

ENVELHECIMENTO E DEFICIÊNCIA: uma revisão da literatura

Realização



Iniciativa



Parceria





APRESENTAÇÃO

O presente documento foi elaborado no âmbito do projeto *Envelhecimento e Deficiência: Direitos e Políticas Públicas*, aprovado no Edital nº001/2017 do Conselho Estadual do Idoso^[1]. Ele é financiado pela Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social do Governo do Estado de São Paulo com recursos do Fundo Estadual do Idoso e executado pela Mais Diferenças, por intermédio do termo de fomento/processo nº 2310/2017, assinado em 22 de maio de 2019.

Cerca de 63% dos idosos brasileiros apontaram, no último Censo Demográfico, ter alguma deficiência. Como a perda de algumas funcionalidades é comum no processo de envelhecimento, o Estatuto do Idoso considera que esse grupo da população deve ter preferência na destinação de políticas públicas e recursos para garantia de seus direitos. Além disso, população idosa é considerada “especialmente vulnerável” pela Lei Brasileira de Inclusão. Diante desse contexto, o projeto propõe uma caracterização, mapeamento de boas práticas e recomendações para políticas públicas voltadas à garantia dos direitos da população idosa no contexto do estado de São Paulo, mais especificamente na região da Diretoria de Assistência e Desenvolvimento Social (Drads) de Campinas, que engloba 43 municípios paulistas.

Como parte dessa caracterização, esta revisão bibliográfica buscou sistematizar a produção de conhecimento científico sobre as temáticas do envelhecimento de pessoas com deficiência e da perda de funcionalidades na velhice, de maneira a subsidiar as próximas ações do projeto bem como disseminar informações a respeito da vulnerabilidade desse estrato da população, com especial relevância para a formulação e aprimoramento de políticas públicas voltadas ao atendimento da população idosa com deficiência.

[1] O título original do projeto, conforme aprovado em edital, é “A população idosa com deficiência em situação de vulnerabilidade: caracterização, boas práticas e recomendações para políticas públicas”.



SOBRE A MAIS DIFERENÇAS

A Mais Diferenças é uma associação qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) pelo Ministério da Justiça e como Entidade Promotora de Direitos Humanos pela Secretaria de Justiça do Estado de São Paulo. Fundada em dezembro de 2005, a organização tem como focos de atuação a Educação e a Cultura Inclusivas, bem como a defesa dos direitos das pessoas com deficiência. A missão da Mais Diferenças é construir, articular, promover e implementar práticas e políticas inclusivas com os diversos setores da sociedade para garantir os direitos humanos, prioritariamente das pessoas com deficiência.



FICHA TÉCNICA

COORDENAÇÃO GERAL

Carla Mauch

Wagner Santana

PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Coordenação

Thaís Pereira Martins

Levantamento e análise

Ana Carolina Radzevicius Alexandre

Matheus Nunes de Freitas

RELATÓRIO FINAL

Ana Carolina Radzevicius Alexandre

Matheus Nunes de Freitas

REVISÃO

Carla Mauch

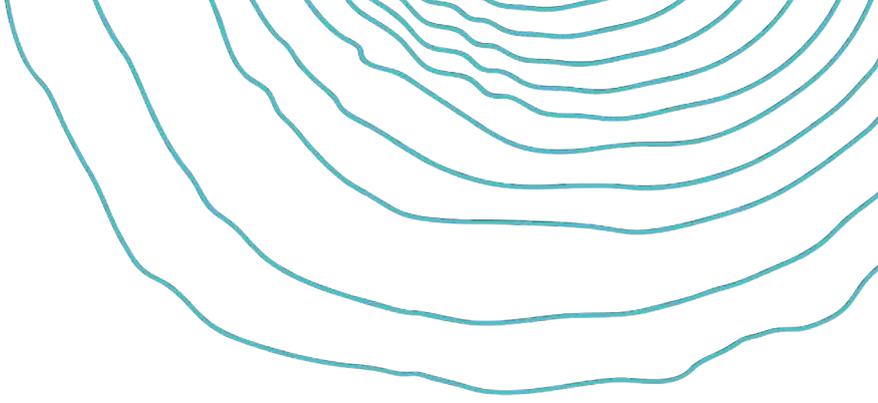
Thaís Pereira Martins

Wagner Santana

Para citar este documento, sugerimos:

MAIS DIFERENÇAS (São Paulo). **Envelhecimento e deficiência: uma revisão da literatura.** 2019. Disponível em: <<http://maisdiferencas.org.br/projeto/idosos-deficiencia/>>.





SUMÁRIO

INTRODUÇÃO [11]

METODOLOGIA [13]

1. Apresentação das temáticas abordadas [15]

- a. Envelhecimento de pessoas com deficiência [15]
- b. Perda de funcionalidades com o envelhecimento [19]

2. Conexões entre as duas temáticas [24]

- a. Papéis de atores sociais [25]
 - i. Estado e sociedade [25]
 - ii. Família [32]
 - iii. A (o) idosa(o) [35]
- b. Envelhecimento ativo e o paradigma da inclusão [37]
- c. Desenvolvimento de políticas e programas [40]
 - i. Políticas e programas [41]
 - ii. Produção legislativa [46]

CONCLUSÃO [50]

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS [53]



INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa - seja por avanços científicos que promoveram o aumento na expectativa de vida ou por mudanças no padrão de produção e consumo das sociedades - é um aspecto demográfico visto no mundo inteiro e apresenta complexos desafios a todos os países. O Brasil acompanha esta tendência mundial de envelhecimento da população, apresentando, de acordo com o IBGE (2013), uma estimativa de taxa de crescimento de 4% da população idosa ao ano no período entre 2012 a 2022. Os estudos apontam que a população brasileira de idosos, que era de 19,6 milhões (ou 11% da população) em 2010, atingirá cerca de 42 milhões de pessoas em 2030 e aproximadamente 73,5 milhões em 2060, passando a corresponder por 19% e 32%, respectivamente, do total da população brasileira.

Conforme abordam Camarano e Pasinato (2004), este contexto de envelhecimento populacional é complexificado por um quadro de crise fiscal e de conjuntura recessiva, dificultando a expansão de políticas sociais para a população idosa. Destaca-se que não só a expansão da proteção social é prejudicada, como também a própria manutenção dos direitos já conquistados pelas pessoas idosas no Brasil em meio às recentes propostas de reformas do sistema de Seguridade Social.

Além do desafio da manutenção de direitos e do acesso a serviços nessa fase da vida, apresentam-se como obstáculos as dificuldades já inerentes ao processo de envelhecimento, dentre as quais destacam-se no presente relatório a perda de funcionalidades e o desenvolvimento de deficiências. Como apontam Segalla, Silva e Pedroso (2008) e Silveira et al. (2010), com o passar dos anos, o aparelho biológico sofre um processo de degradação, isto é, ocorre o declínio das funções de diversos órgãos e sistemas.

De todo modo, cabe ressaltar que a perspectiva aqui adotada não parte apenas da análise biomédica da perda de funcionalidades no envelhecimento. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), o declínio de funções pode ser provocado pelo desuso, doenças, fatores comportamentais, fatores psicológicos e fatores sociais, mais do que pelo envelhecimento biológico em si.

Além da perspectiva da perda de funcionalidades na velhice, entende-se como desafio a ser abordado neste cenário de envelhecimento populacional o aumento da expectativa de vida das pessoas com deficiência. De acordo com o Censo 2010, cerca de 45 milhões de brasileiros possuem algum tipo de deficiência. Como salientam Segalla, Silva e Pedroso (2008), pessoas com deficiências congênitas ou adquiridas em fases anteriores à velhice possuem atualmente melhores condições de saúde, fazendo com que as mesmas apresentem maiores índices de expectativa de vida.

Desse modo, somado à perda de funcionalidades na velhice, há o próprio envelhecimento das pessoas com deficiência, que historicamente têm tido seus direitos negados em nossa sociedade. Destaca-se que no Brasil, aproximadamente 65% da população idosa brasileira apresenta ao menos um tipo de deficiência, segundo o Censo Demográfico de 2010. Neste cenário - de envelhecimento de pessoas com deficiência e de perda de funcionalidades na velhice - mostra-se urgente a construção de sociedades mais acessíveis e inclusivas e que promovam o envelhecimento ativo destas populações.

O presente relatório realiza, portanto, uma revisão bibliográfica sobre as temáticas do envelhecimento de pessoas com deficiência e da perda de funcionalidades na velhice, a fim de contribuir para o embasamento de políticas públicas transversais voltadas à população idosa com deficiência.

METODOLOGIA

Considerando os eixos temáticos do projeto “Envelhecimento e Deficiência: direitos e políticas públicas”, iniciou-se a presente revisão bibliográfica por meio da busca por artigos, textos para discussão, relatórios técnicos, teses acadêmicas e outras produções que analisassem os temas do envelhecimento de pessoas com deficiência e da perda de funcionalidades na velhice. Esta busca foi realizada no Google Acadêmico e na Scientific Electronic Library Online (SciELO).

A pesquisa utilizou como palavras-chaves os seguintes termos: envelhecimento, pessoas com deficiência, velhice, idoso, população idosa, deficiente, necessidades especiais e perda de funcionalidade. Vale mencionar que a busca incluiu artigos em português, inglês e espanhol e que as referências bibliográficas das publicações encontradas também foram levadas em conta, objetivando a incorporação de estudos que não foram encontrados nos portais supracitados.

Com base nos critérios estabelecidos, chegou-se a 26 trabalhos (artigos, textos para discussão, relatórios técnicos, teses acadêmicas e etc) que analisavam os eixos temáticos que compõem o projeto “Envelhecimento e Deficiência: direitos e políticas públicas”.

Com base nesta seleção, criou-se um mapa mental de conceitos que nortearam a construção do relatório de pesquisa bibliográfica, conforme a Figura 1.

A elaboração deste instrumento, ao sistematizar os tópicos relevantes e recorrentes na literatura, revelou que alguns destes demandavam maior aprofundamento, de tal modo que, a fim de preencher possíveis lacunas, realizou-se um levantamento bibliográfico complementar. Com isso, ampliou-se a base de trabalhos selecionados de 26 para 40.

Após a leitura e análise crítica dos trabalhos encontrados, 33 compuseram a presente revisão da literatura. As próximas seções apresentam os resultados desta revisão bibliográfica.

1. Apresentação das temáticas abordadas

a. Envelhecimento de pessoas com deficiência

Para um entendimento mais completo da multiplicidade de aspectos relacionados ao fenômeno de envelhecimento de pessoas com deficiência é fundamental considerar a experiência da pessoa com deficiência ao longo da vida. Isto é, os desafios enfrentados por essa população antes do envelhecimento impactam e complexificam o cenário de sua velhice.

Em primeiro lugar, é importante retomarmos o conceito de pessoa com deficiência. A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, promulgada no Brasil pelo Decreto nº 6.949/2009 com status de emenda constitucional, considera que pessoas com deficiência são aquelas que têm:

impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em **interação** com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

Ao vincular o conceito de deficiência à existência de barreiras, a definição da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência dialoga fortemente com o chamado *modelo social da deficiência*. Este modelo tem como ideia principal, segundo Medeiros e Diniz (2004, p. 108), que a “deficiência não deve ser entendida como um problema individual, mas como uma questão eminentemente social”. Desse modo, os desafios em prover a equiparação de oportunidades às pessoas com deficiência são frutos da incapacidade da sociedade em lidar com a diversidade humana.

Contraopondo-se ao *modelo biomédico* que, em linhas gerais, caracteriza a deficiência como inadequação individual (PACHECO & ALVES, 2007), o *modelo social* sustenta que “nem todo corpo com impedimentos vivencia a discriminação, a opressão ou a desigualdade pela deficiência, pois há uma relação de dependência entre o corpo com impedimentos e o grau de acessibilidade de uma sociedade.” (DINIZ, 2007, p. 23).

Nesse sentido, a partir da perspectiva de Vigotski, destacado psicólogo do século XX, objeto de estudos de Garcia (1999) e Nuernberg (2008), nossa sociedade, quando se esquiva de transformações necessárias para reconhecer e abranger especificidades, é responsável por criar *deficiências secundárias* em indivíduos com *deficiência primária*, isto é, “o universo cultural estar construído em função de um padrão de normalidade [...] cria barreiras físicas, educacionais e atitudinais para a participação social e cultural da pessoa com deficiência.” (2008, p. 309)

Dessa forma, embasando-se conjuntamente no *modelo social* da deficiência e na teoria vigotskiana, é possível inferir que as pessoas com deficiência, havendo sofrido exclusões sistemáticas ao longo da vida, podem mostrar-se especialmente vulneráveis aos desafios presentes no processo de envelhecimento e na vivência da terceira idade.

