

Apontamentos sobre a história das políticas públicas sobre envelhecimento



*Juliana de Almeida Resende
Ruth G. da Costa Lopes
Maria Elisa Gonzalez Manso*

A população idosa vem crescendo rapidamente e o mundo torna-se a cada dia mais envelhecido. Dados demonstram que a cada segundo duas pessoas alcançam a idade de 65 anos, e estima-se que até 2050 o número de pessoas acima de 80 anos ou mais aumente em 26 vezes (DECLARAÇÃO DO RIO, 2013).

O envelhecimento populacional, do ponto de vista demográfico, é caracterizado pela redução no número de crianças e jovens e por um aumento na proporção de pessoas com 60 anos ou mais – processo denominado transição demográfica. Hoje vários países já têm taxas de natalidade abaixo dos níveis de substituição da população, ou seja, são países nos quais o número de crianças que entram na população não é suficiente para garantir um crescimento populacional constante (OPAS, 2005; CILC, 2015).

Na população brasileira, o aumento do número de idosos relaciona-se não apenas à queda das taxas de natalidade, mas também às de mortalidade populacional, principalmente pela queda da mortalidade infanto-juvenil. Com a queda da taxa de mortalidade há aumento da esperança de vida ao nascer, que era de 61,7 anos em 1980 e hoje já se encontra de 74,08 anos. Há, entretanto, diferenças significativas de gênero, pois as mulheres brasileiras têm como esperança de vida ao nascer 77,7 anos, enquanto que para os homens ela é de 70,6 anos segundo dados do Censo Demográfico de 2010. (IBGE, 2013).

Observa-se um aumento na esperança de vida, ou seja, um ganho no número de anos vividos pelos idosos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A velhice deve ser vista como uma oportunidade para o século XXI (DECLARAÇÃO DO RIO, 2013), porém, para alguns, a velhice tornou-se um sério problema devido aos elevados custos dos serviços necessários para atendimento a esse contingente populacional crescente. Os financiamentos dos benefícios sociais, tais como aposentadorias e pensões por invalidez, e o crescente incremento de prevalência das doenças crônicas incapacitantes, como Doença de Alzheimer, cânceres, acidentes vasculo-encefálicos, artrites e perdas sensoriais, entre outras, cujo aparecimento é relacionado à própria longevidade, estão no centro desse debate (OLSHANSKY e cols., 2012).

A questão financeira é significativa, mas o rápido envelhecimento populacional como o ocorrido no Brasil, é ainda acompanhado por mudanças nas estruturas e nos papéis da família, nos padrões de trabalho e na migração. A urbanização, a migração de jovens para cidades à procura de trabalho, as famílias cada vez menores e mais mulheres tornando-se força de trabalho formal significam que menos pessoas estão disponíveis para cuidar de pessoas mais velhas quando necessário (OPAS, 2005).

O envelhecimento da população é, pois, um dos maiores triunfos e também um dos maiores desafios no mundo atual em todos os países. A Organização Mundial da Saúde argumenta que para custear o envelhecimento os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil devem implementar políticas e programas de envelhecimento ativo com o objetivo de melhorar a saúde, a participação e a segurança dos cidadãos mais velhos (OPAS, 2005).

Neste artigo, tendo em vista o exposto, apresentaremos uma breve linha do tempo sobre alguns documentos internacionais que tratam dos direitos das pessoas idosas, sem a pretensão de esgotar o tema, mas como contribuição para o debate e pesquisas voltadas para esse segmento etário.

No que tange à discussão internacional a respeito do tema envelhecimento, o primeiro documento que aborda, especificamente, o tema origina-se da I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, ocorrida em Viena, Áustria, no ano de 1982. Trata-se do denominado Plano de Viena que possui como mérito colocar a questão da velhice como importante, apresentando diretrizes e princípios gerais, porém dentro de uma visão estritamente médica (CAMARANO e PASINATO, 2004).

