

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 1402

SÉRIE SEGURIDADE SOCIAL

OS IDOSOS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA E A PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL

**Analia Soria Batista
Luciana Jaccoud
Luseni Aquino
Patrícia Dario El-Moor**

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 1402

SÉRIE SEGURIDADE SOCIAL

OS IDOSOS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA E A PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL

Analia Soria Batista*

Luciana Jaccoud**

Luseni Aquino**

Patrícia Dario El-Moor*

Produzido no programa de trabalho de 2008

Brasília, abril de 2009

* Consultoras da Diretoria de Estudos Sociais (Disoc) do Ipea. *E-mails:* trrab526@terra.com.br e patricia.dario@uol.com.br.

** Técnicas de Planejamento e Pesquisa da Diretoria de Estudos Sociais (Disoc) do Ipea. *E-mails:* luciana.jaccoud@ipea.gov.br e luseni.aquino@ipea.gov.br.

Governo Federal

**Ministro de Estado Extraordinário
de Assuntos Estratégicos** – Roberto Mangabeira Unger

Secretaria de Assuntos Estratégicos



Fundação pública vinculada à Secretaria de Assuntos Estratégicos, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente
Marcio Pochmann

Diretor de Administração e Finanças
Fernando Ferreira

Diretor de Estudos Macroeconômicos
João Sicsú

Diretor de Estudos Sociais
Jorge Abrahão de Castro

Diretora de Estudos Regionais e Urbanos
Liana Maria da Frota Carleial

Diretor de Estudos Setoriais
Márcio Wohlers de Almeida

Diretor de Cooperação e Desenvolvimento
Mário Lisboa Theodoro

Chefe de Gabinete
Persio Marco Antonio Davison

Assessor-Chefe da Assessoria de Imprensa
Estanislau Maria de Freitas Júnior

Assessor-Chefe de Comunicação Institucional
Daniel Castro

URL: <http://www.ipea.gov.br>

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

ISSN 1415-4765

JEL: I38; J14

TEXTO PARA DISCUSSÃO

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos direta ou indiretamente desenvolvidos pelo Ipea, os quais, por sua relevância, levam informações para profissionais especializados e estabelecem um espaço para sugestões.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou da Secretaria de Assuntos Estratégicos.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

APRESENTAÇÃO

Neste ano em que se comemoram os 20 anos de promulgação da Constituição de 1988, o Ipea tem o prazer de disponibilizar ao público uma série de trabalhos voltados ao debate sobre a Seguridade Social no Brasil.

A Carta Constitucional, ao integrar os esforços de garantir a plena cidadania no país, acolhe os direitos sociais não apenas no âmbito dos direitos do trabalho, mas também no amplo terreno dos direitos da cidadania, onde a Seguridade Social desempenha papel central. Reconhecida como um dos mais importantes avanços adotados pela Constituição, a instituição da Seguridade Social reuniu os serviços e benefícios nas áreas de saúde, previdência social e assistência social: assegura a todos os brasileiros o acesso à proteção social contributiva e não contributiva, sob responsabilidade do poder público, contando com a gestão descentralizada, com a participação social, e com a vinculação de recursos e pluralidade de fontes.

Nos últimos 20 anos, entretanto, a Seguridade Social no país sofreu uma conturbada trajetória. De um lado, as determinações constitucionais propiciaram a expressiva extensão da cobertura das políticas pertinentes (saúde, previdência e assistência social), assim como do patamar de oferta de benefícios e serviços, impactando na melhoria das condições de vida da população. De outro, a consolidação institucional e política da Seguridade Social, bem como de sua efetiva universalização, foi estrangida por um conjunto de propostas e iniciativas visando limitar a atuação do Estado no campo social. Entre estes dois movimentos persistem relevantes desafios para o desenvolvimento da Seguridade Social enquanto instrumento de redistribuição de renda e de promoção de bem-estar.

Os trabalhos que compõem esta série discutem esse amplo conjunto de desafios. Estes são aqui tratados, seja da perspectiva setorial de cada uma das políticas que integram a Seguridade Social, seja do ponto de vista mais amplo – de sua integração sistêmica, da consolidação de seu padrão de financiamento, ou dos novos temas que se apresentam aos tradicionais riscos e vulnerabilidades cobertos pelas atuais políticas da proteção social. Em conjunto, destacam a Seguridade Social e suas políticas como dimensões centrais no debate sobre a redução das desigualdades e o estabelecimento de patamares mínimos de bem-estar no país.

O presente volume, correspondente ao Texto para Discussão nº 1402 (*Os Idosos em Situação de Dependência e a Proteção Social no Brasil*, de Analia Soria Batista, Luciana Jaccoud, Luseni Aquino e Patrícia Dario El-Moor), faz parte de uma reunião que inclui ainda outros nove títulos sobre a matéria, a saber:

- Nº 1376 - *A Constituição de um Modelo de Atenção à Saúde Universal*: uma promessa não cumprida pelo SUS?, de Carlos Octávio Ocké-Reis
- Nº 1372 - *Pobres, Pobreza e Cidadania*: os desafios recentes da proteção social, de Luciana Jaccoud

- Nº 1371 - *Cuidados de Longa Duração para Idosos*: um novo risco para os sistemas de seguridade social, de Maria Tereza Pasinato e George Kornis
- *Projeções de Longo Prazo para o Regime Geral de Previdência Social* – o debate no Fórum Nacional de Previdência Social, de Helmut Schwarzer, Eduardo da Silva Pereira e Luis Henrique Paiva
- *Proteção das Pessoas Idosas Dependentes*: análise comparativa da experiência internacional, de Analia Soria Batista, Luciana Jaccoud, Luseni Aquino e Patrícia Dario El-Moor
- *Aposentadorias, Pensões, Mercado de Trabalho e Condições de Vida*: o Brasil e os mitos da experiência internacional, de Milko Matijascic, Stephen Kay e José Olavo Ribeiro
- *Tributação, Previdência e Assistência Sociais*: impactos distributivos, de Fernando Gaiger Silveira
- *A Reforma da Previdência na Hora da Verdade*: o Brasil no contexto da América Latina, de Milko Matijascic e Stephen Kay
- *Benefícios por incapacidade*: uma análise do auxílio-doença previdenciário, de Luciana Servo e Sérgio Piola

Jorge Abrahão de Castro

Diretor de Estudos Sociais do Ipea

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

PREFÁCIO

| | | |
|---|--|----|
| 1 | DIAGNÓSTICO DA POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL | 7 |
| 2 | A PROTEÇÃO SOCIAL PARA AS PESSOAS IDOSAS NO BRASIL | 22 |
| 3 | DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA OS IDOSOS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA NO BRASIL | 47 |
| | REFERÊNCIAS | 64 |
| | LEGISLAÇÃO NA INTERNET | 67 |

SINOPSE

A dependência funcional em pessoas idosas tem sido um fenômeno estudado em vários países cujas mudanças demográficas apontam para um aumento da população nesta faixa etária. No Brasil, a questão vem despertando o interesse de gestores públicos, bem como da sociedade, uma vez que começam a surgir demandas específicas de atenção no tocante aos cuidados pessoais, domésticos e médicos de longa duração. Na perspectiva de contribuir com o debate nacional a respeito da organização da proteção para as pessoas idosas dependentes, este texto apresenta um diagnóstico do perfil dos idosos e dos idosos dependentes no país, e faz breve análise da proteção atualmente ofertada ao idoso pelo sistema brasileiro de Seguridade Social. Por fim, discute alguns dos desafios que se apresentam para a política pública frente a essa nova situação.

ABSTRACT

Functional dependency in elderly people has been studied in many countries where demographic changes have led to the increase in the over 60 age group. In Brazil, it has aroused interest of public agents and society due to the appearance of specific demands related to personal, domestic and medical long term care. Aiming to contribute to the debate regarding the provision of social protection to this public, this text presents an overview of the social situation of aged people and dependent/frail elderly in Brazil, as well as a short analyses concerning the benefits and services offered by the Brazilian social security system. Finally, the document discusses some of the challenges that this new phenomenon brings up to public policy.

PREFÁCIO¹

A questão da dependência funcional em pessoas idosas – entendida como a perda de autonomia do indivíduo para desempenhar sozinho as atividades da vida diária – tem sido objeto de preocupação em vários países cujas mudanças demográficas apontam para um aumento da população nesta faixa etária. Este fenômeno tem demandado da sociedade um tipo específico de atenção, que se refere a cuidados pessoais, domésticos e médicos de longa duração. Também no Brasil, o envelhecimento populacional desperta o interesse e a preocupação dos gestores públicos e da sociedade. Em 2006, com o objetivo de alimentar a reflexão nacional sobre a organização da proteção para as pessoas idosas dependentes, o Ministério da Previdência Social solicitou à Diretoria de Estudos Sociais do Ipea a realização de um estudo sobre o tema *Seguro especial para pessoas idosas em condições frágeis: panorama internacional e viabilidade de implantação no Brasil*. Este texto – ao lado do texto para discussão *Proteção das pessoas idosas dependentes: análise comparativa da experiência internacional* – é fruto desse projeto,² e visa trazer elementos para a reflexão nacional sobre a organização da proteção para as pessoas idosas dependentes, que se constitui em desafio também para o Brasil. Para tanto, discute as políticas sociais existentes no país e coloca em perspectiva a implantação de ações com esse objetivo dentro do sistema de Seguridade Social brasileiro.

O documento está dividido em três capítulos. O primeiro apresenta um diagnóstico do perfil dos idosos e dos idosos dependentes, chamando atenção para a fragilidade das informações relativas ao segmento da população brasileira com 60 anos ou mais, especialmente no que se refere ao grupo em foco neste estudo. O segundo capítulo faz um balanço da proteção social atualmente ofertada ao idoso pelo sistema brasileiro de Seguridade Social, apontando o caráter apenas incipiente e marginal da inscrição do tema “dependência” em seus três pilares (previdência, assistência social e saúde). Finalmente, o último capítulo discute os desafios e as perspectivas de implementação de políticas públicas para os idosos brasileiros em situação de dependência e apresenta algumas recomendações para a articulação e o aperfeiçoamento dos serviços com vistas ao avanço na proteção social para este público.

1. A realização deste estudo foi conduzida por uma equipe técnica do Ipea e contou com a colaboração de consultoras especialmente contratadas. As autoras agradecem a Helmut Schwarzer, secretário de Políticas de Previdência Social do Ministério da Previdência Social, e a Rafael Liberal, Luis Henrique de Paiva e Rogério Nagamine Costanzi, técnicos daquela secretaria. O primeiro muito contribuiu na definição do escopo inicial do projeto e com comentários ao trabalho final; os demais colaboraram, em diferentes momentos, com os encaminhamentos que possibilitaram a realização da pesquisa. Fica ainda o agradecimento aos colegas do Ipea, Leonardo Rangel, pelos comentários ao texto e discussão de algumas de suas passagens; Antonio Ibarra e Núcleo de Gestão de Informações Sociais, pela produção dos dados estatísticos apresentados; Juliana Rochet Chaibub, pelo apoio na elaboração da versão final deste texto; e Silvana Carvalho, pela leitura minuciosa do documento.

2. O projeto originou o livro *Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social*, que oferece um conjunto maior de detalhes e informações a respeito de cada país estudado. Ver Batista *et al.* (2008). Entretanto, cabe informar que os dados apresentados neste TD foram atualizados e revistos.

1 DIAGNÓSTICO DA POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL

O conceito de envelhecimento ou a definição de pessoa idosa não são objeto de consenso, seja na literatura especializada ou na sociedade em geral. Em paralelo à evolução cronológica, estão presentes fenômenos biológicos, psicológicos e sociais que resultam importantes para a percepção e a vivência da idade e do envelhecimento. Em nossas sociedades, é comum associar o envelhecimento com a saída da vida produtiva pela via da aposentadoria. Contudo, mesmo sob esse aspecto, não é possível estabelecer um consenso, devido às constantes mudanças legais referentes às idades de acesso a esse benefício, como também à existência de um significativo número de trabalhadores cuja trajetória no mercado de trabalho não lhes dota de algum direito de aposentadoria. Dessa forma, para fins deste trabalho, será adotada a definição estabelecida no Estatuto do Idoso, que considera pessoas idosas aquelas com 60 anos ou mais.³

Tal como acontece com o fenômeno do envelhecimento, o conceito da dependência não é objeto de uma definição consensual. No quadro deste trabalho, define-se por dependência a perda de autonomia para o desempenho das atividades da vida diária. Nesse caso, a pessoa em situação de dependência requer auxílio para atividades várias como, por exemplo, locomover-se, cuidar da sua higiene pessoal, vestir-se ou alimentar-se.

A primeira seção deste texto tem por objetivo traçar um quadro sintético do segmento das pessoas consideradas idosas no Brasil, assim como daquelas que podem ser identificadas como em situação de dependência. Será destacado, em primeiro lugar, que os idosos constituem um grupo marcado por grande heterogeneidade. Do ponto de vista sociodemográfico, indicadores como faixa etária, sexo, contexto familiar, local de residência, renda e inserção no mercado de trabalho, entre outros, permitirão observar tal realidade. Ao final da seção serão apresentadas algumas informações sobre os idosos em situação de dependência no país, assim como sobre os idosos institucionalizados.

1.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO IDOSA BRASILEIRA

1.1.1 Idade

Como indicado nas tabelas 1 e 2, dados do Censo Demográfico indicam que, em 1940, a população idosa brasileira era composta por 1,6 milhões de pessoas idosas. Este número subiu, em 1970, para 4,7 milhões de pessoas. Em 2000, o número de brasileiros com 60 anos ou mais chegava a 14,5 milhões, o que representava 8,5% da população total. Projeções realizadas para 2040 estimam a presença de 55 milhões de idosos, que representarão, aproximadamente, 26,8% da população total.

A população “muito idosa”, com 80 anos ou mais, também está e continuará aumentando. Entre 1970 e 2000 este grupo aumentou de 485,4 mil pessoas (0,5% do total populacional) para 1,8 milhão (1,07% do total); em 2040, estima-se que chegará a quase 13 milhões de pessoas, compondo 6,3% da população total brasileira.

3. Contudo, em alguns casos, em decorrência das fontes utilizadas, serão apresentados dados referentes a outros limites de idade.

