (P10, mulher, grifo nosso).

---

[122] O projeto tem por finalidade:[…] garantir a implementação de ferramentas importantíssimas para o funcionamento da citada rede de proteção ao idoso, mais precisamente, àqueles em situação de vulnerabilidade social, por meio da criação e implementação de Centros para os idosos, a fim de alcançar a efetivação de uma Política Pública eficiente quanto à não violação de seus direitos e à preservação de sua integridade física e psíquica, muitas vezes ameaçada por falta de um ambiente em que ele possa estar quando não houver quem lhe dispense os cuidados necessários.Descrição do Trabalho: 1 - Estruturação; 2 - Adesão dos Promotores de Justiça; 3 - Instauração de Inquéritos Civis; 4 - Inventário das estruturas públicas relativas aos idosos; 5 - Apresentação de proposta de lei para os Municípios que não possuem leis prevendo a criação e instalação de centros para idosos; 6 - Celebração de Termo de Ajustamento de Conduta ou o Ajuizamento de Ação Civil Pública. Disponível em: <http://bancodeprojetos.cnmp.gov.br/consulta.seam>. Acesso em: 29 out. 2014.

> Definitivamente, a experiência no Estado X demonstra que não há política pública voltada para os cuidados de longa duração intermediários*. Embora existam em Y, a Capital do Estado, dois centros de convivência (proteção social básica) e serviço de atenção domiciliar para a saúde de idosos (que, vale ressaltar, funciona de maneira precária e com capacidade reduzida), não se pode falar em política pública. Pior que isso: parece haver, sim, uma compreensão apenas dicotômica da assistência ao idoso, de um lado o idoso que é assistido por um atendimento asilar, de outro o idoso assistido pela família. A impressão é que na visão dos gestores há apenas dois polos, o primeiro do idoso acompanhado e integralmente assistido pela família e o segundo, aquele em que aparece o idoso acolhido institucionalmente.* (P11, mulher,grifo nosso).
>
> *Existe, porém insatisfatória. O idoso tem sido muito esquecido. Em Z, praticamente, é nula.* (P14, mulher, grifo nosso).

Portanto, o cuidado da pessoa idosa ainda se encontra confinado ao âmbito familiar ou à institucionalização. Essa deveria ser uma das opções, mas para isso seria necessário o oferecimento de alternativas, conforme estudo elaborado por ARAÚJO, SOUZA e FARO (2010, p. 259 e 260):

> Se por um lado as ILPIs desempenham seu papel de acolhedoras dos idosos em processo de exclusão social, por outro lado suas normas internas contribuem para o afastamento dos problemas sociais externos, proporcionando um confinamento social, ficando os idosos restritos apenas à vida institucionalizada, caracterizando-se como uma forma de ruptura dos elos que os ligavam à vida familiar e social. Essas pessoas acabam tendo suas vidas determinadas de acordo com as normas estabelecidas pela instituição. O meio institucional monopoliza parte do tempo e do interesse daqueles que nele estão inseridos. Há uma tendência à reclusão da vida social, tendo como consequência, em geral, idosos mais apáticos, sem motivação e extremamente carentes, em relação aos residentes na comunidade.
> [...]
> A fragilidade do tripé família-Estado-sociedade", no Brasil, acaba institucionalizando idosos que não deveriam ser público dessa modalidade de atendimento. Por essa razão, assim como foi rápido o processo de envelhecimento em nosso país, é necessário haver rapidez também para viabilizar modelos alternativos de assistência. (Grifo do autor).

4.2.3 Dificuldades na implementação

As dificuldades na implementação dos cuidados intermediários de longa duração, principalmente do centro-dia, na visão dos Coordenadores dos Caops, conforme os depoimentos a seguir, podem ser assim enumeradas: 1) inexistência de projeto técnico; 2) falta de prioridade por parte do poder público ou falta de vontade política; 3) desconhecimento sobre os cuidados de longa duração e a sua legislação por parte dos gestores públicos; 4) alto custo de manutenção desse tipo de equipamento (centro-dia), principalmente no que tange aos recursos humanos e falta de financiamento; 5) falta de compreensão da importância dessa política pública pelos organismos e pelo próprio Ministério Público; e 6) priorização do trabalho de fiscalização das ILPIs por parte do Ministério Púbico.

> Inexistência de projeto técnico *voltado para a construção destes equipamentos; não priorização desta política pública pelos poderes públicos.* (C1, mulher, grifo nosso).
>
> *Apesar de termos satisfatória legislação que ampara esta proteção ao idoso através de cuidados intermediários,* não vislumbramos, ainda, no nosso estado, interesse real dos órgãos governamentais de implementação de políticas públicas e sociais que contemplem Centros-dia*, visto que os cuidados de idosos com necessidade de acolhimento são feitos, na maioria das vezes, por instituições privadas filantrópicas, ficando, pelo que podemos acompanhar, nestes anos de militância na área das pessoas idosas as atividades governamentais, marcadas por discretas e pontuais ações na assistência ao idoso.* (C6, homem, grifo nosso).
>
> *Insuficiência na contrapartida financeira para a execução dos serviços para os municípios; desconhecimento dos gestores da política pública voltada para a pessoa idosa e, ainda, vontade política.* (C2, mulher, grifo nosso).
>
> *Ainda há* a concepção de que a atenção à pessoa idosa deve ser feita pelos setores organizados da sociedade (filantropia)*, cabendo ao estado apenas e tão somente implementar as condições de atenção às anomalias acometidas aos idosos. É preciso priorizar a política pública do setor.*[...] *Só a título de exemplo, em X, capital do estado, a maior instituição de abrigamento de longa permanência é filantrópica, criada no início do século passado e vive com várias fontes de recursos, dentre as quais os convênios celebrados com a própria administração pública, inclusive no que concerne a pessoal.* (C4, homem, grifo nosso).

Para os Promotores de Justiça, os entraves ou dificuldades seriam: 1) falta de informação e/ou de conhecimento técnico por parte do Ministério Público, conselhos, gestores, sociedade e idosos; 2) falta de prioridade ou vontade política por parte dos

gestores; 3) falta de definição de metas por parte do Governo Federal; 4) incompetência e falta de responsabilidade por parte dos gestores; 5) questões financeiras e ideia equivocada de alto custo dos equipamentos; 6) o fato de se prestar os serviços mediante convênios e repasses para entes privados (ONGs) e não se ter “nada público”; 7) problema cultural; 8) desconsideração quanto à construção de uma política de recursos humanos; e 9) falta de trabalho intersetorial na área dos cuidados. Nesse sentido, eles afirmaram:

> *O primeiro motivo é o já conhecido por todos: o financeiro.* (P3, homem, grifo nosso).
>
> *O fator orçamentário é o principal deles, tendo em vista que é um serviço de alto custo, pois requer estrutura física e recursos humanos bem qualificados.* (P2, mulher, grifo nosso).
>
> *Acredito que* falta informação aos gestores acerca, conhecimento técnico acerca da matéria, assim como compreensão de que o Estado é também responsável pelo idoso que tem família*. Porém, mais do que isso, parece faltar vontade política, pois com a implantação de serviços e equipamentos de cuidados intermediários de longa duração é certo que haveria diminuição de custos para o Estado, isso porque seriam necessários menos acolhimentos institucionais, por exemplo.* (P11, mulher, grifo nosso).
>
> *Falta de vontade política.* (P14, mulher, grifo nosso).
>
> O problema primeiramente é cultural*: não se consegue enxergar esse tipo de programa ou equipamento público para o idoso porque ainda se pensa apenas em entidades asilares; o idoso não é visto como cidadão autônomo, mas como objeto a ser colocado em algum lugar que não atrapalhe as demais pessoas. Depois, os mecanismos de cuidados intermediários enfrentam um problema comum ao poder público brasileiro, que é o de gestão; como não são equipamentos de cara construção, mas demandam manutenção e constituição de pessoal permanente e especializado, o* gestor não se interessa por eles, pois tem a visão de apenas construir e não deseja estabelecer políticas de recursos humanos permanentes*. É o que acontece, por exemplo, com os CRAS e CREAS. Assim é necessário se modificar o paradigma cultural da gestão pública brasileira para se avançar nesta questão. Neste ponto o estatuto do idoso fornece as alavancas jurídicas para impulsionar essa transformação.* (P7, homem, grifo nosso).
>
> O trato setorizado dos segmentos do governo que não se comunicam nem se articulam entre si*; falta de pressão política; ideia equivocada de alto custo de equipamentos.* (P9, mulher,grifo nosso).

Nas respostas obtidas ficaram evidentes as dificuldades para implementação dos cuidados, as quais residem nos entraves criados pelo próprio Poder Público, ou seja, na falta de prioridade ou de vontade política, na escassez de recursos financeiros, no desconhecimento sobre o equipamento de centro-dia, na inexistência

de projeto técnico, na presunção de gasto elevado em sua manutenção, nos problemas com recursos humanos e na falta de trabalho intersetorial no próprio governo, conforme demonstrado nas falas dos respondentes.

> *Desconhecimento da legislação, descaso com a legislação e fiscalização, e* falta de compreensão da importância dessa política pública pelos organismos, inclusive do Ministério Público*.* (C9, homem, grifo nosso).

> *Penso que o desconhecimento quanto ao equipamento dos próprios conselhos da pessoa idosa e principalmente dos responsáveis pela assessoria do Executivo quanto à política de assistência social ao idoso.* Também o Ministério Público precisa ser melhor esclarecido quanto às vantagens para focar neles a exigência. (P12, mulher, grifo nosso).

Em que pesem todas essas alegações o MP poderia acionar o Poder Executivo para dialogar sobre essas questões, concedendo-lhe prazos e firmando TACs objetivando formular e implementar uma política pública, já que possui o dever legal e instrumentos aptos para isso. Muitos TACs prestam-se exatamente para gerar mecanismos de interlocução e de definição de responsabilidades entre as políticas setoriais. Ou então, ingressar com ACPs visando à construção de centros-dia. Por que não o fazem?

Mesmo na vigência de legislação específica não há, nesse campo, uma atuação mais incisiva ou abrangente. O que se observa é uma nítida tendência para a fiscalização de ILPIs, não desconsiderando sua importância; é necessário, porém, levar em conta outras opções previstas na PNI. O MP tem, igualmente, desafios relacionados a dificuldades internas para lidar com as questões específicas do envelhecimento e ao trabalho intersetorial entre as diversas promotorias. Dificuldades, essas, que resultam, em parte, no distanciamento tradicional da formação jurídica em relação a outras disciplinas e na concepção de se trabalhar nos casos concretos de maneira individualizada em detrimento do direito coletivo. O entendimento exposto pela Promotora de Justiça P15 reforça nesse sentido:

> Creio que a prioridade está correta, pois os Promotores têm se deparado com muitos casos de abandono e de idosos absolutamente desamparados e incapazes de qualquer autocuidado, que necessitam de institucionalização, não têm recursos para pagar instituições privadas e não encontram vagas em instituições filantrópicas*. É difícil, principalmente em cidades menores, cobrar a implementação de várias políticas ao mesmo tempo. Porém, uma vez iniciada a implantação de ILPI, também deve ser cobrada a implantação*

> *de outras políticas, especialmente o centro-dia, que permite que o idoso continue convivendo com sua família e que tem custo menor que a ILPI, já que não funciona 24 h. Na verdade, o perfil dos idosos que se beneficiarão da ILPI ou do centro-dia é diferente, e* o idoso desamparado acaba tendo prioridade sobre o idoso que está recebendo algum amparo*.* (P15, mulher, grifo nosso).

A questão que se coloca é: qual seria o papel do MP ante a falta de espaço para a política de cuidados intermediários para idosos, a ausência de interlocução entre as políticas setoriais e, consequentemente, de garantia de recursos para esse tipo de equipamento? Por que nessa área específica, o tema mais recorrente nas ações dos MPs é a fiscalização das instituições de longa permanência?

É provável que a desvalorização da velhice e o entendimento de que cabe à família cuidar do idoso estejam de tal modo interiorizado pelos próprios promotores que os incontáveis vícios da gestão pública serviriam apenas para justificar a resignação destes diante das escolhas dos gestores e da política interna da instituição, reforçando ainda mais a falta de perspectiva de mudança observada em suas falas. Mas também é necessário frisar que ainda a forma mais utilizada de atuação, por parte dos Membros do MP, ainda é o de “fiscalizar” em detrimento de “induzir ou fomentar” políticas públicas.

4.2.4 A descentralização administrativa

A questão da descentralização administrativa constitui-se, também, fator que pode determinar a atuação ou não nessa área específica por parte dos Poderes Públicos Municipais, como foi lembrado pela Promotora de Justiça P2.

> *A dificuldade é a definição de metas para sua implantação.* Esses serviços são disciplinados pelo Governo Federal, que é o grande provedor e impulsionador dessa política [...] . (P2, mulher, grifo nosso).

A partir de estudos de LUZ (2000) verificamos que existe uma dicotomia histórica e muito recorrente em um século de políticas públicas no Brasil. Em primeiro lugar, a *centralização/descentralização* (em relação à qual esfera de governo caberia o desempenho de determinadas funções); em segundo, a *concentração/desconcentração* (que diz respeito àquilo que se delega como poder

decisório e a quem se delega) *para se entender que nem sempre quem executa acaba decidindo ou gerindo efetivamente a política*; logo, descentralização não se confunde com desconcentração.

Existe, evidentemente, todo um processo ao longo da história brasileira visando a descentralizar a execução dos serviços de saúde e de assistência social – SUS e SUAS –; buscando, por exemplo, torná-los acessíveis aos usuários em sua base territorial (municipalização e participação popular). No entanto, o repasse de recursos financeiros não se faz no sentido de contemplar plenamente a descentralização dos serviços. Só há delegação de responsabilidades, ou seja, uma atuação política verticalizada de – cima para baixo – na tomada de decisões. Assim sendo, a União ainda aponta e destina, na prática, aos estados e municípios, os serviços ou programas que devem ser prestados à população sem que esses sejam consultados e "escutados". Esse cenário gera o que poderia ser denominado de descentralização incompleta. Aliado a isso, temos o discurso em defesa das parcerias; discursos que conformam estratégias de transferência de responsabilidades para a sociedade.

No Brasil, sob a ótica da descentralização e regionalização estabelecidas como princípios norteadores dos processos de organização político-territorial do SUS e do SUAS, podemos observar que a União tem sido a protagonista na tomada de decisões, em um perverso jogo de repasse de verbas atrelado a programas por ela impostos aos municípios, demonstrando existir nítida desigualdade regional, falsa descentralização e pouca margem para escolha de estados e municípios (NETO MONTEIRO, 2013).[123]

Há consideráveis problemas para consolidar a descentralização, incluindo discussões sobre a relação e os papéis de cada ente da Federação,[124] além da

---

[123]Como comprovação, podemos citar alguns dos programas federais, tais como: Saúde da Família (PSF), Academia da Saúde, Viver sem Limite, Crack, é Possível Vencer, Saúde Não Tem Preço, Brasil Sorridente, Procedimentos Cirúrgicos Eletivos, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o Melhor em Casa (BRASIL, 2013d).

[124]Pelo atual Sistema Único de Assistência Social (SUAS), cabe à União a coordenação e edição de normas gerais e, aos Estados e Municípios, a execução dos respectivos programas de prestações de amparo à pessoa idosa, conforme arts. 23, inciso II, e 204, inciso I, da Constituição Federal e art. 11 da LOAS. Hoje, pelo atual SUAS e pelo sistema que ainda impera em nosso País, o de uma pseudodescentralização, cabe ao município a execução da assistência social.

regionalização efetiva do sistema, pois quanto maior a arrecadação fiscal própria do município maior será o seu grau de autonomia para a tomada de decisão, uma vez que a dependência econômica é um fator de limitação. Na área de cuidados de longa duração intermediários voltados à pessoa idosa, são poucas as iniciativas das quais temos conhecimento; menores ainda as que partem do Estado ou dos Municípios, que são responsáveis pela execução da política social. Como exemplos, podemos citar:

a) o Estado de São Paulo que possui o Programa **São Paulo Amigo do Idoso**, mantido sem recursos federais. Uma das metas é implantar, no mínimo, 100 centros-dia, espalhados pelos diversos municípios paulistas (SÃO PAULO, 2014);

b) o Município de São Paulo que mantém o Programa **Acompanhante de Idosos,** desenvolvido pela Secretaria Municipal da Saúde desde o ano de 2004. Esse programa é uma modalidade de cuidado domiciliar, desenvolvido por meio de profissionais cuidadores, destinado a pessoas idosas em situação de fragilidade e vulnerabilidade social com dependência funcional visando ao provimento do apoio e suporte nas Atividades de Vida Diária (AVD) e das demais necessidades de saúde e sociais. De segunda a sábado, de acordo com a necessidade de cada um dos inscritos, os agentes oferecem companhia, escuta, acompanhamento em atividades externas (compras em supermercados e farmácias, ida a bancos, entre outros) e de lazer. Além disso, oferecem ajuda para realizar os cuidados pessoais (banho, higiene oral e alimentação, entre outros) e nas visitas aos serviços de saúde (BERZINS; PASCHOAL, 2009; SÃO PAULO, 2012); e

c) o Município de Belo Horizonte que implantou o Programa **Maior Cuidado - Projeto Cuidador de Idosos,** com gerenciamento compartilhado entre as secretarias de Assistência Social, Saúde e Políticas Sociais. Esse projeto, ainda que subdimensionado – apenas 120 cuidadores para toda a capital – oferece apoio institucional aos idosos semidependentes e dependentes, residentes nas áreas de alta vulnerabilidade social, por intermédio da disponibilização de um cuidador formal em domicílio. Contribui, dessa forma, para a redução da hospitalização e institucionalização dos idosos por meio do fortalecimento da

função protetiva das famílias e da qualificação e humanização do cuidado em domicílio (SARTINI; CORREIA, 2012).

No entanto, na prática, essa lógica ainda não funciona. Parece-nos que adotar um *Plano Nacional de Cuidados* ou um *Programa Federal de Cuidados*, sob a responsabilidade da União e com destinação de recursos financeiros específicos, seria fator essencial para impulsionar essa política.

Seria recomendável que ocorresse uma atuação conjunta dos Ministérios Públicos Estaduais (MPEs) e Federal (MPF); atuação que corresponderia a gestionar junto ao Governo Federal a construção dessa política nacional, pautada pela intersetorialidade (saúde e assistência social). Isso porque "a intersetorialidade é, ao mesmo tempo, objeto e objetivo das políticas sociais, e como tal o é também da assistência social" (SPOSATI; 2004, p. 39). Nesse sentido, tal procedimento poderia ser feito mediante a edição de resolução específica, nos moldes da Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, para os cuidados de longa duração intermediários, incluindo-se o centro-dia.

4.2.5 A quem cabe cuidar: uma questão cultural

Podemos entender que a melhor compreensão acerca da importância do cuidador passa por questões culturais, tornando pertinente fazermos a indagação: a quem caberiam os cuidados com os idosos com dependência e qual seria a responsabilidade da família, do Estado e da sociedade? Nessa perpectiva, observamos os depoimentos dos respondentes.

> *Creio que a responsabilidade pelos cuidados com o idoso dependente* cabe, em primeiro lugar, à família e, na falta ou omissão da família, ao Estado. *Creio, também, que cabe ao Estado propiciar à família condições para cuidar do idoso dependente, com a implantação de serviços como centro-dia, atendimento domiciliar de saúde, transporte de idosos sem mobilidade para consultas médicas, já que muitas famílias não têm recursos suficientes para custear os cuidados com idosos dependentes.* (P15, mulher, grifo nosso).

O respondente P13 (mulher) afirmou que

> *Cabe à família, em primeiro lugar, e, na impossibilidade econômica e/ou estrutural familiar (doença, conflitos severos), ao Estado. A responsabilidade é solidária.* (grifo nosso)

Já P12 (mulher) aduziu que

> em primeiro lugar, entendo que a responsabilidade é da família *e sobre ela recaem todos os deveres familiares, os quais exigem atenção emocional até de sustento, guarda, etc. Contudo, cabe ao Estado dar concretude aos direitos individuais e sociais garantidos constitucionalmente à pessoa idosa. Na falta da família, a responsabilidade plena é do Estado.* (grifo nosso)

Pelas respostas obtidas há a convicção de que

> o cuidado primordial e primário é de responsabilidade da família *e que a atuação dos demais entes (sociedade civil, Poder Público) deve ser feita de forma acessória e subsidiária, em caso de dificuldades ou impedimentos concretos da família para ajudar o idoso, sem contar, obviamente, os idosos sem entidade familiar.* (P7, homem, grifo nosso).