Ainda do ponto de vista internacional, em 1991, a Assembleia Geral da ONU adota cinco grandes temas relacionados ao idoso: dignidade, participação, cuidados, independência e auto realização. Em 1999 ocorre o Ano Internacional do Idoso que culmina com a realização, em 2002, da Segunda Assembleia Mundial sobre Envelhecimento. Desta se origina o Plano de Ação de Madrid que incorpora a discussão sobre envelhecimento no debate internacional. O plano prioriza a promoção da saúde e o bem-estar da velhice e um entorno propício e de apoio para os idosos (ONU, 2007).



Decorrente tanto da Segunda Assembleia quanto do Plano de Ação de Madrid e da Assembleia é publicado o documento: *“Envelhecimento Ativo - uma política de saúde”*, cuja abordagem baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos dos idosos e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto realização estabelecidos pela Assembleia Geral da ONU, já citados. Desde que foi lançado, o documento serviu como base para a elaboração de políticas públicas em vários países como Nova Zelândia, Suécia, Estados Unidos, Canadá e Brasil.

O documento destaca que, os nascidos na década de 1940 tinham expectativa de vida de apenas 43 anos; já os nascidos em 2002, já podiam viver até os 75 anos de idade, iniciando-se a denominada Revolução da Longevidade, a

qual evidencia a importância da elaboração de políticas públicas voltadas aos idosos (CILC, 2015).

Com o aumento na expectativa de vida, observa-se que os idosos passaram a ter uma participação mais ativa na sociedade, muitos deles atingindo os 75 anos de idade com uma boa capacidade funcional, o que permite manterem-se em atividade. São os chamados Idosos Longevos.

Muitos idosos continuam a exercer seus cargos profissionais mesmo após a aposentadoria, seja para complementar a renda, seja para permanecer em atividade, devido suas boas condições de saúde física e mental. Outros, porém, passam a exercer uma atividade nova, na qual tinham interesse, porém não dispunham de tempo para praticar, como uma nova área de atuação, um doutorado ou uma nova especialização, estando dispostos a experimentar um novo estilo de vida, uma nova atividade, uma nova profissão. Por esse motivo, passaram a ser chamados de “gerontolescentes” (CILC, 2015).

O documento: *“Envelhecimento Ativo - uma política de saúde”* (OPAS, 2005), tem grande importância para o enfoque da saúde do idoso. Esta é considerada como multiplamente determinada, um processo de otimização de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança, a fim de melhorar a qualidade de vida conforme as pessoas se tornam mais velhas. Assim, os indivíduos devem perceber seu potencial físico, mental e social ao longo do curso da vida, participando continuamente nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, mantendo autonomia e independência.

Tendo como pressupostos que há especificidades no envelhecimento, que os idosos não constituem um grupo homogêneo e que a diversidade aumenta com a idade, o documento destaca a intersectorialidade enquanto importante

premissa para o planejamento das ações voltadas para os idosos e ressalta que estas não devem considerar apenas suas necessidades, mas principalmente seus direitos, apoiando sua responsabilização.

Citando a importância que as DCNT¹ assumem com o avançar da idade, como causas de morbimortalidade e de incapacidade em todo o mundo, ressalta que estas são evitáveis, senão adiáveis, e que pensar no envelhecimento ativo enquanto política de saúde é procurar evitar mortes prematuras, deficiências e incapacidades resultantes de sequelas advindas de complicações das DCNT não controladas. O idoso com qualidade de vida pode participar mais ativamente da sociedade e /ou comunidade, de forma remunerada ou não, com menos gastos com tratamentos e serviços médicos.

O mesmo documento aborda as diferenças do envelhecer em países desenvolvidos dotados de estrutura de bem-estar social e em países em desenvolvimento, sem estrutura e com dupla carga de doenças, como já mencionado anteriormente. Reforça que, além das questões econômicas e sociais, as diferenças entre os países também se relacionam à estrutura familiar, condições de urbanização, condições de empregabilidade, todas influenciando o processo de envelhecimento. Destarte, cita a importância dos programas baseados no conceito de envelhecimento ativo buscarem não só incentivar o autocuidado, estimulando a adoção de práticas saudáveis, mas também a inserção social do idoso e a solidariedade intergeracional.