A investigação das consequências dessas reiteradas marginalizações no decorrer da vida para o idoso com deficiência revelou-se como tema significativo na literatura acadêmica, em particular aqueles que se circunscrevem ao caso dos idosos com deficiências intelectuais. Bigby (2008) apud Judge et. al (2010, p. 295) aponta que “muitos adultos mais idosos com deficiência intelectual (DI) utilizam serviços de apoio para aceder às atividades diárias, não se casaram ou tiveram filhos, possivelmente tenham redes de suporte informal limitadas e não ocuparam empregos assalariados.”^[2]

Por sua vez, Sousa e Franco (2012, p. 285) destacam que, no âmbito familiar, de acordo com Widmer et. al (2008), “os indivíduos com DI se sentem menos centrais [...], sentem a sua rede familiar menos densa e mais ‘desligada’ do que os indivíduos da mesma faixa etária sem DI”; e paralelamente, no âmbito da comunidade, segundo Bramston et al (2002) e Kamper & Goreczny (2007), “pessoas com DI têm menos contactos sociais, menos oportunidades para fazer amigos e menor envolvimento em atividades comunitárias do que os seus pares sem DI” (SOUSA; FRANCO, 2012, p. 286).

Para além, em compatibilidade com a argumentação vigotskiana de que a “proposição de formas de ensino centradas nos limites intelectuais e sensoriais resulta na restrição das suas [da pessoa com deficiência] oportunidades de desenvolvimento” (Nuernberg, 2008, p. 309), Veríssimo (2018) sustenta que esse processo culmina, para os idosos com deficiência, em uma dificuldade, por exemplo, na aceitação da morte, pela “falta de

[2] Tradução livre do original: “Bigby (2008) notes that many older adults with ID will use support services to access day activities, will have not married or had children, may have limited informal social support networks, and will not have been in paid employment.”

exposição aos rituais, como os funerais, procurando poupar a pessoa a estas ocorrências complicadas na vida”. Esse estresse pode se replicar em situações de “separação ou morte de um familiar, a solidão e até a mudança de residência”. (VERÍSSIMO, 2018, p. 57) Simultaneamente, diversos estudos acadêmicos também debruçam-se sobre as possíveis especificidades de saúde dos idosos com deficiência, novamente com mais recorrência sobre aqueles com deficiências intelectuais. Moreira et. al (2000) apud Veríssimo (2018) destacam a aceleração do processo fisiológico de envelhecimento em pessoas portadoras de DI; corroborando à essa ideia, a Fundação AFID Diferença (2018), instituída em Portugal pela Associação Nacional de Famílias para a Integração de Pessoa Deficiente, citada por Veríssimo (2019, p.37), enfatiza que esse processo pode se dar, entre os 30 e 40 anos, devido a “problemas associados ao uso continuado de medicação específica que causam problemas secundários de saúde, como desmineralização, osteoporose e alterações físicas e motoras.” Ainda em relação aos fatores de risco de saúde específicos deste grupo, de acordo com Veríssimo (2018, p. 56), Novel et. al (2008) sublinham “os desvios expressivos de peso (um IMC abaixo ou acima dos valores considerados adequados a cada sujeito), a falta de exercício físico e o uso prolongado de medicação.”

Todavia, até mesmo na observação de possíveis particularidades da condição biomédica de idosos com e sem deficiência, é crucial ponderar o aspecto social já que, como demonstrado por Heller (2008) apud. Sousa e Franco (2012, p. 285), “esta população tem menor acesso aos serviços de saúde e serviços de pior qualidade, já que provêm muitas vezes de comunidades com baixos rendimentos”, reiterando o enunciado de Vigotski de que “não existe nenhum aspecto no qual o biológico possa ser separado do social.”^[3]

Isto é, apesar das peculiaridades de saúde para pessoas envelhecendo com DI, que podem, em maior ou menor grau, ser semelhantes em pessoas com outros tipos de deficiência, o aspecto de isolamento social apresenta-se, como argumenta Almeida (2006) apud Veríssimo (2018), como principal marcador de diferença no processo de envelhecimento de pessoas sem e com deficiência e esse fator pode atingir pessoas com todos os tipos de deficiência.

Logo, por enfrentar a acumulação de efeitos de um contínuo isolamento social e a sobreposição em sua figura de um imaginário social estigmatizante tanto ao redor da pessoa idosa quanto da pessoa com deficiência, essa população apresenta-se “especialmente

[3] Tradução livre de Vigotski (1997) citado por Nuernberg (2008) no original: “[...] no existe aspecto alguno donde lo biológico pueda ser separado de lo social”

vulnerável”, como aponta o parágrafo único do Art. 5º da Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015), a mais recente legislação sobre o tema.

Nesse sentido, a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência determina em seu texto que a população idosa com deficiência deve ser particularmente considerada na elaboração de políticas e programas. Em seu artigo 28, a Convenção determina que a população idosa com deficiência, ao lado de mulheres e crianças com deficiência, deve ser foco prioritário de programas de proteção social e redução da pobreza.

Apesar de, com todo o exposto, se tornar incontestável a caracterização da pessoa idosa com deficiência como “especialmente vulnerável”, mostra-se fundamental enfatizar também as similaridades compartilhadas por idosos com e sem deficiência.

Judge et. al (2010, p. 295) alega que “assim como seus pares da mesma faixa etária, idosos com DI são suscetíveis ao desenvolvimento de demência (Cooper & Van der Speck, 2009; Strydom, Hassiotis, & Livingston, 2005), dificuldade sensorial (Lifshitz & Merrick, 2004) e mobilidade reduzida (Cleaver, Hunter, & Ouellette-Kuntz, 2009).”^[4]

Como um todo, esses desafios podem ser definidos como perda de funcionalidades com o envelhecimento, processo enfrentado por idosos com e sem deficiência. Diante de tal conclusão, voltando à perspectiva do modelo social, a deficiência, portanto, “não pertence apenas ao universo do inesperado e, sim, é algo que faz parte da vida de uma grande quantidade de pessoas” (MEDEIROS, 2007, p. 107). Isto é, com o envelhecimento populacional e a perda de funcionalidades relacionadas a esse processo, a deficiência, como resultado da inadequação social a diferentes individualidades, torna-se “um tema de pauta não mais limitado aos movimentos de *deficientes*, mas de todos os movimentos sociais igualitaristas” (MEDEIROS, 2007, p. 120).

Desse modo, da revisão bibliográfica realizada depreende-se, em primeiro lugar, a urgência de desenvolvimento de estudos acadêmicos sobre idosos com diferentes deficiências no Brasil, considerando não só a necessidade de embasar cientificamente ações de combate à vulnerabilidade de tal grupo, mas também que a literatura existente recorrentemente tem se debruçado majoritariamente sobre a deficiência intelectual. Além da predominância dos estudos sobre DI, outro ponto evidenciado é que - apesar desta revisão bibliográfica

[4] Tradução livre do original: Like their age peers, older adults with ID are likely to develop dementia (Cooper & Van der Speck, 2009; Strydom, Hassiotis, & Livingston, 2005), sensory impairments (Lifshitz & Merrick, 2004), and difficulties with mobility (Cleaver, Hunter, & Ouellette-Kuntz, 2009),

apoiar-se no modelo social da deficiência em sua análise - grande parte dos estudos sobre as deficiências adota a perspectiva do modelo biomédico, consolidando a compreensão de deficiência como *desvantagem social* (DINIZ, PEREIRA & SANTOS, 2009). Em segundo lugar, constata-se semelhanças entre idosos com e sem deficiência e até mesmo pessoas com deficiência não idosas, já que estes potencialmente compartilham a experiência de exclusão social e que, sendo assim, podem ser beneficiários de políticas públicas transversais. Como salientam Segalla, Silva e Pedroso (2008, p. 1026), “as dificuldades enfrentadas por quem tem deficiência ou é idoso não são poucas, em razão de nosso contexto social despreparado e discriminatório. Pior ainda se o idoso tiver alguma deficiência”.

Destarte, o avanço de estudos sobre o envelhecimento de pessoas com deficiência levando em conta as diferentes deficiências e as experiências compartilhadas de idosos com e sem deficiência pode contribuir para uma vida digna para estes grupos. Como denotam Dinis, Pereira & Santos (2009, p. 74) “assegurar a vida digna não se resume mais à oferta de bens e serviços médicos, mas exige também a eliminação de barreiras e a garantia de um ambiente social acessível”; por isso, compreender os aspectos do envelhecimento de pessoas com deficiência pode contribuir para a promoção e exercício da cidadania por este grupo.

b. Perda de funcionalidades no envelhecimento

Mostrou-se consensual e assíduo na literatura acadêmica o entendimento de que “com o passar dos anos, as capacidades do corpo humano vão diminuindo, e que, quanto mais o tempo passa, mais o aparelho biológico sofre um processo de degradação” (Segalla et. al, 2008: p. 1025). Todavia, para compreender tal processo de perda de funcionalidades com o envelhecimento de uma perspectiva ampla, extrapolando a análise unicamente biomédica, mostra-se relevante, antes de tudo, contextualizar o envelhecimento em si.

A conquista da longevidade proporcionada, em grande parte, por avanços científicos e tecnológicos pode, segundo Silva (2016), ser entendida de perspectivas opostas: como um triunfo da civilização humana ou como um problema social. Tais interpretações, por sua vez, são fortemente influenciadas pelos valores culturais e tradições de uma sociedade, como declara a OMS em sua publicação “Envelhecimento Ativo: uma política de saúde” (2005).

Historicamente, o imaginário social predominante é permeado por “uma percepção negativa a respeito da população idosa, que é vista como dependente e vulnerável, tanto

do ponto de vista econômico quanto do da saúde e autonomia, sem papéis sociais, que vivencia apenas perdas” (CAMARANO & PASINATO, 2004, p. 7). Segundo o caderno de Envelhecimento Ativo da OMS (2005, p. 20), as consequências desta aceção estigmatizante são concretas e preocupantes: “quando as sociedades atribuem sintomas de doença ao processo de envelhecimento, elas têm menor probabilidade de oferecer serviços de prevenção, detecção precoce e tratamento apropriado”.

Logo, considerando o acelerado aumento de expectativa de vida e o crescimento da população idosa, urge a necessidade de assumir uma nova concepção. Com efeito, já mostra-se presente uma transformação do imaginário social ao redor do envelhecimento. De acordo com a perspectiva apresentada pela OMS (2005, p. 44), esse novo paradigma “desafia o ponto de vista tradicional de que aprender é função apenas de crianças e jovens, trabalhar é tarefa da meia idade, e aposentar refere-se à terceira idade”, de tal forma que defende que em todas as idades se possa ter uma vida ativa e repleta de aprendizados. Nesse mesmo sentido, Camarano e Pasinato (2004, p. 256) sustentam que “pessoas idosas podem contribuir significativamente para o desenvolvimento econômico e social”.

A partir desta nova perspectiva pode-se, então, consolidar a interpretação da longevidade como uma conquista da humanidade e, conseqüentemente, “o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas.”, como estabelecido pela Segunda Assembleia Mundial da ONU através do Plano de Madri (2002).

Neste contexto, a perda de funcionalidades com o envelhecimento não pode ser interpretada simplesmente como um processo inevitável que deve ser enfrentado de forma puramente individual. Retomando o conceito do *modelo social*, observa-se que “impedimentos corporais somente ganham significado quando convertidos em experiências pela interação social” (Diniz et. al, 2009: p. 67), implicando que a perda de funcionalidades é desafio em âmbito coletivo e não apenas individual.

Novamente, mostra-se necessário contrapor as perspectivas do *modelo social* e do *modelo biomédico*, amplamente difundido, que “apregoa que quem cuida da saúde, pratica exercícios, alimenta-se bem e consulta regularmente um médico tem maior chance de viver mais e melhor” (Pereira et. al, 2015: p. 1455). Sendo assim, ao destacar a preponderância da influência dos fatores sociais no processo de envelhecimento, o *modelo social* recusa a

interpretação de que os desafios vivenciados por idosos sejam “coisas da idade” e advoga serem obrigatórias transformações que tornem a sociedade plenamente acessível para indivíduos com diferentes necessidades, incluindo os idosos com perda de funcionalidades. Partindo do pressuposto de que é imprescindível a transformação do paradigma estigmatizante do envelhecimento para uma perspectiva de direitos humanos e, tendo o *modelo social* como embasamento teórico crucial, realizou-se então revisão bibliográfica sobre a perda de funcionalidades na velhice.