Portanto, a ideia é que, em matéria de cuidados, a obrigação primordial é da família; que o cuidado é assunto privado e uma questão cultural reproduzida nas normas jurídicas e sociais, não só no texto Constitucional e nas legislações correlatas, como nas diversas respostas dos participantes da pesquisa, cabendo ao Estado atuar de forma *supletiva, subsidiária ou concorrente*, ou seja, na ausência dessa família.

O cuidado não é percebido como “direito” que deveria ser universal, indivisível ou inclusivo visando, além do cuidado ao idoso, ao apoio à família, independentemente da existência de núcleo familiar. Dentre os 15 Promotores de Justiça, apenas uma mulher (P 11) respondeu que o cuidado deveria ser garantido pelo Estado:

> *Embora historicamente se enxergue como responsável primário pelos cuidados com idosos a família,* entendo que o Estado deveria ser, sim, o responsável primário, sem prejuízo de que a família assumisse esse encargo*. A propósito disso, pontuo que, por vezes, os custos para o sustento de um idoso dependente é bastante elevado, assim como pode exigir conhecimentos especializados e mais profundos de enfermagem, por exemplo, o que nem sempre pode ser absorvido pela família. Considerando esses aspectos apontados, assim como a realidade cada vez mais comum de casais sem filhos ou com filho único, entendo que o Estado, através da Assistência Social possui a responsabilidade primária de cuidar de idosos dependentes.* (P11, mulher, grifo nosso).

Apesar de a Constituição de 1988 ter representado grande avanço no que diz respeito ao papel do Estado na proteção do idoso, a família continuou sendo a principal responsável pelo seu cuidado, podendo, inclusive, vir a ser criminalizada pela prática do abandono material, conforme se pode verificar pelo teor do art. 244 do Código Penal e pelo art. 98 do Estatuto do Idoso.[125]

Outro fato relevante é que as IPLs – uma das modalidades do sistema de cuidados – ainda estão atreladas a conotações pejorativas de abandono, pobreza, rejeição familiar e acolhimento de pessoas com dependência, decorrentes de valores culturais, pelos quais quem deve cuidar é a família, principalmente as mulheres (BEAUVOIR, 1976; ALCÂNTARA, 2009; CAMARANO, 2010; ROZENDO; JUSTO, 2012; BORN, 2014).

Ficou evidente que o MP, porque socioculturalmente inserido, sofre influência da ideologia dominante e acaba por reforçar essa lógica, uma vez que faz parte do aparato estatal, direcionando o seu olhar para a fiscalização dessas instituições em detrimento de buscar cumprir a legislação que já prevê, desde 1994, a possibilidade da criação de outras modalidades de serviços ao idoso, sobretudo o dependente. É certo que os serviços atendem necessidades diferenciadas e não eliminam a institucionalização.

De acordo com o Promotor de Justiça P7,

> *Infelizmente,* o paradigma cultural *acima mencionado, de que se visualiza apenas as entidades basilares,* também predomina dentro do Ministério Público*; as instituições e* programas de cuidados intermediários são desconhecidos da maioria dos colegas *que só tomam contato com o sistema de proteção em sua integralidade quando se especializam no tema ou têm algum tipo de capacitação específica que muitas vezes não ocorre.* (P7, homem, grifo nosso).

---

[125] Deixar, sem justa causa, de prover a subsistência [...] de ascendente inválido ou maior de 60 (sessenta) anos, não lhes proporcionando os recursos necessários ou faltando ao pagamento de pensão alimentícia judicialmente acordada, fixada ou majorada; deixar, sem justa causa, de socorrer descendente ou ascendente, gravemente enfermo: Pena - detenção, de 1 (um) a 4 (quatro) anos e multa, de uma a dez vezes o maior salário mínimo vigente no País.
Art. 98. Abandonar o idoso em hospitais, casas de saúde, entidades de longa permanência, ou congêneres, ou não prover suas necessidades básicas, quando obrigado por lei ou mandado: Pena – detenção de 6 (seis) meses a 3 (três) anos e multa.

Esses fatores comprometem a visibilidade dos cuidados intermediários, fazendo com que o próprio MP atue, como relatou P8 (homem), caso haja demanda concreta:

> […] da sociedade, principalmente das famílias e dos próprios idosos para criação desse serviço. Caso contrário, não haveria razão para obrigar o município a construir e equipar tal centro-dia, tendo em vista que ainda temos prioridades a serem implementadas aos idosos na área da saúde e assistência social.

Vejamos que decisões do Colégio de Procuradores de Justiça do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Norte (CPJ/MPRN) confirmaram o arquivamento de Inquéritos Civis com base no argumento da *falta de demanda ou de interesse por parte da sociedade.*[126]

A própria legislação brasileira reforça esse entendimento sobre o assunto, até mesmo o Estatuto do Idoso, segundo MIGUEL et al. apud ROZENDO e JUSTO (2011, p. 50-51),[127]

> Os Espaços delimitados pelo Estatuto acabam refletindo a percepção da velhice em nossa sociedade, fortemente associada à figura do velho decadente e dependente que vive à margem em asilos, hospitais e outras instituições afins.

Também conforme DONZELOT apud ROZENDO e JUSTO (2011, p. 50-51),

> Junto a tais entidades, a família é apontada como um lugar importante para o assentamento do idoso. As insistentes menções à importância da família seguem o receituário geriátrico-gerontológico que herdou da medicina social higienista oitocentista, uma forte inclinação para a arregimentação e controle das pessoas no núcleo familiar.

Nessa perspectiva, ROZENDO e JUSTO (2011, p. 50-51) discorrem, ainda ao que se refere ao Estatuto do Idoso, que

---

[126]PROCESSO Nº 6984/2013-CSMP. 1ª Promotoria de Justiça da Comarca de Santa Cruz/RN (Inquérito Civil nº 06.2012.004118-1). EMENTA: INQUÉRITO CIVIL – ATENDIMENTO AO IDOSO – APURAÇÃO ACERCA DA EXISTÊNCIA DE CENTRO-DIA E DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS – ILPI – *QUORUM PEQUENO DA POPULAÇÃO IDOSA QUE NÃO JUSTIFICA A SUA CRIAÇÃO* – ATENDIMENTO PRESTADO PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E PELO CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – ARQUIVAMENTO – HOMOLOGAÇÃO. DECISÃO: O Conselho, à unanimidade, aprovou o relatório e, em igual votação, deliberou pela homologação da promoção de arquivamento. 2ª Sessão Ordinária, realizada em 04 de fevereiro de 2014. Disponível em:
<https://srvapp02.mp.rn.gov.br:8443/sitesOrgaosMP/pagina_publica_noticias.seam?idMenuAtual=21578&idUnidadeAtual=1355&fromIntranet=true>. Acesso em: 25 dez. 2014.

[127]"Art. 37, § 1º. A assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada *inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família*". (Grifo nosso).

> Por outro lado, reforça a ótica que concebe o idoso como dependente e incapaz de gerir sua própria vida, ao delegar à família a responsabilidade de sua tutela. Não se pode ignorar que é bastante conveniente para o Estado eximir-se de suas responsabilidades administrativas, atribuindo-as, pela via legal, à família e a outros segmentos da sociedade. Com isso, o Estado revela suas pretensões de privatizar a gestão sobre o envelhecimento, colocando-se na privilegiada posição de instância reguladora

Percebemos, uma vez mais, o distanciamento do Judiciário em relação ao que representa envelhecer no Brasil. Na mesma linha de raciocínio, de que o Estado deverá atuar apenas na falta de recursos econômicos ou na ausência da família, a jurisprudência vem acompanhando esse entendimento, conforme decisão do Tribunal de Justiça de São Paulo:

> AÇÃO CIVIL PÚBLICA. ABRIGO PARA IDOSOS. Dever do município de criar e implementar abrigo para idosos em situação de hipossuficiência, despidos do amparo familiar. Direito fundamental. Aplicação dos arts. 1º, III, 6º e 230 da CF, e dos arts. 2º e 3º da Lei nº 10.741/03 (Estatuto do Idoso). Multa cominatória admissível em face do Poder Público – Sentença de procedência da demanda confirmada. RECURSO VOLUNTÁRIO E REEXAME NECESSÁRIO NÃO PROVIDOS. 1. Os princípios da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, da CF), da preservação da saúde, da moradia e da assistência aos desamparados dos cidadãos em geral (art. 6º da CF), e, de modo especial, o do amparo dos idosos (art. 230 da CF c.c. arts. 2º e 3º do Estatuto do Idoso) impõem ao Município a obrigação de criar e implementar, na comunidade local, abrigo para idosos em situação de **hipossuficiência e despidos de amparo familiar**. 2. É viável a cominação de multa, a título de astreinte, ao Poder Público, em obrigação que lhe é imposta por sentença. APELAÇÃO Nº 0004644-15.2011.8.26.0191 E REEXAME NECESSÁRIO. APELANTE: Prefeitura Municipal de Ferraz de Vasconcelos. APELADO: Ministério Público do Estado de São Paulo. 10/09/2013. Vicente de Abreu Amadei-Relator. 1ª Câmara de Direito Público do TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO. (Grifo nosso).

O Estado brasileiro penaliza os idosos (MINAYO, 2011), na medida em que delega à família a responsabilidade maior pelos seus cuidados sem lhe oferecer os recursos necessários para fazê-lo (GIACOMIN et al., 2005; CAMARANO, 2010; MINAYO, 2011). Parafraseando Debert, a responsabilização da família e sua solidão no processo de cuidado são designados por SANTOS (2010) como a reprivatização do cuidado.

4.2.6 Mudanças e resistências em torno da política pública de cuidados

Constatamos que há pouco debate sobre a necessidade de políticas públicas de atenção ao idoso, na área de cuidados de longa duração intermediários, tanto no espaço público como no próprio MP.

As determinações da PNI, as deliberações oriundas das Conferências Nacionais de Direitos dos Idosos e dos Conselhos (nacional, estaduais e municipais) do Idoso não estão sendo efetivadas; o mesmo ocorre com as ações previstas nos planos de atuação funcional e de planejamentos estratégicos do MP. Cumpre não confundir o direito social garantido pelas normas e a maneira pela qual ele se efetiva: a formulação e a implementação de políticas públicas.

O MP demonstra estar mais atrelado ao *status quo* da atual política (modelo asilar associado aos cuidados informais no seio da família), não dando sinais de que está propenso a transformar essa realidade. Com isso, é possível estabelecer, como problema de pesquisa, a ideia de mudanças e resistências em torno das políticas de proteção e bem-estar das pessoas idosas, bem como o papel das instituições (incluindo o MP) frente ao legado histórico dessas políticas, salientando alguns tópicos que emergiram das respostas dadas pelos participantes para afirmar tal convicção:

- ineficácia social da lei;
- do modelo *asilo* + *cuidados informais no seio da família;*
- a resistência do Poder Público;
- movimentos sociais da velhice como estratégias de ação política; e
- o Ministério Público atrelado ao *status quo* da política histórica

4.2.6.1 Ineficácia social da lei

A legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa é bastante avançada. No entanto, na prática, tem se mostrado pouco satisfatória.

Um dos resultados da pesquisa realizada foi a certeza de que o que existe é a formulação rudimentar de uma política pública de cuidados de longa duração intermediários, pelo menos na legislação brasileira prevista – PNI. Essa

consideração apresenta-se, inclusive, nos planejamentos estratégicos de alguns Ministérios Públicos estaduais, uma vez que começa a ser vislumbrada em vários documentos, a exemplo dos planos de atuação internos e das recomendações do GNDH. Diante disso, ela é implementada de forma precária ou pontual pelo Poder Público. Conforme SERAFIM E DIAS (2012, p. 130),

> Isso porque o fato de um problema entrar na agenda de governo não é requisito para que se elabore uma política pública para solucioná-lo. [...] quando um governo reconhece a existência de um problema e a necessidade de fazer algo sobre ele, os fazedores de política precisam decidir ou não [...] sobre um curso de ação.

O problema não reside, portanto, *na falta de uma política legal de cuidados*, mas em sua discreta efetivação. Inexiste a transformação do que a lei apregoa em norma social vivenciada. Conforme DIETER GRIMM apud SARLET (1998, p. 321), a questão é que

> […] a efetividade dos direitos fundamentais, em geral (e não apenas dos direitos sociais), não se alcança com a mera vigência ou validade da norma e, portanto, não se resolve exclusivamente no âmbito do sistema jurídico, transformando-se em problema de uma verdadeira política dos direitos fundamentais.

Para KELSEN (1998, p. 6), os fatos jurídicos resultantes de uma manifestação de vontade denominam-se atos jurídicos e a norma é um “ato através do qual uma conduta é prescrita, permitida ou, especialmente, facultada, no sentido de adjudicada à competência de alguém”. BARROSO (2000) explica que os atos jurídicos têm comportado, classicamente, a análise científica do ponto de vista da sua aplicabilidade, no estudo dos planos da existência, da validade e da eficácia.[128]

Nesse momento, a eficácia que nos interessa mais de perto é a *eficácia social ou a efetividade*, sob a ótica jurídica; portanto serão aqui expostos conceitos

---

[128]De acordo com BOBBIO (1995, p. 142), a corrente do positivismo jurídico considera, como normas jurídicas, “todas as normas emanadas de um determinado modo preestabelecido pelo próprio ordenamento jurídico, prescindindo do fato de estas normas serem ou não efetivamente aplicadas na sociedade”. Por outro lado, para a corrente denominada escola realista do direito, considera ser insuficiente a definição do direito baseada no requisito único da validade, uma vez que se faz necessário incluir também o requisito da eficácia. Em síntese, enquanto juspositivistas enfocam o direito pelo ângulo visual do *dever ser* (direito como uma realidade *normativa*), os realistas enfocam o direito do ângulo visual do *ser* (realidade *factual*).

sintéticos e noções superficiais sobre o significado jurídico das expressões *existência*, *validade*, *eficácia* e *vigência*, que ajudarão na compreensão do assunto,[129] conforme BARROSO (2000; p. 82;83):

> [...]
> a) existência de uma norma jurídica é estarem presentes seus elementos constitutivos definidos em lei como seus pressupostos materiais de sua incidência. É possível distinguir, dentre estes elementos, os quais se poderiam dizer comuns, porque indispensáveis a qualquer ato jurídico (v.g. agente, objeto e forma) e os que são específicos de determinada categoria de atos;
> b) validade de uma norma jurídica é a sua conformação com os requisitos estabelecidos pelo ordenamento (atributos), quais sejam, competência do agente, licitude ou possibilidade de seu objeto e forma adequada; e
> c) eficácia de uma norma jurídica é sua aptidão para a produção de efeitos, para a irradiação das consequências que lhe são próprias.

A *eficácia* diz respeito às condições fáticas, axiológicas e técnicas da atuação da norma jurídica. Importa lembrar que o direito autêntico não é apenas o declarado, mas aquele que é reconhecido, vivido pela sociedade como algo que se incorpora e se integra em sua maneira de conduzir-se. A regra de direito deve, por conseguinte, ser “formalmente válida e socialmente eficaz” (REALE, 1999, p. 113). Cumpre observar que a eficácia, também denominada efetividade, pode ser apreciada sob dois ângulos: o jurídico e o social.

A *eficácia jurídica* da norma designa a qualidade de produzir, em maior ou menor grau, efeitos jurídicos, ao regular situações, relações e comportamentos que estão sob sua competência. Em outras palavras, é a norma jurídica que apresenta, tecnicamente, condições de aplicabilidade, independente de ser observada, ou não, pelos seus destinatários.

A *eficácia social,* por sua vez, é alusiva à relação semântica entre a norma e a realidade fático-social. Sob essa perspectiva, a norma, principalmente a constitucional, seria eficaz se de fato fosse obedecida, aplicada concretamente, adequada aos valores e à realidade. Caso contrário, a norma poderá ter eficácia

---

[129]É importante esclarecer que, na presente tese, vamos expor conceitos sintéticos e classificações rudimentares vinculadas à validade, à vigência ou à eficácia jurídica que demonstrem adequação ao trabalho, eis que nosso interesse residirá em tratar do problema da efetividade, pois cada um desses assuntos ensejaria muitas discussões doutrinárias, baseadas nas várias teorias existentes. Para se aprofundar sobre o tema em referência, consultar as obras *Norma constitucional e seus efeitos*, de Maria Helena DINIZ (1998), e *Aplicabilidade das normas constitucionais*, de José Afonso da SILVA (1998).

jurídica, mas não social, surgindo, assim, uma *lacuna ontológica* – quando a norma não é efetivamente aplicada – ou uma *lacuna axiológica*, se houver inadequação do texto constitucional em relação a um valor objetivo, que acarreta injustiça.

Cabe ainda fazer referência ao que se denomina *lacuna normativa*, que ocorre quando há ausência de uma norma cuja vigência é condição de eficácia de outra. Essa lacuna é colocada por aqueles que defendem, por exemplo, que certas normas constitucionais não podem produzir imediatamente seus efeitos jurídicos ante a falta da legislação ulterior exigida por elas.

Podemos observar na fala da Promotora de Justiça P2, que o problema, portanto, reside na ineficácia social das normas, principalmente daquelas que contemplam direitos fundamentais; muitas vezes, verificamos que a norma existe, é válida, é vigente, é eficaz juridicamente, mas não é socialmente efetivada.

> *Não existe preocupação com a implantação de centro-dia, tanto pelo Governo Federal, quanto pelos Estaduais e Municipais.* O instrumento normativo já existe desde 1996 e pouquíssimos serviços dessa natureza foram implementados no Brasil. (P2, mulher, grifo nosso).

De acordo com FERRAZ JÚNIOR, DINIZ e GEORGAKILAS (1989, p. 80), também deve ser "observado o papel ocupado pelo destinatário da norma, uma vez que ele tem liberdade para escolher obedecê-la, ou não". Na concepção de SANTOS (2000, p. 7-8),

> […] para que ocorra a efetividade jurídica e social das normas constitucionais, é indispensável que a Constituição seja interpretada sistematicamente (Plano Sintático), que os valores estabelecidos nas normas estejam em consonância com a história e os anseios da coletividade (Plano Semântico) e que haja uma pressão popular permanente para que as elites políticas e econômicas cumpram o disposto na Constituição e efetivem os preceitos, princípios e valores lá previstos (Plano Pragmático).

No plano constitucional, a análise da temática da efetividade dos direitos fundamentais é crucial, pois sua negação resulta em exclusão social e marginalidade dos cidadãos, gerando um sentimento de "descrédito constitucional" e de impunidade. HESSE (1991), em *A Força Normativa da Constituição*, reconheceu de forma explícita que a norma constitucional não tem existência autônoma em face da realidade e que, por isso, sua pretensão de eficácia não pode ser separada das condições históricas de sua realização. A falta de concretização normativo-jurídica

do texto constitucional está associada, muitas vezes, à sua *função simbólica* (NEVES, 1994, p. 160), não sendo mera consequência da ausência de uma legislação infraconstitucional ou do desinteresse da sociedade que, ao contrário, espera ansiosa pela sua efetivação.

Precisamos ter uma visão dialética quanto à relação entre a Constituição, bem como do sistema normativo que dali deriva, e a realidade político-social que lhe é subjacente. A força desse entrelaçamento é proporcional à intensidade da convicção sobre a sua inviolabilidade e ao respeito que lhe devotarem seus destinatários.