TABELA 1

Brasil: População total observada e projetada por idade (1940-2040)

| | Total de idosos | 60 a 64 | 65 a 69 | 70 a 74 | 75 a 79 | 80 + | Total da população |
|------|-----------------|------------|------------|-----------|-----------|------------|--------------------|
| 1940 | 1.668.445 | 687.827 | 384.473 | 282.416 | 143.069 | 170.660 | 41.165.289 |
| 1950 | 2.210.318 | 938.277 | 516.456 | 361.206 | 185.199 | 209.180 | 51.944.397 |
| 1960 | 3.335.700 | 1.404.942 | 788.788 | 562.271 | 288.646 | 291.053 | 70.191.370 |
| 1970 | 4.725.540 | 1.794.673 | 1.218.918 | 806.773 | 419.748 | 485.428 | 93.139.037 |
| 1980 | 7.223.781 | 2.448.218 | 2.031.110 | 1.317.997 | 833.322 | 593.134 | 119.002.706 |
| 1991 | 10.722.705 | 3.636.858 | 2.776.060 | 1.889.918 | 1.290.218 | 1.129.651 | 146.825.475 |
| 2000 | 14.536.029 | 4.600.929 | 3.581.106 | 2.742.302 | 1.779.587 | 1.832.105 | 169.799.170 |
| 2010 | 19.769.273 | 6.298.568 | 4.599.834 | 3.585.700 | 2.483.725 | 2.801.446 | 189.524.544 |
| 2020 | 29.045.488 | 9.060.915 | 6.981.475 | 5.088.124 | 3.386.556 | 4.528.417 | 203.464.004 |
| 2030 | 41.369.963 | 11.155.717 | 9.772.057 | 7.553.649 | 5.384.309 | 7.504.231 | 209.059.835 |
| 2040 | 55.555.895 | 13.914.645 | 11.188.998 | 9.547.418 | 7.839.790 | 13.065.043 | 206.953.455 |

Fonte: i) Para o período 1940 a 2000: Camarano *et al.* (2005). ii) Para o período 2010 a 2040: Camarano *et al.* (2008).
Elaboração: Disoc/Ipea.

TABELA 2

Brasil: População total observada e projetada por idade (1940-2040)

(Em %)

| | Total de idosos | 60 a 64 | 65 a 69 | 70 a 74 | 75 a 79 | 80 + | Total da população |
|------|-----------------|---------|---------|---------|---------|------|--------------------|
| 1940 | 4,1 | 1,7 | 0,9 | 0,7 | 0,3 | 0,4 | 41.165.289 |
| 1950 | 4,3 | 1,8 | 1,0 | 0,7 | 0,4 | 0,4 | 51.944.397 |
| 1960 | 4,8 | 2,0 | 1,1 | 0,8 | 0,4 | 0,4 | 70.191.370 |
| 1970 | 5,1 | 1,9 | 1,3 | 0,9 | 0,5 | 0,5 | 93.139.037 |
| 1980 | 6,1 | 2,1 | 1,7 | 1,1 | 0,7 | 0,5 | 119.002.708 |
| 1990 | 7,3 | 2,5 | 1,9 | 1,3 | 0,9 | 0,8 | 146.825.475 |
| 2000 | 8,6 | 2,7 | 2,1 | 1,6 | 1,0 | 1,1 | 169.799.170 |
| 2010 | 10,4 | 3,3 | 2,4 | 1,9 | 1,3 | 1,5 | 189.524.544 |
| 2020 | 14,3 | 4,5 | 3,4 | 2,5 | 1,7 | 2,2 | 203.464.004 |
| 2030 | 19,8 | 5,3 | 4,7 | 3,6 | 2,6 | 3,6 | 209.059.835 |
| 2040 | 26,8 | 6,7 | 5,4 | 4,6 | 3,8 | 6,3 | 206.953.455 |

Fonte: i) Para o período 1940 a 2000: Camarano *et al.* (2005). ii) Para o período 2010 a 2040: Camarano *et al.* (2008).
Elaboração: Disoc/Ipea.

A tabela 3 permite visualizar com maior clareza o progressivo crescimento da população idosa e muito idosa entre 1980 e 2007, acompanhando o crescimento da expectativa de sobrevida para homens e mulheres de 55, 60 e 65 anos. Destaque-se que, em 2007, os homens e mulheres de 60 anos tinham uma expectativa de sobrevida de 19 e 22 anos, respectivamente, valores em média quatro anos maiores do que no início do período para ambos os sexos.

TABELA 3

Brasil: Evolução da expectativa de sobrevida (1980, 1991, 2000, 2004 e 2007)

| Idades selecionadas | | 1980 | 1991 | 2000 | 2004 | 2007 |
|---------------------|----------|------|------|------|------|------|
| 55 | Homens | 18,4 | 20,7 | 22,2 | 22,6 | 22,9 |
| | Mulheres | 21,4 | 23,9 | 25,6 | 26,1 | 26,6 |
| 60 | Homens | 15,2 | 17,4 | 18,8 | 19,1 | 19,4 |
| | Mulheres | 17,6 | 20,0 | 21,7 | 22,2 | 22,6 |
| 65 | Homens | 12,2 | 14,4 | 15,7 | 16,0 | 16,2 |
| | Mulheres | 14,1 | 16,4 | 18,1 | 18,5 | 18,8 |

Fonte: IBGE/DPE/Coordenação de População e Indicadores Sociais – Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica e Tábuas Completas de Mortalidade/IBGE, 2007.
Elaboração: Disoc/Ipea.

O processo de envelhecimento populacional terá impacto relevante sobre as diversas esferas da sociedade (trabalho, política, direito, cultura, economia, entre outras). Uma forma de ilustrar seus possíveis efeitos na atividade econômica é analisar

a evolução da razão de dependência da população idosa, ou seja, da relação entre a população com idade igual ou superior a 60 anos e a parcela com idade entre 15 e 59 anos, genericamente considerada em idade economicamente produtiva.⁴ A tabela 4 mostra que, em 1980 e em 2000, para cada 100 pessoas nesta faixa etária, existiam 10 e 13 pessoas idosas, respectivamente. Projeções populacionais indicam que, em 2030, a razão de dependência será de 30 pessoas idosas para cada 100 com idade entre 15 e 59 anos e que, em 2040, tal razão alcançará 43 para 100.

Observa-se que esse crescimento da razão de dependência dos idosos reflete-se também na evolução da razão de dependência total (relação entre crianças e idosos, de um lado, e pessoas com idade entre 15 e 59 anos, de outro). Entre 1980 e 2020 as projeções indicam uma diminuição da razão de dependência, em grande medida ocasionada pela queda no número de pessoas com idade até 14 anos na população brasileira. A partir de então, a razão de dependência total passará a crescer devido à presença cada vez maior de pessoas idosas na população. Em outras palavras, observa-se, em todo o período, a gradual mudança na participação da população que compõe o numerador, com ampliação das pessoas idosas em detrimento das crianças/jovens. Esta mudança é produto do envelhecimento da população e da queda da taxa de natalidade.

TABELA 4

Brasil: Razão de dependência e índice de envelhecimento (1980-2040)

| Ano | Razão de dependência total | Razão de dependência da população abaixo de 15 anos | Razão de dependência da população idosa de 60 anos ou mais | Índice de envelhecimento |
|------|----------------------------|---|--|--------------------------|
| 1980 | 79,6 | 68,7 | 10,9 | 15,9 |
| 1990 | 72,5 | 59,9 | 12,6 | 21,0 |
| 2000 | 61,7 | 47,9 | 13,8 | 28,9 |
| 2010 | 53,8 | 37,7 | 16,0 | 42,5 |
| 2020 | 51,8 | 30,1 | 21,7 | 72,0 |
| 2030 | 53,6 | 23,2 | 30,4 | 130,9 |
| 2040 | 60,3 | 17,3 | 43,0 | 249,1 |
| 1990 | 72,5 | 59,9 | 12,6 | 21,0 |

Fonte: i) Para o período 1980 a 2000: Camarano et al. (2005). ii) Para o período 2010 a 2040: Camarano et al. (2008).
Elaboração: Disoc/Ipea.

Na tabela 4 é possível observar também o aumento significativo do índice de envelhecimento populacional. Em 1980, era de 15,9, enquanto, em 2000, tinha aumentado para 28,9. Porém, em quatro décadas, prevê-se que os idosos estarão em número superior ao dos jovens: em 2040, estima-se que o índice de envelhecimento será de 249,1, ou seja, para cada 100 jovens com menos de 15 anos, haverá mais de 249 pessoas com 60 anos ou mais.

Nesse sentido, cabe ressaltar que as projeções realizadas para a razão de dependência e o índice de envelhecimento apontam para uma importante reorganização no quadro demográfico nacional, com impactos relevantes na sociedade brasileira e nas políticas públicas.

1.1.2 Local de Residência

A população brasileira é fundamentalmente urbana. Esta é uma realidade também para o grupo dos idosos: observa-se uma proporção muito maior de pessoas idosas nas áreas urbanas do que nas rurais, com destaque para as áreas não-metropolitanas. A tabela 5 apresenta dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)

4. Este documento optou por utilizar como definição de idoso aquela presente no Estatuto do Idoso. Com isso, a razão de dependência e o índice de envelhecimento apresentados na tabela 4 levaram em conta a população de 60 anos em diante. Atente-se para o fato de que os dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) consideram como pessoas idosas aquelas com 65 anos ou mais.

que, em 2007, estimou uma população de 60 anos ou mais de aproximadamente 19,9 milhões de pessoas, sendo que 82,93 % delas viviam no meio urbano: 31,6% em áreas metropolitanas e 51,3% em áreas urbanas não-metropolitanas. Nota-se também que o número de pessoas idosas vivendo em áreas metropolitanas era quase duas vezes superior àquele das que viviam no meio rural – 17,0% do total dos idosos.

A tabela 5 traz ainda uma informação interessante relacionada à diferente distribuição dos idosos por sexo nas áreas urbanas e rurais. No meio rural, os homens idosos (51,6%) superavam as mulheres idosas (48,3%), enquanto, no meio urbano, as mulheres eram maioria (57,2% contra 42,8% de homens). Observa-se que, nas regiões metropolitanas, a presença feminina superava a masculina em cerca de 18 pontos percentuais.

TABELA 5

Brasil: Distribuição dos idosos (60 anos ou +) por sexo, segundo local de residência (2007)

(Em %)

| | Homens | Mulheres | Total |
|--------------------------|--------|----------|-------|
| Urbano total | 42,78 | 57,22 | 82,93 |
| Urbano não-metropolitano | 43,85 | 56,15 | 51,34 |
| Urbano metropolitano | 41,04 | 58,96 | 31,59 |
| Rural | 51,66 | 48,34 | 17,07 |
| Total | 44,29 | 55,71 | 100,0 |

Fonte: PNAD (2007).
Elaboração: Disoc/Ipea.

O local de residência da população idosa pode indicar a natureza do desafio a ser enfrentado pelas políticas sociais em seu objetivo de melhorar a proteção desse grupo. No meio urbano não-metropolitano, as pessoas idosas podem se beneficiar de uma série de facilidades para gerir seu cotidiano, como, por exemplo, a proximidade dos serviços de saúde, transporte, convívio social e acesso à cultura. No meio urbano metropolitano, o cotidiano de uma pessoa idosa pode ser mais difícil, devido às distâncias, à complexidade dos meios de transporte, bem como, entre outros fatores, a maior impessoalidade que caracteriza as relações sociais e maior isolamento. O meio rural tende a proporcionar um acesso deficitário em termos de serviços de saúde e de apoio oferecidos.

1.1.3 Sexo e Estado Civil

A sobremortalidade masculina tem sido observada como uma tendência mundial, cuja origem era atribuída, principalmente, a fatores biológicos, induzindo à naturalização do fenômeno. Mais recentemente, os fatores sociais e comportamentais passaram a ser cada vez mais enfatizados, sendo hoje consenso que os homens estão mais expostos que as mulheres a certos fatores de risco, como o maior consumo de álcool e cigarro, situações de violência física e psicológica, estresse no trabalho etc. Nesse sentido, as mudanças no papel da mulher na sociedade, aumentando sua exposição a situações sociais similares às dos homens, poderão contribuir para diminuir essa diferença.

Entretanto, a tendência ainda hoje verificada em diversos países é de maior proporção de mulheres no grupo de pessoas idosas em função da mortalidade diferencial por sexo. Esta tendência também se apresenta para o caso do Brasil. Os dados do Censo Demográfico de 2000 apontam que, dos 14,5 milhões de pessoas idosas, 55%, ou seja, 7,9 milhões eram mulheres.

Detalhando a evolução da proporção de homens e mulheres idosas na população brasileira, a tabela 6 indica que, até 1980, não existia diferença na proporção de homens e mulheres na faixa etária entre 60 e 69 anos. Proporções diferentes entre homens e mulheres já se manifestavam, desde a década de 1940, na faixa etária entre 70 e 79 anos. Contudo, a partir de 1980, a predominância feminina acentuou-se em todas as faixas etárias, emergindo também na faixa etária de 60 a 69 anos. Projeções até 2040 não preveem a inversão desta tendência.

TABELA 6

Brasil: População idosa (60 anos ou +) observada e projetada por sexo e faixa etária (1940-2040)

(Em %)

| Ano | Homens 60 a 69 | Mulheres 60 a 69 | Homens 70 a 79 | Mulheres 70 a 79 | Homens 80 + | Mulheres 80 + |
|------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|----------------|------------------|
| 1940 | 1,3 | 1,3 | 0,5 | 0,6 | 0,2 | 0,3 |
| 1950 | 1,4 | 1,4 | 0,5 | 0,6 | 0,2 | 0,2 |
| 1960 | 1,6 | 1,5 | 0,6 | 0,6 | 0,2 | 0,2 |
| 1970 | 1,6 | 1,6 | 0,6 | 0,7 | 0,2 | 0,3 |
| 1980 | 1,8 | 1,9 | 0,8 | 0 | 0,2 | 0,3 |
| 1991 | 2,1 | 2,3 | 1,0 | 1,2 | 0,3 | 0,5 |
| 2000 | 2,2 | 2,6 | 1,2 | 1,5 | 0,4 | 0,6 |
| 2010 | 2,7 | 3,1 | 1,4 | 1,8 | 0,6 | 0,9 |
| 2020 | 3,6 | 4,3 | 1,8 | 2,4 | 0,9 | 1,3 |
| 2030 | 4,6 | 5,4 | 2,6 | 3,6 | 1,4 | 2,1 |
| 2040 | 5,6 | 6,5 | 3,6 | 4,8 | 2,6 | 3,7 |

Fonte: *i)* Para o período 1980 a 2000: Camarano *et al.* (2005). *ii)* Para o período 2010 a 2040: Camarano *et al.* (2005).
Elaboração: Disoc/Ipea.

Também se observam diferenças entre homens e mulheres no que se refere ao estado civil da população idosa brasileira. Os dados da tabela 7 indicam que, em 2000, 77,3% dos homens idosos eram casados, contra 40,8% das mulheres, sugerindo uma tendência mais forte a sucessivos casamentos para o caso dos homens. Com relação à viuvez, tem-se que 40,8% das mulheres estavam nessa condição, contra 12,4% dos homens, o que aponta também para a maior longevidade das mulheres. Por sua vez, é ainda mais elevada a proporção de mulheres solteiras, separadas, desquitadas e/ou divorciadas, comparativamente aos homens.⁵

Pode-se concluir que, em função da mortalidade diferencial por sexo e da construção diferenciada de suas trajetórias de vida, as mulheres vivem mais, sem, contudo, ter o apoio do cônjuge ou companheiro em idades avançadas. De fato, segundo Nogales (1998), as mulheres vivem mais do que os homens, mas passam por um maior período de debilitação física. Nesse sentido, a maior longevidade das mulheres não deve ser observada simplesmente como uma vantagem. As mulheres vivem mais, mas podem ficar expostas na velhice à viuvez, à doença, à solidão e ao preconceito.