Neste processo, por um lado, revelou-se uma preocupação da academia diante da transformação das principais causas de morte da população: “em vez das doenças infecto-contagiosas, tornam-se predominantes as doenças crônico-degenerativas e suas complicações”. (Alves et. al, 2008: p. 1200). Nesse sentido, Girondi et. al (2016: p. 317), com base no IBGE (2010), argumentam que “envelhecer sem doença crônica ainda é uma exceção” e, para além, recorrentemente as doenças crônicas são indicadas como causas para “desenvolvimento de deficiências”, como definido por Amaral et. al (2012: p. 1200).

Diante de tais abordagens quanto às doenças crônicas, como a diabetes e problemas respiratórios, destacamos a pertinência de empregar o *modelo social* da deficiência como método de análise. Embasando-se neste *modelo*, segundo o qual as limitações corporais só se convertem em deficiências frente à interação com uma sociedade não inclusiva, a tendência crescente de lesões associadas às doenças crônicas reforça a urgência de políticas públicas que visem o combate às diversas barreiras de acessibilidade na sociedade.

Assim, pode-se inferir que o cenário mundial de prevalência de doenças crônicas é um desafio de responsabilidade pública - social e estatal - e que, portanto, não pode ser tratado na literatura como decorrente unicamente de fatores comportamentais e, sendo assim, definido como um problema individual. Isto significa que, para além de medidas de inclusão e acessibilidade, a situação quanto às doenças crônicas demanda programas consistentes de educação em saúde, que contemplem também o público jovem, e de prevenção e tratamento, que possam diminuir as lesões associadas a tais doenças no público idoso.

Na análise da literatura, por outro lado, verificou-se que *‘incapacidade funcional’* e *‘dependência’* são os termos mais usuais para referir-se ao tema da perda de funcionalidades e, em suas definições, evidenciou-se o enfoque *biomédico*, como em Alves et. al (2008, p. 1203):

A incapacidade funcional diz respeito ao desempenho físico e pode ser definida pela dificuldade ou necessidade de ajuda para o indivíduo executar tarefas cotidianas básicas ou mais complexas necessárias para a vida independente na comunidade e tarefas relacionadas à mobilidade.

Ainda no que se refere às definições de *incapacidade funcional*, sobressai-se a ênfase na necessidade de diferenciação entre atividades básicas e instrumentais na criação de indicadores. Isto é, usualmente, em pesquisas empíricas, como a de Del Duca et. al (2009), opta-se por investigar a perda de funcionalidades por meio do nível de dependência para realizar algumas atividades básicas, como “alimentar-se” e “vestir-se”, e algumas atividades instrumentais, como “fazer compras” e “locomover-se a lugares distantes através de algum meio de transporte”. Nestes casos, as entrevistas conduzidas costumam oferecer três respostas possíveis ao idoso: “independente”, “precisa de ajuda parcial” ou “precisa de ajuda total/não conseguem fazer”.

Diante de tais aferições, salienta-se mais uma vez a relevância de incluir o *modelo social* como ferramenta teórica de análise, já que, ao considerar a incapacidade funcional somente como “indicador do estado de saúde” (Del Duca et. al, 2009: p. 798), essa metodologia invisibiliza o fator social. Estudos como o de Amaral et. al (2012), destacam a relevância destas variáveis, identificando as barreiras arquitetônicas e a distância atrelada à falta de transporte público como os principais fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde.

Dessa maneira, salienta-se que a construção de um panorama mais realista e completo da perda de funcionalidade depende de uma observação multidimensional, isto é, que pondere conjuntamente fatores biomédicos e sociais sob perspectiva crítica. Exemplo da viabilidade dessa abordagem é o estudo conduzido por Rosa et. al (2003) que, para além de examinar variáveis biomédicas, investiga e encontra correlação entre o nível de *dependência* e aspectos socioeconômicos como escolarização, relações sociais, acesso ao lazer e auto-avaliação de saúde. Porém, ainda neste caso, enfatizamos a necessidade de ampliação dos fatores sociais considerados para que se investiguem, por exemplo, correlações entre o grau de acessibilidade e de inclusão do contexto social no qual o idoso está inserido e seu processo de perda de funcionalidades.

Como um todo, portanto, observou-se que, com o aumento da expectativa de vida, torna-se indispensável a transformação do paradigma ao redor do envelhecimento, de tal modo que simultaneamente se construa um imaginário social positivo em relação ao idoso e se expandam políticas de proteção e inclusão deste grupo, em ambos os aspectos considerando principalmente a perda de funcionalidades e suas consequências. Por sua vez, para corroborar com o embasamento de tais políticas e com a renovação dos valores culturais, averiguou-se a necessidade de produção acadêmica com perspectiva ampla sobre a perda de funcionalidades no envelhecimento, incluindo aquelas derivadas de doenças crônicas, que ultrapasse o modelo puramente biomédico e pondere a complexidade de fatores sociais.

Desse modo, em consonância com o concluído na Seção 2.a., constata-se que a perda de funcionalidades faz com que a pauta da acessibilidade e inclusão extrapole a população com deficiência, já que idosos com e sem deficiência e até mesmo pessoas com deficiência não idosas, por potencialmente compartilharem a experiência de exclusão social, demandam políticas públicas transversais de proteção e inclusão.

2. Conexões entre as duas temáticas

Como já salientado, tanto o envelhecimento de pessoas com deficiência como a perda de funcionalidades no envelhecimento convergem em sua necessidade de se construir políticas públicas que contribuam para sociedades mais acessíveis e inclusivas e que promovam o envelhecimento ativo destas populações. Decerto, os desafios enfrentados por idosos com e sem deficiência são complexos e passam por, ao menos, três dimensões, quais sejam: a) a atuação dos atores sociais, notadamente o Estado, as famílias e os próprios idosos; b) o paradigma existente em relação ao processo de envelhecimento e de inclusão destas populações; e c) a construção de políticas e programas para estes públicos. Estas três dimensões serão abordadas na presente seção do relatório.

Antes, cabe ressaltar que estes dois campos - envelhecimento de pessoas com deficiência e perda de funcionalidades na velhice - não se apresentam de maneira integrada na literatura. O que se observa é, conforme supracitado, a inexistência de estudos que consideram as experiências do processo de envelhecimento de pessoas com e sem deficiência de maneira conjunta. Corroborando com esta afirmação a pesquisa de Girondi et al. (2014, p. 826), que analisa a acessibilidade de equipamentos da atenção primária para idosos com deficiência no município de Florianópolis (SC), ao pontuar que “ser idoso e ter uma deficiência constituem situações de vulnerabilidade, porém na esfera municipal, não há registros de estudos e pesquisas oficiais nesta área”.

Apesar de não compor um campo de pesquisa majoritário na academia, o processo de envelhecimento de pessoas com e sem deficiência encontra-se mencionado no trabalho de Segalla, Silva & Pedroso (2008, p. 1017):

sabemos das dificuldades enfrentadas pelas pessoas que têm deficiência em todas as fases de sua vida, todavia, certamente uma atenção especial deverá ser dada àquelas pessoas que portadoras de deficiência alcançarão uma idade avançada. Além disso, este estudo demonstra a relação direta entre idade e deficiência: quanto mais avançada a idade, maiores são as chances de se adquirir uma deficiência.

Desse modo, a fim de contribuir para sanar esta lacuna encontrada na literatura, esta seção prossegue com a análise das três dimensões citadas anteriormente integrando as questões vinculadas ao processo de envelhecimento de pessoas com deficiência e de perda de funcionalidades ao envelhecer.

a. Papéis de atores sociais

i. Estado e sociedade

Como afirma Silva (2016, p. 219), “a compreensão da longevidade como conquista da humanidade requer um redirecionamento das ações do Estado destinadas ao segmento social idoso e a todas as gerações”. Isto é com o aumento da expectativa de vida e o crescimento da população idosa, tornar-se urgente realizar uma análise crítica das políticas públicas já existentes para este grupo a fim de fundamentar a formulação de ajustes e inovações necessárias para que o Estado se adeque a este novo cenário, especialmente no que se refere aos idosos com deficiência e às perdas de funcionalidades com o envelhecimento.

Neste sentido, a revisão bibliográfica empreendida revelou significativo destaque da aposentadoria dentre as políticas de seguridade social direcionadas à população idosa. Recorrentemente enfatizou-se o contraste entre o caráter fundamental da aposentadoria para o bem-estar do idoso e de sua família e a usual insuficiência do valor para efetivamente proporcionar a subsistência. Areosa e Areosa (2008, p.142) destacam que:

Entre os idosos que participam da PEA (População Economicamente Ativa), 52,7% eram aposentados ou pensionistas no período entre 1997 e 2000. Isso pode ser tomado como indicador de que o benefício pago ao assegurado seja insuficiente no provimento de suas necessidades básicas ou para manter o padrão de vida adquirido pelo trabalho ao longo de sua vida.

Neste cenário, é crucial salientar que o impacto negativo do baixo valor do benefício mostra-se ainda mais grave para os idosos com deficiência, congênita ou adquirida no envelhecimento, já que esta população é imputada de diversos gastos adicionais (MEDEIROS, DINIZ, SQUINCA; 2007, p. 12) e, muitas vezes, não está apto a adentrar ou se manter no mercado de trabalho a fim de complementar a renda.

Somada a tal situação de fricção, a literatura frequentemente frisa que, com o aumento da expectativa de vida, eleva-se “a preocupação com a pressão que o crescimento da população idosa possa fazer sobre os gastos previdenciários” (AREOSA; AREOSA, 2008, p. 141) que reflete-se em um “aumento da pressão sobre os benefícios” e na tendência de promoção de uma cultura de previdência privada (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 275).

Todavia, é essencial salientar que, como argumentam Cielo e Vaz (2009, p. 37), a interpretação sobre o papel do Estado neste tema não deve ser puramente contábil e econômica, já que

através da Constituição Federal brasileira de 1988, que introduziu em suas disposições o conceito de Seguridade Social, fez-se com que a rede de proteção social alterasse o seu enfoque estritamente assistencialista, passando a ter uma conotação ampliada de cidadania.

Isto é, compreendendo o Estado como o incumbido primeiro de prover condições para o exercício da cidadania, a adequação do aparato público de previdência social às novas condições demográficas releva-se mandatória. Frente a este desafio, Camarano e Pasinato (2004, p. 275) afirmam que

as tradicionais maneiras de financiar a seguridade social não serão suficientes para lidar efetivamente com a população idosa do futuro em um contexto de crescente informalização da economia. A busca de solução para o seu financiamento deve levar em conta outras formas de captação de recursos, bem como de sua distribuição.

Neste contexto vale destacar que os idosos com deficiência, para além de enfrentar as fraquezas atuais e as ameaças futuras à aposentadoria, frequentemente ainda fazem frente às consequências da exclusão social contínua ao longo da vida ao não serem beneficiários desta política. Isto é, pessoas com deficiência por frequentemente experimentarem “baixas taxas de emprego e baixo nível de escolaridade” decorrentes das barreiras sociais, acabam por não contribuir o suficiente para serem contemplados com a política.

Desta perspectiva, o chamado Benefício de Prestação Continuada (BPC) mostra-se como política de proteção social indispensável e de caráter especialmente interessante a este estudo, já que seus beneficiários são pessoas com deficiência e idosas com renda familiar

de até ¼ de salário mínimo *per capita*. Todavia, apesar de sua inegável importância para mitigar situações de extrema pobreza, a revisão bibliográfica realizada indicou uma série de problemáticas ao redor da formulação do BPC.

Medeiros, Diniz e Squinca (2006) tecem crítica quanto ao critério de renda do Benefício, não só defendendo o aumento do teto para, ao menos, meio salário mínimo, mas contrapondo-o ao critério de consumo que, segundo os autores, seria mais eficaz por assimilar as despesas extras relacionadas diretamente ao envelhecimento e à deficiência. Ademais, os autores apontam que “é possível que dentre a parcela de idosos no BPC exista um número considerável de idosos *deficientes*, os quais que se encontram classificados na categoria idosos e não na de *deficientes*” (MEDEIROS; DINIZ; SQUINCA, 2006, p. 24).

A grave lacuna do BPC ao não coletar dados nem observar as necessidades específicas de idosos com deficiência, sejam essas anteriores ou decorrentes do envelhecimento, soma-se a uma “sobrevalorização do discurso médico em detrimento das variáveis sociológicas da deficiência” quando da concessão do benefício que “não parece estar em harmonia com os princípios igualitários que fundamentam o programa.” (MEDEIROS; DINIZ; SQUINCA, 2006, p. 15).