Como bem salientou HESSE (1991, p. 24), se a norma constitucional é imperativa, ainda mais aquela que abrange um direito fundamental, nada mais coerente que se destine a ser cumprida, em que pese existir "entre a norma e a realidade uma tensão permanente, de onde derivam as possibilidades e os limites como forma de atuação social". No entanto, caso o Estado deixe de adotar as medidas necessárias, ou se abstenha de cumprir o dever de prestação que a própria Carta Política lhe impõe, incidirá em *violação negativa* do texto constitucional. Desse *non facere* ou *non praestare* resultará a inconstitucionalidade por omissão, que pode ser total – quando nenhuma providência é adotada; ou parcial – quando a medida efetivada pelo Poder Público é insuficiente.

Conforme BARROSO (2000, p. 158),

> [...] diversos são os casos tipificadores de inconstitucionalidade por omissão, merecendo destaque: (a) a omissão do órgão legislativo em editar lei integradora de um comando constitucional; (b) a omissão do Poder Executivo, caracterizada pela não expedição de regulamentos de execução das leis; (c) a omissão dos poderes constituídos na prática de atos impostos pela Lei maior.

A incompatibilidade entre a *conduta positiva* exigida pela Constituição e a *conduta negativa* do poder público omisso gera, portanto, o que poderia ser denominado de inconstitucionalidade *fática* por omissão.[130] Podemos citar como

---

[130]Conforme José Afonso da Silva, a inconstitucionalidade por omissão seria "verificada nos casos em que não sejam praticados atos legislativos ou executivos requeridos para tornar plenamente aplicáveis normas constitucionais. Muitas destas, de fato, requerem uma lei ou uma providência administrativa ulterior para que os direitos ou situações nelas previstos se efetivem na prática" (SILVA JA, 2001b, p. 48-49).

exemplo a Educação, direito de todos e dever do Estado e da família (art. 205). O acesso ao ensino obrigatório e gratuito é um direito público subjetivo. Existem certamente leis ordinárias – federal, estadual e municipal – regulamentadoras; mas o aluno não consegue, *de fato*, frequentar a escola por diversos motivos: falta de vagas ou de merenda escolar, residência distante da escola, falta de transporte, falta de acessibilidade, necessidade de auxiliar a família na economia doméstica etc. Logo, "é preciso que existam órgãos, instrumentos e procedimentos capazes de fazer com que as normas jurídicas se transformem de exigências abstratas dirigidas à vontade humana, em ações concretas" (BARROSO, 2000, p. 121).

Para HABERMAS (2004; 1997), a eficácia social normativa não encontra respostas no mundo jurídico *per se*, mas no "mundo da vida", quando de um Estado de Direito normativo vivenciamos um Estado Democrático de Direito efetivo, ou melhor, uma democracia deliberativa, na linguagem habermasiana, a política deliberativa constitui o âmago do processo democrático. A relação entre o empírico e o normativo deve estar presente em qualquer análise da democracia, não como planos que devem ser analiticamente separados, mas como duas faces da mesma moeda.

Ademais o Estado, por meio de suas leis, fala do lugar que o velho ocupa na sociedade. Como bem salientam ROZENDO e JUSTO (2011), a Constituição Federal, o Estatuto do Idoso e a PNI são dotados de princípios e normas dos quais emana um discurso legal e ideológico sobre o envelhecimento repleto de imagens, concepções, representações e expectativas que orientam as políticas públicas voltadas a esse segmento.

Na concepção de LOUVISON, ROSA e BARROSO (2013, p. 18),

> [...] a Política Nacional do Idoso, instituída em 1994, quanto o Estatuto do Idoso, promulgado em 2003, ainda incluem em seus textos, de forma repetida e incisiva, referências a peculiaridades de enfraquecimento ou de depauperamento atribuídas à velhice, como condição geral.

De acordo com o IPEA (2011a, p. 131), "essa legislação é resultado dos valores e dos preconceitos dominantes quanto ao cuidado institucional, e os reforça". Dessarte, as leis por si só não mudam comportamentos, mas podem ser

capazes de desconstruir visões negativas, a exemplo do envelhecimento, possibilitando a transformação para uma representação positiva.

4.2.6.2 Do modelo *asilo + cuidados informais no seio da família*

A frase *o governo só pode trabalhar para quem existe ou para quem resiste* sintetiza bem a questão que nos chama a atenção: o tema da invisibilidade da categoria idoso ou da representação social da velhice, inclusive para o MP, em consonância com os Promotores de Justiça P3 e P7:

> *Os gestores públicos ainda não compreenderam a urgência na implementação desses cuidados, e* o envelhecimento ainda não é prioridade. (P3, homem, grifo nosso).

> *Não. Ainda vivemos na época dos extremos. Ou o idoso fica em casa ou em entidade de longa permanência.* Não existe política pública verdadeira voltada para meios intermediários de cuidado. (P7, homem, grifo nosso).

Como os próprios respondentes salientaram frente a outras temáticas defendidas pelo Ministério Público, a da pessoa idosa é a última a ter importância, restando um sentimento de descrédito e de falta de prioridade. A invisibilidade da velhice acaba por fazer recair a escolha sobre qualquer outro assunto tido como de destaque da gestão pública. Talvez isso seja proposital. Importa, assim, compreender como as representações sociais da velhice funcionam e como influenciam nosso modo de vivenciar a norma.

Em torno do envelhecimento, temos uma multiplicidade de discursos que, produzidos por grupos que atuam em diversas instituições e *locus*, reveste-o de eufemismos. Longe de ser silenciada a velhice assume os *status* sutis de “terceira idade”, “melhor idade”, “maturidade”, “anos dourados”, “idoso” e “pessoa idosa”, entre outros.

O sistema educacional, por exemplo, não prepara as crianças e nem os jovens para imaginarem que talvez um dia cheguem à velhice; reforçam, pelo contrário, a esperança da “eterna juventude”. O sistema no qual vivemos tende a segregar, desprezar e encarar o idoso como alguém sem valor, afastado da produção e limitado em sua capacidade de consumo (SANTOS; ENCARNAÇÃO,

1997); paralelamente, o sistema educacional serve de exemplo para as apropriações sociais, antes mencionadas, na medida em que representa uma estratégia política eficaz para a manutenção ou modificação da apropriação dos discursos diante dos saberes e poderes que lhes são peculiares (FOUCAULT, 1996).

O esforço para mudar concepções e significados guarda aspecto complicador: grande parte da ideologia posta nas decisões e nos mecanismos que a sustenta não é visível para a maioria das pessoas. Sobre a visibilidade, asseverou CORREA (2009, p. 47):

> [...] *Por muito tempo, ela (a velhice) foi considerada como objeto da esfera privada e* familiar. Cabia aos parentes e familiares ou à iniciativa de associações filantrópicas cuidarem de seus idosos. Com a constituição de um saber específico, por meio da gerontologia e da geriatria e, com o advento da aposentadoria sob responsabilidade do Estado, a velhice passa a ocupar o lugar de objeto de gestão pública.

Na prática científica e na vida cotidiana, nossos conhecimentos, crenças e teorias exercem papel fundamental na forma como percebemos as coisas; muitas das informações que adquirimos são aprendidas mediante um processo – em grande parte não reflexivo – desenvolvido dentro de uma dada cultura. Isso também ocorre em relação às representações que os membros de uma sociedade têm da velhice. Consoante RAMOS (2014, p. 25-26),

> Ao se identificar a velhice como fenômeno social associou-se imediatamente a ela a noção de decadência. Em razão disso, o Estado, a sociedade e a família não foram capazes de tratá-la como questão social relevante. Ocuparam-se dela tão somente a partir de uma perspectiva fundada na ideia de filantropia e caridade. Tal percepção decorreu, dentre outros fatores, da visão consoante a qual os velhos tinham pouca ou nenhuma utilidade na produção e reprodução da riqueza. Essa ideologia impôs a esse segmento um nível de vida miserável. […] Seus membros são educados para aceitar o sistema de valores e, dependendo da sociedade, viver como cidadãos ou súditos, produtores e consumidores. Esse processo não se realiza como resultado de uma decisão consciente, senão como consequência dos valores dominantes, os quais são aceitos como naturais nas famílias, nas escolas, nas instituições religiosas, culturais, políticas e econômicas.

Nesse sentido, entendemos que a noção de representação social, essencialmente simbólica, proposta por MOSCOVICI (1981)[131] corresponde a um conceito basicamente psicossocial. Trata-se de conhecimentos elaborados e dialeticamente compartilhados entre indivíduos ou grupos sociais a partir de funções simbólicas e ideológicas a que servem e das formas de comunicação pelas quais circulam, quer através da mídia, da fala, de um gesto, de um encontro e, até mesmo, de interações com o meio ambiente em nosso universo cotidiano.

O envelhecimento assume a condição de "representação social" quando passa a ter sentido no discurso e/ou na realidade. Na representação cria-se a identidade do outro em relação a um ponto de vista de determinado grupo que usa essa estratégia para universalizar sua visão de mundo. Assim, a cronologia das fases da vida ou categorização das idades (envelhecimento social) leva à demarcação de fronteiras relacionadas ao acesso do individuo às várias instituições sociais, tais como: o acesso ao sistema produtivo, às instituições educacionais e às políticas públicas (SANTOS; ENCARNAÇÃO, 1997).

DEBERT (2012) realizou estudo minucioso das fases da vida *infância, adolescência, idade adulta* e *velhice*, não só especificando como definindo comportamentos prescritos a cada fase, os direitos e os deveres para cada uma. As categorias baseadas na idade cronológica correspondem a construções culturais e sociais arbitrárias, a constructos que atendem a interesses políticos de grupos sociais na luta pelo poder. Portanto, não correspondem a recortes naturais ou inerentes à espécie humana. Como bem lembrou ALMEIDA (2009, p. 5),

> […] é importante destacar que a velhice não é um processo único, mas a soma de vários outros, distintos, entre si. Portanto, uma outra possível explicação para tal dificuldade em se categorizar a velhice consiste no fato em que ela não é um estado, mas um constante e sempre inacabado processo de subjetivação. Portanto, pode-se dizer que na maior parte do tempo não existe um *ser velho,* mas um *ser envelhecendo.* (Grifo nosso).

Diante das reflexões anteriores, cabe-nos ver a velhice enquanto representação social, já que é uma realidade vivida por pessoas em um contexto

---

[131]Conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no quotidiano, no curso de comunicações interindividuais. Elas são equivalentes, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; elas podem até mesmo ser vistas como uma versão contemporânea do senso comum (MOSCOVICI,1981, p. 181).

socioeconômico, cultural e étnico; contexto em que cada um está inserido de forma heterogênea e complexa. Faz-se pertinente desenvolver uma nova linguagem pública; linguagem que seja ativa para a desconstrução das idades cronológicas como marcadores pertinentes de comportamentos e estilos de vida (PERES, 2007; CORREA, 2009; ROZENDO, 2010; DEBERT, 2010, 2012).

Não foi só a partir do crescente número de pessoas idosas ou do aumento da expectativa de vida que as políticas públicas começaram a ser implantadas pelo Estado. Outros fatores mostram-se importantes para a modificação do olhar sobre a velhice, a exemplo do forte impacto na economia, do aumento dos gastos com a previdência e do sistema de saúde pública, além do trabalho de pressão exercido por grupos nacionais e internacionais no sentido de consolidar a garantia de direitos a partir da aposentadoria.

Parece-nos que a velhice ficou, hoje em dia, mais visível na lógica do mercado, mesmo não sendo prioridade para o Estado no que concerne à garantia dos direitos fundamentais. Na lógica do mercado o idoso passou a ser visto como *um consumidor potencial* na busca de diversos serviços destinados a aposentados e beneficiários do BPC e daqueles com maior poder aquisitivo que demandam por planos de saúde, planos funerários, viagens, lazer, produtos de beleza e estética, educação (universidades da terceira idade) entre outros, além dos cuidadores e familiares desses idosos que também demandam por serviços e bens. Assim, a velhice está se transformado em um novo nicho de consumo para mercadorias disponibilizadas – e sempre renovadas – pelo sistema capitalista (PERES, 2008).

RAMOS (2014, p. 30) observou que foram criadas condições para o prolongamento da vida, a partir do desenvolvimento de tecnologias médicas e higienistas; em contrapartida, foram impostas muitas barreiras para que as pessoas idosas usufruíssem dos bens e serviços dessa sociedade, porque sem chance de desfrutar uma vida com qualidade:

> [...] não parece lógico gastar dinheiro, elaborar políticas públicas, dedicar atenção a um segmento da população que nada mais tem a oferecer para um modelo de sociedade em dinâmica transformação e acumulação. O ritmo ágil do sistema capitalista não tolera o ritmo lento do velho.

A invisibilidade, a noção estigmatizada da identidade social de velho, o seu parco poder político e a falta de uma organização mais efetiva e atuante respondem, segundo entendemos, por alguns dos motivos pelos quais os idosos tenham avançado muito pouco em termos de política pública no âmbito de serviços a seu favor. Ao lado disso, cabe sublinhar as disposições culturais, fortes e solidamente arraigadas, de que quem deve “cuidar do idoso dependente é a família e a mulher”. Enfim, fatores que contribuem para que certos serviços existam em detrimento de outros e reforce a problemática da desigualdade de gênero.

4.2.6.3 A resistência do Poder Público

Pelo trabalho de campo, a percepção dos respondentes foi de que é o próprio Poder Público que constrói uma barreira; com a sua inércia impede a efetividade dos direitos fundamentais, ou seja, não faz o que deveria fazer: ações para se cumprir a lei (FALEIROS, 2007). A imagem de que o Estado é ineficiente, lento e burocrático já se tornou “lugar comum” na sociedade.

> *É preciso reconhecer que, sendo muitas as demandas e, infelizmente, a necessidade de verdadeiras batalhas sociais e jurídicas para que sejam cumpridas, em meu sentir, o foco dispersa-se um pouco entre os vários âmbitos voltados para a implementação dos direitos, muitas vezes* estimulado pelo próprio poder público, como forma, também, de fomentar discussões intermináveis que lhe permitam “democraticamente” seguir descumprindo as suas obrigações positivadas em lei. Busca se eximir, de todas as maneiras no tocante à elaboração de um efetivo planejamento (formas, prazos, etapas, etc.), ínsito à gestão de uma política pública*, o que, certamente, diminuiria os espaços para os arautos da empulhação, que costumam sobreviver postergando o exercício da cidadania e da dignidade alheia, notadamente no que diz respeito aos mais vulneráveis e “invisíveis”.* (P4, homem, grifo nosso).

Para a consecução dos direitos fundamentais sociais pressupõe-se a coexistência de condições sociais, políticas, econômicas e jurídicas de um país. Pelo prisma político, a concretude depende, muitas vezes, da formulação e da implementação de políticas públicas, da capacidade de gerar riquezas no âmbito da sociedade, da distribuição mais igualitária entre seus cidadãos e do modelo adotado pelo Estado para garantir a efetivação dos direitos sociais.

Para BUCCI (1996, p. 95), as políticas públicas não deixam de ser um verdadeiro “processo político de escolha de prioridades para o governo”. O papel do Estado, que se diz do “Bem-Estar Social”, deveria ser o de criar condições para atender, ou pelo menos garantir, de alguma forma, que os cidadãos tenham seus direitos sociais efetivados, pois não se deseja uma mera eficácia jurídica da lei, mas a eficácia social.

A Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso), prescreve literalmente, em seu art. 9º, que “é 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”. Ocorre, no entanto, que a não efetividade da norma deriva, muitas vezes, da concepção de Estado que se está vivendo no momento: em vez de um Estado de Bem-Estar Social genuíno, um Estado neoliberal *no qual se multiplicam as leis, mas sem o real interesse de que elas sejam cumpridas*.

> Como bem se sabe o Estado neoliberal, ou Estado mínimo, procura ao máximo se eximir de suas responsabilidades de gestor, que envolvam a administração direta de instituições, de pessoal e de serviços, buscando sempre privatizar estas instâncias. Neste sentido a gestão neoliberal não se faz presente nos espaços físicos. [...] passa a priorizar o funcionamento e regularização da sociedade, maximizando seus territórios de poder, ao passo que diminui os gastos públicos. E assim vão se multiplicando as leis, tal como no caso da população idosa, uma estratégia burocrática para manutenção e potencialização do poder estatal. (ROZENDO, 2010, p. 52-53).

Nesse sentido, anteriormente a ROZENDO, BOBBIO (2004, p. 15-16) já afirmava esse entendimento quando aduziu que

> […] quando se trata de enunciar direitos, o acordo é obtido com relativa facilidade, independentemente do maior ou menor poder de convicção de seu fundamento absoluto; quando se trata de passar à ação, ainda que o fundamento seja inquestionável, começam as reservas e as oposições. Trata-se de um problema não filosófico, mas político.

Ocorre que, para a matriz neoliberal que impera em nosso País, o bem-estar deve ser produzido a partir das instituições privadas (famílias, instituições religiosas e filantrópicas e comunidade), responsáveis que são, por meio de uma “rede de solidariedade”, pela proteção aos mais pobres, em clara estratégia substitutiva ao

Estado, privilegiando a privatização dos serviços públicos e a atuação do mercado (ROJAS; 2012). Assim, o Estado, nessa seara, teria uma posição de instância regulatória.

Cabe aqui considerarmos que a mera edição da Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que instituiu a PNI, e do Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, que a regulamentou, não garante automaticamente que o Poder Público praticará qualquer ação concreta para implementá-la.

Há de se reconhecer, portanto, que a formação e a execução das políticas públicas ocorre em etapas cíclicas e não lineares. Para que formação e execução complementem-se, é preciso observar cinco fases distintas do ciclo da política, segundo SERAFIM e DIAS (2012; p. 128),[132] quais sejam:

1. identificação de problemas;
2. conformação da agenda;
3. formulação;
4. Implementação; e
5. avaliação da política.

Parece-nos que os cuidados de longa duração, previstos na PNI, sinalizam claramente que a questão da não efetividade do direito não está na identificação do problema nem na definição de agenda. A dificuldade situa-se justamente na formulação, no dimensionamento e na implementação dessa política pública de cuidados (SILVA; MELO, 2000).

Faz-se necessário um planejamento que contemple a edição de normas complementares (atos normativos, portarias ou resoluções) e que indiquem, com mais precisão e para melhor operacionalização, como objetivos propostos serão

---

[132] Para o maior aprofundamento sobre o assunto: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). **Políticas Públicas**: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006; FONTE, Felipe de Melo. **Políticas Públicas e Direitos Fundamentais**: elementos de fundamentação do controle jurisdicional de políticas públicas no estado democrático de direito. São Paulo: Saraiva, 2013; GRINOVER, Ada Pellegrini; WATANABE, Kazuo (Coord.). **O Controle Jurisdicional de Políticas Públicas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013. p. 353-386; SILVA, Pedro Luiz Barros; MELO, Marcus André Barreto de. **O Processo de Implementação de políticas públicas no Brasil**: Características e Determinantes da Avaliação de Programas e Projetos. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – NEPP, 2000. (Caderno n. 48); OLIVEIRA, Luciano Moreira de. O Ministério Público brasileiro e a implementação de políticas públicas. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, ano 50, n. 198, p. 223-238, 2013; SERAFIM, Milena Pavan; DIAS, Rafael de Brito. Análise de política: uma revisão da literatura. **Cadernos Gestão Social**, Salvador, v. 3, n. 1, p. 121-134, 2012.

efetivados. A partir da formulação de programas, projetos e ações será especificado a quem caberá a execução, a quem se destina, a definição de diretrizes, o estabelecimento de prazos de execução, de metas quantificadas e de recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos, bem como dos locais onde a política será desenvolvida. Da mesma forma, é fundamental discutir a questão orçamentária, definir as fontes e a quantidade de recursos financeiros a serem alocados para a efetividade desse direito.

O sucesso na implementação de uma política não está atrelado às questões de cunho técnico, mas principalmente a sua dimensão política, uma vez que comporta negociação entre os vários atores e a confluência de interesses, estratégias e posições de poder.

Segundo SILVA e MELO (2000, p. 12-13), “a implementação quase nunca está a cargo de um agente apenas e não ocorre no âmbito de uma organização apenas, mas de um campo interorganizacional”. Isso remete à importância das ideias, dos valores e das concepções de mundo dos implementadores locais e a respectiva disposição desses em executar determinado projeto.