5. Contudo, Camarano (2006) lembra que as pessoas que eram idosas em 2000 construíram suas trajetórias de vida em contextos socioculturais mais tradicionais, quando as relações conjugais eram mais estáveis que as experimentadas atualmente. Não é por outra razão que, naquele ano, as separações conjugais afetavam menos de 12% das mulheres e cerca de 6% dos homens idosos.

TABELA 7

Brasil: População idosa (60 anos ou +), por estado conjugal e sexo (1980, 1991 e 2000)

(Em %)

| | Homens | Mulheres |
|--------------------------------------|--------|----------|
| | 1980 | |
| Casados | 79,2 | 39,7 |
| Separados, desquitados e divorciados | 3,0 | 4,1 |
| Viúvos | 12,5 | 47,1 |
| Solteiros | 5,3 | 9,2 |
| Total | 100,0 | 100,0 |
| | 1991 | |
| Casados | 80,0 | 41,3 |
| Separados, desquitados e divorciados | 3,8 | 6,1 |
| Viúvos | 11,0 | 43,4 |
| Solteiros | 5,2 | 9,2 |
| Total | 100,0 | 100,0 |
| | 2000 | |
| Casados | 77,3 | 40,8 |
| Separados, desquitados e divorciados | 6,2 | 11,8 |
| Viúvos | 12,4 | 40,8 |
| Solteiros | 4,0 | 6,6 |
| Total | 100,0 | 100,0 |

Fonte: Camarano *et al.* (2005).

Elaboração: Disoc/Ipea.

1.1.4 Renda

Considerando a renda das pessoas idosas, os dados da tabela 8 permitem observar que 39,4% dos 19,9 milhões de idosos brasileiros estimados pela PNAD 2007 estavam concentrados em domicílios com renda *per capita* entre um e dois salários mínimos (SM), enquanto um percentual um pouco menor vivia em domicílios com renda *per capita* abaixo de um SM. Assim sendo, algo em torno de sete de cada dez idosos viviam em domicílios com até dois SM de renda *per capita*. Em que pese a alta concentração dos idosos nas faixas mais baixas de renda, a tabela 8 permite também constatar que é baixa a incidência de idosos em situação de pobreza, ou seja, em domicílios com renda *per capita* inferior a 1/2 SM.

TABELA 8

Brasil: População idosa (60 anos ou +), por faixa de renda domiciliar *per capita*, segundo faixa etária (2007)

(Em %)

| Faixa etária | 0 a 1/2 SM | 1/2 a 1 SM | 1 a 2 SM | 2 a 3 SM | 3 a 5 SM | Mais de 5 SM | Total |
|--------------|------------|------------|----------|----------|----------|--------------|-------|
| 60 a 64 | 13,4 | 25,6 | 33,8 | 11,2 | 8,3 | 7,7 | 100,0 |
| 65 a 69 | 9,9 | 24,7 | 39,7 | 11,6 | 7,1 | 6,9 | 100,0 |
| 70 a 74 | 8,2 | 24,1 | 43,0 | 11,2 | 7,2 | 6,3 | 100,0 |
| 75 a 79 | 8,0 | 23,3 | 44,0 | 11,9 | 6,4 | 6,3 | 100,0 |
| Mais de 80 | 8,7 | 23,8 | 42,1 | 10,7 | 6,8 | 8,0 | 100,0 |
| Total | 10,3 | 24,6 | 39,4 | 11,3 | 7,4 | 7,1 | 100,0 |

Fonte: PNAD (2007).

Elaboração: Disoc/Ipea.

Olhando com mais atenção a população idosa cuja renda domiciliar *per capita* era, em 2007, menor que 1/2 SM, a tabela 9 desagrega este grupo em três novas faixas de renda, e revela que 0,7% do total dos idosos pertence a famílias que não possuíam nenhum tipo de rendimento mensal (renda oriunda de seu próprio trabalho, recebimento de pensões, aposentadoria, benefícios, entre outros).

TABELA 9

Brasil: População idosa (60 anos ou +) com renda familiar *per capita* de 0 até 1/2 SM, segundo faixa etária (2007)

(Em %)

| Faixa etária | Sem renda | Acima de 0 a 1/4 SM | Entre 1/4 e 1/2 SM |
|--------------|-----------|---------------------|--------------------|
| 60 a 64 | 0,9 | 2,8 | 9,6 |
| 65 a 69 | 0,6 | 1,5 | 7,9 |
| 70 a 74 | 0,5 | 1,0 | 6,7 |
| 75 a 79 | 0,7 | 0,9 | 6,5 |
| Mais de 80 | 0,5 | 1,0 | 7,2 |
| Total | 0,7 | 1,7 | 7,9 |

Fonte: PNAD (2007).
Elaboração: Disoc/Ipea.

TABELA 10

Brasil: População idosa (60 anos ou +), por grupos de renda¹ de 0 a 1/2 SM, segundo faixa etária (2007)

(Em %)

| Faixa etária | Sem renda | Acima de 0 a 1/4 SM | Entre 1/4 e 1/2 SM |
|--------------|-----------|---------------------|--------------------|
| 60 a 64 | 42,7 | 52,8 | 37,5 |
| 65 a 69 | 21,0 | 21,9 | 24,5 |
| 70 a 74 | 12,7 | 10,9 | 15,4 |
| 75 a 79 | 13,6 | 6,7 | 10,6 |
| Mais de 80 | 9,9 | 7,8 | 12,0 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Fonte: PNAD (2007).
Elaboração: Disoc/Ipea.
Nota: ¹ Renda domiciliar *per capita*.

A tabela 10 indica que, nos grupos de idosos sem renda e com renda domiciliar *per capita* menor que 1/4 de SM, um percentual importante – 57,2% e 47,3%, respectivamente – tinha mais de 65 anos, ou seja, fazia parte do público-alvo do Benefício de Prestação Continuada (BPC).⁶ A presença destes idosos em famílias com renda domiciliar mensal *per capita* até 1/4 de SM pode sugerir duas situações: *i*) a existência de idosos que, mesmo se enquadrando nos critérios para recebimento do BPC, não estavam contemplados pelo benefício; ou *ii*) a existência de idosos que recebiam o BPC, mas que, devido ao número de pessoas existentes no domicílio, quando calculada a renda domiciliar *per capita*, o rendimento aferido mantinha-o fora daquele patamar que dá acesso ao benefício.⁷

Analisando a fonte de renda dos idosos brasileiros, a tabela 11 mostra que, para 2005, os rendimentos oriundos dos benefícios previdenciários e assistenciais da seguridade social⁸ predominavam em todas as faixas etárias, perfazendo 66,5% do total da renda dos idosos. O peso destes rendimentos no total da renda dos idosos

6. O BPC é um benefício assistencial que garante uma renda de solidariedade nacional com o pagamento de um benefício mensal no valor de 1 SM aos idosos (com 65 anos ou mais) e às pessoas com deficiência e incapacitadas para a vida autônoma, cuja renda familiar *per capita* seja inferior a 1/4 do SM.

7. Cabe lembrar que as pesquisas socioeconômicas de caráter nacional não conseguem identificar com precisão os beneficiários do BPC, que frequentemente se declararam como beneficiários da Previdência Social, dificultando o teste dessas hipóteses.

8. Consideram-se aqui como benefícios previdenciários e assistenciais todos os benefícios que estão sob responsabilidade operacional do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), sejam eles aposentadoria, pensões ou BPC. A PNAD/IBGE capta o Benefício de Prestação Continuada em conjunto com a renda de aposentadoria e pensão. Assim, não é possível observar quanto o BPC especificamente representa no total da renda declarada.

crece à medida que aumenta a faixa etária. O aumento da faixa etária também se reflete em uma redução da importância da renda oriunda do trabalho. No entanto, uma proporção não desprezível de pessoas idosas com até 70 anos ainda tinham rendimentos derivados do exercício de atividades profissionais.

TABELA 11

Brasil: Fontes de renda da população idosa (60 anos ou +), segundo faixas etárias (2004)

| Faixa etária | Trabalho | Benefícios previdenciários e assistenciais | Programas de transferência de renda ¹ | Outras rendas ² | % |
|--------------|----------|--|--|----------------------------|-----|
| 60 a 64 | 41,65 | 51,00 | 0,11 | 7,24 | 100 |
| 65 a 69 | 22,62 | 68,05 | 0,08 | 9,25 | 100 |
| 70 a 74 | 15,64 | 73,99 | 0,06 | 10,30 | 100 |
| 75 a 79 | 13,22 | 77,63 | 0,04 | 9,11 | 100 |
| Mais de 80 | 7,31 | 82,75 | 0,04 | 9,90 | 100 |
| Total | 24,55 | 66,53 | 0,08 | 8,84 | 100 |

Fonte: PNAD (2004).

Elaboração: Disoc/ipea.

Notas: ¹ Estão aqui computadas as rendas oriundas de programas como o Bolsa Família e os programas em processo de unificação, mas que à época ainda operavam pagamentos (Bolsa Alimentação, Cartão Alimentação, Bolsa Escola e Auxílio-Gás), o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti), e programas similares dos governos estaduais ou municipais.

² Estão aqui computadas todas as demais rendas; incluem-se as aposentadorias e pensões oriundas de sistema privado, aplicações financeiras, aluguéis, doações, entre outros.

Diversos estudos vêm apontando que os mecanismos de proteção social (BPC, previdência pública, transferências de renda) têm importante impacto na redução da miséria, da pobreza e da desigualdade no Brasil.⁹ Estes programas, ao melhorar as condições socioeconômicas dos idosos e de suas famílias, têm efeitos nas condições gerais de vida da população, e por consequência, na saúde e no aumento do bem-estar desse estrato da população.

Visando avaliar o impacto desses programas e seus benefícios nas condições de vida dos idosos, a tabela 12 apresenta uma estimativa da variação dos índices de pobreza e indigência dessa população no Brasil, por meio de simulações realizadas com base na PNAD 2004.¹⁰ A tabela mostra o percentual de idosos que se encontrariam abaixo das linhas de indigência e de pobreza quando consideradas três situações: a renda total *per capita* dos domicílios; a renda total *per capita*, excluídas as rendas advindas dos programas de transferência de renda (PTR); e, por fim, a renda total, excluídas não apenas as rendas advindas de PTR como também as oriundas dos benefícios previdenciários e assistenciais (BPC, aposentadorias e pensões públicas).

Os dados mostram que a população idosa enquadrada na linha da pobreza e em situação de indigência atingiria metade desse grupo se não fosse o BPC, a previdência pública e os programas de transferência de renda. De fato, segundo a PNAD, em 2004 apenas 3,6% dos idosos detinham renda *per capita* inferior a 1/4 de SM, sendo considerados em situação de indigência. Contudo, se suprimidos os benefícios monetários oriundos dos programas de transferências de renda (PTR) e da seguridade social (BPC e aposentadorias e pensões públicas), 44,6% dos idosos passariam a deter uma renda *per capita* inferior àquele patamar.

9. Ver Schwarzer e Querino (2002); Jaccoud (2006); Soares *et al.* (2006).

10. Os efeitos dos programas de transferência de renda voltados para as famílias pobres podem ser melhor avaliados com a divulgação dos resultados do Suplemento da PNAD 2004, que coleta dados sobre as famílias beneficiárias.

TABELA 12

Brasil: População idosa (60 anos ou +) em situação de pobreza e indigência, por faixa etária e mecanismos de proteção social, segundo três simulações (2004)

(Em %)

| Faixa etária | Percentual de idosos em situação de indigência ¹ | | | Percentual de idosos em situação de pobreza ² | | |
|--------------|---|--|---|--|--|--|
| | Renda total | Renda total, excluídas as rendas dos PTR | Renda total, excluídas as rendas dos PTR e dos benefícios previdenciários e assistenciais | Renda total | Renda total, excluídas as rendas dos PTR | Renda total, excluídas as rendas dos PTR e rendas dos benefícios previdenciários e assistenciais |
| 60 a 64 | 4,0 | 5,0 | 34,2 | 14,7 | 15,7 | 50,1 |
| 65 a 69 | 1,9 | 3,3 | 43,9 | 10,8 | 12,3 | 59,6 |
| 70 a 74 | 1,6 | 2,8 | 50,8 | 8,8 | 10,3 | 65,1 |
| 75 a 79 | 1,6 | 2,7 | 53,4 | 8,1 | 9,7 | 66,4 |
| Mais de 80 | 1,5 | 2,7 | 53,5 | 9,1 | 10,8 | 66,3 |
| Total | 2,4 | 3,6 | 44,6 | 11,1 | 12,5 | 59,4 |

Fonte: PNAD (2004).

Elaboração: Disoc/Ipea.

Notas: ¹ Consideraram-se idosos em situação de indigência aqueles que vivem em domicílios com renda *per capita* abaixo de 1/4 SM.² Consideraram-se idosos em situação de pobreza aqueles que vivem em domicílios com renda *per capita* abaixo de 1/2 de SM.

Ainda de acordo com a PNAD 2004, o número de idosos em situação de pobreza chegava a 11%. Repetindo o mesmo exercício de supressão das rendas de PTR e de benefícios previdenciários e assistenciais, o número de idosos pobres cresceria para quase 60% dessa população de pessoas com 60 anos ou mais.

Importante destacar que o grande responsável por evitar a queda da maioria dos idosos brasileiros na indigência e na pobreza é o benefício de natureza previdenciária (urbana e rural). Isso revela, de um lado, que um número significativo de pessoas que hoje têm 60 ou mais anos construíram suas trajetórias de vida em momentos históricos de expansão do emprego assalariado, o que lhes garantiu, posteriormente, o acesso a aposentadorias e pensões. De outro, a ampliação dos direitos sociais decorrentes, principalmente, da Constituição de 1988, permitiu a cobertura de um contingente importante de idosos não filiados à Previdência Social até então.

Cabe interrogar como será a velhice das pessoas que estão construindo suas trajetórias de vida nessas últimas décadas, caracterizadas pelo aumento da informalidade do mercado de trabalho e pela crise do emprego. Dadas as atuais condições, é possível que, no futuro, aumente cada vez mais a demanda por benefícios de natureza não previdenciária dirigidos às pessoas idosas, necessários para impedir que, no momento de redução da capacidade laboral por conta da idade, estas caiam na indigência ou na pobreza. Nesse contexto, o envelhecimento progressivo da população aponta para uma maior complexidade da situação da seguridade social no Brasil.