Tal preponderância do modelo médico, por sua vez, exclui possíveis beneficiários já idosos e com deficiência que tenham menos de 65 anos, já que o BPC adota esta como idade mínima, contrariando os 60 anos estabelecidos pelo Estatuto do Idoso, Lei 10.741/2003. Outrossim, segundo Medeiros, Diniz e Squinca (2006), ao dispensar o modelo social da deficiência, o BPC acaba por dificultar a regularidade das avaliações dos médicos-peritos na concessão do benefício, em particular no caso das doenças crônicas, que podem ou não ser consideradas como condição elegível ao benefício.

Entretanto, crucial salientar que, em 2019, estas críticas encontram pouco espaço no debate público e político e, ao contrário de um avanço em direção a uma reformulação progressista, há uma ameaça de restrição ao BPC em meio às recentes propostas de reformas do sistema de Seguridade Social. Contrariando o entendimento do sistema de Seguridade Social como provisor de ampla cidadania, a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 287/2016, que dispõe sobre alterações em artigos relativos à seguridade social, propõe a elevação da idade na qual idosos podem solicitar o benefício de 65 para 70 anos e a desvinculação do salário mínimo, impactando diretamente a abrangência e efetividade deste importante direito conquistado por pessoas idosas e pessoas com deficiência.

Aliada à análise de potencialidades e limitações, atuais e possivelmente futuras, das políticas de previdência e de assistência social, respectivamente, aposentadoria e Benefício de Prestação Continuada, mostrou-se igualmente relevante a análise e problematização da abrangência e acessibilidade arquitetônica dos equipamentos e serviços públicos para idosos com deficiência e com perda de funcionalidade decorrente do envelhecimento.

Nesta perspectiva, ainda discutindo o formato do BPC, Medeiros, Diniz e Squinca (2006, p. 12) sustentam que “qualquer critério focado exclusivamente na renda não leva em conta a disponibilidade de serviços públicos que, em uma população tão pobre, são um determinante dos níveis de bem-estar de famílias tão importante quanto a renda familiar.”

Pressupondo, dessa forma, a centralidade do oferecimento de serviços públicos para o bem-estar da pessoa idosa com ou sem deficiência, observou-se que, apesar de englobar uma série de setores, como mobilidade urbana e cultura, a discussão sobre serviços públicos para esta população concentra-se especialmente na disponibilidade e no acesso a equipamentos de saúde. De fato, tal reincidência de enfoque na literatura mostra-se justificada, já que esta população possui “padrões de morbimortalidade” que “diferem radicalmente dos observados para o restante da população, o que requer que estes sejam alvo de políticas de saúde especiais.” (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 276).

Em sua publicação sobre Envelhecimento Ativo, a OMS estabelece o “livre-acesso a postos de saúde e programas de reabilitação e procedimentos custo eficazes” (2005, p. 37) como um dos fatores centrais para prevenção de incapacidades e para viabilização da plena participação da vida comunitária por pessoas, idosas ou não, com deficiência.

A legislação nacional igualmente mostra-se bastante avançada quanto aos direitos da população idosa. A Lei 8.842, a Política Nacional do Idoso (PNI), criada em 1994, repercutiu no âmbito da saúde na Política Nacional de Saúde do Idoso que, em 1999, estabeleceu como eixos “medidas preventivas com especial destaque para a promoção da saúde e atendimento multidisciplinar específico para esse contingente.”(CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 269).

Todavia, por todo o Brasil apresentam-se graves obstáculos ao pleno acesso de idosos, com ou sem deficiência, aos serviços públicos de saúde. Amaral et. al (2012), em estudo com 244 idosos com deficiência em João Pessoa, concluiu que os principais fatores de dificuldade de acesso à serviços de saúde são as barreiras arquitetônicas, as longas

distâncias atreladas à ausência de transporte público adequado e a falta de atendimento prioritário resultando em longo tempo de espera. Por sua vez, Siqueira et. al (2009) endossam o cenário generalizado de barreiras arquitetônicas ao entrevistar os profissionais de 240 Unidades Básicas de Saúde em 41 municípios da região Nordeste e Sul e aferir que dois terços das UBS não dispunham de estrutura acessível.

Frente a este cenário preocupante, Girondi et. al (2014, p. 826), ao destacarem a vulnerabilidade do idoso com deficiência no acesso ao sistema de saúde, apontam para as consequências da inexistência de estudos e pesquisas oficiais, argumentando que “em virtude do não conhecimento dessa clientela, suas demandas e anseios, não há a possibilidade de desenvolvimento de ações de saúde na sua integralidade, de forma equânime e humanitária”. Também Bonatelli et. al (2018, p. 670) repercutem as consequências da falta de adequação do sistema de saúde pública, especificamente para a pessoa com deficiência intelectual em processo de envelhecimento, sustentado que “a inexistência de serviços públicos especializados leva à situação de vulnerabilidade e sobrecarga as famílias cuidadoras”, o que contraria diretamente a normativa de que “idosos *portadores de deficiência* ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei”, determinada pelo Estatuto do Idoso.

Outrossim, verificou-se ainda que, dentre as várias temáticas de tangência entre a esfera pública e a população de idosos com deficiência ou com perda de funcionalidade no processo de envelhecimento, sobressaiu-se também a questão da habitação para idosos em situação de vulnerabilidade social e econômica.

Por um lado, aponta-se que “no Brasil, ainda existem poucos programas formais por parte do Estado para prestar assistência aos idosos que não podem contar com auxílio da família, ou que não possuem recursos financeiros e necessitam de apoio” (CAMARGOS, 2013, p. 211). Dentre os possíveis formatos de atendimento deste grupo, mesmo o mais conhecido, a “institucionalização”, apresenta pouca atuação do setor público. Em pesquisa nacional censitária, Camarano e Kanso (2010) concluíram que apenas 6,6% das Instituições Longa Permanência para Idosos do país eram públicas, predominantemente municipais.

O baixo investimento do Estado em ILPIs acarreta, por sua vez, tanto uma reação da sociedade civil com a preponderância de instituições de caráter filantrópico - 65,2%, segundo Camarano Kanso (2010, p. 234) - quanto em uma saturação do sistema. Camargos (2014), investigando 135 Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) em Minas

Gerais, salienta que, para além da maioria destas possuir uma lista de espera, a dificuldade de acesso é ainda maior para idosos considerados “dependentes”, o que pode abranger idosos com deficiência ou com perda de funcionalidade no envelhecimento. Neste sentido, o autor concluiu que

praticamente uma em cada três ILPI investigadas possuía critérios de seleção por dependência, 9,7% só aceitavam idosos independentes e 20,1% apenas idosos independentes ou semidependentes (necessitam de ajuda em até três atividades de autocuidado). Ainda em relação aos critérios de admissão por características de saúde, 48,1% das ILPI não recebiam para novas vagas idosos com demências e 52,2% recusavam novos residentes que apresentassem determinadas doenças, com destaque para as infecto-contagiosas (33,6%). (CAMARGOS, 2014, p. 215)

Ademais da análise empírica e quantitativa de tal política pública, revelaram-se significativas ponderações quanto aos princípios conceituais de função e caracterização de tais instituições. Camarano e Kanso (2010) destacam que as ILPIs habitualmente são consideradas parte de uma “rede de assistência social”, remetendo à sua prévia denominação de “asilos”. Todavia, segundo as autoras, o “envelhecimento da população e o aumento da sobrevivência de pessoas com redução da capacidade física” (CAMARANO; KANSO, 2010, p. 233) demanda que as ILPIs integrem à “rede de assistência à saúde”, oferecendo, para além do abrigo, serviços médicos e integração social.

Ao aprofundar tais questionamentos quanto aos pressupostos funcionais das ILPIs é possível problematizar a própria seleção da institucionalização como política pública mais eficaz, efetiva e eficiente para fazer frente ao envelhecimento de pessoas em vulnerabilidade social e econômica, especialmente para aqueles com deficiência, congênita ou adquirida.

Para além da “imagem negativa destes estabelecimentos ainda permanecer bastante arraigada no imaginário das pessoas” (CAMARGO, 2014, p. 212), quando se observa a importância da socialização e do cultivo de relações interpessoais para um envelhecimento saudável, como posteriormente será detalhado neste relatório, a institucionalização mostra-se uma solução controversa. Sousa e Franco (2012, p. 284 e 286), em estudo sobre o envelhecimento de pessoas com DI, salientam haver na literatura uma discussão quanto à correlação entre piores quadros de saúde e institucionalização e quanto à dificuldade de inclusão comunitária após a desinstitucionalização.

Dessa forma, torna-se relevante destacar políticas alternativas à institucionalização que, além de transcender uma abordagem de mera assistência social, também ultrapassam uma abordagem puramente médico-curativa. Um caso interessante é “o projeto Cuidador de Idosos do Programa Maior Cuidado, implantado pela prefeitura de Belo Horizonte (MG), que consiste no acompanhamento domiciliar da rotina de idosos semidependentes e dependentes em situação de vulnerabilidade social” (CAMARGOS, 2013, p. 212).

Como iniciativa da sociedade civil, vale apontar os chamados Centros de Vida Independente, organizações não governamentais, sem fins lucrativos, que são coordenadas por pessoas com deficiência e oferecem atividades visando “promover uma vida independente, produtiva, plena e de melhor qualidade para as pessoas com deficiência” (CORDEIRO, 2009, p. 120).

Por fim, na discussão das políticas de habitação para idosos em vulnerabilidade social e econômica, cabe apontar as transformações macrossociais que contribuíram para que o assunto se convertesse de uma preocupação referente a uma parcela específica da população em problemática de interesse generalizado. Camarano e Pasinato (2004, p. 187) destacam que o “engajamento cada vez maior em atividades econômicas tende naturalmente a reduzir o tempo disponível das mulheres para o cuidado básico dos idosos”, assim como a queda na taxa de fecundidade perturba a perspectiva de residir com filhos adultos.

Portanto, já havendo brevemente apresentado os principais argumentos da literatura quanto a alguns âmbitos de atuação do Estado - a aposentadoria, o BPC, o acesso à saúde e os ILPIs -, mostra-se relevante esmiuçar exatamente tais transformações macrossociais, sendo um dos pontos relevantes na investigação o papel da família na temática dos idosos com deficiência ou com perda de funcionalidade na velhice.

ii. Família

Compreendendo a “família” como uma tipificação simplificada de um ator social extremamente heterogêneo tanto em sua composição quanto em suas dinâmicas, incluindo aquelas referentes ao idoso com deficiência e/ou perda de funcionalidade, mostra-se interessante, para iniciar sua investigação, analisar o papel que lhe é atribuído pelo Estado.

A Constituição brasileira de 1988, em seu Artigo 229, estabelece que “filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”. Já a Política

Nacional do Idoso (1994), além de, em seus princípios, listar em primeiro lugar a família como responsável por assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, institui como uma de suas diretrizes a “priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias”.

Dessa forma, a legislação brasileira define a família como principal encarregada do cuidado da população idosa e a literatura analisa as motivações e desdobramentos desta atribuição. Areosa e Areosa (2008, p. 146) afirmam haver interesse econômico do Estado em fortalecer a solidariedade familiar, já que esta manteria não só “os idosos dependentes, mas também os filhos desempregados, ou netos, etc.” Já quanto aos reflexos dos ditames estatais para a formação do imaginário social, Camarano (2008) apud Camargos (2014, p. 212) afirma que tais leis reforçam “o preconceito quanto ao cuidado institucional”.

De fato, evidenciou-se que, quanto ao papel da família no cuidado de idosos, com ou sem deficiência, a literatura recorrentemente aborda a correlação entre as lacunas de atuação do Estado e a sobrecarga enfrentada pela família.

Destaca-se a escassez de recursos financeiros, especialmente referindo-se ao sistema previdenciário (AREOSA; AREOSA, 2008; BANÚS; ÁLVARO, 1999), constatando-se que com sua fragilização exponencial, “a família vem progressivamente se tornando a única fonte de recursos disponível para o cuidado do idoso dependente.”^[5] (CALDAS, 2003, p. 774).

Quanto ao acesso a serviços, Karsch (1998) apud Caldas (2003, p. 774), em pesquisa famílias de baixa renda do município de São Paulo entre 1991 e 1995, concluíram que “mais de 90% das famílias não receberam ajuda de serviços, organizações ou grupos voluntários e/ou agências particulares, mas cerca de 30% delas confirmaram que se pudessem receber esse tipo de auxílio ficariam satisfeitas.”