> Ao se reconhecer o jogo político como essencial à vida democrática e fundamental para o controle social da ação do governo, contribuições recentes têm enfatizado a importância de se incorporar os *stakeholders* – grupos envolvidos pelas políticas e nela interessados – ao processo de formulação e implementação de políticas [...] O desenho estratégico das políticas deve incluir a identificação dos atores que dão sustentação à política e mecanismos de concertação e negociação entre tais atores. Sem tais atores, políticas públicas de caráter redistributivo, como os programas na área social, tendem a se sustentar apenas na adesão fortuita e muitas vezes oportunista de setores das burocracias especializadas, o que lhes confere pouca legitimidade social e baixa sustentabilidade (SILVA; MELO, 2000, p. 13).

No Brasil, o fracasso das políticas públicas deve-se, em grande parte, à dificuldade de interlocução entre os entes federados e à escassez de intersetorialidade das ações. É singular constatar que o Governo Federal pouco tem planejado suas ações em consonância com as deliberações propostas nas três *Conferências Nacionais dos Direitos da Pessoa Idosa* (CNDPI), realizadas nos anos de 2006, 2009 e 2011.

> No que se refere à necessidade de uma política de cuidados continuados para a pessoa idosa frágil, as Conferências cobram a criação de estruturas intermediárias de cuidado previstas nas políticas de Assistência Social e de Saúde, e de humanização e a melhoria das condições de cuidado nas instituições de longa permanência para idosos, as quais carecem historicamente de investimentos. [...] As Conferências denunciam a falta de apoio à família e à pessoa idosa que dependem de cuidados. Um contingente que, se considerados apenas os idosos acamados, são quase 700 mil; se incluídos os idosos com alguma dificuldade para o autocuidado, estima-se que sejam mais de 3 milhões idosos em todo o país (BRASIL, 2013a, p. 178-179).

Da mesma forma, constatamos que as escolhas, em termos de políticas públicas, não se apresentam de forma clara. Nesse sentido, cabe-nos as reflexões: por que há mais incentivo à construção de centros de convivência do que de centros-dia, se os dois equipamentos estão previstos na mesma lei?; qual(is) o(s) verdadeiro(s) motivo(s) dessa escolha?; os centros de convivência ajustam-se melhor à visão de envelhecimento ativo, saudável, positivo e o centro-dia estaria mais atrelado à estigmatização da velhice?

É evidente que há necessidades de recursos para que os programas e projetos sejam postos em prática. Identificar a área para a qual o Poder Público aloca seus recursos pode ser uma forma de entender como é sua atuação, sua agenda política e suas prioridades. Como salientou OLIVEIRA (2013, p. 230) sobre as políticas simbólicas que são formuladas, muitas vezes, sem a verdadeira intenção de serem implementadas em função da inviabilização pelas limitações financeiras:

> [...] a despeito da existência de um discurso oficial e mesmo de medidas formais dos governos em prol de determinadas políticas, por vezes estas sofrem mecanismos indiretos de boicote, como a supressão de recursos necessários para serem postas em prática.

O Brasil não possui uma tradição na prestação de serviços para pessoas idosas em situação de dependência, preferindo regular o serviço que fornecê-lo. Complementando, cabe-nos fazer referência ao problema da pobreza e de outras mazelas sociais; enfim, de problemas que também influem no não cumprimento da norma e na não adoção de uma “cultura do cuidado” de forma ampla problemas aos quais o próprio idoso está submetido, como todos os outros cidadãos. Podemos concluir, portanto, que a desigualdade dificulta as mudanças na realidade fática.

4.2.6.4 Movimentos sociais da velhice como estratégia de ação política

Como salientou CANOTILHO apud BARROSO (2000, p. 131), “o fato de a lei constitucional fornecer linhas e programas de ação à política, não pode nem deve substituir a luta política”. Nessa linha de raciocínio, BARROSO (2000, p. 130), assevera que “não há efetividade possível da Constituição, sobretudo quanto à sua parte dogmática, sem uma cidadania participativa”.

Do ponto de vista sociológico, para que as normas sejam efetivadas, é vital que a população em geral e, no tema investigado – os idosos – seja conhecedora de seus direitos; que se conscientize da força da organização em que se encontra inserida (bairros, clubes de mães, partidos políticos, associações e movimentos sociais) e que reúna condições para exercer seu poder político e reivindicar seus direitos garantidos. Trata-se, portanto, de relações de poder próprias do âmbito político-social.

> As legislações estão disponíveis a toda a população, porém há necessidade de maior publicização das mesmas, principalmente ao segmento idoso, que tem dificuldade de acesso à compreensão de seus direitos. Mazuin (2004), em sua Dissertação de Mestrado, constatou que dentro da amostra de idosos entrevistados quanto ao conhecimento sobre as leis que amparam seus direitos, 56% afirmaram que não possuíam conhecimento sobre elas. (PESSÔA, 2010, p. 164).

Entre nós, o discurso favorável aos idosos caminha paralelamente a realidades e práticas nada favoráveis; realidades e práticas pautadas na não efetividade dos dispositivos legais e no reforço ao paternalismo, ao assistencialismo. A distância entre os valores socialmente prezados e a realidade é, portanto, bastante expressiva. Envelhecer significa, para muitos idosos – senão para a maioria – perder espaços (laborais, físicos e existenciais) e “abandonar” a participação sociopolítica.

> O discurso que hoje se tornou hegemônico a respeito da terceira idade não partiu dos próprios idosos, mas de seus porta-vozes. Ao tratar do movimento feminista, o autor faz uma comparação com o movimento da terceira idade. Segundo o autor, pode-se afirmar que a visibilidade alcançada por tal movimento se deu pela articulação e a militância das próprias mulheres. No caso do idoso, todo processo de organização do movimento da terceira idade (se é que pode ser chamado de movimento) foi conduzido por uma elite de intelectuais e especialistas que percebeu a inserção e o maior papel social que os idosos das últimas décadas poderiam exercer nas sociedades capitalistas. (COUTRIM, 2002, p. 35).

No Brasil, os idosos desconhecem movimentos sociais fortes e articulados (como os movimentos de negros, dos sem-terra, das mulheres, da criança e adolescente, de pessoa com deficiência e do LGBTTTS – lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis, transexuais, transgêneros e simpatizantes); movimentos que promovam a efetividade dos ditames legais e a garantia de acesso aos direitos preceituados e estabelecidos para que esses saiam do papel efetivando-se em políticas públicas garantidoras de condições adequadas de vida. Como categoria social, os idosos não possuem voz, vez e força para criar um "espírito de corpo" que lhes permita participar mais ativamente da vida sociocultural, da prática política, enfim, das relações de trocas sociais características do cerne do sistema.

Como segmento social encontram limites de diversas ordens para se articular e ter resultados mais profícuos. O que se observa é um protagonismo praticamente irrelevante. Geralmente, há um "outro alguém" para falar por ele de suas necessidades. Conforme SANTOS apud PERES (2008, p. 204), é "um segmento que acostumou a esperar que medidas venham de 'cima para baixo' e que não teve a oportunidade de exercitar a capacidade de organização e reivindicação necessária". Bem diferente, por exemplo, do movimento das Pessoas com Deficiência que tem como lema: "nada sobre nós sem nós".

Em relação ao direito aos cuidados de longa duração intermediários poderia ser utilizada a prática da advocacia ou *advocacy*[133] (DALLARI et al., 1996; CANEL; CASTRO, 2008; TORRONTEGUY; RAUPP, 2008; GERMANI; AITH, 2013), baseada "no princípio de que as pessoas têm direitos básicos positivados juridicamente, ou não positivados, que são desrespeitados ou não garantidos" (DALLARI et al., 1996, p. 595).

---

[133]A tradução literal do termo *advocacy* para advocacia pode levar a equívocos, confundindo-se com a advocacia tradicional, ou seja, prestação de serviços profissionais por um advogado, mas aqui tem o sentido em que há "um processo de reivindicação de direitos [...] visando a influir na definição ou na implementação de uma política pública" e justifica-se quando há distribuição inadequada de autoridade, de recursos ou quando existem falhas no atendimento dos direitos (CANEL; CASTRO, 2008). "Não se deve imaginar, no entanto, que a advocacia *lato sensu* possa prescindir da advocacia tradicional; se assim o fizesse, estaria perdendo a oportunidade de criar precedentes em casos exemplares. Aliás, um efeito paralelo é que quanto mais ações dessa natureza são ajuizadas, maior necessidade sentem os operadores do direito (juízes, promotores, delegados, advogados) de aprofundarem seu entendimento a respeito dos direitos sociais" (DALLARI et al., 1996, p. 598).

A *advocacy,* entendida como reivindicação de um direito, como prática *lato sensu,* pode ser conceituada da seguinte forma:

> […] entende-se por "advocacia" (advocacy) um processo de reivindicação de direitos, ou a atividade de um grupo, visando a influir na definição ou na implementação de uma política pública. A suposição básica é que as pessoas têm direitos fundamentais que são exigíveis por meio de procedimentos legislativos, administrativos ou judiciais. [...] Sua ação tem conotação política e se justifica quando há distribuição inadequada de autoridade ou de recursos ou quando há falhas no atendimento dos direitos (por falta de leis ou normas específicas, ou por omissões institucionais e administrativas). (CANEL; CASTRO, 2008, p. 78, grifo do autor).

> […] é uma atividade que pode acontecer em quatro situações distintas: em um primeiro plano, a advocacia é a reivindicação pelo reconhecimento de determinado direito, vale dizer, pela sua positivação no ordenamento jurídico. Em um segundo nível, quando o direito já houver sido reconhecido, a advocacia pode direcionar-se à criação de garantias para o direito reconhecido. Em terceiro lugar, por vezes, existem tanto o direito como as suas garantias, mas falta-lhes, por alguma razão, efetividade. Enfim, é possível ainda que a dificuldade política esteja na necessidade de derrogação ou alteração de uma lei vigente. (TORRONTEGUY; RAUPP, 2008, p. 87).

Os grupos ou movimentos sociais de pessoas idosas poderiam utilizar várias estratégias articuladas. Como exemplo, citamos: a) definir normas jurídicas e formular políticas públicas que realmente denotem as suas necessidades; b) promover ações educativas intergeracionais para diminuir o preconceito contra o velho; c) desenvolver ações de empoderamento e de conscientização dos direitos para idosos; d) trabalhar com a mídia e com os governantes; e, e) exigir o cumprimento das deliberações oriundas das Conferências Nacionais já discutidas e aprovadas, que poderia levar ao desenvolvimento de uma *Política Nacional de Cuidados.* No entanto, essa *advocacia* não está sendo exercida de fato pelos próprios idosos.

Segundo PERES (2008, p. 204), "percebe-se que a exclusão do idoso do processo de reivindicação por políticas públicas é clara [...] o aspecto negativo mais presente é a falta do comprometimento e da participação dos idosos". Desse modo, verificamos que as organizações nacionais com assento junto ao CNDI[134] são

---

[134] Serviço Social do Comércio (SESC), a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), a Associação Nacional de Gerontologia (ANG), a Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (COBAP), o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), a Pastoral da Pessoa Idosa

compostas, geralmente, por sociedades científicas, assistenciais, religiosas, de aposentados, de lazer e de educação, de profissionais militantes na área de defesa dos direitos; enfim, por categorias que não possuem, muitas vezes, finalidades direcionadas aos idosos, ou composta por idosos, mas que se dizem suas legítimas representantes. Nas palavras de PERES (2008; p. 201; 205) um

> Movimento social do idoso ... sem o idoso? [...] Sendo assim, o suposto 'movimento social do idoso', sem o idoso, passa a resultar na formulação de políticas públicas que não atendem às reais necessidades desse grupo social. [...] Observe-se que o movimento social do idoso aqui referido não é, na verdade, protagonizado pelos idosos, mas por uma rede de atores sociais envolvidos com a questão da velhice. [...] a própria transformação da velhice em questão social, à medida que desperta a atenção do Estado, passa longe de ser consequência da ação política dos idosos, mas é resultado de um processo sociopolítico que tem as organizações representativas da velhice como as principais protagonistas. No entanto, nota-se no discurso dessas organizações uma referência frequente a um "movimento social do idoso". (Grifo do autor).

Mas como garantir a participação efetiva das pessoas idosas nas decisões sobre os programas que reflitam as suas verdadeiras necessidades, quando a baixa escolaridade implica a sua não participação como protagonista no cenário político-social? Nesse contexto,

> [...] essa falta de identificação com o segmento idoso da população também pode ter origem em negar o que a pessoa não deseja ser, não apenas pela finitude, mas pela condição social que os idosos de hoje vivenciam: um terço não sabe ler nem escrever, dois terços são analfabetos funcionais, e menos de 5% conseguiram graduar-se; cerca de 70% têm como renda até 2 salários mínimos. Os idosos de hoje testemunharam a história brasileira e trazem marcas profundas de como a falta de exercício de cidadania ao longo de toda a sua vida deixaram-nos submissos às autoridades instituídas e descrentes de políticas de direitos. A geração atual de idosos não teve acesso a direitos básicos como Educação, Saúde, Previdência, Trabalho, Cultura, dentre outros e não aprendeu a reconhecer o Estado como seu servidor. A falta de direito de expressão durante a juventude e a vida adulta

---

(PPI), a Associação Nacional dos Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência (AMPID), a Associação Nacional dos Defensores Públicos (ANADEP), a Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ) e a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB).Cabe aqui fazer a seguinte consideração: estamos nominando algumas entidades de âmbito nacional e que possuem assento junto ao Conselho Nacional do Idoso. Sabemos que existem outras, inclusive em âmbito estadual e municipal, que são compostas por pessoas idosas e que têm por finalidade a defesa dos interesses dessa categoria.

> dificulta sobremaneira que os idosos de hoje se expressem e se organizem em defesa de seus direitos (BRASIL, 2013a, p. 173-174).

No plano social, as organizações podem e devem contribuir para o aprimoramento de uma cidadania participativa, fortalecendo seus papéis e atuando com eficiência tanto na produção, como na interpretação do direito que foi institucionalizado pelos Conselhos (municipais, estaduais e nacional) e Conferências de Direitos do Idoso.[135]

No Brasil, no âmbito dos Estados e Municípios, a criação dos Conselhos do Idoso teve início na década de 1990, sendo que o CNDI só passou a existir de fato a partir do Decreto nº 4.227, de 13 de maio de 2002.[136] Hoje, o CNDI é órgão colegiado de caráter deliberativo, integrante da estrutura básica da SEDH. Esse Conselho tem por finalidade elaborar as diretrizes para a formulação e implementação da PNI, observadas as linhas de ação e as diretrizes, conforme dispõe o Estatuto do Idoso, bem como acompanhar e avaliar a sua execução, consoante art. 1º do Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2009.

Em 2012, o Ipea desenvolveu, em parceria com a SDH, o estudo denominado *O Conselho Nacional dos Direitos do Idoso na Visão de seus Conselheiros*. Em suas conclusões, o relatório destaca, como pontos positivos: a) que as atividades do conselho aumentam a visibilidade da temática da promoção dos direitos da pessoa idosa; e b) o incentivo ao protagonismo dos idosos dentro da sociedade. O Conselho seria, também, um instrumento de fortalecimento da democracia.

Os conselheiros apontaram também a necessidade de aperfeiçoar a articulação do CNDI com outros órgãos governamentais, tais como o Congresso Nacional, outros conselhos e com a própria SDH; o aperfeiçoamento dos meios de comunicação e divulgação do trabalho do conselho; a capacitação dos conselheiros, o que contribuiria para uma atuação ainda mais qualificada; trabalhar para tornar transversal a temática em outros órgãos governamentais, reduzindo a distância entre os conselheiros e outras esferas de gestão pública; ampliar as oportunidades de

---

[135] Aqui são situações exemplificativas, pois não pretendemos esgotar outras formas de atuação que têm sido desenvolvidas, tais como os Fóruns Nacionais da Política Nacional do Idoso.

[136] Hoje, encontra-se em vigor o Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2009, que dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI, e dá outras providências.

capacitação e mobilização das pessoas idosas; e estimular a participação dos conselheiros que representam o poder público, cuja atuação deixaria a desejar (IPEA, 2012).

A constituição desses canais de participação popular não é garantia, por si só, de que os representantes dos movimentos sociais (incluindo o de idosos) consigam influenciar, de alguma maneira, as decisões políticas a serem adotadas pelo Poder Público. Muitos Conselhos de Direitos ou Gestores só existem formalmente; afinal, foram criados para responder à exigência legal e, desse modo, viabilizar o recebimento de recursos financeiros (CORTES, 2005).

No Brasil, temos duas datas alusivas e comemorativas mais específicas da pessoa idosa: o Dia Internacional de Conscientização da Violência contra a Pessoa Idosa[137] e o Dia Nacional e Internacional da Pessoa Idosa, respectivamente, 15 de junho e 1º de outubro. Nesses dias, são desenvolvidas várias atividades, mas ainda não são vistas marchas e manifestações de grande porte feitas pelos próprios idosos, contrariamente ao movimento LGBTTTS; assim, a velhice – ou a condição de velho – nunca serviu como referência para a união, organização e mobilização política, muito menos para sensibilizar uma classe política indiferente ao seu destino.

> Acredita-se que a desconstrução destes mitos e crenças, que fornecem sustentação para o processo de marginalização e/ou exclusão deste segmento populacional, se efetivará a partir da reação dos próprios idosos provocando a mudança de mentalidade com relação ao indivíduo que envelhece. Este será sem dúvida, um processo lento, mas que já está em andamento. [...] Na medida em que os idosos, enquanto grupo social conseguem se fazer ouvir, provocam sua própria mudança e consequentemente, a quebra de preconceitos e mitos a seu respeito, viabilizando a abertura de caminhos para o resgate da sua cidadania e a conquista de seu espaço na família e na sociedade. (RODRIGUES e SOARES, 2006, p. 25).

Portanto, quanto mais os próprios idosos e seus movimentos sociais se articularem e ganharem forças, mais intensas serão as pressões sobre o Ministério Público, o que contribuirá para a incorporação da velhice e do envelhecimento nas agendas políticas dessa Instituição.

---

[137]A data foi instituída em 2006, pela ONU e pela Rede Internacional de Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa (INPEA).

4.2.6.5 O Ministério Público atrelado ao *status quo* da política histórica

Pela leitura dos Planos Gerais de Atuação e Planejamentos Estratégicos dos Ministérios Públicos estaduais e do Distrito Federal, na área da defesa de direitos da pessoa idosa, dos 22 consultados, sete preveem a fiscalização de Instituições de Longa Permanência (ILPI), enquanto que, outros sete, a temática dos cuidados de longa duração intermediários, principalmente o equipamento de centro-dia, conforme se verifica no Quadro 3. Logo, houve um empate no número de previsões, no entanto, sabemos, pela pesquisa realizada, que a prioridade na atuação ministerial pende para a primeira hipótese. Por que?

As decisões sucessivas tomadas ao longo do tempo são capazes de criar instituições que deixam legados políticos e econômicos quase irreversíveis, ou seja, a tendência é reproduzir e reforçar as escolhas durante a trajetória, capaz de produzir um comportamento repetitivo por parte dos atores, bem como de internalizar elementos da cultura e princípios normativos.

Assim, as mudanças tornam-se difíceis e muitas vezes dependem de um fato ou acontecimento que provoque um contexto de profunda transformação, sendo que a duração pode variar no tempo. Desse modo, podemos compreender que uma ruptura institucional não é algo tão simples.

É importante percebermos em conformidade com BERNARDI (2012, p. 138) que "o conceito de dependência da trajetória (*path dependence*) é oferecido justamente como a ferramenta analítica para entender a importância de sequências temporais e do desenvolvimento, no tempo, de eventos e processos sociais". Nessa linha de raciocínio ressaltamos que a lógica inerente aos modelos de tipo *path dependency*[138] serve mais ao reforço dos mecanismos da permanência, do que as forças que levam à mudança. O que de fato ocorre mais comumente é que os atores

---

[138]"[Paul] Pierson (2000, 2004) foi um dos autores responsáveis pela introdução e popularização do conceito de dependência da trajetória no debate dentro da Ciência Política. Valendo-se das obras seminais de economistas como Brian Arthur e Paul David, Pierson identifica o conceito de *path dependence* com o mecanismo de retornos crescentes e com os processos de autorreforço ou *feedback* positivo associados à lógica de funcionamento desse mecanismo, ao qual não só as tecnologias, mas também o desenvolvimento das instituições e políticas estaria sujeito" (BERNARDI, 2012, p. 151).

adaptam seu comportamento a estruturas institucionais previamente existentes. Com isso, detectamos uma maior predisposição para que arranjos institucionais deem continuidade a essas estruturas (NASCIMENTO, 2009; BERNARDI, 2012).