Como fatores determinantes do envelhecimento ativo considerados pelo documento têm-se:

- a- Determinantes transversais, isto é, que permeiam todo o processo de envelhecimento: a cultura e o gênero. O envelhecer é um processo culturalmente condicionado que difere entre o homem e a mulher e estas diferenças determinam como o indivíduo envelhece, como se expõe ou não a fatores de risco à sua saúde, como adocece e como morre.
- b- Sistemas de saúde e serviços sociais: acesso a ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, aos serviços curativos, aos medicamentos, à assistência em longo prazo, à rede de serviços formais e informais que apoiem o idoso (cuidadores, familiares, vizinhos, serviços sociais, serviços comunitários) e que incluam instituições de longa permanência e serviços de saúde mental.
- c- Fatores comportamentais: o tabagismo, a inatividade física, o consumo de álcool e a alimentação saudável. A saúde oral precária, a poli farmácia e a iatrogenia também são importantes para a saúde do idoso, interferindo em sua qualidade de vida e socialização, sendo os dois últimos diretamente relacionados à maior ocorrência de quedas entre os idosos.
- d- Aspectos pessoais: considerados a herança genética (também relacionada à predisposição individual para determinadas DCNT), os processos fisiológicos de desgaste dos vários órgãos e sistemas e os

¹ Doenças Crônicas Não Transmissíveis

fatores psicológicos e, destes, a cognição tem importância fundamental.

- e- Ambiente físico: destaca a moradia segura como importante fator na prevenção de quedas, a ocorrência de violência e maus tratos contra o idoso, a alfabetização e a educação.
- f- Determinantes econômicos: renda, a proteção social e o trabalho, sendo ressalvada a participação do idoso no mercado de trabalho doméstico não remunerado e no mercado informal de trabalho.

Ainda no ano de 2002, em Toronto, Canadá, foi promulgado o Plano Internacional de Prevenção da Violência contra a Pessoa Idosa, documento que propõe estratégias e ações a serem adotadas pelos países membros para a prevenção e intervenção nas diversas manifestações da violência contra a pessoa idosa. O tema violência contra a pessoa idosa foi simultaneamente discutido em Madrid e em Toronto, sendo que o Plano de Ação de Madrid referenda a declaração de Toronto (SILVA E YASBECK, 2011).

A fim de implementar o Plano de Ação Internacional de Madri na América Latina e no Caribe, considerando as peculiaridades da região, ocorrem em 2003 e em 2007, respectivamente, as I e II Conferencias Regionais sobre Envelhecimento na América Latina e Caribe, a primeira em Santiago, Chile e a segunda em Brasília. Nesta última aprova-se a Declaração de Brasília.

Esta Declaração traz o compromisso dos países signatários de não medir esforços para promover e proteger os direitos humanos e as liberdades fundamentais dos idosos, trabalhar na erradicação de todas as formas de discriminação e violência, além de criar redes de proteção das pessoas idosas a fim de tornar efetivos seus direitos. Os países ainda concordaram em promover o diálogo e as alianças estratégicas entre os governos, o sistema das Nações Unidas e a sociedade civil, com destaque para as organizações de pessoas idosas. O setor privado também foi incluído, com vistas a criar uma consciência populacional sobre a transição demográfica e suas consequências (CEPAL, 2007).

A Declaração também reafirma o compromisso de incorporar o tema do envelhecimento no âmbito das políticas públicas e ressalta a heterogeneidade do envelhecer em área urbana e a rural, sexo, raça e etnia. A intergeracionalidade é destacada e menciona-se a necessidade de priorizar os setores mais vulneráveis da população em função de sua condição econômica e social, acrescentar maior solidariedade aos sistemas de proteção social e promover o acesso equitativo aos serviços de saúde integrais, oportunos e de qualidade, de acordo com as políticas públicas de cada país.

A partir desta declaração, os países comprometeram-se a criar marcos legais e mecanismos de supervisão e de prevenção para proteger os direitos humanos e as liberdades fundamentais das pessoas idosas, tanto as que residem em suas casas quanto as que moram em instituições de longa permanência. O item 14 desta carta declara: *“a prática da humanização para acolher e compreender as pessoas idosas de forma integral, com absoluto respeito a*

seus direitos humanos e liberdade fundamentais mobilizando para tanto recursos internos para que a atenção a esse segmento social seja prestada no marco de uma relação humana, solidária e de grande significação” (CEPAL, 2007).