Neste sentido, ao estudar o envelhecimento de pessoas com DI, Bonatelli et. al (2018, p. 670) sustenta que “a inexistência de serviços públicos especializados leva à situação de vulnerabilidade e sobrecarga as famílias cuidadoras”.

[5] Encontrou-se recorrentemente na literatura o termo ‘idoso dependente’ para referir-se, segundo Tiradentes (2005, p. 88) apud Areosa e Areosa (2008, p. 145) às “pessoas com restrições na capacidade funcional que necessitam, muitas vezes, de adaptações do ambiente, para a manutenção de sua autonomia”. Dessa forma, se utilizará o termo neste estudo pressupondo que a dependência não é um estado fixo, mas “um processo cuja evolução pode modificar-se e até prevenir-se, reduzindo suas manifestações através de serviços e ambientes adaptados.” (AREOSA; AREOSA, 2008, p. 146)

Ainda, para além destes aspectos materiais, Caldas (2003, p. 778), corroborada por Harvis & Rabins (1989), argumenta que o núcleo familiar enfrenta igualmente carências emocionais e informacionais para melhor executar a rotina de cuidados e, ao mesmo tempo, pode cultivar sentimentos como “culpa, frustração, raiva e depressão” que podem surgir junto a tal responsabilidade. Neste âmbito, a preocupação da família revelou-se aspecto preponderante em estudos sobre o envelhecimento de pessoas com DI: a probabilidade de, ao longo da vida, não terem filhos que poderiam lhe oferecer cuidados no envelhecimento fortalece a angústia familiar ao desconhecer quem ou até mesmo se alguém poderia se responsabilizar pelos cuidados deste idoso na ausência destes membros. (Veríssimo, 2018, p. 60 e 63).

Quanto a esta questão, vale apontar que, para além de contribuir com o sofrimento da família, algo condenável por si só, a falta de apoio institucional, ao corroborar com a situação na qual membros da família “não estão disponíveis, estão despreparados ou estão sobrecarregados”, acarreta em um cuidado “inadequado, ineficiente ou mesmo inexistente” (CALDAS, 2003, p. 777), impactando direta e negativamente a saúde e o bem-estar do idoso.

Por fim, ao dar preponderância ao papel da família pelo cuidado da população idosa, a legislação brasileira, ainda que na PNI estabeleça como uma de suas diretrizes “a priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família”, acaba por, na prática, invisibilizar o grupo que não está inserido em nenhuma rede familiar. De maneira semelhante, ao homogeneizar composições familiares tão heterogêneas sob uma mesma definição, o aparato estatal desconsidera necessidades específicas que poderiam ser contempladas através de políticas públicas com diferentes estratégias. Tal conjuntura é verificada por Ramos et al. (1993) apud Caldas (2003, p. 775) que, “em estudo realizado no Município de São Paulo, demonstram que 2% dos idosos não contam com nenhuma ajuda familiar em caso de doença ou incapacidade; 40% contam com o cônjuge; 35% contam com a filha; 11%, com o filho e 10%, com toda a família”.

Neste sentido, além da abordagem das relações entre Estado e família nesta temática, também se sobressai na literatura a investigação da dinâmica intrafamiliar no processo de definição do chamado “cuidador” do idoso dependente. Mendes (1995, p. 778) apud Caldas (2003) argumenta que, apesar de normalmente dar-se de maneira informal, a designação do cuidador aparentemente segue um padrão no qual são priorizados os cônjuges em

detrimento dos filhos, as mulheres em detrimento dos homens e ainda aqueles que compartilham a residência e têm maior proximidade afetiva.

A caracterização do cuidador mediano revela não só que há um viés de gênero consolidado, refletindo a divisão sexual do trabalho, mas também que frequentemente os cuidadores estão na mesma faixa etária daqueles que necessitam de cuidado (CALDAS, 2003). Medeiros e Diniz (2004, p. 111) indicam haver, especialmente no caso da definição do cuidador “típico” de homens idosos com deficiência e/ou perda de funcionalidade, “uma sobreposição de gênero à idade”.

Frente a este cenário, essencial apontar que também neste caso a omissão estatal tem sérias consequências: por um lado, o idoso cuidador, ao se sobrecarregar com a tarefa, pode comprometer seu próprio bem-estar e saúde, possivelmente ocasionando ou acelerando um processo de perda de funcionalidades; por outro, as mulheres, ao se afastarem do mercado de trabalho para assumir a função, deixam de contribuir com o sistema previdenciário (MEDEIROS; DINIZ, 2004), o que potencialmente compromete o subsídio financeiro durante seu próprio processo de envelhecimento.

Todavia, voltando a salientar as transformações macrossociais abordadas na última seção, observa-se uma tendência de consolidação da presença massiva da população feminina no mercado de trabalho, o que incorre na diminuição do tempo disponível para as mulheres em idade economicamente ativa dedicarem ao cuidado de familiares idosos. Simultaneamente, verifica-se uma queda da taxa de fecundidade mundial, incluindo a brasileira, cenário que futuramente diminuirá a probabilidade de poder contar com o cuidado de filhos adultos quando idoso (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Dessa forma, as mudanças nas dinâmicas sociais e familiares não só tendem a modificar, e possivelmente dificultar, o processo de definição de cuidador, mas podem crescentemente fragilizar a efetividade da legislação brasileira na proteção do idoso. Isto é, ao embasar o cuidado do idoso em um modelo assistencial com enfoque curativo, hospitalar e asilar, a lei brasileira quanto ao idoso, além de sobrecarregar as famílias cuidadoras e de marginalizar os idosos não inseridos em redes familiares, poderá, em um futuro próximo, tornar-se ineficaz para fazer frente ao cenário de uma maioria que não poderá contar com o cuidado dos filhos nem das (os) cônjuges, surgindo, dessa forma, uma grave problemática de interesse público. Frente a este cenário, a argumentação de Mendes (2001, p. 103) apud Caldas (2003, p. 775) é esclarecedora:

a crescente demanda de assistência à saúde da faixa etária que irá mais crescer nesse século e a existência de alternativas de atenção colocam importantes questionamentos a quem formula, planeja, executa e, principalmente, a quem financia os serviços de saúde. Insistir exclusivamente no modelo hospitalar e asilar significa uma total falta de sintonia com o que está acontecendo no mundo, como um desprezo pela realidade do idoso no Brasil.

Dessa forma, considerando o entrelaçamento inevitável entre Estado e família na questão do envelhecimento da pessoa com ou sem deficiência e/ou perda de funcionalidades, evidencia-se a necessidade de políticas públicas que, por um lado, priorizem “a promoção da saúde visando a um envelhecimento bem-sucedido” (CALDAS, 2003, p. 776) e, por outro, que ofereçam às famílias uma “estrutura de apoio institucional, estratégico, material e emocional” (Ibidem, p. 778), estabelecendo uma rede comunitária de cuidado.

iii. A (o) idosa(o)

No decorrer da revisão bibliográfica realizada, a apreciação das percepções dos próprios idosos com ou sem deficiência e/ou perda de funcionalidades a respeito de seu processo de envelhecimento revelou-se uma abordagem não tão usual. Todavia, especialmente quanto a idosos com deficiência intelectual, esta metodologia que concede voz ativa e significativa ao grupo objeto de estudo foi adotada em algumas investigações que se propõem pioneiras e progressistas.

Analisando a compreensão de idosos com DI quanto ao envelhecimento ativo em cidades australianas, Buys et al (2008, p 67) são enfáticos ao afirmar que “buscar as visões das próprias pessoas é importante, já que as pesquisas sobre deficiência são tradicionalmente estabelecidas a partir de perspectivas alheias ao invés de incluir os próprios sujeitos.”^[6] Para além, verificou-se a relevância de estudos que realizam triangulação de dados, cruzando, por exemplo, as percepções dos idosos, seus cuidadores e familiares (VERÍSSIMO, 2018).

Neste sentido, a literatura consultada que se embasa na escuta ativa da população idosa foi essencial em demonstrar, por um lado, considerável semelhança, ou até mesmo congruência, entre as percepções de idosos com e sem deficiência e, por outro, alguns desafios adicionais

[6] Tradução livre do original: “Seeking the views of the people themselves is significant, as much of the research in the disability field has traditionally drawn upon the perspectives of others, rather than including those of the people themselves”

enfrentados por idosos com deficiência e/ou perda de funcionalidades para alcançar o que eles mesmos consideram como uma “existência prazerosa”.

Buys et. al (2008, p. 68) argumentam haver equivalência entre as demandas e necessidades de idosos com DI e da população geral de idosos e sublinham dentre elas categorias como: “empoderamento; participação ativa; sentimento de segurança; continuidade no desenvolvimento de habilidades e no aprendizado; vida independente agradável; bom estado de saúde e físico; [...] relacionamentos satisfatórios e suporte.”^[7]

De fato, a autonomia, o envolvimento em atividades estimulantes e o entusiasmo oriundo da aprendizagem foram fatores destacados em grande parte da literatura, considerados recorrentemente por idosos com ou sem deficiência e/ou perda de funcionalidade como centrais para seu bem-estar (FILHO ET. AL, 2014). Tal padrão é reverberado por Bigby (1997), citado por Judge et. al (2010, p. 295), quando sustenta que “idosos com DI frequentemente desejam permanecer o mais ativo possível e, em alguns casos, gostariam de aumentar seus níveis de atividade.”^[8]

Todavia, verificou-se que idosos com deficiência frequentemente enfrentam mais barreiras para suprir as necessidades supracitadas visando o bom envelhecimento. Walker e Walker (1998) apud Judge et. al (2010, p. 295) apontam que “oportunidades para idosos com DI de participar em atividades diárias significativas e de exercer o poder de escolha sobre esse processo são frequentemente escassas”.^[9]

Certamente, porém, estas barreiras não surgem somente no envelhecimento, mas são reflexo de uma sistemática exclusão ao longo da vida da pessoa com deficiência. Neste sentido, Veríssimo (2018, p. 58) ressaltando as inferências de Ibañez (2002) indica ser frequente a limitação da atuação social da pessoa com DI aos ambientes familiares e institucionais, restrição que diminui a possibilidade de experiências sociais prazerosas e essenciais para um envelhecimento bem sucedido.

Dessa forma, a literatura evidenciou que “a melhor resposta para o envelhecimento da pessoa com deficiência *mental* ou para qualquer outra pessoa, deve principalmente

[7] Tradução livre do original: “being empowered; being actively involved; having a sense of security; maintaining skills and learning; having congenial living arrangements; having optimal health and fitness, [...] and having satisfactory relationships and support.”

[8] Tradução livre do original: “[...]older adults with ID often want to remain as active as is possible and in some cases they would like their activity levels to increase (Bigby, 1997).”

[9] Tradução livre do original: “[...] the opportunities for older people with ID to participate in meaningful daytime activities and to exercise choice about this process are often lacking.”

contemplar a vontade individual de cada um.” (BENTO, 2008 apud VERÍSSIMO, 2018, p. 11). Para além da centralidade da autodeterminação, a análise da escuta ativa de idosos com e sem deficiência e/ou perda de funcionalidades permitiu identificar diversas congruências entre suas vontades e as recomendações da Organização Mundial da Saúde dentro do paradigma do envelhecimento ativo, conceito que será aprofundado na próxima seção deste estudo.

Portanto, considerando que a população idosa é o ator central em todas as dinâmicas sobre o envelhecimento da pessoa com o deficiência e/ou perda de funcionalidade, evidencia-se que uma das medidas capazes de viabilizar a construção de políticas públicas capilarizadas e efetivas é exatamente a investigação das demandas e necessidades do grupo através do contato direto com este.

b. Envelhecimento ativo e o paradigma da inclusão

As seções anteriores demonstraram a existência de conceitos, modelos e definições teóricas acerca do processo de envelhecimento e da inclusão de pessoas com deficiência que são compartilhados pelos mais diversos atores sociais. Isto é, há um conjunto de ideias sobre estas populações que permeia a produção acadêmica, a criação de políticas e programas e as atitudes individuais. Decerto, este conjunto de entendimentos passa por importantes transformações no decorrer de sua utilização devido às discussões empreendidas em torno da aplicação dos mesmos.