Nessa perspectiva, os Membros do Ministério Público não são neutros, uma vez que sofrem influências da cultura e da sociedade em que se encontram inseridos (AZEVEDO, 1996). A importância de se conhecer as representações sociais da velhice que permeiam o imaginário dos Membros do MP, principalmente daqueles envolvidos nesta pesquisa, reside no fato de que é nesse sistema de símbolos que estão pautadas as relações sociais desses sujeitos e, com certeza, isso influenciará o modo pelo qual a Instituição escolhe o que entra ou não na sua agenda política.

Para FLORES apud ROJAS (2012, p. 39; 42),

> […] o primeiro passo para desenvolver uma consciência crítica e, portanto, ser base de uma teoria crítica, é pensar no que se está pensando e como se está pensando, problematizando a realidade, o que, todavia, na maioria das vezes, é feito automaticamente. [...] (pois) os direitos humanos são os processos culturais a gerar produtos culturais a serem contextualizados em outros e/ou novos processos culturais.

Podemos dizer que esse sistema de símbolos e significados constitui-se pano de fundo das questões emergentes sobre a velhice e o envelhecimento, envolvendo os idosos, inseridos no segmento social, a sociedade como um todo e o Poder Público.

O ordenamento jurídico brasileiro estabeleceu diversos atores estatais e não estatais com possibilidade de atuar na efetivação dos direitos. Todos vivem a norma, não sendo privilégio somente de um poder; não pertencendo a ele o monopólio de interpretá-la. Isso implica reconhecer que a construção de direitos passa pelo cotidiano das práticas dos diversos atores sociais. Em HÄBERLE (1997, p. 23; 24) lemos que “a interpretação não é um evento exclusivamente estatal, seja do ponto de vista teórico, seja do ponto de vista prático”. Ao contrário, a interpretação é “uma atividade que, potencialmente, diz respeito a todos”.

De acordo com MACHADO (2008, p. 19),

> Na representação funcional do Ministério Público e da Magistratura, existe um tipo de soberania popular complexa que oferece, na linguagem dos

> direitos, voz ativa a minorias que não encontrariam respaldo para suas demandas no processo representativo tradicional. Porém, por outro, ela lança decisões essencialmente discricionárias e políticas nas mãos de um corpo de agentes que não conta com o escrutínio popular para referendar suas escolhas quando estas ultrapassam questões meramente técnicas.

Os Membros do MP deparam-se com temáticas e assuntos específicos do envelhecimento, mas não têm, por formação acadêmica ou profissional, proximidade com a área. Tal aspecto enseja desafios inerentes à adoção de estratégias para a efetivação desses direitos.

Além disso, a ênfase dada a essa temática encontra-se no campo mais precisamente na fiscalização da institucionalização do que da formulação e da implementação de política pública ampla de cuidados de longa duração intermediários que, mesmo prevista em lei, ainda não foi efetivada.

Substancialmente, para o Ministério Público a fiscalização[139;140] é um meio de atuação presente em toda a sua atividade, quer na esfera civil, quer na esfera penal. É função histórica e fundamental da instituição fiscalizar, sendo parte significativa do poder de polícia do Estado, enquanto que ser indutor de políticas públicas é mais recente.

Assim, se faz necessário não só se utilizar da fiscalização para corrigir as irregularidades constatadas como um fim em si mesmo, mas também ir além, no sentido de se adotar outras medidas preventivas e com aspecto sistêmico para

---

[139]Conforme Aurélio Buarque de Holanda, *Novo dicionário da língua portuguesa,* 1988; Caldas Aulete, *Dicionário contemporâneo da língua portuguesa,* 1958; *Petit Larousse illustré,* Libr. Larousse, 1977, em vernáculo, a expressão “controle”, advinda do francês contrôle, significa ato de vigilância e verificação administrativa; domínio ou governo; mais especificamente, ato de fiscalização, inspeção, supervisão, exame minucioso exercido sobre as atividades de pessoas, órgãos, departamentos, como seja a própria fiscalização financeira ou orçamentária, ou o próprio corpo de funcionários encarregados de velar pela observância das leis e regulamentos, notadamente em matéria financeira.

[140]Exemplo dessa atuação expressa em lei é o art. 74 do Estatuto do Idoso que reza: “Compete ao Ministério Público: VIII – inspecionar as entidades públicas e particulares de atendimento e os programas de que trata esta Lei, adotando de pronto as medidas administrativas ou judiciais necessárias à remoção de irregularidades porventura verificadas”. Também verificamos na Lei nº 8625/93, em seu artigo 25, inciso VI: “Além das funções previstas nas Constituições Federal e Estadual, na Lei Orgânica e em outras leis, incumbe, ainda, ao Ministério Público: VI - exercer a fiscalização dos estabelecimentos prisionais e dos que abriguem idosos, menores, incapazes ou pessoas portadoras de deficiência”.

resolver certos problemas. Por exemplo, muitas vezes, se exige de uma ILPI sem fins lucrativos que abriga idosos há muito tempo, que corrija as irregularidades verificadas, mas não se busca atacar o problema em sua raiz: o oferecimento precário do serviço de abrigamento por parte do Poder Público que resulta na insuficiência da quantidade de vagas.

Pelos resultados da pesquisa, restou evidente que a atuação do MP pende para a forma tradicional de atuação, fortemente embasada na lógica da fiscalização das instituições já existentes e não na indução de novos serviços, o que denota não ter conseguido desvencilhar-se do perfil de *fiscal da lei* a fim de abranger as novas atribuições constitucionais para a *transformação da sociedade*.

CAPÍTULO 5 – CONCLUSÕES, DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Estamos habituados a pensar nos preconceitos, estereótipos e discriminações através da ideia de profecias que se autorrealizam – as imagens negativas, as atitudes discriminatórias acabam produzindo sua própria confirmação – e, sem dúvida, é uma tarefa fundamental desconstruí-los.

Guita Debert
Antropóloga

Neste trabalho, debruçamos o olhar investigativo sobre questões da atualidade que precisam ser discutidas referentes aos cuidados de longa duração intermediários para a população idosa dependente, de acordo com a sua condição de vida, seu contexto sociocultural e familiar e sua dificuldade de acesso a bens e serviços. Aspectos, esses, que podem implicar a perda da autonomia e do desempenho das atividades da vida diária do idoso.

Esta Tese de Doutorado objetivou analisar a atuação dos Ministérios Públicos Estaduais e do Distrito Federal relacionadas às políticas públicas de cuidados de longa duração intermediários e, principalmente, dos centros-dia. Estabelecemos, como problema de pesquisa, a ideia de ***mudanças e resistências*** em torno das políticas de cuidados aos idosos e o papel das instituições frente ao legado histórico dessas políticas, principalmente a do MP, e às possibilidades de mudanças frente ao "*path-dependence"*, isto é, o custo da transição do modelo *"asilo e cuidados informais no seio da família"* para uma nova política de cuidados mais ampla.

No decorrer do trabalho, analisamos as políticas públicas e a legislação que regulamenta os cuidados de longa duração intermediários, com ênfase nos cuidados diurnos ou centros-dia, no Brasil e em outros países. Realizamos o levantamento de informações das ações desenvolvidas pelo Ministério Público de quase todos os estados e do Distrito Federal, frente às políticas de cuidados de longa duração, na modalidade centro-dia. Também foram objeto de análise os planos de atuação, os planejamentos estratégicos, as experiências exitosas e as ações civis ajuizadas. Finalmente, procuramos conhecer e analisar os possíveis desafios à implementação desses cuidados no Brasil.

Foi importante conhecer a experiência e o sistema espanhol de cuidados de longa duração, bem como o funcionamento do equipamento denominado centro-dia para pessoas idosas e verificar que sua implantação em larga escala é possível no Brasil. Visitamos oito centros-dia localizados nas cidades de Barcelona, Vilanova, Madri e Vigo, na Espanha; visitamos um que funciona no Brasil, no Município de Itu (SP) e que faz parte do programa denominado *São Paulo Amigo do Idoso*. Concluímos que esses apresentam vantagens para os idosos e para suas famílias, sendo viável a adoção desse tipo de equipamento no Brasil.

No que tange à centralidade familiar e ao fato de que os cuidados de longa duração intermediários terem previsão legal, o sistema social espanhol não é muito diferente do brasileiro. Ocorre, no entanto, que na Espanha o envelhecimento é uma realidade percebida e vivenciada. Nesse país, tem sido colocado em prática um leque de alternativas que beneficiam os idosos e suas famílias. O direito ao cuidado é compreendido como um direito universal de todos os cidadãos.

Pela Lei nº 39/2006, a Espanha criou o Sistema Nacional para a Autonomia e Atenção à Dependência (SAAD); sistema público e não contributivo alçado à condição de quarto pilar do Estado de Bem-Estar. É organizado e estruturado de forma a dar visibilidade ao tema nos meios de comunicação, além de relevância política e econômica. A lei reconheceu, ainda, as prestações como um direito subjetivo exigível pela via administrativa e jurisdicional; disponibilizou uma rede de atenção e um catálogo de serviços, estabelecendo prazos de implantação e cumprimento da lei, além de conceber o centro-dia como equipamento sociossanitário.

No Brasil, ao contrário, não existe um sistema destinado à dependência ou o estabelecimento de prazos de implantação de uma política pública; nem a previsão de financiamento específico, além de não se conceber o centro-dia como equipamento socioassistencial não englobando os serviços de saúde.

Detectamos ao longo da pesquisa que existem muitas resistências para se efetivar políticas públicas de cuidados intermediários aos idosos por parte das instituições frente ao legado histórico do modelo *asilo e cuidados informais no seio da família.* Assim, verificamos que :

a) os serviços de cuidados de longa duração intermediários para pessoas idosas têm previsão legal na Política Nacional do Idoso (PNI) desde 1994, mas a implantação da modalidade de assistência (centro-dia) ainda não faz parte da realidade brasileira;

b) a experiência espanhola permite vislumbrar ações intersetoriais entre serviços sociais e de saúde como possíveis, necessárias e eficazes para atender às necessidades dos idosos, entretanto, no Brasil, existe a dificuldade de se trabalhar de maneira conjugada, englobando os dois sistemas, de forma a se responsabilizarem mutuamente pela efetivação e pelo financiamento desse tipo de modalidade de cuidados (centro-dia);

c) no Brasil, falta dimensionar a população idosa elegível para os centros-dia, pois verificamos que são incipientes as ações voltadas para identificar a população dependente, cujo diagnóstico pudesse conduzir a efetivação de políticas públicas nessa seara;

d) falta a observância à legislação mais específica que regulamente o funcionamento do centro-dia – a exemplo da RDC 283/2005, voltada para as Instituições de Longa Permanência –; que aponte um modelo ou os recursos humanos mínimos imprescindíveis ao seu funcionamento, uma vez que só encontramos a Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001, do MPAS/SEAS, que institui normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, mas pouco observada e utilizada; e

e) o Poder Judiciário parte na frente com o seu *entendimento jurisprudencial,* ao compreender que os equipamentos de cuidados de longa duração, hoje considerados socioassistenciais, ante a previsão legal da Tipificação Nacional, por meio da Resolução nº 109/CNAS, de 11 de novembro de 2009, são, na verdade, sociossanitários.

Quanto ao Ministério Público urge:

a) desmitificar a ideia de centro-dia como equipamento sofisticado, ainda presente nas respostas dos entrevistados do Ministério Público, para construir a perspectiva de sua concretização como instrumento necessário ao apoio

efetivo da única instituição que de fato cuida – a família – e como meio competente para promover um cuidado digno à pessoa idosa com algum grau de dependência; evitar ou postergar institucionalizações de idosos; além de aliviar os cuidadores familiares;

b) fortalecer os mecanismos de controle social, exigindo condições de funcionamento e autonomia para os Conselhos de Defesa de Direitos dos Idosos, nos três níveis de governo;

c) reconhecer que do tripé constitucional (família, Estado e sociedade) de amparo ao idoso, apenas a família tem sido criminalizada, enquanto percebemos que o Estado não atua de forma satisfatória quanto ao suporte a essa família; e

d) reconhecer que o MP não se desvencilhou de sua forma antiga de atuação (fiscal da lei) e que ainda mantém o *status quo* da política atual de cuidados, havendo uma tendência para a atividade fiscalizatória em detrimento da indução de políticas públicas.

A pesquisa fundamentou-se no fato de que estudos referentes ao processo de envelhecimento e de cuidados constituem um tema de reflexão emergente, principalmente para o MP; seus resultados poderão ser utilizados como instrumentos de indução de políticas públicas e de construção de uma agenda interna de atuação.

As conclusões deste trabalho vêm sendo captadas ao longo do seu desenvolvimento; aqui procuramos expor, de forma didática, as constatações que se seguem:

a) a assistência social brasileira está centralizada na família e o seu foco está nos programas de transferência de renda e não na prestação de serviços;

b) como o cuidado prestado a pessoas idosas, é oferecido, em geral, pela família e realizado no ambiente doméstico isso o torna socialmente invisível, recaindo sua responsabilidade, tradicionalmente, sobre as mulheres, que não são recompensadas por benefícios assistenciais, nem por cobertura da previdência social;

c) para os Membros do MP quem deve cuidar é a família, cabendo ao Estado atuar de forma supletiva, subsidiária ou concorrente, ou seja, na ausência dessa família;

d) o número de centros-dia é pequeno no Brasil; inexiste uma Política Nacional de Cuidados, apenas iniciativas pontuais, como a adotada pelo Estado de São Paulo, havendo ainda pouca compreensão das vantagens do oferecimento de novos serviços, já que temos expressiva heterogeneidade e diversas necessidades. Afinal, não há uma velhice, mas várias! ;

e) o sistema que impera em nosso país ainda é o da pseudodescentralização; em que pese caber ao município, pelo atual SUAS, a execução da assistência social, parece-nos que adotar um *Plano Nacional de Cuidados* ou um *Programa Federal de Cuidados* sob a responsabilidade e iniciativa da União, com destinação de recursos financeiros próprios, seria um fator preponderante como impulsionador dessa política;

f) trata-se de uma temática que pouco avançou e que não vem sendo objeto de preocupação, nem de escolha pela maioria dos MPs, que muitas vezes desconhecem as vantagens da adoção de equipamentos intermediários como o centro-dia, ao contrário da fiscalização das Instituições de Longa Permanência, que, embora seja uma ação fundamental, não pode ser a única faceta do direito ao cuidado;

g) para o Poder Público em geral e também para o Ministério Público, que não tem conseguido construir nem uma agenda própria e tampouco tem influenciado a de outras instituições, quando poderia fazê-lo, o assunto é invisível. Tanto o Poder Público quanto o Ministério Público precisam de maior engajamento em cuidados mais amplos e eficazes;

h) o fato de a temática dos cuidados de longa duração intermediários estar claramente prevista nos Planos Gerais de Atuação (PGA) ou nos Planejamentos Estratégicos de alguns MPs brasileiros não teve quase nenhum impacto e nem garantiu o desenvolvimento de política pública que contemple os cuidados de longa duração intermediários, não resultando no aumento significativo do número de centros-dia no país;

i) a forma de atuação do Ministério Público mais presente foi o ajuizamento de Ações Civis Públicas (ACPs) em detrimento dos Termos de Ajustamento de Conduta (TACs), o que contraria o discurso dos respondentes, bem como o

que muitos autores vêm defendendo: uma *nova forma de atuação por parte do Ministério Públic*o, isto é, que seja menos demandista e mais conciliador; e

j) os idosos formam um grupo que tem características diferentes, dificultando a mobilização da categoria e a formação de um movimento social articulado e forte politicamente, com poder para incluir o tema na agenda das políticas públicas.

Muitos são os desafios diante dos aspectos ora analisados, uma vez que versa sobre mudança cultural, política e social. Que ainda se mostra veemente marcada por diversas formas de corrupção do sistema. Ainda acrescentaríamos os estigmas negativos e preconceituosos relacionados à velhice e o fato de a juventude ser encarada como um valor. Isso não pode ser ignorado ou deixado em segundo plano, sobretudo na formulação de políticas públicas para as pessoas idosas.

As representações sociais da velhice influenciam a eleição de prioridades no que diz respeito ao desenvolvimento de políticas públicas e sociais; refletem diretamente na alocação de recursos orçamentários para sua implementação. Assim, cabe a nós começarmos a discussão sobre qual velhice queremos para todos nós, de modo a construirmos uma sociedade mais solidária e com políticas públicas que possam garantir a qualidade de vida de todos seus cidadãos (velhos, familiares, jovens etc.).

É preciso considerar o “direito” como um sistema simbólico detentor de um discurso específico; sistema que pode dar sua contribuição, desde que se afastando da retórica da neutralidade e da universalização, no sentido de que a velhice é ruim, improdutiva e que o envelhecimento deve ser igual para todo mundo.

Importa tanto a adoção de representação positivas da velhice – entendendo que é uma construção sociocultural e não apenas uma fase da vida – como a reafirmação de que **o direito ao cuidado é um direito fundamental,** devendo o Estado proporcionar meios para que alternativas, além da institucionalização, sejam colocadas à disposição da sociedade. Uma das hipóteses assumida neste trabalho é a da necessidade de se combinar cuidado formal com informal, uma vez que é necessário ajudar a família a cuidar.

O direito ao cuidado amplo é matéria inserida nas atribuições do Ministério Público, a quem cabe zelar para que os Poderes Públicos e os serviços de

relevância pública observem os princípios constitucionais de proteção aos idosos, especialmente nas questões de abrangência coletiva e até difusa, a justificar não apenas a intervenção, mas até mesmo a iniciativa ministerial. Conforme preconiza a legislação brasileira já existe a garantia do direito ao cuidado amplo, especialmente a previsão do equipamento centro-dia, mas medidas fiscalizatórias se impõem, sobretudo para o seu efetivo cumprimento.

No entanto, para que as mudanças ocorram, é necessário que os Membros do Ministério Público entendam que são agentes políticos e que podem privilegiar o papel de indutores e articuladores de políticas públicas, concretizadoras dos direitos fundamentais, buscando a solução direta das questões que lhe são apresentadas.

É preciso construir canais de diálogo com a sociedade e com os órgãos responsáveis pela execução da política, visando a uma ação transformadora. Para isso, devem, por exemplo: a) pautar sua atuação nas deliberações das Conferências (reivindicações legítimas da sociedade); b) trabalhar a questão orçamentária junto ao Poder Público pois, muitas vezes, é indicada como um limite que barra ações; c) incentivar que os cuidados de longa duração intermediários sejam pauta “presente” nos planos de atuação da Instituição e nos cursos de formação de seus Membros, a partir da realização de um trabalho estratégico de convencimento interno; d) disseminar conceitos positivos sobre o envelhecimento; e e) induzir a formulação e implementação de uma política de cuidados, aliando o trabalho interdisciplinar do direito com a gerontologia, para compreender a realidade cotidiana do idoso, de sua família e da comunidade em que se insere, além de pautar suas ações com base em indicadores sociais e demográficos.

Nesse aspecto, é importante que o MP fomente internamente o debate; que adote uma política institucional mais transparente e que supere a dicotomia entre o princípio constitucional da independência funcional e a adoção dos Planos Gerais de Atuação; que sejam considerados os anseios da sociedade e que se trabalhe de forma intersetorial ou regionalizada, promovendo uma melhor articulação entre seus órgãos internos, objetivando aprimorar sua atividade-fim.

Nessa empreitada, cabe aos Coordenadores dos Caops papel fundamental, qual seja, sensibilizar os Promotores de Justiça e demonstrar internamente a importância de se adotar um conceito amplo de cuidados nos processos de

formação profissional, bem como articular para que a matéria seja prevista de forma expressa nos Planos Gerais de Atuação e Planejamentos Estratégicos da Instituição, como forma de dar mais visibilidade ao tema.