1.1.5 Mercado de Trabalho

Quais são a magnitude e a natureza da participação das pessoas em idade de aposentadoria no mercado de trabalho? Nos países mais desenvolvidos, o aumento da expectativa de vida levou à criação de progressivos mecanismos visando adiar a idade de aposentadoria que, em alguns países, já chega a 75 anos.¹¹

11. Contudo, cabe lembrar que, com a precarização do mercado de trabalho nos países desenvolvidos a partir da década de 1980, a permanência das pessoas idosas neste mercado também tem sido considerada um problema, pois poderia estar limitando a inserção de trabalhadores jovens.

A tabela 13 indica a situação no mercado de trabalho das pessoas idosas em 2007 no Brasil. Deve-se ressaltar que os dados não permitem observar quantas pessoas que trabalhavam deixaram de fazê-lo após a aposentadoria, uma vez que pessoas que nunca trabalharam também fazem parte da categoria “não economicamente ativa”.

Os dados apontam, mais uma vez, para a tendência esperada de que, à medida que aumenta a faixa etária, diminui a proporção de pessoas idosas inseridas no mercado de trabalho. Entre aqueles que estavam trabalhando, predominavam, entre 60 e 74 anos, as atividades por conta própria, enquanto nas faixas acima de 75 anos destacavam-se, também, os trabalhos não remunerados.

TABELA 13

Brasil: População idosa (60 anos ou +), de acordo com a situação no mercado de trabalho (2007)

(Em %)

| | Faixas etárias | | | | |
|-----------------------------|----------------|---------|---------|---------|------|
| | 60 a 64 | 65 a 69 | 70 a 74 | 75 a 79 | 80 + |
| Não economicamente ativa | 52,3 | 67,3 | 77,0 | 82,7 | 90,3 |
| Desocupado | 1,3 | 0,5 | 0,4 | 0,2 | 0,1 |
| Trabalhador formal | 9,2 | 3,7 | 0,9 | 0,6 | 0,4 |
| Empregados informais | 5,6 | 2,9 | 1,8 | 1,1 | 0,5 |
| Empregados domésticos | 2,7 | 1,7 | 0,5 | 0,4 | 0,2 |
| Conta-própria | 18,2 | 13,8 | 9,8 | 7,1 | 3,7 |
| Trabalhador sem remuneração | 7,9 | 8,1 | 7,9 | 6,8 | 4,4 |
| Empregador | 2,8 | 2,1 | 1,6 | 1,2 | 0,5 |

Fonte: PNAD (2007).

Elaboração: Disoc/Ipea.

O capítulo VI do Estatuto do Idoso afirma que “o idoso tem direito ao exercício de atividade profissional, respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas”, não existindo qualquer recomendação ou norma quanto ao limite de horas a serem trabalhadas. Os dados da tabela 14 mostram que, nas faixas etárias entre 60 e 69 anos, uma maior proporção de pessoas idosas trabalhava de 15 a 44 horas por semana. O número de horas trabalhadas cai à proporção que crescem as faixas etárias.

TABELA 14

Brasil: População idosa (60 anos ou +) no mercado de trabalho, por horas trabalhadas na semana, segundo faixas etárias (2007)

(Em %)

| Número de horas | Faixas etárias | | | | |
|-----------------|----------------|---------|---------|---------|------|
| | 60 a 64 | 65 a 69 | 70 a 74 | 75 a 79 | 80 + |
| Até 14 | 12,1 | 15,7 | 25,7 | 31,1 | 38,1 |
| 15 a 39 | 27,9 | 34,4 | 33,3 | 34,0 | 34,0 |
| 40 a 44 | 28,9 | 25,0 | 19,4 | 15,2 | 15,2 |
| 45 a 48 | 11,1 | 8,1 | 7,3 | 4,7 | 5,4 |
| 49 ou mais | 20,0 | 16,8 | 14,3 | 11,1 | 7,3 |

Fonte: PNAD (2007).

Elaboração: Disoc/Ipea.

Com relação aos idosos mais jovens, é possível refletir que estes continuam trabalhando para complementar o benefício recebido e/ou para manter uma vida ativa no trabalho. A realização de trabalhos não remunerados parece permitir às pessoas mais idosas continuar a participar de maneira ativa na sociedade, dado que os relacionamentos nesses espaços sociais evitam o isolamento.

1.1.6 Família e Arranjos Familiares

Em 2000, dados do Censo Populacional indicavam que 10,9% das pessoas idosas viviam sozinhas. Em 2007, de acordo com dados da PNAD, esta proporção havia subido, sendo estimada em quase 14%, como pode ser observado na tabela 15. Ainda em 2007, 86,3% dos idosos viviam em família, sendo que 25,1% das famílias brasileiras contavam com ao menos um idoso entre seus membros.

TABELA 15

Brasil: População idosa (60 anos ou +) e famílias com idosos (2007)

(Em %)

| | Total |
|---------------------|-------|
| Idosos vivendo sós | 13,7 |
| Idosos em família | 86,3 |
| Total | 100,0 |
| Famílias com idosos | 25,1 |
| Famílias sem idosos | 74,9 |
| Total | 100,0 |

Fonte: PNAD (2007).
Elaboração: Disoc/Ipea.

A tabela 16 mostra que, em 2007, entre os domicílios com idosos pesquisados pela PNAD, 80,4% eram compostos apenas por pessoas adultas e não contavam com indivíduos menores de 16 anos entre seus membros. Em apenas 19,5% destes domicílios havia uma ou mais crianças e adolescentes.

Quando analisadas isoladamente as famílias com idosos pesquisadas, observa-se que 18,1% delas eram constituídas somente pelo próprio idoso e 34,2% eram compostas por dois membros (muitas vezes o idoso e seu companheiro ou companheira). Os dados revelam ainda que quase 50% das famílias com idosos formadas por quatro ou cinco pessoas tinham um ou mais membros menores de 16 anos.

TABELA 16

Brasil: Famílias com idosos (60 anos ou +), por composição, segundo presença de membros abaixo de 16 anos (2007)

(Em %)

| | Sem menores de 16 anos | 1 menor de 16 anos | 2 menores de 16 anos | 3 menores de 16 anos | > 3 menores de 16 anos |
|---------------|------------------------|--------------------|----------------------|----------------------|------------------------|
| 1 membro | 100,0 | | | | |
| 2 membros | 96,5 | 3,5 | | | |
| 3 membros | 79,8 | 19,3 | 0,9 | | |
| 4 a 5 membros | 51,4 | 29,8 | 16,4 | 2,4 | 0,0 |
| > 5 membros | 21,1 | 22,2 | 20,4 | 21,3 | 15,0 |
| Total | 80,4 | 12,6 | 4,5 | 1,6 | 0,8 |

Fonte: PNAD (2007).
Elaboração: Disoc/Ipea.

Embora a presença da pessoa idosa na família possa ser encarada com preocupação em função do possível aumento de demanda por trabalho de cuidados para o grupo familiar, observa-se que a presença de idosos reduz o risco de pobreza na família. De fato, é muito maior a proporção de domicílios pobres sem pessoas idosas nos anos considerados na tabela 17 (1983, 1993, 2003). Os dados indicam ainda, entre estes anos, um aumento na proporção de

domicílios pobres¹² sem idosos e, concomitantemente, uma diminuição da proporção de domicílios pobres com a presença de pessoas idosas. Esta situação revela que a presença de pessoas idosas nos domicílios pode contribuir para o fortalecimento econômico das famílias.

TABELA 17

Brasil: Domicílios pobres segundo presença de idosos (60 anos ou +) (1983, 1993 e 2003)

(Em %)

| Característica do domicílio | 1983 | 1993 | 2003 |
|-----------------------------|-------|-------|-------|
| Sem idosos | 77,4 | 81,7 | 83,9 |
| Com idosos | 22,6 | 18,3 | 16,1 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Fonte: Camarano *et al.* (2005).
Elaboração: Disoc/Ipea.

Nessa mesma esteira, os dados da tabela 18 apontam que a renda média familiar aumenta no caso das famílias que possuem pessoas idosas. Contudo, para famílias com mais de cinco membros, tanto para o caso das famílias com idosos como para o das famílias sem idosos, a renda média diminui.

TABELA 18

Brasil: Renda média familiar, por tamanho da família, segundo presença de idosos (60 anos ou +) (2007)

(Em R\$)

| | Família com idosos | Família sem idosos |
|---------------|--------------------|--------------------|
| 1 membro | 990,23 | 1.193,59 |
| 2 membros | 1.711,95 | 1.394,88 |
| 3 membros | 2.086,59 | 1.657,82 |
| 4 a 5 membros | 2.467,57 | 1.855,07 |
| < 5 membros | 2.051,39 | 1.249,85 |

Fonte: PNAD (2007).
Elaboração: Disoc/Ipea.

A partir do quadro apresentado sobre as famílias com idosos, podem-se perceber necessidades de apoio diferenciadas. Constatou-se que, em 2007, uma proporção significativa de domicílios com idosos não tinha crianças (80,4%). A situação parece apontar para uma maior disponibilidade dos membros adultos concentrarem seus esforços no cuidado da pessoa idosa, caso necessário. Por sua vez, as famílias com idosos e crianças, embora representadas em menor proporção, podem encontrar mais dificuldades para dividir o cuidado entre a pessoa idosa e as crianças. Finalmente, observou-se ainda que um número significativo de domicílios de idosos era formado apenas pelo próprio idoso. E, de acordo com as tendências internacionais, este número deve aumentar progressivamente. Em uma situação de doença ou de perda de autonomia, essas pessoas precisariam contar com serviços de apoio especiais.

1.1.7 Idosos Institucionalizados

Infelizmente, os dados das sondagens populacionais brasileiras não fornecem infirmações claras quanto à institucionalização das pessoas idosas. Em estudo publicado em 2005, Camarano *et al.* procuraram estimar o número de idosos que

12. De acordo com Camarano *et al.* (2005), a definição de domicílios pobres foi construída por metodologia específica, baseada em linhas de pobreza regionalizadas.

viviam nessa situação no Brasil. Utilizando informações do Censo de 2000, chegaram ao número de aproximadamente 113 mil pessoas com 60 anos ou mais vivendo em domicílios coletivos. A partir daí, os dados trabalhados por estes pesquisadores revelaram que cerca de 107 mil pessoas idosas residiriam em instituições de longa permanência, o que representa menos de 1% da população idosa brasileira.¹³

Sobre o seu perfil, o mesmo estudo identificou que a proporção de idosos institucionalizados cresce com a idade e que a maior parte (57% ou 59,5 mil pessoas) era composta por mulheres. Com relação à situação civil dessa população, os dados indicam que nenhum dos idosos residentes em domicílios coletivos era casado. Entre os homens, 33,3% eram separados, divorciados ou desquitados, enquanto, entre as mulheres, a taxa era de 11,8%. A situação de viuvez destaca-se entre as mulheres, sendo que 41,0% estavam nesta condição. Já os homens viúvos correspondiam a 23,7% do total. Por sua vez, 47,2% das mulheres e 43,0% dos homens que viviam em instituições de longa permanência eram solteiros.

Entre as mulheres, 33,7% possuíam filhos ainda vivos (CAMARANO *et al.*, 2005, p. 118), o que pode indicar que são significativas as dificuldades encontradas por essas famílias para enfrentar o avanço do envelhecimento de seus membros idosos. Pode apontar ainda uma possível situação de abandono vivenciada por certo número de idosos, em situação de dependência ou não.

1.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO IDOSA DEPENDENTE

1.2.1 O Quadro da Dependência no Brasil

As mudanças demográficas e sociais que vêm ocorrendo nas sociedades modernas colocam em destaque o problema da dependência entre a população idosa. Devido ao aumento do tempo de vida, assiste-se a um crescimento das pessoas idosas e muito idosas, assim como das pessoas idosas dependentes. Paralelamente, observa-se uma maior autonomia física, psicológica e financeira da população de idade mais avançada, uma generalização do trabalho feminino e expressivas mudanças nos arranjos familiares, propiciando a um maior número de idosos viverem sós. Assim, o problema da dependência impõe-se progressivamente como relevante, não apenas pelo aumento da população em idade mais elevada, com maior risco de sofrer de doenças crônico-degenerativas, como também devido à redução do apoio familiar a ela disponível, fazendo com que as pessoas idosas em situação de dependência passem a estar mais vulneráveis em comparação ao passado (JOIN-LAMBERT, 1994).

Entretanto, a forma de compreender e analisar a situação de dependência do indivíduo não é ainda consensual. Como foi visto nas análises internacionais, os países estudados vêm usando diferentes formas de definir a dependência, incluindo critérios distintos e diversas metodologias de avaliação. Os fatores mais fortemente associados com as incapacidades funcionais que afetam as

13. De acordo com o Censo Demográfico de 2000, 113 mil idosos moravam em domicílios coletivos. Destes, 6,1 mil declararam estar trabalhando em atividades religiosas, de alojamento ou serviços sociais. Camarano *et al.* assumiram que se trata de residentes em conventos, seminários e hotéis. Dessa forma, consideraram que o número aproximado de idosos residentes em instituições de longa permanência seria de 107 mil.

peças idosas se relacionam com a presença de algumas doenças, deficiências ou problemas médicos. Comportamentos relacionados ao estilo de vida – tais como fumar, beber, comer excessivamente, padecer de estresse psicossocial agudo ou crônico, ou, por outra via, fazer exercícios regulares, ter senso de autoeficácia e controle, manter relações sociais e de apoio – constituem potenciais fatores explicativos do estado de saúde físico e psíquico das pessoas que envelhecem. Outros elementos, como os fatores socioeconômicos ou culturais, também contribuem para que a população idosa constitua um segmento significativamente heterogêneo do ponto de vista das incapacidades físicas ou mentais, o que coloca desafios importantes para o seu cuidado.

No Brasil, podemos citar diferentes esforços de definir a dependência. Camarano (2006), por exemplo, considera que a situação de dependência de uma pessoa está ligada à necessidade de ajuda de outros (família/Estado) e é determinada por duas variáveis: a falta de autonomia para lidar com as atividades básicas da vida cotidiana, e a ausência de rendimentos.

Segundo Rosa *et al.* (2003), a falta de autonomia para lidar com as atividades da vida diária diz respeito à situação de incapacidade funcional do indivíduo, definida pela presença de dificuldades no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana, ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las. Vale destacar, no entanto, que essa definição é restrita ao paradigma biomédico, que conceitua a incapacidade do ponto de vista das condições funcionais do indivíduo.

Visando incorporar em sua discussão sobre a dependência a complexidade da construção social dessa situação, o Ministério da Saúde adotou o ponto de vista da OMS,¹⁴ segundo o qual a capacidade funcional de um indivíduo diz respeito à sua capacidade de realizar as atividades da vida diária (alimentar-se, vestir-se, tomar banho, entre outras) e as atividades instrumentais (ir ao banco, pegar um ônibus, comunicar-se, entre outras). Independência diz respeito à primeira, isto é, não depender dos outros; autonomia diz respeito à segunda, ou seja, poder gerir a própria vida, tomar decisões.