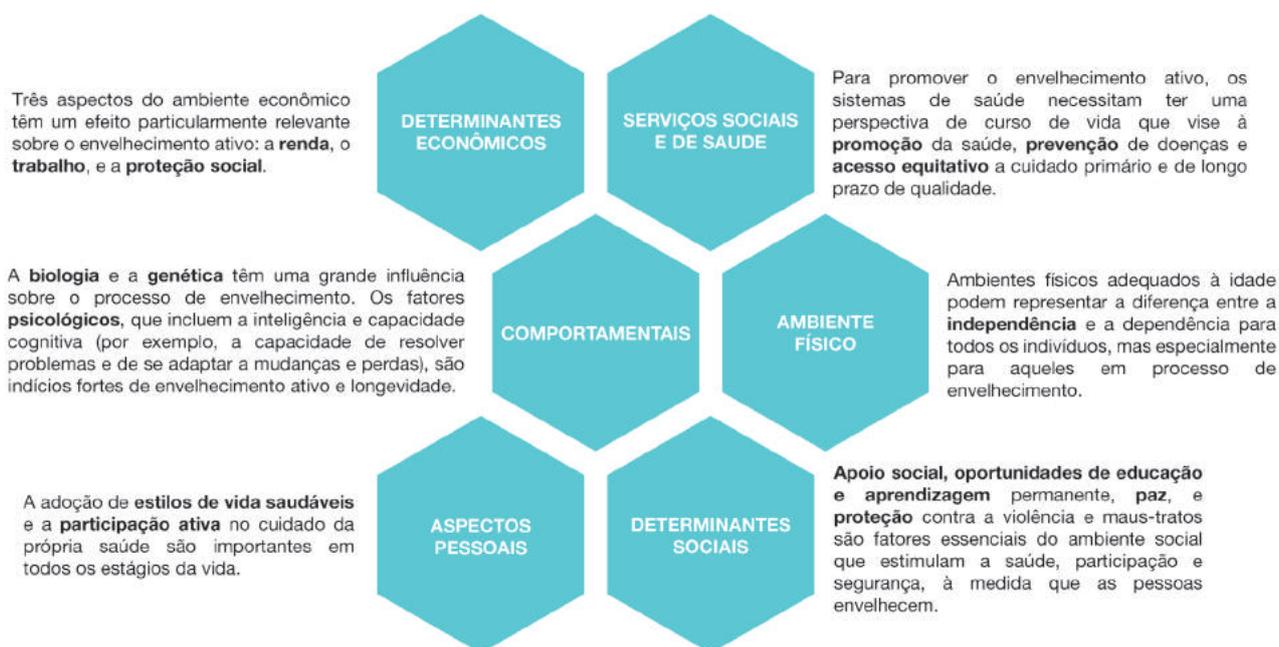
A Organização Mundial da Saúde (2005) salienta que tradicionalmente associou-se à população idosa ideais como inatividade econômica (aposentadoria), doença e dependência. Estes conceitos também são comumente atrelados às pessoas com deficiência, consolidando o entendimento de que a deficiência é uma *desvantagem social* (DINIZ, BARBOSA & SANTOS, 2009).

Como mencionado, o conjunto de ideias se altera com o decorrer do tempo e os conceitos citados anteriormente já não devem embasar estudos acadêmicos, políticas, programas e atitudes individuais. As ideias que atualmente devem fundamentar as ações dos atores sociais são, principalmente, o do envelhecimento ativo e o paradigma da inclusão. Vale dizer que as diferentes visões, na verdade, encontram-se “em um movimento constante de tensão, coexistindo e interferindo-se mutuamente” (PACHECO & ALVES, 2007, p. 244). Portanto, é de suma importância estabelecer quais devem ser os conceitos vigentes a fim de não se incorrer em fundamentações equivocadas.

De acordo com a OMS (2015, p. 13), entende-se como envelhecimento ativo “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. A Organização prossegue ressaltando que o termo “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades e países. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo (OMS, 2005, p. 13).

Vale dizer que, segundo a OMS (2005), o envelhecimento ativo depende de, ao menos, seis determinantes, conforme detalhado na figura abaixo:

Figura 2 - Determinantes do envelhecimento ativo, de acordo com a OMS



Fonte: Adaptado de OMS (2005, p. 19-33)

Cabe ainda destacar que existem dois fatores transversais: cultura e gênero. De acordo com a Organização (OMS, 2005, p. 20),

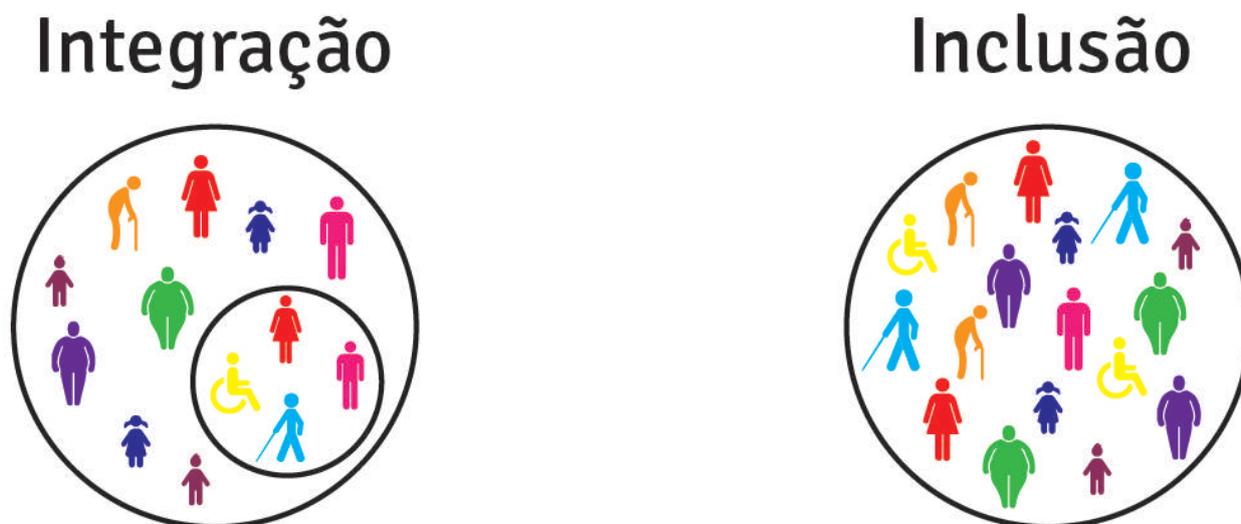
a cultura, que abrange todas as pessoas e populações, modela nossa forma de envelhecer, pois influencia todos os outros fatores determinantes do envelhecimento ativo. [...] O gênero é uma “lente” através da qual considera-se a adequação de várias opções políticas e o efeito destas sobre o bem estar de homens e mulheres.

Como destacado, além do envelhecimento ativo, as ações dos atores sociais com estas populações devem se fundamentar no paradigma da inclusão, o qual tem como preceitos a valorização da diferença e os direitos humanos. Destaca-se que a adoção do paradigma da inclusão baseia-se no modelo social da deficiência, percebendo os desafios das pessoas com deficiência como uma questão social coletiva (PACHECO & ALVES, 2007). Conforme aponta Antunes (2008, p. 190), o paradigma da inclusão contempla

a equiparação de oportunidades, independente de cor, raça, classe social, sexo, deficiência etc. e o respeito e aceitação da diferença, afinal, não podemos mais admitir a existência de uma sociedade homogênea. Hoje, só se fala em inclusão porque vivemos numa sociedade diversificada, heterogênea, que sente a necessidade de romper com os conceitos de padrão e normalidade socialmente construídos e de lutar pelo reconhecimento da diferença, pois a existência humana deve ser pensada e assumida a partir do que ela tem de mais valioso: a sua diversidade. No paradigma da inclusão a diferença deve ser encarada como algo positivo.

O paradigma da inclusão se difere do paradigma da integração, que teve o seu apogeu na década de 60 e que está marcado por um viés assistencialista e uma busca pela homogeneização e normalização. A figura abaixo ilustra a diferença entre os conceitos:

Figura 3 - Paradigma da integração x paradigma da inclusão



Fonte: Elaboração dos autores

Desse modo, as ações dos Estados, por exemplo, devem estar inseridas em uma agenda que incorpore “a execução de políticas que garantam o envelhecimento digno e sustentável; a execução de políticas que promovam o envelhecimento ativo, propiciando qualidade aos anos adicionados à vida; a implementação de políticas e programas que promovam uma sociedade inclusiva e coesa” (SILVA, 2016, p. 219).

Destarte, atuar com o conceito de envelhecimento e o paradigma da inclusão de maneira conjugada pode possibilitar que a população idosa e com deficiência seja de fato contemplada em uma “sociedade livre de preconceitos e discriminações, justa, solidária, que garanta o bem estar de todos, afinal, como falar de um Estado Democrático de Direito se o bem de todos não for observado” (SEGALLA, SILVA & PEDROSOS, 2008, p. 1027).

c. Desenvolvimento de políticas e programas

Conforme evidenciado anteriormente, o Estado tem um papel central na garantia de direitos e no desenvolvimento de políticas e programas para os idosos, sejam aqueles com deficiências congênitas ou adquiridas. Ressaltou-se acima, principalmente, o papel do Estado nas questões relativas à garantia de renda a essa população (Seguridade Social) e a acessibilidade aos equipamentos públicos.

No entanto, destaca-se que mesmo sendo fundamental a ação do Estado em tais áreas, estas não são suficientes para garantir aos idosos os seus direitos à cidadania (LIMA-COSTA; VERAS, 2003; SCHOENENBERGER; STUCK, 2006, In: GIRONDI et al., 2014). Desse modo, buscou-se na literatura diretrizes para políticas e programas voltadas à população idosa - com deficiências congênitas ou adquiridas - que objetivam contribuir para dirimir os complexos desafios enfrentados por estes cidadãos. Traçar um panorama dessas diretrizes é um passo importante para subsidiar futuras ações que partem de uma perspectiva multidimensional, transversal e intersetorial. Vale destacar ainda que o panorama apresentado não esgota a existência de outras diretrizes, como será evidenciado posteriormente nos casos empíricos registrados no Mapeamento de boas práticas dos municípios da Drads de Campinas.

i. Políticas e programas

A execução de políticas e programas se dá, em grande parte, em *lócus* bem definidos - como os equipamentos públicos (CRAS, UBSs e Centros Dia, por exemplo). Neste sentido, a literatura aponta que a dificuldade de acesso a estes equipamentos públicos é um dos desafios a ser enfrentado pela população idosa (com deficiência congênita ou adquirida) (SIQUEIRA et al., 2009, AMARAL et al., 2012 e GIRONDI et al., 2014). Importante destacar que este desafio não é entendido apenas em sua dimensão de acessibilidade arquitetônica do equipamento em si - como tradicionalmente é abordado -, mas também em uma perspectiva global, abordando ausência de atendimento prioritário, o elevado tempo de espera para ser atendido e as dificuldades em se deslocar até os equipamentos públicos (AMARAL et al., 2012).

De fato, vale ressaltar que o conceito de acessibilidade trazido pela Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em seu Artigo 9, é amplo e diz respeito ao meio físico, à comunicação e à informação, e às atitudes:

A fim de possibilitar às pessoas com deficiência viver de forma independente e participar plenamente de todos os aspectos da vida, os Estados Partes tomarão as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, ao meio físico, ao transporte, à informação e comunicação, inclusive aos sistemas e tecnologias da informação e comunicação, bem como a outros serviços e instalações abertos ao público ou de uso público, tanto na zona urbana como na rural.

Desse modo, uma diretriz fundamental para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à população idosa é planejá-las em uma perspectiva acessível e inclusiva. E, como eixo norteador para executar tal diretriz, destaca-se o Desenho Universal, conjunto de princípios que visam à concepção de produtos e ambientes que possam atender ao maior grupo possível de pessoas, independentemente de suas diferentes características e habilidades, sem necessidade de adaptação^[10]. Assim, o conceito de Desenho Universal, por ser embasado nos princípios de uso igualitário, versátil, óbvio, conhecido, seguro, sem esforço e abrangente, mostra-se central no processo de elaboração de políticas públicas para todos.

Decerto, ações *a posteriori* também podem ser tomadas. Em políticas de saúde, por exemplo, uma contribuição para garantir o acesso dos idosos aos projetos e programas desenvolvidos pode ser a realização de visitas domiciliares por Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Como apontam Amaral et al. (2012, p. 2998), “o atendimento em domicílio facilitaria o acompanhamento das condições de saúde, evitando o aparecimento de complicações secundárias à deficiência. A importância desta prática também é confirmada pelo fato do idoso, muitas vezes, necessitar de um acompanhante nas consultas realizadas”. Decorre deste exemplo, portanto, a diretriz de que é importante que os serviços públicos dialoguem com as diferentes realidades e sejam customizados de acordo com os contextos encontrados.