Em 2012, na III Conferencia Regional sobre Envelhecimento na América Latina e Caribe, foi adotada a Carta de San Jose, Costa Rica, de 2012, sobre Direitos das Pessoas Idosas na América Latina e Caribe. Nesse documento, os estados signatários reavaliaram suas políticas e prestaram contas, a fim de reforçar as capacidades nacionais para responder aos desafios e temas emergentes em relação às pessoas idosas (SILVA E YASBECK, 2011).

No Fórum Internacional de Longevidade - Rio de Janeiro, 2013 -, é publicada a Declaração do Rio, na qual se destaca a importância da existência de uma cultura do cuidado sustentável, economicamente viável, a fim de acompanhar a revolução da longevidade. Destacando as atuais mudanças culturais no que tange às famílias, cada vez menores e menos capazes de proporcionar cuidados sem ajuda adicional, destaca a importância da solidariedade intergeracional e social, principalmente para aqueles idosos muito longevos e que, devido à sua fragilidade, declínio cognitivo, incapacidade ou isolamento, tem seus direitos humanos violados.

Assim, uma cultura de cuidado ao longo do curso da vida, preocupada com questões de gênero, políticas e práticas sociais, poderá *“desenvolver uma consciência de enfrentamento aos maus tratos aos idosos tanto nas suas formas mais insidiosas quanto nas mais aparentes”* (DECLARAÇÃO DO RIO, 2013).

Esta cultura implica em políticas de saúde que não se atenham apenas à medicação, e sim que atenda às necessidades dos idosos em toda linha e cuidados: promoção, prevenção, atenção, reabilitação, cuidados de longa permanência e palição, com um enfoque *“low tech, high touch”* (DECLARAÇÃO DO RIO, 2013).



O Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-Brasil) publica, em 2015, a versão em português do texto *“Envelhecimento ativo – um marco político em resposta à revolução da longevidade”* (CILC, 2015). O documento teve por objetivo revisar o texto de 2002 e refletir sobre *“o dinamismo do envelhecimento da população mundial, se tornando um recurso em permanente evolução por meio de um processo de interação contínuo”* (CILC, 2015).

Observa-se já no título dos documentos que houve uma significativa mudança ao longo destes anos na forma como o envelhecimento é visto. O primeiro documento tinha como título *“Envelhecimento Ativo - uma política de saúde”*, já no segundo observa-se que a ênfase ocorre no envelhecimento ativo enquanto um processo de oportunidades não apenas

biológicas, mas sociais, culturais, educacionais, políticas, entre outras. Neste ultimo documento estabelecem-se os quatro pilares do envelhecimento ativo: aprendizagem ao longo da vida, participação, segurança e saúde física e mental.

A saúde física e mental é essencial para a qualidade de vida e para a participação em todas as esferas de atividade como trabalho, diversão, cultura, amor e amizade. A aprendizagem, pilar que sustenta todos os demais, proporciona ao indivíduo maiores chances de participação plena na sociedade, para a solidariedade intergeracional e maior capacidade de manutenção da saúde (educação para a saúde). Não se baseia apenas na educação formal, mas vai além e inclui a educação financeira e a educação tecnológica, tão importante para os dias atuais e para inclusão do idoso nesta era de tecnologia crescente. Aprender favorece habilidades relacionais e proteção a vulnerabilidades.

No pilar participação destaca-se, além do trabalho remunerado, o engajamento do idoso em diversas causas: sociais, políticas, recreativas, culturais, intelectuais ou espirituais. Todos eles dão significado à vida e promovem um senso de realização e de pertencimento, fortalecendo vínculos relacionais, manutenção da saúde e diminuição do risco de morte em pessoas de todas as idades. Além disso, para a pessoa idosa é essencial o sentimento de segurança contra a negligência, o abandono e a falta de cuidado. Sem esta, além de não conseguirmos nos desenvolver plenamente, há vários efeitos nocivos sobre a saúde física, mental e social. O documento mostra a importância da criação de políticas públicas voltadas para a garantia dos quatro pilares do envelhecimento ativo, a fim de garantir que os idosos permaneçam acima do limiar de dependência, mantendo assim sua funcionalidade.