Cabe ao Promotor de Justiça, por sua vez, perceber não só seu poder jurídico e político de atuação, bem como utilizar os vários mecanismos extrajudiciais disponíveis, podendo, em virtude disso, desenvolver ações mais eficazes, principalmente ao:

a) trabalhar com os Conselhos de Direitos do Idoso e levar em conta, na sua atuação, as deliberações oriundas das Conferências;

b) construir com o Poder Público um plano municipal de cuidados amplos, mediante elaboração de uma lei específica, com a previsão de ações de curto, médio e longo prazo, na perspectiva da intersetorialidade;

c) priorizar os cuidados de longa duração intermediários na sua agenda, a fim de prevenir o agravamento da fragilidade, aumentando o bem-estar e oferecendo suporte familiar, para diminuir os índices de institucionalização de pessoas idosas;

d) trabalhar de forma articulada com o Ministério Público Federal, para buscar a implantação de uma Política Nacional de Cuidados com previsão de financiamento específico, introduzindo a discussão sobre a criação de um sistema sociossanitário no país;

e) buscar a inserção 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;

f) promover o amplo debate e discussão sobre a velhice em nossa sociedade e com outros profissionais (da saúde, do direito, da engenharia, da linguística, etc.);

g) colaborar com o empoderamento e a formação para a cidadania das pessoas idosas, ao disseminar, de várias formas, os seus direitos; e

h) cobrar do Poder Público a previsão orçamentária destinada à manutenção desses programas, já de caráter sociossanitário, uma vez que as pessoas idosas dependentes poderão necessitar também de cuidados de saúde.

O processo de definição das prioridades institucionais não pode prescindir da participação da sociedade, nem de seus membros idosos. Cabe ao Ministério Público consultá-los antes de estabelecer suas metas prioritárias e definir o seu Plano Geral de Atuação.

No decorrer da pesquisa realizada, ficou evidente que a instituição ainda não desenvolveu todo o seu potencial a fim de atuar em prol da transformação social. A instituição é secular e uma atuação democrática e resolutiva é algo recente, dos anos 1980, principalmente a partir da Constituição Federal. Da sua função primordial na seara criminal começou a avançar no campo cível (defesa dos direitos fundamentais), matéria até pouco tempo estranha à instituição. Portanto, qual o custo da transição dos seus modelos *(demandista para resolutivo)* de atuação para o Ministério Público? Qual a dificuldade em transformar a realidade social histórica dos cuidados sob a égide do modelo *"asilo + cuidados informais no seio da família"* para um mais amplo? Trata-se, assim, de uma *opção política*.

Portanto, o Ministério Público, na medida em que perceber que poderá mudar a forma de atuação (não sendo mero fiscal, mas também indutor) e que tem, a seu favor, mecanismos próprios e eficientes, tem um grande potencial para contribuir para a efetivação do direito ao cuidado amplo. Pelo diálogo e negociação poderá promover um entendimento entre os diversos gestores e atores sociais envolvidos, possibilitando a formulação e a implementação de uma política que ofereça linhas alternativas de cuidado para as pessoas idosas com dependência.

Há um longo caminho a ser percorrido. Este trabalho evidencia a necessidade de uma discussão mais ampla sobre os cuidados no campo jurídico, principalmente por parte do Poder Judiciário e do próprio MP, para que se entenda que o cuidado é um direito fundamental.

Por fim, por si só a lei não mudará a realidade. As medidas a serem tomadas dependerão em grande parte da compreensão de que o Ministério Público pode e deve ser o indutor ou articulador das políticas públicas a partir do entendimento do direito amplo de cuidados, no sentido de se tornarem práticas efetivas do sistema de proteção social brasileiro.

REFERÊNCIAS

ALZHEIMER´S DISEASE INTERNATIONAL. **World Alzheimer Report 2014**. Dementia and Risk Reduction. An analysis of protective and modifiable factors. London: Alzheimer's Disease International, 2014.

ALCÂNTARA, Adriana de Oliveira. **Velhos institucionalizados e família:** entre abafos e desabafos. Campinas, SP: Alínea, 2009.

ALVARENGA, Márcia Regina Martins et al. Assistência ao Idoso no Sistema de Saúde da Catalunha: Lições a aprender. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 457-462, 2007.

ALVES, Luciana Correia et al. A Influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, 2007.

ARANTES, Rogério Bastos. Ministério Público na fronteira entre a Justiça e a Política. **Justitia**, v. 197, p. 325-335, 2007.

ARANTES, Rogério Bastos. **Ministério Público e política no Brasil**. São Paulo: Sumaré, 2002.

ARAÚJO, Claudia Lysia de Oliveira Araújo; SOUZA, Luciana Aparecida de; FARO, Ana Cristina Mancussi e. Trajetória das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. **HERE – História da Enfermagem – Revista Eletrônica**, v. 1, n. 2, p. 250-262, 2010.
Disponível em:
<http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n2vol1ano1_artigo3.pdf>.
Acesso em: 25 nov. 2014.

ASENSI, Felipe Dutra. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. **Physis** [online]. 2010a, v. 20, n. 1, p. 33-55.

ASENSI, Felipe Dutra. **Indo além da judicialização:** o Ministério Público e a saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getulio Vargas, Centro de Justiça e Sociedade, 2010b.

AZEVEDO, Plauto Faraco de. **Aplicação do direito e contexto social**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1996.

BARROSO, Luís Roberto. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. **Revista de Direito do Estado**, Rio de Janeiro, n. 13, p. 71-91, 2009.

BARROSO, Luís Roberto. **O Direito Constitucional e a efetividade de suas normas:** limites e possibilidades da Constituição brasileira. 4. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.

BATISTA, Anália Soria et al. **Proteção das pessoas idosas dependentes**: análise comparativa da experiência internacional. Brasília: Ipea, 2009. (Texto para Discussão, n. 1.403).

BATISTA, Analía Soria et al. **Envelhecimento e dependência:** desafios para a organização da proteção social. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2008. v. 28. (Coleção Previdência Social).

BATTHYANY, Karina et al. **El cuidado de calidad desde el saber experto y su impacto de género***:* análisis comparativo sobre cuidado infantil y de adultos y adultas mayores en el Uruguay. Santiago de Chile: ONU-Cepal, 2013.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**: a realidade incômoda. 2. ed. São Paulo: Difel Editora, 1976.

BERNARDI, Bruno Boti. Trajetória (path dependence): definições e controvérsias teóricas. **Perspectivas***,* São Paulo, v. 41, p. 137-167, jan./jun. 2012.

BERZINS, Marília Viana; BORGES, Maria Claudia (Org.). **Políticas públicas para um país que envelhece***.* São Paulo: Martinari, 2012.

BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva; PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. **Programa Acompanhante de Idosos.** BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.) [online]. 2009, n. 47, p. 53-55.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Nova ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOBBIO, Norberto. **O positivismo jurídico**: lições de Filosofia do Direito. São Paulo: Ícones, 1995.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar:** ética do humano: compaixão pela terra. 10. ed. São Paulo: Vozes, 2004.

BORN, Tomiko. Asilo de idosos: a estação final de uma trajetória marcada por indignidades! **Portal do Envelhecimento**, 26 set. 2014. Disponível em: <http://portaldoenvelhecimento.org.br/vozdoleitor/item/1671-asilo-de-idosos-a-esta%C3%A7%C3%A3o-final-de-uma-trajet%C3%B3ria-marcada-por-indignidades>. Acesso em: 5 dez. 2014.

BRANDÃO, Fernando Antônio. **O financiamento público da assistência social.** 2012. Disponível em: <http://portalsocial.sedsdh.pe.gov.br/sigas/Arquivos/Capacitacao2013/Meta01/recife2/O%20FINANCIAMENTO%20PUBLICO%20DA%20ASSISTENCIA%20SOCIAL.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2014.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Ministério da Justiça. MÜLLER, Neusa Pivatto (Org.). **Guia de políticas e projetos do governo**

federal: compromisso nacional para o envelhecimento ativo. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2015.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Relatório de gestão do exercício de 2013.** Brasília: SDH, 2014. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/sobre/acesso-a-informacao/auditorias/relatorios/2013/relatorio-de-gestao-2013-2>. Acesso em: 04 out. 2014.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Ministério da Justiça. MÜLLER, Neusa Pivatto; PARADA, Adriana (Org.). **Dez anos do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso:** repertórios e implicações de um processo democrático. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013a.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. MINAYO, Maria Cecília de Souza; MÜLLER, Neusa Pivatto (Org.). **Brasil:** Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa: é possível prevenir, é necessário superar. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013b.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução nº 33, de 12 de dezembro de 2012. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social – NOB/SUAS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 jan. 2013c. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/cnas/noticias/publicada-hoje-a-nova-norma-operacional-basica-nob-suas-2012>. Acesso em: 6 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Ministério da Saúde e municípios:** juntos pelo acesso integral e de qualidade à saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/sistemas/apresentacoes/arquivos/revista_ms_e_municipios_2013.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 452, de 10 de maio de 2012. **Diário Oficial da União,** 6 jun. 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_12.htm>. Acesso em: 8 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências:** Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº 96 seção 1e, de 18/5/01 / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Decreto n. 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência: plano Viver Sem Limite. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, 18 nov. 2011a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome. **Guia de políticas e programas do MDS 2011.** 2011b. Disponível em: <http://www.cib.assistenciasocial.pr.gov.br/arquivos/File/CIBPR/GUIA_DE_POLITICAS_E_PROGRAMAS_DO_MDS.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Experiências de financiamento da saúde dos idosos em países selecionados:** Relatório Executivo. Rio de Janeiro: ANS, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. **Diário Oficial da União**, 25 nov. 2009. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/resolucoes/arquivos-2009/cnas-2009-109-11-11-2009.pdf/download>. Acesso em: 06 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica; n. 19.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 set. 2005a.

BRASIL. Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. **Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa.** Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005b.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004. Política Nacional de Assistência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 out. 2004. Disponível em: <http://www.renipac.org.br/pnas_2004.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2014.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso: 8 out. 2014.

BRASIL. Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001, do MPAS/SEAS. Institui normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 maio 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso. **Diário Oficial da União**, 13 dez. 1999.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1998.

BRASIL. Decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 4 jul. 1996.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 jan. 1994.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 dez. 1993.

BRASIL. Lei nº 8.625, de 12 de fevereiro de 1993. Instituiu a Lei Orgânica Nacional do Ministério Público, dispõe sobre normas gerais para a organização do Ministério Público dos Estados e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 fev. 1993.

BRASIL. Lei 6.179, de 11 de dezembro de 1974. Institui amparo previdenciário para maiores de 70 anos de idade e para inválidos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 12 dez. 1974; p. 14.205, c. 3.

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

BUCCI, Maria de Paula Dallari. As Políticas e o Direito Administrativo. **Revista Trimestral de Direito Público**, São Paulo, n. 13, p. 134-144, 1996.

BUCHALLA, Cassia Maria. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Acta Fisiátrica**, v. 10, n. 1, p. 29-31, 2003.

BUSS, Paulo M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina et al. (Org.). **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CABRERO, Gregorio Rodríguez. Tendencias recientes en el desarrollo de los sistemas públicos europeos de atención a la dependencia. **Actas de la Dependencia**, Madrid, n. 1, p. 66-91, marzo 2011.

CABRERO, Gregorio Rodríguez et al. (Coord.). **Los centros de día:** aproximación a la experiencia internacional y española. Madrid: Fundación Pfizer, 2005.

CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Novo regime demográfico:** uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: Ipea, 2014.

CAMARANO, Ana Amélia (Org*.). **Cuidados de longa duração para a população idosa:** um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os novos idosos brasileiros:** muito além dos 60? Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

CAMARANO, Ana Amélia; MELLO, Juliana Leitão. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CANEL, Regina Célia; CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira de. A Advocacia em saúde como uma estratégia para a promoção da saúde. **Revista de Direito Sanitário,** São Paulo, v. 9, n. 1, p. 74-85, mar./jun. 2008.

CAPPELLETTI, Mauro; GARTH, Bryan. **Acesso à Justiça.** Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris, 1988.

CARVALHO, Ernani; LEITÃO, Natália. O novo desenho institucional do Ministério Público e o processo de judicialização da política. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 399-421, 2010.

CASAGRANDE, Cássio. **Ministério Público e a Judicialização da Política***:* estudos de casos. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris Editor, 2008.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y CARIBE. **La nueva era demográfica en América Latina y el caribe**: la hora de la igualdad según el reloj poblacional. Santiago de Chile: Cepal, 2014. Disponível em: <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/6/53806/MPD_ddr2_esp.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2014.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y CARIBE. **Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe**: la hora de avanzar hacia la igualdad. Santiago de Chile: Cepal, 2013.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y CARIBE. **Envejecimiento, solidaridad y protección social:** la hora de avanzar hacia la igualdad. Santiago de Chile: Cepal, 2012.

COMISSÃO EUROPEIA. **Cuidados de Longa Duração na União Europeia**. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, 2008.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. **2° Encontro Nacional do Ministério Público e movimentos sociais:** em defesa dos Direitos Fundamentais. Conselho Nacional do Ministério Público-Brasilia: CNMP, 2014a.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. Conselho Nacional do Ministério Público. **Ministério Público:** um retrato: dados de 2013. Brasília: CNMP, 2014b. v. III.

CONILL, Eleonor Minho. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

CORREA, Mariele Rodrigues. **Cartografias do envelhecimento na contemporaneidade:** a velhice e a terceira idade. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

CORTES, Soraya Maria Vargas. Arcabouço histórico-institucional e a conformação de conselhos municipais de políticas públicas. **Educar em Revista**, n. 25, p. 143-174, 2005.

COURA, Alexandre de Castro. FONSECA, Bruno Gomes Borges da. **Ministério Público brasileiro:** entre unidade e independência. São Paulo: LTr, 2015.

COUTRIM, Rosa Maria da Exaltação. Algumas considerações teóricas e metodológicas sobre estudos de sociologia do envelhecimento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 9, n. 3, p. 67-87, 2006. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232006000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 nov. 2014.

COUTRIM, Rosa Maria da Exaltação. Quem disse que os aposentados estão inativos? O Movimento de Aposentados e Pensionistas e o Jogo de Resistência contra o Poder. **Textos sobre o Envelhecimento**, v. 4, n. 7, p. 35-52, 2002. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282002000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 nov. 2014.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, v. 9, n. 3, p. 9-34, 2009.

DALLARI, Sueli Gandolfi et al. Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, ano 30, v. 6, p. 592-601, 1996.

DEBERT, Guita Grin. **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo / FAPESP, 2012.

DEBERT, Guita Grin. A dissolução da vida adulta e a juventude como valor. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 16, n. 34, p. 49-70, 2010.

DEFENSOR DEL PUEBLO. **La atención sociosanitaria en Espanã:** perspectiva gerontologica y otros aspectos conexos. Madrid, 2000. Disponível em:

<http://www.defensordelpueblo.es/es/Documentacion/Publicaciones/monografico/Documentacion/Estudiosocionanitario.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2014.

DEL DUCA, Giovâni Firpo et al. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 796-805, 2009.

DINIZ, Maria Helena. **Norma constitucional e seus efeitos**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1998.

DIOGO, Maria José D'Elboux. Avaliação funcional de idosos com amputação de membros inferiores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 59-65, 2003.

DURANA, Ana Arriba González de; FUENTES, Francisco Javier Moreno. **El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos**. Madrid: IMSERSO, 2009. Colección Estudios. Serie Dependencia.

EGGER, Eva-Maria. **Gênero e risco de pobreza no Brasil**. Fundação Heinrich Böll, 2012. Disponível em: <http://br.boell.org/pt-br/2012/12/07/genero-e-risco-de-pobreza-no-brasil>. Acesso em: 21 jul. 2014.

ESPANHA. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. **Boletín Oficial del Estado**, n. 299, 15 dic. 2006, p. 44142-44156 (15 págs.). Disponível em: <https://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2014.

ESPANHA. RD Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. **Boletín Oficial del Estado**, n. 168, 14 jul. 2012, p. 50428-50514 (91 págs.). Disponível em: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/07/14/pdfs/BOE-A-2012-9364.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2014.

ESPANHA. Constitución Española. **Boletín Oficial del Estado**, n. 311, 29 dic. 1978. Referencia: BOE-A-1978-31229. Disponível em: <www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2014.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do Welfare State. **Lua Nova**, n. 24, p. 85-116, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n24/a06n24.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2013.

ESPING-ANDERSEN, Gosta; PALIER, Bruno. **Los tres grandes retos del estado del bienestar**. Barcelona: Editorial Ariel, 2010.

FALEIROS, Vicente de Paula. Cidadania e direitos da pessoa idosa. **Ser Social**, Brasília, n. 20, p. 35-61, 2007.

FERNÁNDEZ, Alberto Muñoz (Coord.). **El cuidado de las personas dependientes ante la crisis del estado de bienestar.** Valencia: Tirant Humanidades, 2013.

FERRAZ JÚNIOR, Tércio Sampaio; DINIZ, Maria Helena; GEORGAKILAS, Ritinha A. Stevenson. **Constituição de 1988:** legitimidade, vigência e eficácia, supremacia. São Paulo: Atlas, 1989.

FONTE, Felipe de Melo. **Políticas públicas e direitos fundamentais:** elementos de fundamentação do controle jurisdicional de políticas públicas no estado democrático de direito. São Paulo: Saraiva, 2013.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**: Aula inaugural no College de France. Pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Ed. Loyola, 1996.

FRISCHEISEN, Luiza Cristina Fonseca. **Políticas Públicas**: a responsabilidade do administrador e o Ministério Público. São Paulo: Max Limonad, 2000.

FUKUI, Lia. Família: conceitos, transformações nas últimas décadas e paradigmas. In: SILVA, Luiz A. Palma; STANISCI, Silvia Andrade; BACCHETTO, Sinésio (Org.). **Famílias:** aspectos conceituais e questões metodológicas em projetos. Brasília: MPAS/SAS; São Paulo: Fundap, 1998. p. 15-22.

GASCÓN, Silvia; REDONDO, Nélida. **Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores com dependencia.** Série Políticas Sociales. Santiago do Chile: CEPAL, Naciones Unidas, 2014.

GERMANI, Ana Claudia Camargo Gonçalves; AITH, Fernando. Advocacia em promoção da saúde: conceitos, fundamentos e estratégias para a defesa da equidade em saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 34-59, 2013.

GIACOMIN, Karla Cristina et al. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1260-1270, 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. São Paulo. Atlas. 1999.

GODINHO, Robson Renault. **A proteção processual dos direitos dos idosos**: Ministério Público, tutela de direitos individuais e coletivos e acesso à justiça. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2010.

GOHN, Maria da Glória. Movimentos sociais na contemporaneidade. **Revista Brasileira de Educação**, v. 16, n. 47, p. 333-513, 2011.

GOLDENBERG, Mirian. **A bela velhice**. Rio de Janeiro: Record, 2013.

GOODHEAD, Anne; MCDONALD, Janet. **Informal caregivers literature Review**: a report prepared for the National Heath Committee. Wellington: Health Services Centre, Victoria University of Wellington, 2007.

GOULART, Marcelo Pedroso. **Elementos para uma Teoria Geral do Ministério Público**. Belo Horizonte: Arraes, 2013.

GRINOVER, Ada Pellegrini; WATANABE, Kazuo (Coord.). **O controle jurisdicional de políticas públicas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013.

GUIMARÃES, Nadya Araujo; HIRATA, Helena Sumiko; SUGITA, Kurumi. Cuidado e cuidadoras: o trabalho de care no Brasil, França e Japão. **Sociologia & Antropologia**, v. 1, n. 1, p. 151-180, 2011.

HÄBERLE, Peter. **Hermenêutica constitucional**: a sociedade aberta dos intérpretes da Constituição. Contribuição para interpretação pluralista e "procedimental" da Constituição. Porto Alegre: Fabris, 1997.