A natureza dos dados sobre a dependência depende, portanto, das definições prévias adotadas, e em função disso, podem apresentar divergências. No Brasil, apesar de não haver um sistema estabelecido de classificação da dependência que balize as estatísticas nacionais, os dados coletados pelo suplemento da PNAD 2003, que levantou informações sobre as condições de saúde da população, permitem um exercício de dimensionamento do universo dos idosos dependentes no que diz respeito a suas capacidades funcionais, conforme pode ser verificado na tabela 19.

De acordo com a pesquisa, cerca de 13,5% dos idosos brasileiros – o que corresponde a aproximadamente 2,3 milhões de pessoas – tinham dificuldade para lidar com algumas atividades básicas da vida diária, como comer, tomar banho ou ir ao banheiro. Evidentemente, as dificuldades são crescentes conforme aumenta a idade. A proporção dos homens maiores de 80 anos que não apresentam qualquer dificuldade chega a ser 23,9 pontos menor do que

14. Disponível em: <<http://www.who.int/ageing/en/>>.

aqueles na faixa dos 60 aos 64 anos; no caso das mulheres, a diferença entre essas faixas etárias cresce para 28,4 pontos. De um modo geral, as mulheres apresentam maiores dificuldades que os homens e representam 56% do total dos idosos debilitados em suas capacidades funcionais.

TABELA 19

Brasil: População idosa (60 anos ou +), por idade e sexo, segundo suas dificuldades para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro (2003)

(Em %)

| Faixa etária | Não consegue | Tem grande dificuldade | Tem pequena dificuldade | Não tem dificuldade | Total |
|--------------|--------------|------------------------|-------------------------|---------------------|--------|
| Homens | | | | | |
| 60 a 64 | 0,63 | 1,77 | 3,44 | 94,16 | 100,00 |
| 65 a 69 | 1,23 | 2,32 | 4,25 | 92,18 | 100,00 |
| 70 a 74 | 2,06 | 3,61 | 6,51 | 87,82 | 100,00 |
| 75 a 79 | 3,43 | 4,86 | 8,32 | 83,39 | 100,00 |
| Mais de 80 | 6,34 | 10,00 | 13,39 | 70,27 | 100,00 |
| Total | 2,03 | 3,55 | 5,93 | 88,50 | 100,00 |
| Mulheres | | | | | |
| 60 a 64 | 0,80 | 2,13 | 4,84 | 92,21 | 100,00 |
| 65 a 69 | 0,83 | 2,97 | 6,48 | 89,72 | 100,00 |
| 70 a 74 | 1,75 | 3,86 | 8,28 | 86,09 | 100,00 |
| 75 a 79 | 3,70 | 5,98 | 10,68 | 79,63 | 100,00 |
| Mais de 80 | 10,21 | 11,19 | 14,73 | 63,84 | 100,00 |
| Total | 2,63 | 4,38 | 7,99 | 84,99 | 100,00 |
| Total geral | 2,36 | 4,01 | 7,08 | 86,54 | 100,00 |

Fonte: Camarano *et al.* (2005).
Elaboração: Disoc/Ipea.

É preciso considerar, no entanto, que esse universo de 2,3 milhões de idosos não pode ser tomado sem maiores ressalvas como “dependente”. Talvez apenas o grupo que alegou ser incapaz ou ter grande dificuldade para desempenhar as três atividades sugeridas possa ser inequivocamente classificado como dependente, o que abrange cerca da metade dos idosos aqui considerados, totalizando 1,1 milhão de indivíduos. O grupo que afirmou ter pequena dificuldade para desempenhar essas atividades (a outra metade do grupo) pode estar composto de idosos em situações bastante distintas, que apenas de forma parcial ou eventualmente requerem a ajuda de terceiros.

Maiores avanços no dimensionamento da dependência entre os idosos brasileiros, bem como no conhecimento de suas necessidades – e, portanto, no desenho de políticas voltadas para esse grupo da população – estão limitados, hoje, pela inexistência de um sistema de classificação da dependência que estabeleça graus diferenciados conforme limitações funcionais previstas e que possa ser aplicado nas pesquisas demográficas e nos levantamentos sobre condições de vida da população.

1.2.2 Idosos Dependentes Institucionalizados

O estudo de Camarano (2006) aponta que, entre as pessoas idosas institucionalizadas, existe maior proporção daquelas com problemas de deficiência física e/ou mental que entre os não institucionalizados. Entre as mulheres institucionalizadas, aproximadamente 1/3 experimentava dificuldades em caminhar e/ou subir escada, e mais de 1/4 eram doentes mentais. A maioria destes idosos institucionalizados, principalmente os do sexo masculino, era de solteiros e nenhum era casado. Aproximadamente 1/4 dos homens não tinha

nenhum rendimento, proporção esta ligeiramente mais elevada do que a feminina e muito mais elevada do que a correspondente para a população total. Dos idosos que tinham renda, esta era originária, principalmente, da seguridade social.

1.3 CONCLUSÃO

Conhecer a realidade do idoso brasileiro é um passo fundamental para a construção de políticas que visam atender aos seus direitos e necessidades. O quadro aqui traçado permite afirmar que a situação dos idosos no país é bastante variada, conforme se considerem os aspectos relacionados à faixa etária, sexo, local de residência, renda, entre outros.

Apesar de algumas pesquisas possibilitarem a captação de indicadores gerais sobre a população idosa, o país se recente da ausência de investigações que permitam desvendar a realidade da dependência entre os idosos brasileiros. Em face da incipiência no país do debate sobre a dependência funcional associada ao envelhecimento, é preciso realizar estudos que permitam aprofundar o conhecimento sobre as características das diferentes situações de dependência funcional entre os idosos, bem como sobre o atendimento que lhes é prestado em instituições de longa permanência. Difundir essa agenda de estudos na academia, nos centros de pesquisa, nas organizações que atuam com pessoas idosas, além de nos próprios órgãos públicos, é imprescindível para avançar nessa área. Assim será possível mapear as modalidades de dependência, os tipos de serviços de cuidados requeridos e a demanda por serviços, o que poderá orientar de forma adequada a estruturação das políticas públicas de proteção aos idosos em situação de dependência.

2 A PROTEÇÃO SOCIAL PARA AS PESSOAS IDOSAS NO BRASIL

A Constituição é hoje um marco central para analisar a evolução e as principais características do sistema de proteção social no Brasil. Instituído novas regras para os benefícios vinculados ao seguro social, criando benefícios não-contributivos e assegurando a integração das políticas de saúde, previdência e assistência social sob o princípio da Seguridade Social, a Carta Magna alterou o quadro da proteção social com expressivos impactos, tanto em termos de ampliação da cobertura como em termos distributivos. Esta seção tem como objetivo apresentar um panorama da proteção social destinada às pessoas idosas no Brasil, apresentando o quadro jurídico-institucional que a configura, bem como os principais serviços e benefícios existentes no campo da Seguridade Social para esse público, buscando ainda identificar a presença do tema da dependência nesse conjunto de iniciativas.

2.1 MARCO JURÍDICO-INSTITUCIONAL

2.1.1 Marco Jurídico

A Constituição Federal, em seu artigo 230, reconhece como dever da família, da sociedade e do Estado a proteção das pessoas idosas, que deve estar orientada pela perspectiva de assegurar sua participação na vida comunitária, promover sua

dignidade e seu bem-estar e garantir seu direito fundamental à vida. Afirma, ainda, que a atenção aos idosos deve ser prestada, preferencialmente, em seus lares, de modo a evitar sua institucionalização (Art. 230, § 1º). Cabe lembrar que, por meio destas determinações, foram constitucionalizados princípios consagrados no ordenamento internacional dos direitos humanos, o que coloca o Brasil em sintonia com os pactos internacionais em termos dos direitos dos idosos.

A Constituição também prevê iniciativas para atendimento à pessoa idosa no Sistema de Seguridade Social, o qual abrange as políticas de previdência, saúde e assistência social.¹⁵ Entre os artigos da Constituição que estão mais relacionados a esta questão, destacam-se os relacionados a seguir.

- Art. 195 - Define como será financiado e as fontes de receita que subsidiarão o sistema de seguridade social brasileiro.
- Art. 196 - Define que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garante o acesso universal à população e propõe ações e serviços de promoção, proteção e recuperação.
- Art. 201 - Define o sistema previdenciário e prevê a cobertura face aos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada. Estabelece a aposentadoria no Regime Geral da Previdência definindo a idade, se homem, 65 anos, e, se mulher, 60 anos. Reduz em cinco anos o limite para os trabalhadores rurais de ambos os sexos e para os que exercem atividades de economia familiar (produtor rural, garimpeiro e pescador artesanal).¹⁶
- Art. 203 - Define a política pública de assistência social a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice.

Além da Constituição, o Brasil conta com outro importante instrumento legal de garantia de direitos nessa área: o Estatuto do Idoso.¹⁷ Aprovado em 2003, o estatuto trata, entre outras disposições, dos direitos fundamentais, das medidas de proteção e da política de atendimento ao idoso, assim como das condutas contra os idosos que constituem crimes.¹⁸ Observe-se que, entre os direitos fundamentais dos idosos, além do direito à vida, à liberdade, ao respeito e à dignidade, o Estatuto do Idoso faz referência também ao direito à alimentação, à saúde, à educação, à cultura, ao esporte e lazer, à profissionalização e ao trabalho, à previdência social, à assistência social, à habitação e ao transporte. A proteção conferida pelo estatuto traduz-se na regulação destes direitos no que têm de específico para os idosos, com destaque para:

15. A Constituição de 1988 introduziu o conceito de Seguridade Social no Capítulo II, Título VIII da Ordem Social. O Artigo 194 define Seguridade Social como "um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social". A proteção social deixou, assim, de ser concebida do ponto de vista trabalhista e assistencialista, adquirindo uma conotação de direito cidadão.

16. Existem outros critérios de aplicabilidade para a concessão da aposentadoria para as categorias de professor e servidores da administração pública e privada, rural e urbana, sendo regulamentados por legislação específica.

17. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. O texto que deu origem ao estatuto tramitou no Congresso Nacional por sete anos e envolveu várias polêmicas, muitas das quais não resolvidas até o presente.

18. O estatuto criminalizou certas condutas contra o idoso, tais como a discriminação, o abandono e os maus-tratos, sendo tais práticas punidas com penas que variam de dois meses a 12 anos de prisão.

a prioridade de atendimento nos serviços públicos; o acesso gratuito a medicamentos; a proibição de reajuste em planos de saúde por idade; o transporte urbano e interestadual gratuito; e a meia-entrada em espetáculos culturais.

2.1.2 Marco Político-institucional

Do ponto de vista do arcabouço político-institucional, o primeiro evento significativo na área de proteção aos idosos, após 1988, foi o lançamento da Política Nacional do Idoso (PNI), em 1994.¹⁹ A PNI, de autoria do Congresso Nacional, contou, em sua elaboração, com a contribuição de amplos setores da sociedade. Esta lei fornece o marco regulatório que deve orientar o conjunto das políticas sociais dirigidas aos idosos, tendo definido como idosa a pessoa com 60 anos ou mais. A política apresenta abordagem intersetorial e interdisciplinar, com uma visão gerontológica do processo do envelhecimento, visando à atenção integral ao idoso e à promoção de sua autonomia e plena participação na sociedade. Nesse sentido, garante novas modalidades de serviços e programas de atenção ao idoso e sua família. Para tanto, prevê a organização de conselhos de idosos e a participação de organizações governamentais e não governamentais no atendimento e oferta de serviços. A coordenação geral da PNI cabe, na atual estrutura do governo federal, ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), que deve promover a articulação interministerial necessária à implementação da política no que diz respeito às ações setoriais.

Em âmbito federal, a moldura político-institucional na área do idoso congrega ainda o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), órgão instituído em 2002, com a missão de acompanhar e avaliar a implementação da política nacional na área. Composto paritariamente por representantes do governo e da sociedade civil, o CNDI está instalado junto à Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH/PR) e, desde sua criação, tem buscado estimular a coordenação entre diversas esferas de poder e do controle social para a proposição, a implementação e o acompanhamento de políticas públicas voltadas para os idosos. Nos níveis subnacionais de governo, os conselhos de direitos dos idosos já estão instalados em todos os estados brasileiros; porém, o número de conselhos municipais ainda é desconhecido.

A seguir, apresenta-se um quadro-síntese da evolução institucional e as principais políticas e ações governamentais para a população idosa. Nele também é possível observar o amadurecimento do sistema de seguridade social, com destaque para a esfera da assistência social.

19. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996.

Brasil: Evolução do quadro institucional voltado para os idosos, com destaque para leis e políticas de governo

| Ano | Principais medidas e acontecimentos |
|------|---|
| 1988 | Promulgação da Constituição Federal |
| 1990 | Criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 |
| 1993 | Promulgação da Lei Orgânica de Assistência Social (Loas) – regulamentou a Assistência Social ¹ Definição dos Serviços de Ação Continuada (SAC) pela Loas |
| 1994 | Promulgação da Política Nacional do Idoso – Lei nº 8.842, de 4 de janeiro Criação do Programa Saúde da Família (Ministério da Saúde) |
| 1995 | Criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), com destaque para a Secretaria de Assistência Social (SAS) Criação do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) ² Realização da I Conferência Nacional de Assistência Social |
| 1996 | Criação do Fundo e do Conselho Nacional de Assistência Social (FNAS e CNAS) Instituição do Benefício de Prestação Continuada (BPC) |
| 1997 | Realização da II Conferência Nacional de Assistência Social |
| 1998 | Aprovação da primeira Política Nacional de Assistência Social (PNAS) |
| 1999 | Transformação da SAS em Secretaria de Estado de Assistência Social (Seas) Portaria nº 1.395/GM – Política de Saúde do Idoso |
| 2000 | Programa Valorização e Saúde do Idoso (PPA 2000-2003) |
| 2001 | Realização da III Conferência Nacional de Assistência Social |
| 2002 | Criação do Conselho Nacional do Idoso (CNDI) |
| 2003 | Criação do Ministério da Assistência Social (MAS) Aprovação do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741) Realização da IV Conferência Nacional de Assistência Social PPA 2004-2007 |
| 2004 | Criação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) Criação do Sistema Único de Assistência Social (Suas) Aprovação da nova Política Nacional de Assistência Social (PNAS) Aprovação da NOB-Suas (Nova NOB) |
| 2006 | I Conferência Nacional de Direitos da Pessoa Idosa ³ Aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa Instituição da Internação Domiciliar no âmbito do SUS Realização da V Conferência Nacional de Assistência Social |

Elaboração: Disoc/Ipea.

Notas: ¹ Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

² O Decreto nº 1.605, de 25 de agosto de 1995, regulamenta o Fundo Nacional de Assistência Social, instituído pela Loas.

³ A I Conferência Nacional de Direitos da Pessoa Idosa teve como tema a construção da Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (Renadi).