Dentre todos os documentos citados, o Plano Internacional de Madri de 2002 ainda é o principal documento internacional que orienta as políticas públicas sobre o envelhecimento. Por esse motivo, referido documento é objeto de constante revisão e serve como referencial para os demais planos internacionais sobre o tema. Contudo, todos eles servem apenas como guias para as políticas públicas, não sendo dotados de força jurídica.

Diante disso, em 2015, foi aprovada a Convenção Interamericana sobre a proteção dos direitos humanos dos idosos. Essa Convenção reforça os termos dos documentos supracitados e nasce a partir da necessidade de se ter *“um instrumento juridicamente vinculante que proteja os direitos humanos dos idosos e fomente um envelhecimento ativo em todos os âmbitos”* (OEA, 2016).

Assim sendo, os Estados-parte devem adotar as medidas legislativas, ou de outro caráter, necessárias para tornar efetivos tais direitos e liberdades. Para tanto, a Convenção, em seu art. 2º, traz alguns conceitos importantes como: “abandono”, “cuidados paliativos”, “discriminação”, “envelhecimento ativo e saudável”, entre outros.

Dentre os princípios gerais aplicáveis à Convenção destacam-se os seguintes: *“a valorização do idoso, seu papel na sociedade e sua contribuição ao desenvolvimento”; “a dignidade, independência, protagonismo e autonomia do idoso”; “a segurança física, econômica e social”; “a responsabilidade do Estado e a participação da família e da comunidade na integração ativa, plena e produtiva do idoso dentro da sociedade, bem como em seu cuidado e atenção, de acordo com a legislação interna”* (OEA, 2016).



O capítulo IV da referida Convenção indica quais os direitos dos idosos devem ser protegidos - ao todo são trinta e três - e, dentre eles, cabe destacar os seguintes: igualdade e não discriminação por razões de idade, direito à dignidade na velhice, direito à independência e à autonomia, direito à participação e à integração comunitária, direito à segurança e a uma vida sem nenhum tipo de violência, direitos de manifestar consentimento livre e

informado no âmbito da saúde, direito ao trabalho, direito à seguridade social.

Infelizmente, apesar de ser signatário da Convenção, o Brasil ainda não ratificou o documento, o que não o integra ao ordenamento jurídico nacional. Assim sendo, a defesa dos direitos dos idosos no país ainda obedece ao disposto na Constituição Federal e no Estatuto do Idoso (CONSTITUIÇÃO FEDERAL BRASILEIRA, 1988; LEI nº 10.741 / 2003).

A Constituição Federal trata dos Direitos e Garantias Fundamentais da pessoa humana, incluindo tanto direitos individuais e coletivos, quanto os direitos sociais. O Estatuto do Idoso reforça tais garantias, direcionando-as à pessoa idosa.

O Estatuto do Idoso traz ainda medidas de proteção, que podem ser acionadas a fim de concretizar os direitos dos idosos previstos tanto na Constituição Federal quanto no próprio Estatuto. Ocorre que tais medidas de proteção são voltadas para as pessoas físicas, ou seja, os idosos ou seus responsáveis legais. Esse ordenamento jurídico, não responsabiliza diretamente o Estado brasileiro diante da ausência de políticas públicas efetivas voltadas aos idosos.

Alguns direitos dos idosos previstos na Convenção não são contemplados de forma específica na legislação brasileira, apesar da possibilidade de inferir a existência deles no ordenamento jurídico brasileiro. São eles: participação e integração comunitária, consentimento livre e informado no âmbito da saúde; direito do idoso que recebe serviço de cuidado em longo prazo; prosperidade e meio ambiente saudável.