HABERMAS, Jürgen. **A inclusão do outro**. Estudos de Teoria Política. Edições Loyola: São Paulo, 2004.

HABERMAS, Jürgen. **Direito e democracia**: entre facticidade e validade. Tradução de Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997. v. I e II.

HELPAGE. **Global AgeWatch Index, 2014**. Disponível em: <http://www.ampid.org.br/v1/wp-content/uploads/2014/08/HelpAgeInternational-Informe2014-10-2014-1.pdf>. Acesso em: 1º out. 2014.

HESSE, Konrad. **A força normativa da Constituição.** Porto Alegre: safE, 1991.

HUENCHUAN, Sandra. **Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, 2007-2013.** Santiago de Chile: Nações Unidas, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **PNAD 2013.** Rio de Janeiro: IBGE, 2014a. v. 33.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2014**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014b. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/nota_metodologica_2014.pdf>. Acesso em: 18 set. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**. *Um Panorama da Saúde no Brasil*: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde (PNAD 2008). Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dinâmica demográfica e a mortalidade no Brasil no período 1998-2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2008/notastecnicas.pdf>. Acesso em: 7 out. 2014.

IDÁÑEZ, Maria José Aguilar. ANDER-EGG Ezequiel. **Diagnóstico Social**:conceitos e metodologias. Tradução de Isabel Marques. 3. ed. Rev. e ampl. Porto: Rede Europeia Anti-Pobreza, 2007.

INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES. **Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España.** Madrid: IMSERSO, 2005.

INSTITUTO DE PESQUISA APLICADA. **Políticas sociais**: acompanhamento e análise. Brasília: Ipea, 2014. n. 22.

INSTITUTO DE PESQUISA APLICADA. **O Conselho Nacional dos Direitos do Idoso na Visão de seus Conselheiros.** Relatório de Pesquisa. Projeto Conselhos Nacionais: perfil e atuação dos conselheiros. Brasília: Ipea, 2012.

INSTITUTO DE PESQUISA APLICADA. **PNAD 2009** – Primeiras análises: tendências demográficas. Brasília: Ipea, 2010a. n. 64, p. 19, 22 e 23.

INSTITUTO DE PESQUISA APLICADA. **Perspectivas da política social no Brasil.** Livro 8. Brasília: Ipea, 2010b. Série Eixos Estratégicos do Desenvolvimento Brasileiro.

INSTITUTO DE PESQUISA APLICADA. **Infraestrutura social e urbana no Brasil:** subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas. Livro 6. Brasília: Ipea, 2010c. v. 2. Série Eixos Estratégicos do Desenvolvimento Brasileiro.

JANCZURA, Rosane. Risco ou Vulnerabilidade Social? **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 301-308, 2012.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Porto: Porto Editora, 1995.

KELSEN, Hans. **Teoria pura do Direito.** 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

KERCHE, Fábio. O Ministério Público e a Constituinte de 1987/88. In: SADEK, Maria Tereza (Org.). **O Sistema de Justiça**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

KERCHE, Fábio. **O Ministério Público brasileiro e seus mecanismos de Accountability.** Paper preparado para o XXIII Encontro Anual da Anpocs, GT 12, Estado e Economia. 1999. Disponível em: <http://portal.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=4960&Itemid=358>. Acesso em: 07 out. 2014.

KERSTENETZKY, Celia Lessa. **Políticas sociais sob a perspectiva do Estado do Bem-Estar Social:** desafios e oportunidades para o “catching up” social brasileiro. Niterói, RJ: Cede, 2011. Disponível em: <http://www.proac.uff.br/cede/sites/default/files/TD34.pdf>. Acesso em: 26 out. 2014. (Texto para a Discussão, n. 34).

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica .** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LEBRÃO, Maria Lúcia; DUARTE, Yeda A. de Oliveira (Org.). **SABE** – Saúde, bem-estar e envelhecimento – o projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.

LESSA, Inês. Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis *versus* terceira idade. In: LESSA, Inês (Org.). **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade:** epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1998.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda et al. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. **Caderno de Saúde Pública,** v. 19, n. 3, p. 735-743, 2003.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda et al. Estudo de Bambuí sobre saúde e envelhecimento: metodologia e resultados preliminares de coorte de estudo de idosos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 126-35, 2000.

LOBATO, Alzira Tereza Garcia. Serviço social e envelhecimento: perspectivas de trabalho do assistente social na área da saúde. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Org.). **Saúde e Serviço Social.** 3. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

LOUVISON, Marília Cristina Prado; ROSA, Tereza Etsuko da Costa. Envelhecimento e políticas públicas de saúde da pessoa idosa. In: BERZINS, Marília Viana; BORGES, Maria Claudia (Org.). **Políticas Públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012. p. 157-179.

LOUVISON, Marília Cristina Prado; ROSA, Tereza Etsuko da Costa; BARROSO, Áurea Eleotério Soares (Org.). **Velhices:** experiências e desafios nas políticas do envelhecimento ativo. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

LUZ, Madel Therezinha. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 293-312, 2000.

MACEDO JÚNIOR, Ronaldo Porto. Evolução institucional do Ministério Público brasileiro. In: FERRAZ, Antonio Augusto Mello de Camargo (Org.). **Revista Ministério Público, Instituição e Processo**. São Paulo: Atlas, 1997.

MACHADO, Igor Suzano. O Ministério Público e a judicialização da política. **Boletim Cedes**. Rio de Janeiro, p. 17-20, 2008. Disponível em: <http://www.cedes.iuperj.br>. Acesso em: 26 dez. 2014.

MACINTYRE, Alasdair. **Animales racionales y dependientes:** por qué los seres humanos necesitamos las virtudes. Barcelona: Paidós, 2013.

MADRID. **Centros de día municipales:** modelos de atención. Direción General de Mayores. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid. 2011. Disponível em: <http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Mayores/Publicaciones/Ficheros/CDM%20Modelos%20de%20atenci%C3%B3n/CDM%20Modelos%20de%20atenci%C3%B3n.pdf#page=1>. Acesso em: 18 jun. 2014.

MAGAÑA, Coral Calderón (Coord.). **Redistribuir el cuidado:** el desafío de las políticas. Santiago de Chile: Cepal-ONU, 2013. Cuadernos de la Cepal n. 101.

MAIO, Iadya Gama. Os tratados internacionais e o Estatuto do Idoso: rumo a uma convenção internacional? In: COSTA FILHO, Waldir Macieira da et al. (Org.). **Estatuto do Idoso**: dignidade humana como foco. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2013. p. 30-43.

MALTA, Deborah Carvalho; CASTRO, Adriana Miranda de; GOSCH, Cristiane Scolari et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 18, n. 1, p. 79-86, 2009.

MANZINI, Eduardo José. A entrevista na pesquisa social. **Didática.** São Paulo, v. 26/27, 1990/1991.

MARINHO, Alexandre et al. **Avaliação de eficiência em sistemas de saúde**: Brasil, América Latina, Caribe e OCDE. Rio de Janeiro: Ipea, 2012. Texto para Discussão, n. 1.784.

MARTÍ, Joaquín Santos. **El cuarto pilar:** un nuevo relato para los servicios sociales. Madrid: Paraninfo; Consejo General del Trabajo Social, 2012.

MARTÍN, José Jesús Martín; GONZÁLEZ, Maria del Puerto López del Amo. La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en España. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2773-2782, 2011.

MARTINS, Joel; BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. **A pesquisa qualitativa em Psicologia:** fundamentos e recursos básicos. 5. ed. São Paulo: Centauro, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Envelhecimento demográfico e lugar do idoso no ciclo da vida brasileira. In: Trench B, Rosa TEC, organizadores. **Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa.** São Paulo: Instituto de Saúde; 2011. p. 7-15.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JÚNIOR, Carlos E. A. (Org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MINISTÉRIO PÚBLICO. Procuradoria-Geral de Justiça. **Plano Geral de Atuação 2013**. Florianópolis: Procuradoria-Geral de Justiça, 2013.

MONTAÑO, Sonia; MAGAÑA, Coral Calderón (Coord.). **El cuidado en acción**: entre el derecho y el trabajo. Santiago de Chile: Cepal-Unifem, 2010. Cuadernos de la CEPAL n. 94.

MOSCOVICI, Serge. On social representations. In: FORGAS, J. P. (Org.). **Social cognition**: perspectives on everyday understanding. New York: Academic Press, 1981.

NASCIMENTO, Emerson Oliveira do. Os novos institucionalismos na ciência política contemporânea e o problema da integração teórica. **Revista Brasileira de Ciência Política,** nº 1. Brasília, jan./jun. de 2009, p. 95-121.

NAVARRO, José Manuel Ramírez et al. **XIII Dictamen del Observatorio**: informe sobre el desarrollo y evaluación territorial de la ley de promoción de la autonomia personal y atención a las personas em situación de dependencia. Junio, 2014.

NETO, Aristides Monteiro. **Governos estaduais no federalismo brasileiro**: capacidades e limitações no cenário atual. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. Texto para discussão n. 1894.

NEVES, Marcelo. **A constitucionalização simbólica**. São Paulo: Acadêmica, 1994.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **Help wanted? Providing and paying for long-term care.** Paris: Organization for Economic Cooperation and Development, 2011. Disponível em: <http://www.oecd.org/health/healthsystems/helpwantedprovidingandpayingforlong-termcare.htm>. Acesso em: 17 ago. 2014.

ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL. II Informe. **Observatorio sobre adultos mayores**. Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la situación de los adultos mayores en la región 2012-2014. Madrid: Secretaría General de la OISS, 2013.

OLIVEIRA, Lis Mônara Araújo de. **Vulnerabilidade social e situações de sisco**. 2014. Disponível em: <http://www.mp.rn.gov.br/portal/inicio/pessoa-com-deficiencia/pessoa-com-deficiencia-material-de-apoio/2037-vulnerabilidade-social-e-situacoes-de-risco-1?path=>. Acesso em: 06 out. 2014.

OLIVEIRA, Luciano Moreira de. **Ministério Público e políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014.

OLIVEIRA, Luciano Moreira de. O Ministério Público brasileiro e a implementação de políticas públicas. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, ano 50, n. 198, p. 223-238, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Envejecimiento activo: un marco político. **Revista Española de Geriatria y Gerontología**, v. 37, supl. 2, p. 74-105, 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Population Division. **Envelhecimento no século XXI**: celebração e desafio, 2012. Disponível em: <http://unfpa.org/ageingreport>. Acesso em: 24 abr. 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Resolução 46/91. **Princípios das Nações Unidas para as pessoas idosas**. Aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas, 1991. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/legislacao/copy2_of_DOCUMENTOS_LEGAIS.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; Organização Mundial de Saúde, 2005.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Análise de discurso**: princípios e procedimentos. 11. ed. Campinas: Pontes Editores, 2013.

ORTEGA, Santiago González (Dir.). **La aplicación de la Ley de la Dependencia en España**. Madrid: Consejo Económico y Social, 2013.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. **Qualidade de vida do idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2001. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-09112001-162639/>. Acesso em: 11 dez. 2014.

PAUTASSI, Laura. Cuidado y derechos: la nueva cuestión social. En: MONTAÑO, Sonia; MAGAÑA, Coral Calderón (Coord.). **El cuidado en acción:** entre el derecho y el trabajo. Santiago de Chile: Cepal-Unifem, 2010. Cuadernos de la Cepal, n. 94.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. **Controle democrático como garantia de direitos da pessoa idosa**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretariada Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2007.

PEREIRA, Roberta Amorim et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Revista Escola de Enfermagem**. USP, v. 47, n. 1, p. 185-192, 2011.

PERES, Marcos Augusto de Castro. Terceira idade, ação política e autonomia: as políticas da velhice como tecnologias sociais. **Revista Tecnologia e Sociedade**, Curitiba, n. 6, p. 193-216, 1º sem. 2008.

PERES, Marcos Augusto de Castro. **Velhice, trabalho e cidadania:** as políticas da terceira idade e a resistência dos trabalhadores idosos à exclusão social. 2007. 372 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PESSÔA, Elisângela Maia. **Assistência social ao idoso enquanto direito de proteção social em municípios do Rio Grande do Sul**. 2010. 243 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2010.

PINHEIRO, Naide Maria (Org.). **Estatuto do Idoso comentado**. 3. ed. Campinas: Servanda, 2012.

PINHEIRO, Odette de Godoy. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK, Mary Jane (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. Ed. virtual. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013. p. 156-187. Disponível em: <http://www.bvce.org.br/LivrosBrasileirosDetalhes.asp?IdRegistro=261>. Acesso em: 23 out. 2014.

PINO, Eloísa del; LARA, Maria Josefa Rubio (Ed.). **Los estados de bienestar en la encrucijada**. Políticas Sociales en Perspectiva Comparada. Madrid: Tecnos, 2013.

QUEIRÓZ, Zaly Pinto Vasconcelos. O Impacto do cuidado na vida do cuidador de idosos: fator de risco de negligência doméstica em idosos dependentes. In: BERZINS, Marília Viana; MALAGUTTI, William (Org.). **Rompendo o silêncio:** faces da violência na velhice. São Paulo: Martinari, 2010. p. 295-325.

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. **Curso de Direito do Idoso**. São Paulo: Saraiva, 2014.

REALE, Miguel. **Lições preliminares de Direito**. 24. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

REIS, Alberto dos; COSTA, José e Afonso. **Organização judiciária e Teoria do Processo**. Coimbra: Coimbra Editora, 1902-1903.

RIO DE JANEIRO. Rio de Janeiro [cidade]. Centro Internacional de Longevidade do Brasil. Declaração do Rio 2013. FÓRUM INTERNACIONAL WDA, 2013. Rio de Janeiro, RJ: ILC-BR.

ROCHA, Décio. DEUSDARÁ, Bruno. Análise de conteúdo e análise do discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. **ALEA** v. 7, n. 2, jul./dez., 2005.

RODRIGUES, Lizete de Souza; SOARES, Geraldo Antonio. Velho, idoso e terceira idade na sociedade contemporânea. **Revista Ágora**, Vitória, n. 4, p. 1-29, 2006.

RODRIGUES, Nara da Costa. Política Nacional do Idoso – retrospectiva histórica. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 3, p. 149-158, 2001.

RODRÍGUEZ, Pilar Rodríguez. **El apoyo informal como destinatario de los programas de intervención en situaciones de dependencia**. Madrid, 2006. Disponível em: <http://www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones/525/08%20EL%20APOYO%20INFORMAL%20COMO%20DESTINATARIO.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2014. (Documentación Social, n. 141).

RODRÍGUEZ, Tereza Martínez. **Centro de atención diurna para personas mayores**: atención a las situaciones de fragilidad y dependencia. Madrid: Médica Panamericana, D.L., 2010.

ROJAS, Rodrigo Cançado Anaya. **Participação popular e Ministério Público no Brasil**: defesa do regime democrático e dos interesses metaindividuais no marco de uma teoria crítica dos direitos humanos. Belo Horizonte: Arraes Editores, 2012.

ROZENDO, Adriano da Silva. **Construção social do envelhecimento e experiências da velhice**. 2010. 106 f. Dissertação. (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras, 2010.

ROZENDO, Adriano da Silva; JUSTO, José Sterza. Institucionalização da velhice e regressão: um olhar psicanalítico sobre os asilos de velhos. **Revista Kairós Gerontologia,** v. 15, n. 8, p. 25-51, 2012.

ROZENDO, Adriano da Silva; JUSTO, José Sterza. Sentidos e espaços da velhice na legislação brasileira. In: TRENCH, Belkis; ROSA, Tereza Etsuko da Costa (Org.). **Nós e o outro**: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa. São Paulo: Instituto de Saúde, 2011. p. 35-58. Temas em Saúde Coletiva, 13.

SABELLA, Walter Paulo et al. (Coord.). **Ministério Público**: vinte e cinco anos do novo perfil constitucional. São Paulo: Malheiros, 2013.

SABINO. Marco Antonio da Costa. Quando o Judiciário ultrapassa seus limites constitucionais e institucionais. O caso da saúde. In: GRINOVER, Ada Pellegrini; WATANABE, Kazuo (Coord.). **O Controle Jurisdicional de Políticas Públicas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013. p. 353-386.

SACARDO, Daniele Pompei et al. Novas perspectivas na gestão do sistema de saúde da Espanha. **Saúde e Sociedade,** v. 19, n. 1, p. 170-179, 2010.

SADEK, Maria Tereza. A construção de um novo Ministério Público resolutivo. **De jure**, Belo Horizonte, v. 1, p. 130-140, 2009. Disponível em:

<https://aplicacao.mpmg.mp.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/135/constru%C3%A7ao%20novo%20mp_Sadek.pdf?sequence=1>. Acesso em: 23 out. 2014.

SALVADOR, Evilasio. Fundo Público e o financiamento das Políticas Sociais no Brasil. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 14, n. 2, p. 4-22, 2012.

SAMARA, Eni de Mesquita. **A família brasileira**. São Paulo: Brasiliense, 1998.

SANTOS, Figueiredo; ENCARNAÇÃO, Fernanda. **Modernidade e Gestão da Velhice.** Algarve: Centro Regional de Segurança Social do Algarve, 1997.

SANTOS, André Luiz dos; MAGALHÃES JÚNIOR, Alexandre Alberto de Azevedo. Instrumentos de atuação extrajudicial do Ministério Público. In: SABELLA, Walter Paulo et al. (Coord.). **Ministério Público**: vinte e cinco anos do novo perfil constitucional. São Paulo: Malheiros, 2013. p. 673-698.

SANTOS, Marcos André Couto. A Efetividade das normas constitucionais: as normas programáticas e a crise constitucional. **Revista de Informação Legislativa.** Brasília, v. 37, n. 147, p. 5-14, 2000.

SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos. **Idosos, família e cultura**: um estudo sobre a construção do papel do cuidador**.** 3. ed. rev. São Paulo: alínea, 2010.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Desenvolvimento Social. **Guia de Orientações Técnicas:** Centro Dia do Idoso – Centro Novo Dia. São Paulo: Secretaria de Desenvolvimento Social, 2014.

SÃO PAULO (Município). Secretaria da Saúde do Município de São Paulo. **Documento Norteador do Programa Acompanhante de Idosos do Município de São Paulo.** São Paulo: SMS, 2012.

SÃO PAULO (Município). Secretaria da Saúde do Município de São Paulo. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. CODEPPS. **Violência doméstica contra a pessoa idosa**: orientações gerais. São Paulo: SMS, 2007.

SARACENO, Chiara. Familismo ambivalente y clientelismo categórico en el Estado de bienestar italiano. En: SARASA, Sebastià; MORENO, Luis (Ed.). *El* **estado del bienestar en la Europa del Sur.** Madrid: Raycar, 1995. p. 261-288.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 9. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos Direitos Fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1998.

SARTINI, Cristina Maria. CORREIA, Arlene de Mendonça. **Programa maior cuidado**: qualificando e humanizando o cuidado. Pensar/BH. Política Social, 2012.

SECO, José María Alonso. **Política social europea**. Madrid: Uned, 2013.

SERAFIM, Milena Pavan; DIAS, Rafael de Brito. Análise de política: uma revisão da literatura. **Cadernos Gestão Social**, Salvador, v. 3, n. 1, p. 121-134, 2012.

SICHES, Luis Recasens. **Tratado general de Filosofia del Derecho***.* México: Editoral Porrúa, 1959.

SILVA, Cátia Aida. Promotores de Justiça e novas formas de atuação em defesa de interesses sociais e coletivos. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São paulo, v. 16, n. 45, p. 127-144, 2001a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v16n45/4334.pdf>. Acesso em: 23 out. 2014.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 19. ed. São Paulo: Malheiros, 2001b.

SILVA, José Afonso da. **Aplicabilidade das normas constitucionais**. 3. ed. São Paulo: Malheiros, 1998.

SILVA, Pedro Luiz Barros; MELO, Marcus André Barreto de. **O Processo de Implementação de políticas públicas no Brasil**: Características e Determinantes da Avaliação de Programas e Projetos. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – NEPP, 2000. Caderno n. 48.

SOSVILLA, Simón. Diálogos para la Dependencia 2010. **Actas de la Dependencia**, Madrid, n. 1, p. 14-21, 2011.