2.2 BENEFÍCIOS E SERVIÇOS DA SEGURIDADE SOCIAL

A Seguridade Social abrange um conjunto de ações destinadas a assegurar os direitos dos cidadãos relativos à saúde, à previdência e à assistência. Estas ações podem se dividir em serviços, benefícios previdenciários (de caráter contributivo) e benefícios assistenciais (de caráter não-contributivo). A análise das políticas que compõem a Seguridade Social aponta para a ausência de programas especialmente dirigidos às pessoas idosas em situação de dependência funcional, embora estejam sendo implementadas diversas iniciativas que protegem a população idosa, como será sucintamente descrito a seguir.

2.2.1 Benefícios Monetários

Os benefícios monetários da Seguridade Social brasileira dividem-se entre os previdenciários e o Benefício de Prestação Continuada (BPC), de natureza assistencial. Os dois grupos de benefícios são pagos pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), porém com organização, regras de acesso e cobertura diferenciados, conforme será apresentado. O grau de cobertura destes benefícios é extremamente significativo, como demonstra a tabela 20: em 2007, aproximadamente oito de cada dez idosos no país recebiam benefícios do INSS, sejam de natureza previdenciária ou assistencial.

TABELA 20

Brasil: Índice de cobertura da população idosa que recebe benefícios previdenciários e assistenciais (1995-2007)

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Cobertura da população idosa | 76,0 | 76,3 | 76,1 | 76,7 | 77,3 | 77,5 | 77,8 | 78,0 | 77,3 | 78,6 | 76,8 | 76,0 |

Fonte: Ipea. *Políticas Sociais – acompanhamento e análise*, n. 16, Anexo Estatístico, tabela 6.3a.
Elaboração: Disoc/Ipea.

A expansão desses benefícios, durante a década de 1990, levou a uma progressiva ampliação da cobertura da população idosa pela Seguridade Social,²⁰ com impactos expressivos na redução das situações de pobreza e de indigência desta faixa etária, como visto no capítulo anterior.

Outro aspecto que deve ser ressaltado refere-se ao fato de que os benefícios monetários pagos pela Seguridade Social são, em sua maioria, no valor de um salário mínimo (SM), como pode ser observado nos dados apresentados pela tabela 21. De fato, em dezembro de 2007, 63,4% dos benefícios previdenciários e 99,5% dos benefícios assistenciais (BPC) pagos tinham o valor de até um SM.²¹ Nesse contexto, 2/3 do total dos beneficiários recebem benefícios no valor de até um SM. Cabe lembrar que o valor despendido para o pagamento desses benefícios corresponde a apenas 43,47% do montante total despendido para pagamento destes mesmos benefícios.

TABELA 21

Brasil: Benefícios previdenciários e assistenciais no valor de até 1 SM (dezembro de 2007)

| Benefícios do RGPS no valor de até 1 SM | Benefícios assistenciais no valor de até 1 SM | Número total de benefícios previdenciários e assistenciais no valor de até 1 SM | % dos benefícios no valor de até 1 SM sobre o total de benefícios pagos pelo INSS | Dispêndio com benefícios previdenciários e assistenciais no valor de até 1 SM | % do dispêndio com benefícios previdenciários e assistenciais no valor de 1 SM sobre o total do dispêndio com benefícios do INSS |
|---|---|---|---|---|--|
| 14.010.026 | 3.080.764 | 17.090.790 | 67,12% | 6.386.813.662 | 43,47% |

Fonte: MPS. Boletim Estatística da Previdência Social – dezembro 2007.
Elaboração: Disoc/Ipea.

20. O BPC contribuiu para o aumento no grau de proteção social dos idosos no país. Ao lado do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) e do Programa da Previdência Social Rural, este benefício concorreu para que a pobreza e a indigência entre essa população fosse, em 2006, um fenômeno marginal.

21. Embora o piso constitucional seja de um SM, alguns pagamentos do INSS podem ter valor menor. São os casos de pensões por morte divididas por grupos de familiares; auxílios-acidente, que complementam a remuneração de pessoas que perderam parte da capacidade de trabalho, mas não são inválidas; e os descontos referentes à pensão alimentícia (IBGE, 2007).

Previdência Social

A Previdência Social é obrigatória para todos os trabalhadores brasileiros vinculados a contratos formais de trabalho, e visa repor sua renda nos casos de perda da capacidade de trabalho devido a riscos de doença, invalidez, maternidade, velhice ou morte. É uma política de natureza contributiva e estrutura-se com base em três regimes distintos: *i*) Regime Geral de Previdência Social (RGPS); *ii*) Regimes Próprios de Previdência dos Servidores Públicos (RPPSP); e *iii*) Regime Complementar Privado.

O RGPS protege os trabalhadores do setor privado e os trabalhadores públicos contratados pela via da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Baseado no princípio de repartição simples, o RGPS tem, no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), autarquia federal vinculada ao MPS, o órgão responsável por sua operacionalização, incluindo a concessão e a manutenção dos benefícios, que dão cobertura a trabalhadores urbanos e rurais, com base em regras distintas. Os Regimes Próprios de Previdência dos Servidores Públicos protegem os funcionários estatutários (níveis federal, estadual e municipal) e militares da esfera federal. Baseados no princípio da repartição simples e, em alguns casos, de capitalização com benefícios definidos, estes regimes são administrados pelos respectivos governos, no caso dos empregados públicos estatutários, e, no caso dos militares, pelo governo federal. Para se ter uma idéia de sua abrangência, os regimes próprios agregam cerca de 6% da população economicamente ativa (PEA). Por último, a previdência privada tem, no Brasil, caráter complementar, com adesão optativa, e administração realizada por fundos de aposentadoria abertos e fechados,²² com base na capitalização. Esta atendia, em 2005, cerca de 3% da PEA.²³

Destacam-se, em seguida, alguns aspectos do RGPS, regime que abrange o maior número de beneficiários da Previdência Social e aproximadamente 50% da PEA brasileira.

a) Critérios de elegibilidade do RGPS

O Ministério da Previdência Social (MPS) formula e acompanha a política previdenciária do RGPS. Este regime atende aos trabalhadores que contribuem para o sistema, além dos trabalhadores rurais em economia familiar, chamados segurados especiais, segundo regras específicas.

O primeiro grupo inclui diversas categorias de beneficiários que respondem por alíquotas de contribuição específicas, assim como regras próprias de acesso a benefícios: empregados, contribuintes individuais, trabalhadores avulsos, empregados domésticos e segurados facultativos (sem renda própria, mas que optam por contribuir para a Previdência Social). Para o grupo de idosos, os principais benefícios pagos pelo RGPS são as aposentadorias (por tempo de contribuição, idade ou invalidez) e as pensões por morte. A aposentadoria por idade é, por definição, um benefício para atender especificamente aos idosos, visando cobrir o risco clássico de perda da capacidade laboral consequente da velhice.

22. Os primeiros (abertos) podem ser adquiridos por qualquer pessoa e são oferecidos por bancos e seguradoras – as chamadas entidades abertas de previdência complementar (EAPC). Os planos fechados, ou fundos de pensão, são destinados apenas para funcionários de uma empresa ou grupo de empresas patrocinadoras do plano, e aos associados ou membros de pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.

23. Cabe lembrar que, em 2004, apenas 0,5% da população ocupada no Brasil contribuía exclusivamente para a previdência privada. Ver, a respeito, o periódico *Políticas Sociais – acompanhamento e análise*, n. 12 (IPEA, 2006a, p. 37-38).

É devida aos indivíduos que completam 65 anos, se homens, ou 60 anos, se mulheres, no meio urbano, desde que tenham pelo menos 180 contribuições mensais.²⁴ São elegíveis para o benefício de aposentadoria por tempo de contribuição os indivíduos que contribuíram para o sistema por no mínimo 35 anos, se homem, ou por 30 anos, no caso das mulheres. A aposentadoria por invalidez cobre o indivíduo que, estando ou não em gozo do auxílio-doença,²⁵ seja considerado incapaz e insusceptível de reabilitação para o trabalho.

A Previdência Rural beneficia o chamado segurado especial, que tem sua inserção previdenciária regida por regras diferenciadas: não depende de cotização financeira obrigatória, mas sim de comprovação de inserção na atividade de produção rural. São considerados segurados especiais o “produtor, parceiro, meeiro e o arrendatário rural, o garimpeiro e o pescador artesanal, bem como respectivos cônjuges que exerçam suas atividades em regime de economia familiar sem empregados permanentes” (Art. 194, § 8º, Constituição Federal de 1988). Como não há vínculo contributivo clássico para este grupo, a determinação do valor do benefício de aposentadoria, pensão por morte, auxílio-doença ou auxílio maternidade segue o princípio do modelo universal, com benefício de valor constante a um SM. Os benefícios garantidos são: aposentadorias por idade e invalidez; pensões para dependentes; salário maternidade; auxílio doença; e abono anual.

b) Cobertura previdenciária

É possível observar na tabela 22 que o número de benefícios previdenciários de até um SM pagos em dezembro de 2007 correspondia a 63,5% do total de benefícios do RGPS. Entretanto, para pagar os 36,5% dos benefícios restantes, utilizam-se 61,3% do valor consumido com benefícios previdenciários.

TABELA 22

Brasil: Números e dispêndios com benefícios previdenciários (dezembro de 2007)

| Benefícios do RGPS no valor de até 1 SM ¹ | Benefícios do RGPS no valor de até 2 SM | Número total de benefícios previdenciários | Dispêndio com benefícios previdenciários no valor de até de 1 SM (R\$) | Dispêndio com o total dos benefícios previdenciários (R\$) | % do dispêndio dos benefícios no valor de até 1 SM sobre o total dos previdenciários |
|--|---|--|--|--|--|
| 14.010.026 | 17.300.618 | 22.066.263 | 5.217.110.751 | 13.510.440.499 | 38,61% |

Fonte: MPS. Boletim Estatístico da Previdência Social – dezembro 2007.

Elaboração: Disoc/Ipea.

Nota: ¹ Eram 566 mil os benefícios cujos valores ficavam abaixo de 1 SM.

O grau de cobertura da Previdência Social brasileira, com exceção dos segurados especiais, depende significativamente do comportamento do mercado de trabalho. O aumento do emprego formal ou do desemprego tem impacto direto no número de segurados do sistema. A tabela 4 apresenta a proporção da PEA que está coberta pela Previdência Social. Em 2007, 55,7% da PEA eram segurados, considerando-se aqui tanto os contribuintes como os segurados especiais. Os não-segurados chegavam, assim, a 44,4% da PEA, com expressiva presença dos grupos de empregados sem carteira e de desempregados.

24. Para os segurados inscritos nos sistema de previdência até 24 de julho de 1991, há uma tabela progressiva de carência que pode ser visualizada em <<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=80>>.

25. O auxílio-doença é um benefício concedido ao segurado impedido de trabalhar por doença ou acidente por mais de 15 dias consecutivos. Para ter direito ao benefício, o trabalhador tem de contribuir para a Previdência Social por, no mínimo, 12 meses. Este prazo não será exigido em caso de acidente de qualquer natureza (por acidente de trabalho ou fora do trabalho). Fonte: <<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=21>>.

TABELA 23

Brasil: Participação de segurados e não-segurados da Previdência na PEA (2007)¹

| | 2007 |
|--|-------|
| Segurados | |
| Segurados contribuintes | |
| Empregado com carteira (inclusive doméstico) | 35,45 |
| Empregado sem carteira (inclusive doméstico) | 2,61 |
| Autônomos contribuintes | 3,08 |
| Funcionário público (inclusive militares) | 6,59 |
| Empregador contribuinte | 1,99 |
| Subtotal 1 | 49,71 |
| Segurados especiais potenciais ² | 3,06 |
| Subtotal 2 | 55,77 |
| Não-segurados | 47,23 |

Fonte: PNAD (2007).

Elaboração: Disoc/Ipea.

Notas: ¹ A população economicamente ativa considerada corresponde a: homens com idade entre 16 e 59 anos e mulheres com idade entre 16 e 54 anos, que estavam ocupados e/ou procuraram ocupação na semana de referência.

² Foram considerados segurados especiais potenciais os homens com idade entre 16 e 59 anos e as mulheres com idade entre 16 e 54 anos.

Deve-se considerar que parte importante da PEA não-segurada é composta por trabalhadores com baixos rendimentos. Este grupo tende a se constituir público-potencial do benefício assistencial. Efetivamente, a ausência de proteção social dos trabalhadores por parte do regime previdenciário tende a ser uma fonte de pressão para os benefícios assistenciais, num processo que se configura particularmente grave na medida em que a precarização das relações de trabalho, observadas desde os anos 1990 e revertidas somente nos últimos anos, refletiu-se numa queda da população filiada à Previdência Social. Nesse contexto, a inclusão previdenciária continua sendo um desafio e uma meta para a política social no país.

O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC)

A Constituição Federal, em seu artigo 203, inciso V, instituiu, no âmbito da Assistência Social, o direito ao Benefício de Prestação Continuada (BPC).²⁶ A Carta Magna indicou, de maneira genérica, que tal benefício seria dirigido às pessoas idosas ou com deficiência que não possuíssem meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida pela família, além de fixar o valor do BPC em um SM mensal. Foi a Lei Orgânica de Assistência Social (Lei nº 8.742/1993) que determinou a renda mensal familiar *per capita* inferior a 1/4 do SM como a que indicaria a incapacidade para prover a manutenção da pessoa idosa ou com deficiência. O BPC foi implementado em janeiro de 1996, após a publicação do Decreto nº 1.744/1995, e a criação, no mesmo ano, do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS). Atualmente o benefício é regido pelo Decreto nº 6.214/2007 e faz parte das ações de proteção social básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (Suas).

O BPC é gerenciado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), por meio da Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS),

26. Com a implementação do BPC, em janeiro de 1996, a antiga Renda Mensal Vitalícia (RMV) foi extinta. A RMV foi criada em 1974 e consistia num benefício vinculado à Previdência Social direcionado aos inválidos ou às pessoas a partir de 70 anos de idade que não eram capazes de prover o próprio sustento ou de serem sustentadas por suas famílias. Os potenciais beneficiários deveriam ter feito no mínimo 12 contribuições à Previdência Social ao longo de sua vida ativa. Isso significava que somente as pessoas que já houvessem trabalhado tinham direito ao benefício, fato que excluía o acesso ao programa de grande parte das pessoas com deficiência grave e/ou daquelas que nunca ingressaram no mercado de trabalho formal. Não há novas concessões da RMV desde 1º/1/1996, sendo mantido apenas o pagamento do estoque de beneficiários existentes naquela data.

também responsável por seu acompanhamento e avaliação. Compete ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) sua operacionalização. O financiamento é realizado por meio dos recursos do FNAS.

a) Critérios de elegibilidade para o BPC (pessoas idosas e deficientes)

O acesso ao BPC pelas pessoas idosas está condicionado a dois critérios de elegibilidade: idade e renda. No que diz respeito à idade de acesso, desde sua regulamentação, o BPC passou por duas mudanças. Entre 1996 e 1998, a idade para recebimento do benefício manteve-se em 70 anos. Em 1998, foi alterada para 67 anos. Com a promulgação do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), altera-se novamente a idade mínima, que é fixada em 65 anos ou mais. Esta última mudança passou a vigorar a partir de janeiro de 2004.