Um importante passo para que programas e políticas dialoguem com os cenários existentes é partir do princípio de que apenas as ações que levem em conta o caráter multidimensional dos desafios enfrentados por essa população conseguem ser efetivas em seus objetivos. Portanto, a terceira diretriz evidenciada na literatura é que apenas programas intersetoriais conseguem contribuir para a efetivação dos direitos da população idosa - com deficiência congênita ou adquirida. Como salientam Camarano & Pasinato (2004, p. 289), a efetividade das políticas voltadas ao envelhecimento populacional devem apresentar “uma abordagem integrada em seus diversos setores”. Cielo e Vaz (2009, p. 33) corroboram à essa diretriz ao mencionar que

a área de amparo à terceira idade é um dos exemplos que mais chama atenção para a necessidade de uma ação pública conjunta, pois os idosos muitas vezes são vítimas de projetos implantados sem qualquer articulação pelos órgãos de educação, de assistência social e de saúde.

[10] Vale ressaltar que o Desenho Universal não exclui as Ajudas Técnicas (ou Tecnologia Assistiva) para pessoas com deficiência, quando necessário.

A intersectorialidade é encontrada, por exemplo, na Política Nacional do Idoso - PNI^[11] (Lei Federal nº 8.842/1994), que em seu Artigo 10 lista uma série de competências dos órgãos e entidades públicas nas seguintes áreas: promoção e assistência social, saúde, educação, trabalho, previdência social, habitação, urbanismo, justiça, cultura, esporte e lazer. Além desta intersectorialidade temática, a PNI engloba a necessária intersectorialidade institucional, uma vez que em seu Artigo 8 determina que a União deve “promover as articulações intraministeriais e interministeriais necessárias à implementação da política nacional do idoso”.

Destaca-se que ações intersectoriais não devem ser planejadas sem a participação de seu público-alvo. Isto é, não se deve desenvolver políticas e programas sem traçar estratégias de envolvimento de pessoas idosas. Desse modo, as políticas e programas devem ter como diretriz o protagonismo das pessoas idosas - com deficiência congênita ou adquirida, garantindo que as ações desenvolvidas tenham aderência e façam sentido para quem será seu beneficiário. Um exemplo desta diretriz é a orientação da Organização Mundial da Saúde que determina que é “especialmente importante propiciar áreas seguras para caminhadas e apoiar atividades comunitárias culturalmente apropriadas que incentivem a atividade física e que sejam organizadas e lideradas pelos próprios idosos” (OMS, 2015, p. 24, grifo nosso).

Além de abordar as diretrizes supracitadas, é importante garantir recursos financeiros para a execução de políticas e programas. Como mencionado anteriormente, “o acelerado processo de envelhecimento está ocorrendo em meio a uma conjuntura recessiva e a uma crise fiscal que dificultam a expansão do sistema de proteção social” (CAMARANO & PASINATO, 2004, p. 253). Portanto, é uma diretriz importante a institucionalização de linhas orçamentárias específicas - e a efetiva garantia de recursos a estas linhas - para o desenvolvimento de programas e políticas para pessoas idosas (com deficiências congênitas ou adquiridas).

Vale ressaltar que as diretrizes supracitadas foram elencadas de acordo com as evidências e os aspectos encontrados na literatura que compõe o presente relatório de pesquisa bibliográfica e não esgotam o arcabouço basilar de políticas e programas já implementados nacionalmente e internacionalmente. Para exemplificar a existência de outras diretrizes,

[11] A edição de normativas é de fundamental importância para a consolidação de políticas e programas. No entanto, como será apresentado na próxima subseção, deve-se analisar o distanciamento entre a criação de normativas e sua efetiva implementação. Isto é, apenas a publicação de atos oficiais não garante a sua execução.

elencam-se no quadro abaixo as que constituem a Política Nacional do Idoso (Art. 4º da Lei nº 8.842/1994):

QUADRO 1 - Diretrizes que constituem a Política Nacional do Idoso

Art. 4º Constituem diretrizes da política nacional do idoso:

I - viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações;

II - participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;

III - 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;

IV - descentralização político-administrativa;

V - capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços;

VI - implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo;

VII - estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;

VIII - priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família;

IX - apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento.

Parágrafo único. É vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social.

Fonte: Lei Federal nº 8.842, de 4 de Janeiro de 1994.

Além realizar este breve levantamento de diretrizes para o desenvolvimento de políticas e programas para esta população, mostra-se necessário dar materialidade às ações que podem ser empreendidas. O quadro abaixo, adaptado do conteúdo produzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), exemplifica tais ações:

QUADRO 2 - Programas, ambientes e políticas que contribuem para a efetivação dos direitos das pessoas idosas com deficiência

- Programas permanentes de aprendizagem e alfabetização
- Ruas bem iluminadas para caminhadas seguras, banheiros públicos acessíveis e semáforos com mais tempo para os pedestres atravessarem
- Locais de trabalho sem obstáculos e com horário de trabalho flexível;
- Locais de trabalho modificados e turnos de meio período para pessoas com deficiências relacionadas à idade ou para aqueles que precisam cuidar de pessoas com deficiência;
- Programas de exercícios que ajudam as pessoas idosas a manter sua mobilidade ou a recuperar a força nas pernas que precisam para se locomover
- Aparelhos auditivos ou ensino da língua de sinais que capacitam os idosos com problemas de audição para continuar se comunicando com os outros
- Livre acesso a postos de saúde, programas de reabilitação e procedimentos custo eficazes, como cirurgia de catarata e prótese de quadril
- Esquemas de crédito e acesso a pequenos negócios e oportunidades de desenvolvimento para que as pessoas mais velhas possam continuar a ter uma renda.

Fonte: Adaptado de OMS (2005)

Por fim, importa mencionar que desenvolver políticas e programas levando em conta tais diretrizes pode contribuir para reverter o cenário descrito por Girondi et al. (2016, p. 319): “a situação da assistência à pessoa idosa com deficiência no Brasil, ainda apresenta um perfil de fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações na esfera pública e privada”. E, como apontado por Silva (2016, p. 219), para promover uma agenda de proteção ao idoso emancipatória e sustentável é necessário:

incorporar, entre outras diretrizes: a execução de políticas que garantam o envelhecimento digno e sustentável; a execução de políticas que promovam o envelhecimento ativo, propiciando qualidade aos anos adicionados à vida; a implementação de políticas e programas que promovam uma sociedade inclusiva e coesa.

ii. Produção legislativa

Ao se analisar o desenvolvimento de programas e projetos, deve-se levar em conta não só os atos praticados pelo Poder Executivo, mas também os processos inerentes ao Poder Legislativo. Como aborda Torrens (2013, p. 203), “ao Executivo cabe a maior parte da elaboração significativa de políticas públicas, sem dúvida, mas há um processo de amadurecimento, debate ampliado e deliberação sobre as leis a serem construídas que se deve levar em conta, e esse processo é permeado pelas complexas práticas do Legislativo”.

Nesta perspectiva, ao analisar a produção legislativa na área de saúde da pessoa idosa, Girondi et al. (2016) evidencia a importância de se levar em conta as atividades do Parlamento, uma vez que “compreender a legislação em saúde nessa área significa viabilizar uma assistência de saúde digna e humana a essas pessoas” (GIRONDI et al., 2016, p. 319).

No entanto, mais do que apontar a relevância da análise da produção legislativa, a literatura tem demonstrado a importância de se analisar o aparato normativo frente à realidade. Isto é, não basta possuir apenas a legislação, é preciso verificar a sua implementação (CIELO e VAZ, 2009).

Neste sentido, observa-se a existência de um vácuo entre a edição de normas e sua implementação. A literatura tem demonstrado que o cenário de fragilidade se repete, uma vez que as leis não são efetivamente colocadas em prática. Exemplo deste distanciamento entre o arcabouço normativo e a realidade encontrada é observado por Bonatelli et. al (2018, p. 670), ao afirmar que “apesar da Política Nacional do Idoso prever a implementação de

‘Centros-Dia’, em grande parte do Brasil não existem instituições públicas para idosos, e as existentes são de caráter particular”. O distanciamento entre criação de normativas e sua implementação também é evidenciado por Girondi et. al (2016, p. 315), ao evidenciar que

apesar de o Brasil ser um dos poucos países no mundo a ter uma legislação específica, ainda se verifica que as pessoas com deficiência são bastante excluídas da sociedade (Resende, & Vital, 2008). Percebe-se que, no âmbito da deficiência em idosos, a discussão ainda é bastante incipiente.

A análise da produção legislativa sobre população idosa e com deficiência no Estado de São Paulo aponta a criação de importantes políticas, estruturas e instrumentos para incidir neste cenário de fragilidade e desarticulação de ações voltadas a essa população. O quadro abaixo elenca as principais normativas encontradas^[12]:

QUADRO 3 - Seleção de leis relacionadas à pessoa idosa e com de iciência do Estado de São Paulo (Assembleia Legislativo do Estado de São Paulo - ALESP)^[13]

NORMA	EMENTA
Decreto nº 23.131, de 19/12/1984	Cria o Conselho Estadual para Assuntos da Pessoa Deficiente
Decreto nº 24.970, de 10/04/1986	Cria o Conselho Estadual do Idoso
Decreto nº 33.826, de 22/09/1991	Cria a Delegacia Especializada de Proteção ao Idoso
Decreto nº 33.825, de 22/09/1991	Institui o Programa Estadual de Atendimento Especial à População Idosa
Lei nº 10.938, de 19/10/2001	Dispõe sobre a Política Estadual de Medicamentos, e dá outras providências

[12] O quadro não esgota as normativas existentes, isto é, não elenca todas as leis relativas à população idosa e com deficiência editadas no âmbito do Estado de São Paulo.

[13] Optou-se por transcrever a ementa das normativas no original. Desse modo, termos como “pessoa deficiente” e “pessoa portadora de necessidades especiais” foram mantidos apesar de não serem mais utilizados.

NORMA	EMENTA
Lei nº 11.369, de 28/03/2003	Veda qualquer forma de discriminação racial, ao idoso, à pessoa portadora de necessidades especiais, à mulher e dá outras providências
Lei nº 12.222, de 11/01/2006	Cria, na Secretaria da Saúde, o Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia
Lei nº 12.548, de 27/02/2007	Consolida a legislação relativa ao idoso
Lei nº 12.907, de 15/04/2008	Consolida a legislação relativa à pessoa com deficiência no Estado de São Paulo
Lei Complementar nº 1.038, de 06/03/2008	Cria a Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência
Decreto nº 52.973, de 12/05/2008	Institui a Rede de Reabilitação "Lucy Montoro" e dá providências correlatas
Lei nº 13.816, de 23/11/2009	Autoriza o Poder Executivo a implantar o Programa Estadual de Moradia do Idoso
Decreto nº 58.047, de 15/05/2012	Institui o Programa estadual "São Paulo Amigo do Idoso", e o "Selo Amigo do Idoso", e dá providências correlatas
Decreto nº 60.028, de 03/01/2014	Cria a 1ª Delegacia de Polícia da Pessoa com Deficiência, modelo de atenção nas unidades policiais que especifica, e dá outras providências
Lei nº 16.079, de 22/12/2015	Cria o Programa de Qualificação Profissional e de Transferência de Renda "Via Rápida", nas modalidades "Via Rápida Emprego", "Via Rápida 18", "Via Rápida Expresso" e "Via Rápida Econômico", e dá providências correlatas
Decreto nº 63.892, de 05/12/2018	Cria, na Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência, o Museu Memorial da Inclusão: Os Caminhos da Pessoa com Deficiência, e dá providências correlatas

Fonte: Portal da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo - ALESP. Elaboração dos autores.

Decerto, como afirmam Cielo e Vaz (2009, p. 33), “uma lei ao ser aprovada e colocada em execução, leva tempo até alcançar os seus objetivos trazendo as mudanças que se espera”. Deste modo, prosseguem os autores, mostram-se necessárias “dedicação na divulgação das medidas e empenho na fiscalização de seu cumprimento”. Portanto, é fundamental que aplicação das leis elencadas no Quadro 3 seja monitorada, uma vez que a implementação das mesmas pode contribuir para dirimir os complexos desafios enfrentados pela população idosa.

CONCLUSÃO

Esta revisão bibliográfica teve como objetivo mapear as principais discussões e conceitos relacionados ao envelhecimento e deficiência na literatura acadêmica nacional e internacional recente. Tal mapeamento se fez a partir de dois recortes: do envelhecimento de pessoas com deficiência e da perda de funcionalidades com o envelhecimento. A análise teve como diretrizes conceituais as perspectivas do *envelhecimento ativo* e do *modelo social da deficiência*. Aqui, são elencadas algumas observações suscitadas pela leitura das referências.