A Convenção é o instrumento jurídico mais moderno no que se refere aos direitos dos idosos, e leva em conta os mais importantes documentos

internacionais sobre o tema e está completamente atualizado no que se refere às necessidades da pessoa idosa considerando a nova realidade demográfica e social do país. Além de ter por finalidade a responsabilização do Estado Brasileiro no que se refere à adoção de políticas públicas voltadas aos idosos. Daí a importância da ratificação do documento pelo Brasil.

Como foi possível observar, as necessidades dos idosos mudaram muito nas últimas décadas. Estes não devem ser vistos apenas como pessoas frágeis e dependentes, mas, ao contrário, como ativas, participativas, sujeitos de direito. Poder fazer escolhas de forma independente e com autonomia é o mínimo que esperam como cidadãos, mas, para tanto, é necessário que existam políticas públicas para a efetivação destes ainda anseios.

Referências

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Em 2011, esperança de vida ao nascer era de 74,08 anos*. Disponível em: <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2271>>. Acesso em: 09 abr. 2013

BRASIL. *LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741.htm. Acesso em 08 de julho de 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica nº 19).

CAMARANO, A.A.a; KANSO, S; MELLO, J. L.. Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros? In *Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, pg. 77-105, 2004.

Centro Internacional Longevidade Brasil. *Envelhecimento Ativo: Um Marco Político em Resposta a uma Revolução da Longevidade*. Rio de Janeiro: CILC, 2015. Disponível em http://ilcbrazil.org/portugues/wp-content/uploads/sites/4/2015/12/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Pol%C3%ADtico-ILC-Brasil_web.pdf. Acesso em: 23 jul. 2016

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). *Declaración de Brasília*. 2007. Disponível em: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/0/32460/lcg2359_e.pdf. Acesso em 15 out. 2016

DECLARAÇÃO DO RIO. *Além da Prevenção e Tratamento: Desenvolvendo uma Cultura do Cuidado em resposta à Revolução da Longevidade*. Disponível em http://www.ilcbrazil.org/wp-content/uploads/2014/03/declaracao_do_rio_Portugues.pdf. Acesso em: 23 jul. 2016.

OLSHANSKY, S. J. BEARD, J. BÖRSCH-SUPAN, A. The Longevity Dividend: Health as an Investment. in *Global Population Ageing: Peril or Promise?* Disponível em: <http://www.hsph.harvard.edu/pgda/working.htm>. Acesso em 24/09/2012

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. *Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos*. 2015. Disponível em: <<http://www.ampid.org.br/v1/wp-content/uploads/2014/08/conven%C3%A7%C3%A3o-interamericana-sobre-a-prote%C3%A7%C3%A3o-dos-direitos-humanos-dos-idosos-OEA.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: OPAS, 2005.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). *El desarrollo en un mundo que envejece*. Nova York: Organização das Nações Unidas, 2007.

SILVA, M.R.F. Proteção social aos idosos: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil. *Revista Katál.*, v. 17, n. 1, p. 102-110, 2014.

Data de recebimento: 18/09/2017; Data de aceite: 05/11/2017.

Juliana de Almeida Resende – Advogada. Graduanda do curso de Medicina na Faculdade das Américas. E-mail: gi_resende@yahoo.com.br

Ruth Gelehrter da Costa Lopes - Doutora em Saúde Pública-USP. Psicóloga. Docente da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) no Programa de Estudos Pós-graduados em Gerontologia, Curso de Psicologia e Supervisora na Clínica-escola “Ana Maria Poppovic”. Coordenadora do grupo de pesquisa certificado pelo CNPq: Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento-NEPE. Membro da Red Iberoamericana de Psicogerontologia (Redip). E-mail: ruthgclopes@pucsp.br

Maria Elisa Gonzalez Manso - Pós-doutoranda em gerontologia Social, Doutora em Ciências Sociais e mestre em Gerontologia pela PUC SP. Médica e bacharel em Direito. Pós-graduada em Gestão de Serviços de Saúde. Pesquisadora dos grupos de pesquisa CNPq-PUC Saúde, Cultura e Envelhecimento e Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento-NEPE (PEPG em Gerontologia), é professora convidada do COGEAE-PUCSP para cursos na área da saúde. E-mail: mansomeg@hotmail.com