No que diz respeito ao critério da renda, o Estatuto do Idoso flexibiliza a regra até então em vigor, determinando que o benefício já emitido a qualquer pessoa idosa da família não será computado para fins do cálculo da renda familiar *per capita* para concessão de outro igual. Dessa forma, passa a ser viabilizado o atendimento a mais de um beneficiário idoso do BPC na mesma família.

QUADRO 2

Brasil: Critérios de elegibilidade para o BPC/Pessoas idosas (2007)

| |
|--|
| Idade: contar com 65 (sessenta e cinco) anos de idade ou mais. |
| Renda: renda mensal bruta familiar, dividida pelo número de seus integrantes, inferior a 1/4 SM. |

Fonte: Decreto nº 6.214/2007.

No caso das pessoas com deficiência, o Decreto nº 6.214/2007 prevê que o acesso ao benefício depende de avaliação médica e social da deficiência e do grau de incapacidade,²⁷ com base nos princípios da Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde (CIF), e do mesmo critério de renda fixado para o caso da categoria das pessoas idosas, como apontado no quadro 3.

QUADRO 3

Brasil: Critérios de elegibilidade para o BPC/Pessoas com deficiência (2007)

| |
|--|
| Condição: ser avaliada como pessoa com deficiência incapacitante para a vida independente e para o trabalho. |
| Renda: renda mensal bruta familiar, dividida pelo número de seus integrantes, inferior a 1/4 do SM. |

Fonte: Decreto nº 6.214/2007.

Cabe destacar, no entanto, que a caracterização da deficiência, bem como sua avaliação para fins de concessão do BPC, tem sido, desde a implementação do benefício – em 1996 – objeto de debate e controvérsias. Quando de sua aprovação, a Loas delineou o conceito de pessoa com deficiência como aquela incapacitada para vida independente e para o trabalho, a ser comprovada por meio de avaliação realizada por equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde ou do INSS. Em 1995, o Decreto nº 1.744 trouxe uma alteração significativa quanto a este

27. Conforme determina o Decreto nº 6.214/2007, a avaliação médica da deficiência e do grau de incapacidade considerará as deficiências nas funções e nas estruturas do corpo, e a avaliação social considerará os fatores ambientais, sociais e pessoais, e ambas considerarão a limitação do desempenho de atividades e a restrição da participação social, segundo suas especificidades.

conceito. Com uma interpretação mais restritiva, estabeleceu que a incapacidade para vida independente e para o trabalho deveria ser o resultado de anomalias ou lesões irreversíveis que impedissem o desempenho das atividades da vida diária e do trabalho.²⁸ Uma vez que o Brasil não possui metodologia unificada para a classificação de deficiências e avaliação de incapacidades,²⁹ a nova definição passou a gerar uma acentuada heterogeneidade nas avaliações das pessoas com deficiência pela perícia médica. A Medida Provisória nº 1.473/1997, convertida na Lei nº 9.720/1998, passou a estabelecer que a avaliação médica, que até então vinha sendo executada pelo SUS, seria de responsabilidade específica dos serviços de perícia médica do INSS.

O Decreto nº 6.214/2007 tenta enfrentar as dificuldades identificadas trazendo importantes avanços quanto ao arcabouço conceitual para caracterização da deficiência. A incapacidade passa a ser entendida como um fenômeno multidimensional, composto pela limitação do desempenho de atividade e restrição da participação, com redução efetiva da capacidade de inclusão social, em correspondência à interação entre a pessoa com deficiência e seu ambiente físico e social. Tal definição, adequada à classificação proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), reflete a idéia de que deficiência é resultado de uma complexa interação entre corpo, habilidades e meio ambiente. O novo formato da avaliação de deficiência, previsto pelo decreto de 2007, passa a ser composto por uma avaliação médica e uma avaliação social, conjugando a análise das limitações na estrutura e funções do corpo com o efeito dos fatores ambientais e sociais na limitação do desempenho de atividades. O decreto de 2007 previu ainda o prazo até 31 de julho de 2008 para implantação, pelo MDS e pelo INSS, do novo modelo avaliativo.

b) Procedimentos para obtenção do BPC

Para obtenção do BPC, a pessoa idosa ou com deficiência deve procurar a agência da Previdência Social mais próxima de sua casa e solicitar o benefício. Além de satisfazer os critérios de elegibilidade indicados anteriormente, a habilitação ao benefício dependerá da apresentação de requerimento, preferencialmente pelo requerente, juntamente com um conjunto de documentos comprobatórios. O quadro 4 aponta as principais instruções para solicitar o BPC.

28. Ao inserir a irreversibilidade da lesão ou anomalia como sinônimo de incapacidade de vida independente e para o desempenho das atividades de vida diária, o decreto operou significativa restrição do conceito de "pessoa com deficiência".

29. A partir de agosto de 1997, o INSS passou a editar sistematicamente orientações internas que estabeleciam procedimentos a serem adotados pela área de benefícios nos processos de concessão, manutenção e revisão do direito ao BPC. Foram ainda definidos parâmetros para avaliação da deficiência com a criação do instrumento denominado "Avaliemos". Embora a aplicação de tal instrumento tenha sido indicada no processo de avaliação da perícia médica, sua utilização não se deu de maneira uniforme. Em decorrência disto, muitas pessoas com deficiência atendidas nos primeiros anos tiveram seus benefícios cessados em processos de revisão médica pericial, ao mesmo tempo em que outras passaram a ter suas solicitações de benefícios indeferidas, pois embora incapazes para o trabalho, não eram consideradas incapazes para a vida independente. Esta problemática provocou, nos anos seguintes, a proposição de diversas Ações Cíveis Públicas no sentido de garantir o direito de acesso das pessoas com deficiência ao benefício.

Brasil: Instruções para solicitar o BPC

| |
|--|
| 1. O requerimento será feito em formulário próprio, devendo ser assinado pelo requerente ou procurador, tutor ou curador. |
| 2. Declarar, em formulário próprio, a composição do grupo familiar e comprovar renda inferior a 1/4 SM mensal por pessoa da família. |
| 3. No caso das pessoas idosas, comprovar a idade mínima de 65 anos. |
| 4. No caso das pessoas com deficiência, ter a sua condição de incapacidade para a vida independente e para o trabalho atestada pela perícia médica do INSS e por avaliação social. |
| 5. O requerimento, acompanhado da documentação, deverá ser entregue ao INSS ou nos locais autorizados. |

Fonte: Departamento de Benefícios Assistenciais, MDS.

Elaboração: Disoc/Ipea.

Destaca-se aqui que, para o cálculo da renda familiar, o conceito de família utilizado para concessão do BPC considera os seguintes membros, desde que vivam sob o mesmo teto:

- o requerente, o cônjuge, a companheira, o companheiro e o filho não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido;
- os pais; e
- o irmão não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido.

Segundo o Decreto nº 6.214/2007, o enteado e o menor tutelado equiparam-se a filho mediante comprovação de dependência econômica e desde que não possuam bens suficientes para o próprio sustento e educação.

Na hipótese de não comprovação das condições exigidas, o benefício será indeferido, tendo o requerente direito à interposição de recurso à Junta de Recursos do Conselho de Recursos da Previdência Social, no prazo de 30 dias, a contar do recebimento da comunicação.

c) Gestão do BPC

O benefício é gerido pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), a quem competem sua gestão, acompanhamento e avaliação. A operacionalização fica a cargo do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Os recursos para custeio do BPC provêm do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS).³⁰

De acordo com as diretrizes do Sistema Único da Assistência Social (Suas), as secretarias estaduais, do Distrito Federal e municipais ou congêneres têm a competência de acompanhar a prestação do benefício nas suas respectivas esferas de governo, promovendo ações que garantam a articulação do benefício com os programas e serviços assistenciais voltados ao idoso e à pessoa com deficiência, atendendo ao disposto no parágrafo 2º do Artigo 24 da Loas. Além disso, segundo a NOB/Suas, municípios e estados devem prestar atenção e realizar um acompanhamento dos beneficiários e suas famílias e participar do monitoramento e avaliação do benefício, integrando-o à política de assistência social.

30. Em 2005, o pagamento do BPC e o pagamento da RMV representaram 88,2% da execução orçamentária do FNAS.

d) Evolução dos benefícios

No gráfico 1, é possível observar a evolução dos benefícios acumulados ao longo dos onze anos da concessão do BPC. Desde sua implementação, em janeiro de 1996, houve um importante acréscimo no público atendido.

Ao final do primeiro ano de operação, em 1996, o programa contava com cerca de 346 mil beneficiários, entre os quais cerca de 304 mil eram pessoas com deficiência e cerca de 42 mil eram idosos. O baixo índice de cobertura aos idosos nos primeiros anos do BPC pode ser explicado em razão da idade mínima para concessão do benefício estar fixada em 70 anos. Com a primeira redução da idade para 67 anos, realizada em 1998 e, sobretudo, após a segunda redução, em 2003, para 65 anos, observou-se uma significativa expansão de benefícios emitidos a este segmento.

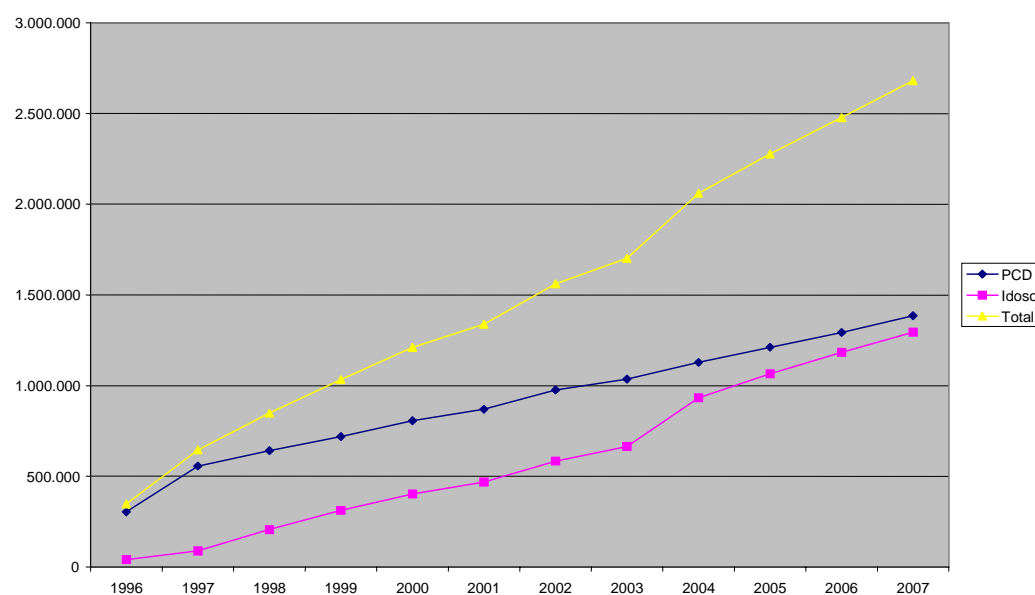
Em dezembro de 2007, foram atendidas 2.680.823 pessoas – 1.295.716 idosos e 1.385.107 pessoas com deficiência. Cabe lembrar que, se forem somados ao BPC o estoque de beneficiários da Renda Mensal Vitalícia (RMV), os benefícios hoje sob responsabilidade da Assistência Social chegam a atender 3.080.821 pessoas.

Quanto às pessoas com deficiência, entre os beneficiados no ano de 2007, parte significativa (aproximadamente 46%) corresponde a crianças, adolescentes e jovens de até 29 anos.

GRÁFICO 1

Brasil: Evolução de benefícios emitidos pelo BPC (1996-2007)

Fonte: MDS.



Elaboração: Disoc/Ipea.

Os recursos investidos em 2007 no pagamento dos benefícios do BPC para o segmento dos idosos foram de aproximadamente R\$ 5,6 bilhões. Se somado ao número de pessoas com deficiência, essa cifra sobe para R\$ 11,5 bilhões.

O BPC passa por um processo de revisão de sua concessão a cada dois anos, para que seja verificada a manutenção ou não das condições que deram origem ao benefício. Do total da população idosa do país, estimada em 17,6 milhões em 2005, o BPC atende a 6,3% (BRASIL, 2006b).

Cabe lembrar que o BPC, apesar de estar disponível para qualquer região do país, atende predominantemente a área urbana. A clientela rural potencial deste benefício parece estar sendo atendida, em grande parte, pela Previdência Rural, que alcançou cobertura praticamente universal no campo.

e) Condições de vida dos beneficiários do BPC

Dados coletados no processo de revisão do BPC realizado em 2002³¹ apontam que 59% dos idosos beneficiados e 71% das pessoas com deficiência beneficiadas não eram alfabetizadas.

TABELA 24

Brasil: Modalidade de convivência familiar dos beneficiários do BPC

| Convivência | % de pessoas com deficiência | % de pessoas idosas |
|------------------------|------------------------------|---------------------|
| Convive com a família | 86 | 60 |
| Independente e vive só | 10 | 33 |
| Vive em instituições | 4 | 7 |

Fonte: MDS (2005).
Elaboração: Disoc/Ipea.

Com relação ao convívio em família, este é maior entre as pessoas com deficiência. A maior parte deles, 86%, está com suas famílias. No caso das pessoas idosas este percentual é de 60%. O índice de pessoas vivendo em instituições é baixo em ambos os casos, com 7% para pessoas idosas e 4% das pessoas com deficiência.

TABELA 25

Brasil: Distribuição dos beneficiários do BPC, por escolaridade

| Grau de escolaridade | % de pessoas com deficiência | % de pessoas idosas |
|-----------------------------|------------------------------|---------------------|
| Não alfabetizado | 71 | 59 |
| 1º grau incompleto/completo | 27 | 36 |
| 2º grau incompleto/completo | 2 | 5 |
| 3º grau incompleto/completo | 0 | 0 |

Fonte: MDS (2005).
Elaboração: Disoc/Ipea.

Ademais, o BPC também modifica a vida de seus beneficiários, pois 44% das pessoas com deficiência e 46% dos idosos afirmam que o recebimento desta renda contribuiu para o sustento da família. Além disso, eles avaliam que a qualidade de vida também foi impactada positivamente, indicação feita por 27 % das pessoas com deficiência e 22% das pessoas idosas.

31. O BPC deve ser revisto a cada dois anos, para avaliação da continuidade das condições que lhe deram origem, conforme dispõe o Art. 21 da Loas. O MDS realiza convênios com o INSS e com as secretarias estaduais e municipais de Assistência Social – mediante os quais repassa recursos via Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) – para o acompanhamento e a avaliação da prestação do benefício, nas suas respectivas esferas de governo.