Em relação ao primeiro recorte, pode-se afirmar que, embora a bibliografia consultada discuta majoritariamente o processo de envelhecimento das pessoas com deficiência intelectual, muitas questões trazidas são corroboradas pela literatura que trata das experiências de pessoas com diferentes tipos de deficiência ao longo da vida.

Nota-se que, ao conviver em sociedade, ambas as populações têm experiências similares e não raras vezes negativas, as quais estão relacionadas à privação de direitos, falta de acessibilidade, baixos níveis de autonomia, situações relacionadas ao abandono e à solidão, confinamento domiciliar ou institucionalizado, violência patrimonial, baixa oferta educativa, de cultura e lazer, entre outros.

Dessa forma, identificou-se que frequentemente o idoso com deficiência, de qualquer tipo, enfrenta uma sobreposição do processo de exclusão sistemática ao longo da vida e das barreiras impostas à população idosa em geral, vivenciando, assim, uma situação de múltipla vulnerabilidade.

Paralelamente, no que concerne ao segundo recorte, verificou-se haver uma ampla gama de produções acadêmicas com enfoque biomédico, destacando-se entre estas o estudo da incapacidade funcional. Frente a tal bibliografia, defendendo a urgência de transformar o imaginário social que estigmatiza o envelhecimento, apontou-se para a necessidade de considerar a perda de funcionalidades um desafio de responsabilidade coletiva e um processo no qual influem, para além de aspectos médicos, diversos fatores sociais.

Tal abordagem multidimensional da perda de funcionalidades no envelhecimento, ao considerar a correlação entre o nível de dependência, aspectos socioeconômicos e níveis de acessibilidade e inclusão, evidencia que tanto idosos com deficiência congênita quanto aqueles que a adquiriram com o envelhecimento e até mesmo pessoas não idosas com deficiência potencialmente compartilham da mesma experiência de exclusão social por enfrentarem diversas barreiras em comum.

Todavia, apesar da similaridade entre os grupos, demonstrou-se haver uma lacuna na bibliografia quanto a uma análise integrada. Diante desse cenário, efetuou-se a observação do papel do Estado, da família e dos próprios sujeitos em envelhecimento considerando conjuntamente idosos com deficiência e idosos com perda de funcionalidade.

A observação, por um lado, da atuação do Estado na execução de políticas sociais e no oferecimento de equipamentos públicos e, por outro, da atribuição da família como cuidadora do idoso *dependente* permitiu inferir a importância de se realizar uma divisão mais igualitária de responsabilidades entre esses atores, como ocorre em relação à infância, por exemplo.

Ou seja, para reverter o cenário brasileiro atual de vulnerabilidade da população idosa com ou sem deficiência e/ou perda de funcionalidade é crucial estabelecer uma ampla rede de apoio institucional à família cuidadora, para além de reconsiderar possíveis lapsos das políticas sociais e de expandir o oferecimento e o acesso aos serviços públicos. A atuação do Estado é imprescindível para aliviar a sobrecarga enfrentada pela família, amenizando, assim, tanto os casos de cuidado ineficiente quanto os efeitos sociais negativos atrelados ao recorte etário e de gênero do cuidador médio.

Logo, quanto ao papel do próprio idoso nos assuntos relacionados aos eixos temáticos, examinou-se um conjunto, ainda que restrito, de estudos disponíveis que buscam visibilizar as perspectivas dos próprios sujeitos em envelhecimento, especialmente aqueles com deficiência intelectual. A partir de tal bibliografia, constatou-se, por um lado, uma convergência das percepções de idosos com e sem deficiência na valorização de diversos princípios de *envelhecimento ativo*. Por outro lado, a análise corroborou para a tese de múltipla vulnerabilidade dos idosos com deficiência: estes enfrentam mais barreiras para atingir seus próprios ideais de existência prazerosa.

Por conseguinte, a partir da contextualização das temáticas e da análise dos atores sociais envolvidos e com base na combinação do paradigma de *envelhecimento ativo* da OMS e da inclusão social, salientaram-se diretrizes para políticas públicas objetivando atenuar os desafios enfrentados pela população idosa com ou sem deficiência.

Neste panorama, para além da centralidade de um programa efetivo de fiscalização para o cumprimento da legislação sobre o tema, é possível destacar a relevância do *modelo social* como base metodológica para proposição de políticas públicas intersetoriais, intergeracionais, acessíveis e inclusivas, capilarizadas no meio social e que garantam o protagonismo de idosos com e sem deficiência.

O *modelo social* destaca-se, portanto, como metodologia conveniente para políticas públicas voltadas tanto para as pessoas com deficiência como para as pessoas idosas. Isto porque considera os princípios de Desenho Universal e dá diretrizes para que as sociedades busquem garantir as condições para a participação plena desses grupos, como sujeitos de direitos, tornando-se mais inclusivas e acessíveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Luciana Correia; LEITE, Lúri da Costa; MACHADO, Carla Jorge. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p.1199-1207, jan. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2008.v13n4/1199-1207>>. Acesso em: 1 out. 2019.

AMARAL, Fabienne Louise Juvêncio dos Santos et al. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p.2991-3001, nov. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012001100016>.

AREOSA, Silvia Virginia Coutinho; AREOSA, Antonio Luiz. Envelhecimento e dependência: desafios a serem enfrentados. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p.138-150, jan. 2008. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/3943/3207>>. Acesso em: 01 out. 2019.

BONATELLI, Lisiane Capanema Silva et al. Centro-dia: uma opção no atendimento da pessoa envelhecida com deficiência intelectual. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p.669-675, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811810>.

BUYS, Laurie et al. Research: Issues of active ageing. **Australasian Journal On Ageing**, Brisbane, Queensland, v. 27, n. 2, p.67-71, 17 abr. 2008. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-6612.2008.00287.x>.

CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.733-781, jun. 2003. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2003000300009>.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 27, n. 1, p.232-235, jun. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-30982010000100014>.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. O Envelhecimento Populacional na

Agenda das Políticas Públicas. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-292. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf>. Acesso em: 1 out. 2019.

CAMARGOS, Mirela Castro Santos. Instituições de longa permanência para idosos: um estudo sobre a necessidade de vagas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 31, n. 1, p.211-217, jun. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-30982014000100012>.

CARRASCO, Luís Carlos Costa. **Avaliação da satisfação com a vida em pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento**. 2013. 97 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Política Social, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas - Universidade de Lisboa, Lisboa, 2013. Disponível em: <<https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/6583/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20DE%20MESTRADO.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2019.

CIELO, Patrícia Fortes Lopes Donzele; VAZ, Elizabete Ribeiro de Carvalho. A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA E O IDOSO. **Revista Ceppg**, [s. L.], v. , n. 21, p.33-46, fev. 2009. Disponível em: < http://www.portalcatalao.com/painel_clientes/cesuc/painel/arquivos/upload/temp/d69c5c83201f5bfe256b30a1bd46cec4.pdf>. Acesso em: 1 out. 2019.

CONGRESSO NACIONAL DO CONSELHO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO, 2008, Brasília. **O idoso e a deficiência – um novo olhar à questão da inclusão social do idoso**. Brasília: Anais do XVII Congresso Nacional do Conpedi, 2008. 17 p. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/brasil/06_577.pdf>. Acesso em: 1 out. 2019.

CORDEIRO, Mariana Prioli. Ativismo e deficiência: um estudo sobre os repertórios que dão sentido à vida independente. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte , v. 15, n. 2, p. 114-131, ago. 2009 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682009000200008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 out. 2019.

DINIZ, Debora; BARBOSA, Livia; SANTOS, Wederson Rufino dos. Deficiência, direitos humanos e justiça. **Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v. 6, n. 11, p.64-77, dez. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1806-64452009000200004>.

DUCA, Giovâni Firpo del; SILVA, Marcelo Cozzensa da; HALLAL, Pedro Curi. [NO TITLE AVAILABLE]. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p.796-805, out. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102009005000057>.

ERVATTI, Leila Regina; BORGES, Gabriel Mendes; JARDIM, Antonio de Ponte (Org.). **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Ibge, 2015. 156 p. (Estudos e Análises – Informação Demográfica e Socioeconômica). Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2019.

GARCIA, Rosalba Maria Cardoso. A educação de sujeitos considerados portadores de deficiências: contribuições vygotkianas. **Ponto de Vista: revista de educação e processos inclusivos**, Florianópolis, n. 1, p. 42-46, jan. 1999. ISSN 2175-8050. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/pontodevista/article/view/1519/1528>>. Acesso em: 29 out. 2019.

GIRONDI, Juliana Balbinot Reis et al. Acessibilidade de idosos com deficiência física na atenção primária. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p.825-837, jan. 2014. Disponível em: <<https://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/46672/33330>>. Acesso em: 01 out. 2019.

GIRONDI, Juliana Balbinot Reis et al. Legislação em saúde da pessoa com deficiência na perspectiva do idoso. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 19, n. 22, p.311-321, jan. 2016. Disponível em: <<http://ken.pucsp.br/kairos/article/view/33854/23317>>. Acesso em: 1 out. 2019.

GUTIERRES FILHO, Paulo José Barbosa et al. Qualidade de vida de idosos com deficiência e prática de atividade física em instituições de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.141-151, mar. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1809-98232014000100014>.

JUDGE, Joe et al. Activity, Aging, and Retirement:: he Views of a Group of Scottish People With Intellectual Disabilities. **Journal Of Policy And Practice In Intellectual Disabilities**, Edinburgh, v. 7, n. 4, p.295-301, dez. 2010.

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Debora. Envelhecimento e deficiência. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 107-120. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/pessoa-idosa/Livro%20Os%20novos%20Idosos%20Brasileiros%20-%20muito%20alem%20dos%2060.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2014.

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Debora; SQUINCA, Flávia. Transferências de Renda para a População com Deficiência no Brasil: Uma Análise do Benefício de Prestação Continuada. **IPEA - Texto Para Discussão**, Brasília, v. 1, n. 1184, p.7-33, ago. 2006. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2107/1/TD_1184.pdf>. Acesso em: 01 out. 2019.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Planificação da fiscalização das entidades de atendimento de pessoas idosas do ministério público do estado de são paulo**. São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/CAO_Idoso/Texto%20dados%20estat%C3%ADsticos%20-%20sumario%20reduzido%20certo.pdf>. Acesso em: 1 out. 2019.

NUERNBERG, Adriano Henrique. Contribuições de Vigotski para a educação de pessoas com deficiência visual. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p.307-316, jun. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-73722008000200013>.

PACHECO, Kátia Monteiro de Benedetto; ALVES, Vera Lucia Rodrigues. A história da deficiência, da marginalização à inclusão social: uma mudança de paradigma. **Acta Fisiat**, São Paulo, v. 14, n. 4, p.242-248, jan. 2007. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102875/101168>>. Acesso em: 1 out. 2019.

PEREIRA, Josianne Katherine; GIACOMIN, Karla Cristina; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. A funcionalidade e incapacidade na velhice: ficar ou não ficar quieto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p.1451-1459, jul. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00046014>.

RESENDE, Marineia Crosara de; RABELO, Dóris Firmino. Envelhecer com deficiência física: experiência com grupos educativos. **Estudos Interdisciplinares Sobre O Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p.41-51, jan. 2004. Disponível em: <<https://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/4738/2662>>. Acesso em: 01 out. 2019.

ROSA, Tereza Etsuko da Costa et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p.40-48, jan. 2003. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2003.v37n1/40-48>>. Acesso em: 1 out. 2019.

SILVA, Maria do Rosário de Fátima e. Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 126, p.215-234, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.066>.

SIQUEIRA, Fernando Carlos Vinholes et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.39-44, fev. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000100009>.

SOUSA, Rute Dinis de; FRANCO, Vítor. A investigação sobre a transição para a vida adulta e envelhecimento na população com deficiência intelectual. **International Journal Of Developmental And Educational Psychology**, Badajoz, v. 3, n. 1, p.281-289, jan. 2012. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832338028>>. Acesso em: 01 out. 2019.

VERÍSSIMO, José Carlos da Cruz. **O processo de envelhecimento da pessoa com deficiência intelectual – dinâmicas familiares e respostas institucionais**. 2018. 99 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Gerontologia Social, Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Castelo Branco, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2005. Disponível em: <http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/232/5%20%202005%20%20envelhecimento_ativo.pdf?sequence=1>. Acesso em: 1 out. 2019.