SOUZA, Luiz Roberto Salles. **Da atuação do Ministério Público brasileiro na fase pré-processual penal:** uma análise Crítica. 2002. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, 2002.

SPINK, Mary Jane; MEDRADO, Benedito. Produção de Sentido no Cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, Mary Jane (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. Ed. Virtual. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013. p. 22-41. Disponível em: <http://www.bvce.org.br/LivrosBrasileirosDetalhes.asp?IdRegistro=261>. Acesso em: 23 out. 2014.

SPOSATI, Aldaíza de Oliveira. Desafios do sistema de proteção social. Le Monde Diplomatique Brasil, 4 jan. 2009. Disponível em: <http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=420>. Acesso em: 17 ago. 2014.

SPOSATI, Aldaíza de Oliveira. A profissionalização do agente institucional gestor de política social como política de diretos de cidadania: o caso da gestão da assistência social na cidade de São Paulo. In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD

SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 10., 2005, Santiago, Chile. **Anais**... Santiago, 2005. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/RH/sposati_rh.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2014.

SPOSATI, Aldaíza de Oliveira. Especificidade e intersetorialidade da política de assistência social. Desafios para fazer avançar a política de assistência social no Brasil**. Revista Serviço Social e Sociedade***,* São Paulo, n. 77, p. 30-53, 2004.

STEPANSKY, Daizy Valmorbida; COSTA FILHO, Waldir Macieira da; MULLER, Neusa Pivatto (Org.). **Estatuto do Idoso:** dignidade humana como foco. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2013.

TAVARES, Marcelo Leonardo. Assistência Social. In: SARMENTO, Daniel; SOUZA NETO, Cláudio Pereira de (Org.). **Direitos Sociais**: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2008.

TEIXEIRA, Jane Blanco; SOUZA JUNIOR, Paulo Roberto Borges de; HIGA, Joelma e THEME FILHA, Mariza Miranda. Doença de Alzheimer: estudo da mortalidade no Brasil, 2000-2009. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2015, v. 31, n.4, p. 850-860.

TEIXEIRA, Solange Maria. Descentralização e participação social: o novo desenho das políticas sociais. **Revista Katálysis***,* Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 154-163, 2007.

TENÓRIO, Fernando Guilherme (Org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. 8. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004.

TOBÍO, Constanza et al. **El cuidado de las personas**. Un reto para el siglo XXI. Madrid: Fundación la Caixa, 2010. Collección Estudios Sociales n. 28.

TORRONTEGUY, Marco Aurélio Antas; RAUPP, Luciane. Obstáculos Políticos à Advocacia Sanitária no Brasil: a pesquisa com células-tronco embrionárias. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 86-106, 2008.

ULLMANN, Heidi; VALERA, Carlos Maldonado; RICO, María Nieves. **La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010**: los retos de la pobreza, la vulnerabilidad y el cuidado. Santiago de Chile: Cepal-Unicef, 2014. Série Políticas Sociales n. 193.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações**. Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LEVCOVITZ, Eduardo. Proteção social: introduzindo o debate. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; IBAÑEZ, Nelson (Org.). **Proteção social:** dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec, 2005.

VIEIRA, Andréia Gomes Andrade Lima. **A importância do Estatuto do Idoso na efetivação do princípio da igualdade material**. 2010. Disponível em: <http://institutoprocessus.com.br/2012/wp-content/uploads/2011/12/7_edicao1.pdf>. Acesso em: 23 set. 2014.

VIEIRA, Eliane Brandão. **Manual de Gerontologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization.** Basic Documents. Genebra, 1946.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA OS COORDENADORES DOS CENTROS DE APOIO

1- No âmbito do Ministério Público do seu estado (ou Distrito Federal), existe algum Centro de Apoio ou alguma coordenação que trata da temática específica voltada à pessoa idosa? Caso positivo, qual o nome do Centro de Apoio?

2- Caso negativo, qual o Centro de Apoio que cuida da temática da pessoa idosa?

3- Qual cargo Vossa Excelência ocupa?

4- Há quanto tempo ocupa este cargo?

5- Há quanto tempo é Membro do Ministério Público?

6- Quantos Membros do Ministério Público atuam na área de defesa dos direitos da pessoa idosa em seu estado (ou Distrito Federal)?

7- Existem promotorias especializadas na área de defesa dos direitos da pessoa idosa em seu estado (ou Distrito Federal)? Caso positivo, quantas?

8- Em sua opinião, o Ministério Público de seu estado (ou Distrito Federal) vem atuando no sentido de implementar políticas públicas voltadas à proteção da pessoa idosa, no que se refere aos cuidados de longa duração intermediários[141], principalmente o equipamento denominado centro-dia[142]?

---

[141]O Decreto nº 1.948/96, que regulamentou a Política Nacional do Idoso, previu que as formas de organização dos serviços de atenção ao idoso não se restringem à modalidade asilar de assistência social, pois existem aquelas consideradas não asilar, *que são modalidades de cuidados de longa duração intermediários, tais como o centro de convivência, o centro de cuidados diurno (centro-dia), a casa-lar, a oficina abrigada de trabalho, o atendimento domiciliar* ou outras formas que visem à promoção e à integração da pessoa idosa na família e na sociedade que se encontram inseridas (como, por exemplo, teleassistência, sistema de cuidadores pagos pelo governo, hospital-dia ou leitos de cuidados prolongados destinado a idosos, centro de cuidados noturnos, Serviço de Atenção Domiciliar – SAD).

[142]Caracteriza-se por ser um espaço para atender idosos que possuem limitações para a realização das Atividades de Vida Diária (AVD), que convivem com suas famílias, porém não dispõem de atendimento de tempo integral, no domicílio. É um recurso sociossanitário e de apoio familiar que durante o dia oferece atenção às necessidades básicas pessoais, terapêuticas e socioculturais aos idosos afetados por diferentes graus de dependência. Promove a autonomia e a permanência do idoso em seu entorno habitual. Oferece serviços de atenção social (acolhimento, relações com a família e orientação), atenção à saúde psicofísica (reabilitação, terapia ocupacional, higiene pessoal, orientação nutricional), socialização e participação social. O Centro-Dia tem como função principal manter a situação funcional do idoso e diminuir a sobrecarga dos cuidadores. É um recurso que depende mais de serviços sociais que sanitários.

9 - Em sua opinião, qual é hoje a atuação na área cível do Ministério Público de seu estado (ou do Distrito Federal), em uma escala de 1 a 9, **em uma ordem decrescente de prioridade**?

ÁREA	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º
pessoa idosa									
infância e juventude									
saúde									
consumidor									
educação									
pessoa com deficiência									
habitação									
improbidade administrativa									
meio ambiente									

10- Quantos centros-dia, públicos ou conveniados com o Poder Público, existem atualmente em funcionamento em seu estado (ou Distrito Federal), que sejam exclusivamente voltados à pessoa idosa?

( ) públicos ( ) conveniados com o poder público ( ) não sabe informar

11- Quantos desses centros-dia implantados no âmbito de seu estado (ou Distrito Federal) são decorrentes da atuação direta ou indireta do Ministério Público?

( ) públicos ( ) conveniados com o poder público ( ) não sabe informar

12- Quantas atividades foram desenvolvidas pelo Ministério Público de seu estado (ou Distrito Federal), nos anos 2012 e 2013, que envolva a temática dos cuidados de longa duração intermediários, principalmente o equipamento de centro-dia para as pessoas idosas?

_____

2012

a) Ações Civis Públicas ajuizadas – ACP: _____

b) Recomendações feitas: _____

c) Audiências Públicas realizadas: _____

d) Termos de Ajustamento de Conduta – TAC firmados: _____

e) Ações preventivas (tais como visitas, reuniões, palestras, cartilhas ou manuais): _____

( ) não sabe informar

2013

a) Ações Civis Públicas ajuizadas – ACP: _____

b) Recomendações feitas: _____

c) Audiências Públicas realizadas: _____

d) Termos de Ajustamento de Conduta – TAC firmados: _____

e) Ações preventivas (tais como visitas, reuniões, palestras, cartilhas ou manuais): _____

( ) não sabe informar

13- No Ministério Público do seu estado (ou do Distrito Federal), existe algum Plano Geral de Atuação (ou Planejamento Estratégico) por escrito em vigor atualmente? Caso positivo, existe nele a previsão da temática dos cuidados de longa duração intermediários, principalmente o equipamento de centro-dia para as pessoas idosas? Solicitamos o fornecimento de uma cópia ou acesso ao teor deste Plano.

14- Em sua opinião, quais são os possíveis motivos ou entraves à implementação dos cuidados intermediários de longa duração no seu estado (ou Distrito Federal)?

15- Caso deseje, relate alguma experiência exitosa com a temática dos cuidados de longa duração intermediários, principalmente o equipamento de centro-dia, para as pessoas idosas em seu estado (ou Distrito Federal), que foi ou esteja sendo desenvolvida com a participação direta ou indireta do Ministério Público:

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA OS PROMOTORES DE JUSTIÇA

1- Qual promotoria que Vossa Excelência atualmente ocupa e de qual cidade (ou Comarca)?

2- Há quanto tempo trabalha nessa promotoria?

3- Há quanto tempo é Membro do Ministério Público?

4- Há quanto tempo trabalha na defesa dos direitos da pessoa idosa?

5- Em sua opinião, a quem cabem os cuidados com os idosos dependentes (família, Estado, etc.)? Qual a responsabilidade desses entes?

6- Em sua opinião, existe uma real política pública voltada para os cuidados de longa duração intermediários[143]?

7- Que políticas públicas incluem o equipamento denominado centro-dia[144] nesses cuidados?

8- Em sua opinião, quais são os possíveis motivos ou entraves à implementação dos cuidados intermediários de longa duração no seu estado?

9- Como o Ministério Público de seu estado tem atuado no sentido de implementar políticas públicas voltadas à proteção da pessoa idosa, no que se refere aos cuidados de longa duração intermediários, principalmente o equipamento denominado centro-dia?

---

[143]O Decreto nº 1.948/96, que regulamentou a Política Nacional do Idoso, previu que as formas de organização dos serviços de atenção ao idoso não se restringem à modalidade asilar de assistência social, pois existem aquelas consideradas não asilar, *que são modalidades de cuidados de longa duração intermediários, tais como o centro de convivência, o centro de cuidados diurno (centro-dia), a casa-lar, a oficina abrigada de trabalho, o atendimento domiciliar* ou outras formas que visem à promoção e à integração da pessoa idosa na família e na sociedade que se encontram inseridas (como, por exemplo, teleassistência, sistema de cuidadores pagos pelo governo, hospital-dia ou leitos de cuidados prolongados destinado a idosos, centro de cuidados noturnos, Serviço de Atenção Domiciliar – SAD).

[144] Caracteriza-se por ser um espaço para atender idosos que possuem limitações para a realização das Atividades de Vida Diária (AVD), que convivem com suas famílias, porém não dispõem de atendimento de tempo integral, no domicílio. É um recurso sociossanitário e de apoio familiar que durante o dia oferece atenção às necessidades básicas pessoais, terapêuticas e socioculturais aos idosos afetados por diferentes graus de dependência. Promove a autonomia e a permanência do idoso em seu entorno habitual. Oferece serviços de atenção social (acolhimento, relações com a família e orientação), atenção à saúde psicofísica (reabilitação, terapia ocupacional, higiene pessoal, orientação nutricional), socialização e participação social. O Centro-Dia tem como função principal manter a situação funcional do idoso e diminuir a sobrecarga dos cuidadores. É um recurso que depende mais de serviços sociais que sanitários.

10- Qual o papel do Ministério Público na garantia de cuidados de longa duração intermediários a pessoas idosas?

11- O(A) senhor(a) é o(a) responsável direto(a), ou seja, a sua promotoria tem atribuições para determinar que o estado implemente essa política pública de cuidados de longa duração intermediários, principalmente o equipamento denominado centro-dia?

12- Pelas pesquisas até agora realizadas nos Planos Gerais de Atuação e de Planejamento Estratégico dos Ministérios Públicos estaduais, a prioridade de atuação, na sua maioria, tem sido a fiscalização de Instituições de Longa permanência. Em sua opinião, quais os possíveis motivos para essa prioridade? Por que outras modalidades de cuidados de longa duração não seriam mencionados?

13- Caso deseje, relate alguma experiência exitosa com a temática dos cuidados de longa duração intermediários, principalmente o equipamento de centro-dia, para as pessoas idosas em seu estado (ou Distrito Federal), que foi ou esteja sendo desenvolvida com a participação direta ou indireta do Ministério Público:

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

(Necessário timbre institucional)

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA e TERMO DE COMPROMISSO

Declaro estar ciente da realização da pesquisa “DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NO BRASIL E A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO” no Ministério Público do Estado do _____.

A pesquisadora, **Iadya Gama Maio**, se comprometeu a utilizar os dados coletados apenas para a realização da pesquisa supracitada e respeitar a Res CNS 466/2012 e suas complementares. Como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Declaro ainda que conheço e farei cumprir os requisitos da referida resolução e suas complementares.

_____ (local), _____ de _____ de 2014.

_____

Assinatura e carimbo do responsável institucional

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS COORDENADORES DOS CENTROS DE APOIO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NO BRASIL E A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO.

Pesquisador Responsável: Iadya Gama Maio

Este projeto tem o objetivo de conhecer como o Ministério Público estadual e do Distrito Federal têm atuado na temática das políticas públicas voltadas à proteção da pessoa idosa, no que se refere aos cuidados de longa duração intermediários, principalmente na modalidade centro-dia.

Para tanto, será necessário realizar uma entrevista individual, mediante o preenchimento de um questionário.

Esclarecemos que a identidade do entrevistado será preservada, e o conteúdo da entrevista será utilizado exclusivamente para a realização da pesquisa que posteriormente deverá resultar em publicação científica.

Durante a execução da pesquisa, a pesquisadora poderá entrar em contado com o entrevistado para esclarecimento de eventuais dúvidas.

A participação na pesquisa tem risco mínimo, decorrente de possível desconforto pelo tempo necessário para o preenchimento do formulário.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa e ter meus direitos de: receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa; retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo; não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade; procurar esclarecimentos com a pesquisadora nos telefones 84-3211-1384/84-88295815 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da

Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779 ou na Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo-SP, CEP 01246-904 em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar da pesquisa.

Local e data: _____, _____de_____ de _____ .

Nome do respondente do questionário: _____

Assinatura: _____

Eu, *Iadya Gama Maio*, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante.

_____

IADYA GAMA MAIO

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROMOTORES DE JUSTIÇA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NO BRASIL E A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO.

Pesquisador Responsável: Iadya Gama Maio

Este projeto tem o objetivo de conhecer como o Ministério Público estadual e do Distrito Federal têm atuado na temática das políticas públicas voltadas à proteção da pessoa idosa, no que se refere aos cuidados de longa duração intermediários, principalmente na modalidade centro-dia.

Para tanto, em etapa anterior da pesquisa, foi encaminhado aos Coordenadores dos Ministérios Públicos estaduais e do DF um questionário, para termos uma visão geral da atuação dos MP na temática. Visando agora conhecer melhor a atuação de promotores que têm a atenção à pessoa idosa como sua área de especialidade, necessitamos realizar uma entrevista individual, mediante o preenchimento de um questionário específico.

Esclarecemos que a identidade do entrevistado será preservada, e o conteúdo da entrevista será utilizado exclusivamente para a realização da pesquisa, que posteriormente deverá resultar em publicação científica e que os resultados serão apresentados de forma coletiva.

Durante a execução da pesquisa, a pesquisadora poderá entrar em contado com o entrevistado para esclarecimento de eventuais dúvidas.

A participação na pesquisa tem risco mínimo, decorrente de possível desconforto pelo tempo necessário para o preenchimento do formulário.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa e ter meus direitos de: receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa; retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo; não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade; procurar esclarecimentos com a pesquisadora nos telefones 84-3211-1384/84-88295815 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779 ou na Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo-SP, CEP 01246-904 em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar da pesquisa.

Local e data: _____, _____de_____ de _____.

Nome do respondente do questionário: _____

Assinatura:_____

Eu, *Iadya Gama Maio*, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante.

_____

IADYA GAMA MAIO

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NO BRASIL E A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO

Pesquisador: IADYA GAMA MAIO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39080313.7.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 924.443

Data da Relatoria: 25/12/2014

Apresentação do Projeto:

Inalterado

Objetivo da Pesquisa:

Os mesmos

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Inalterados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Acrescentou cartas de anuência dos demais estados e o TCLE nesta nova apresentação do projeto. Esclareceu que não haverá entrevistas e o formulário aos sujeitos será enviado via internet.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atendidos os termos obrigatórios

Recomendações:

Nada a acrescentar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendeu as pendências quanto às cartas de anuência, forneceu esclarecimentos sobre questionários e acrescentou TCLE adequado

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

ANEXO E – CURRÍCULOS LATTES

Helena Akemi Wada Watanabe

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/9291284753904386

Última atualização do currículo em 21/10/2014

Possui graduação em Enfermagem (1982), Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública e Licenciatura em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (1983), especialização em Saúde Pública pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (1985) mestrado (1993) e doutorado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP (1999). Atualmente é professora doutora da mesma universidade. Tem experiência nas áreas de Saúde Pública e Promoção da Saúde atuando principalmente nos seguintes temas: Promoção da saúde; Saúde pública e envelhecimento; Cuidados de longa duração, Instituição de Longa Permanência para Idosos e Promoção da Saúde e Segurança Alimentar e Nutricional. Foi membro e vice-coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. É membro dos grupos de pesquisa Promoção da Saúde e Promoção da Saúde e Segurança Alimentar e Nutricional. É tutora do Programa de Educação pelo Trabalho - PROPET Saúde - USP Capital pelo Curso de Nutrição. É assessora ad hoc da FAPESP e parecerista ad hoc de periódicos científicos nacionais. Orientadora de pós-graduação do Programa de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública e do Programa de Mestrado Profissional Interunidades Formação Interdisciplinar em Saúde, ambos da USP. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Helena Akemi Wada Watanabe

Nome em citações bibliográficas WATANABE, Helena Akemi Wada;Watanabe HAW;WADA, Helena Akemi

Endereço

Endereço Profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública.
Av Dr. Arnaldo 715
Cerqueira César
01246904 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (011) 30617754
Fax: (011) 30833501

Iadya Gama Maio

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/9991413685393033

Última atualização do currículo em 22/10/2014

Iadya Gama Maio Atualmente Promotora de Justiça do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Norte, com atuação na área de defesa dos direitos das pessoas com deficiência e do idoso. É também Presidente da Associação Nacional dos Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência-AMPID (biênio 2013 a 2015). Doutoranda em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo(USP). Mestra em Direito Constitucional pela UFCE(2003) e em Gerontologia Social pela Universidade Autônoma de Madri/Espanha. Especialista em MBA-gestão de negócios pela UNP/IBEMEC. Já foi Diretora da Fundação Escola Superior do Ministério Público do RN-FESMP/RN(2000-2004) e Conselheira do Conselho Nacional do Idoso-CNDI (biênio 2008-2010). Co-autora e uma das Coordenadoras do livro Pessoas Idosas no Brasil-abordagens sobre os seus direitos-Brasília: Instituto Atenas; AMPID, 2009, Co-autora do livro Rompendo o Silêncio - Faces da Violência na Velhice- São Paulo: Editora Martinari, 2010. Co-autora do livro Estatuto do Idoso Comentado, lançado pela editora LZN(Campinas-São Paulo) em 2005 e já na sua 3ª edição lançada pela editora Servanda (Campinas-SP) em 2012 e co-autora do livro Estatuto do idoso: Dignidade Humana Como Foco. Brasília : Secretaria de Direitos Humanos, 2013. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Iadya Gama Maio

Nome em citações bibliográficas MAIO, I. G.

Endereço

Endereço Profissional Ministério Público do Estado do RN, 30a. Promotoria de Justiça.
Av. Marechal Floriano Peixoto, 550 , 5º. andar
Petrópolis
59020-500 - Natal, RN - Brasil
Telefone: (84) 32327244
URL da Homepage: www.mp.rn.gov.br