TABELA 26

Brasil: Avaliação pessoal do BPC pelos usuários

| Mudanças verificadas após a obtenção do BPC | % pessoas com deficiência | % de pessoas idosas |
|---|---------------------------|---------------------|
| Contribuiu para o sustento familiar | 44 | 46 |
| Frequentou atendimento | 19 | 22 |
| Melhorou a qualidade de vida | 27 | 22 |
| Adquiriu bens | 4 | 5 |
| Participou de atividades sociais | 4 | 4 |
| Atividades ocupacionais | 2 | 2 |

Fonte: MDS (2005).

Elaboração: Disoc/Ipea.

Com relação à utilização do benefício, a alimentação é o item priorizado, como pode ser visto na tabela 27, seguido pela compra de medicamentos e de vestuário, conforme a mesma tabela.

TABELA 27

Brasil: Prioridade no uso do dinheiro do BPC

| Prioridades no uso do dinheiro | % de pessoas com deficiência | % de pessoas idosas |
|--------------------------------|------------------------------|---------------------|
| Alimentação | 32 | 30 |
| Medicamentos | 25 | 26 |
| Vestuário | 17 | 19 |
| Tratamento e reabilitação | 15 | 16 |
| Despesas com moradia | 11 | 8 |
| Atividades de geração de renda | 1 | 1 |

Fonte: MDS (2005).

Elaboração: Disoc/Ipea.

Traçado o panorama geral de criação e implementação do BPC, vale ressaltar sua importância na garantia da proteção social a grupos vulneráveis em situação de extrema pobreza. Com o benefício, as pessoas idosas em situação de indigência são, hoje, objeto de garantia de renda e de melhoria significativa em sua situação social.

2.2.2 Serviços de Cuidados

Serviços Assistenciais

Os serviços assistenciais são ações da rede de proteção da assistência social, definidos pela Loas como “atividades continuadas que visam a melhoria de vida da população e cujas ações, voltadas para as necessidades básicas, observem os objetivos, princípios e diretrizes estabelecidos na lei”.³²

Até 2005, esses serviços eram financiados, na esfera federal, pela modalidade de Serviços de Ação Continuada (SAC). Os SACs se estruturavam de acordo com o segmento da população a ser atendida: idosos, crianças, adolescentes e pessoas com deficiência, e sua execução estava sob a responsabilidade dos estados e municípios (diretamente ou por intermédio de entidades sem fins lucrativos). A modalidade SAC financiava uma rede de atendimento em creches, pré-escolas, abrigos, instituições de assistência a pessoas com deficiência e idosos. O governo federal transferia recursos para os fundos municipais após assinatura de convênios junto às prefeituras, e estas

32. Lei Orgânica de Assistência Social – Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

ficavam responsáveis pelos repasses às entidades prestadoras dos serviços, assim como pelo acompanhamento e fiscalização dos serviços prestados.³³ Nesse contexto, o SAC para a pessoa idosa, que fazia parte do programa Proteção Social ao Idoso, era oferecido em várias modalidades, como, por exemplo: grupos e centros de convivência; centros-dia; instituições de longa permanência³⁴ ou casas-lares. A meta estabelecida de atendimentos com recursos federais era, entretanto, bastante limitada, variando entre 1999 e 2005 conforme demonstrado na tabela a seguir.

TABELA 28

Brasil: Metas de atendimentos dos Serviços de Ação Continuada (SAC) estabelecidas para idosos financiadas com recursos federais (1999-2005)

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | Varição 1999-2005 |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------------|
| Serviços de Atenção Continuada (SAC) ao Idoso | 264.909 | 290.532 | 301.011 | 306.343 | 332.188 | 332.188 | 335.900 | 26,8% |

Fontes: Sobre os serviços para crianças, idosos e deficientes, para os anos 1999 a 2003, dados apresentados no relatório Análise comparativa de programas de proteção social, MDS, abril de 2004; para o ano de 2004, informações coletadas junto ao MDS. Elaboração: Disoc/Ipea.

Aprovada em 2005, a NOB-Suas promoveu diversas mudanças no campo de regulação de atribuições das esferas de governo. Instituiu pisos de financiamento, garantindo o repasse regular e automático de recursos federais para estados e municípios assentada em critérios de partilha pactuados e baseados em indicadores, fortalecendo, dessa forma, a autonomia das esferas de governo na determinação de seus planos de ação. A normativa deu início a um novo padrão de operacionalização da política, reafirmando a primazia da regulação estatal e pautando a oferta de serviços por níveis de complexidade.

A proteção social sob responsabilidade da Assistência Social passou a organizar-se em Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE). A PSB engloba um conjunto de atividades, na maior parte das vezes realizadas por meio dos Centros de Referência em Assistência Social (Cras), que visam atender as famílias em situação de pobreza e vulnerabilidade, proporcionando ações de socialização, geração de renda, ações comunitárias e desenvolvimento de potencialidades. É possível mencionar ainda os serviços destinados a públicos específicos como crianças, jovens, idosos e pessoas com deficiência. É também dentro da PSB que o governo federal disponibiliza o BPC, pretendendo ampliar o atendimento desse público nas ações de promoção de aquisições e sociabilidade.

Por sua vez, a PSE atua em situações de média e alta complexidade. Entre os serviços de média complexidade é possível destacar os cuidados domiciliares com idosos e pessoas com deficiência, os serviços dirigidos a jovens em liberdade assistida, bem como aqueles de orientação e apoio sociofamiliar e o plantão social. As unidades de atendimento neste nível

33. Cabe lembrar que os municípios detêm, no modelo jurídico brasileiro, autonomia para mobilizar seus próprios mecanismos de financiamento à rede de serviços em seu território por meio dos Fundos Municipais de Assistência Social.

34. Instituições de longa permanência para idosos são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania (BRASIL, 2005).

de proteção são chamadas de Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas). No âmbito da proteção de alta complexidade, estão contempladas as demandas de acolhimento realizadas por instituições nas modalidades de abrigos, casas de passagem, albergues e instituições de longa permanência.

Nesse novo contexto, a proteção social ofertada pela Assistência Social passa a contar com equipamentos públicos responsáveis por prestar serviços diretamente à população, assim como por se articular e atuar como coordenadores da rede de serviços públicos e privados da assistência social em seu território. Têm ainda como função articular-se com outras políticas visando ao atendimento dessa população.

Proteção Social Básica

No âmbito da Proteção Social Básica, as pessoas idosas podem ser atendidas a partir de um trabalho desenvolvido com suas famílias e por intermédio, especialmente, de entrevistas, grupos e centros de convivência. As famílias dos beneficiários do BPC são consideradas prioritárias para o acompanhamento dessa proteção.

Para os idosos, os Cras devem ofertar “espaços de convívio, com garantia de acessibilidade, e o objetivo de promoção de autoconhecimento quanto à condição de vida, à relação familiar e de vizinhança, favorecendo um processo de envelhecimento ativo, saudável, a motivação para novos projetos de vida e a prevenção ao isolamento e ao asilamento”.³⁵

TABELA 29

Brasil: Número de Centros de Referência da Assistência Social apoiados com financiamento federal (2003-2006)

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|------|------|------|-------|-------|-------|
| Cras | 452 | 901 | 1.980 | 3.248 | 3.248 |

Fonte: MDS.
Elaboração: Disoc/Ipea.

Segundo a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), nesse nível de proteção, os serviços também podem ser ofertados, no território de abrangência dos Cras, por entidades e organizações socioassistenciais integrantes da rede do município.

Proteção Social Especial

Com o objetivo de atender às pessoas e famílias em situação de risco cujos direitos tenham sido violados e/ou àquelas que tenham experimentado rompimento de laços familiares e comunitários, os serviços de proteção social especial devem possibilitar a reconstrução de vínculos familiares e sociais, possibilitar a conquista de maior grau de independência familiar e social e ampliar a capacidade de enfrentar os revezes da vida pessoal e social.

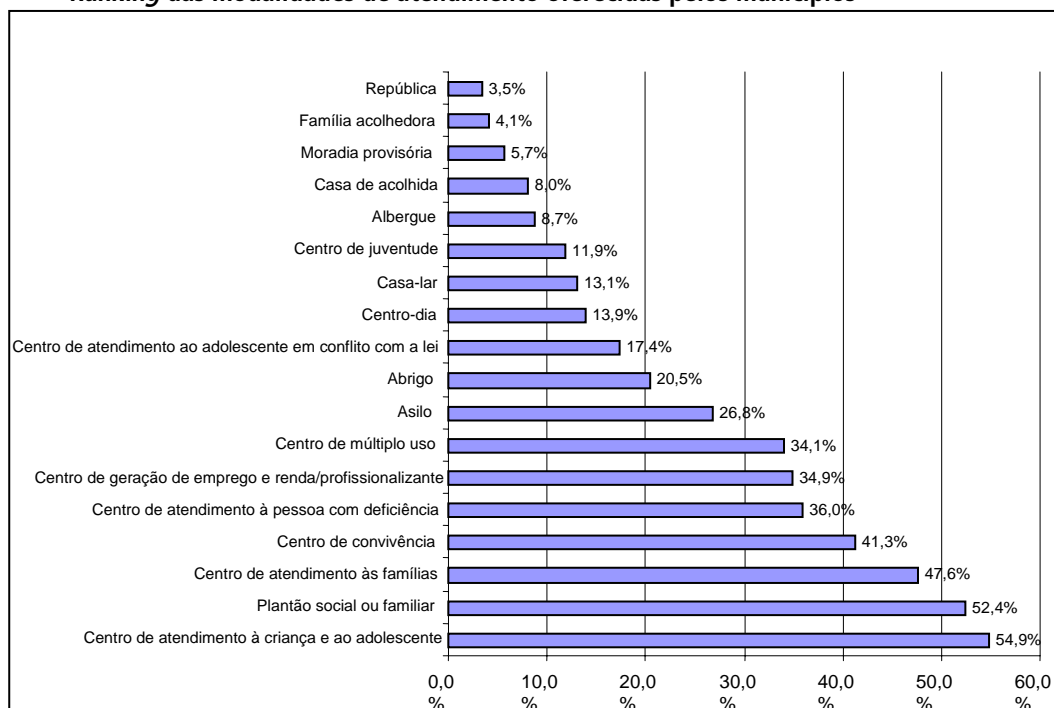
35. Ver Brasil (2006, p. 57).

A proteção social prestada à pessoa idosa por intermédio da PSE organiza-se, hoje, basicamente por meio de serviços específicos. São eles:

- No âmbito da média complexidade, operam duas modalidades de atendimento: os centros-dia e o atendimento domiciliar, que proporcionam: *i)* orientação às famílias sobre novas maneiras de lidar com as dificuldades ou limitações que podem emergir nessa etapa do ciclo vital; *ii)* potencialização das capacidades e habilidades da pessoa idosa; *iii)* permanência da pessoa idosa em sua própria residência, com melhora da qualidade de vida; e *iv)* apoio às famílias no cuidado das pessoas idosas (BRASIL, 2009).
- No âmbito da alta complexidade, os serviços implicam a garantia de acolhida e abrigo do idoso, onde se incluem as seguintes modalidades: abrigos (ou instituições de longa permanência), residência em família acolhedora, repúblicas e casas-lares. Elas devem proporcionar: *i)* convivência familiar e comunitária, sendo vedadas práticas segregacionistas e restritivas de liberdade; *ii)* reconhecimento dos diferentes graus de autonomia e independência dos idosos; *iii)* promoção do acesso das pessoas acolhidas aos serviços sociais existentes; *iv)* instalações físicas adaptadas e/ou adequadas de acordo com as necessidades e em observância às normas de acessibilidade; *v)* recursos humanos suficientes e capacitados para os diversos tipos de atendimento; *vi)* respeito ao direito à autodeterminação, inclusão social e liberdade; *vii)* atendimento personalizado e com padrões de dignidade; e *viii)* priorização de utilização dos equipamentos e serviços da comunidade (*op. cit.*).

Dados do Suplemento da Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC), realizada em 2005 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), permitiram conhecer as atividades desenvolvidas pelos municípios brasileiros no âmbito da assistência social, inclusive aquelas que podem ser usufruídas pela população idosa. A respeito das modalidades de atendimento ofertadas no nível de alta complexidade da PSE que têm sido ofertados a esse público pelos municípios – incluindo os casos de entidades que atuavam em parceria com o poder público por meio de convênios –, os asilos e abrigos são os mais presentes, encontrados em 26,8% e 20,5% dos municípios, respectivamente. Pouco mais de 13% dos municípios brasileiros contam com as modalidades de atendimento em centros-dia e casas-lares. A porcentagem de municípios que oferecem as modalidades família acolhedora e república é ainda mais baixa, não alcançando 5% do território brasileiro.

O gráfico 2 mostra que, quando comparadas às demais, as modalidades de atendimento de alta complexidade que teriam como principal público a população idosa ainda são escassas frente a uma demanda que vem crescendo a cada dia.

Ranking das modalidades de atendimento oferecidas pelos municípios

Fonte: MUNIC/IBGE (2005).

Elaboração: Disoc/Ipea.

A mesma pesquisa levantou informações não somente sobre as modalidades de atendimento, mas também sobre os serviços oferecidos. No caso dos serviços ofertados, um dos que mais têm atingido a população idosa dentro da assistência social é o atendimento domiciliar, que, de acordo com a MUNIC 2005, está presente em 77,8% dos municípios. No entanto, cabe ressaltar que, em que pese sua presença em grande parte dos municípios brasileiros, as estimativas de cobertura desses serviços apontam para um percentual bastante limitado de idosos beneficiados.

Atenção à Saúde

A Constituição de 1998 garantiu o direito universal e integral à saúde no Brasil. Esta conquista foi consolidada com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990). Por este direito, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades da população e dos indivíduos. Estes preceitos constitucionais encontram-se reafirmados pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e pelas NOBs que, por sua vez, regulamentam e definem estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do sistema.

A regulamentação do SUS estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora, em sua organização, o princípio da territorialidade, para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde.

Para reorganização da prática assistencial, foi criado, em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família (PSF), tornando-se a estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde, como eixo estruturante para reorganização da prática assistencial. Com o PSF, almejava-se imprimir nova dinâmica aos serviços de saúde e estabelecer uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando a prática direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersectorialidade (BRASIL, 1994).

Ao mesmo tempo em que se regulamentou o SUS, o Brasil se preparou para atender às crescentes demandas de sua população idosa. A Política Nacional do Idoso, como aqui lembrado, assegurou direitos sociais às pessoas idosas, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS.³⁶

Em dezembro de 1999, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Saúde do Idoso,³⁷ cujo processo de elaboração foi acompanhado pelo Conselho Nacional de Saúde,³⁸ determinando aos órgãos e entidades cujas ações estivessem relacionadas a essa política que promovessem a elaboração ou readequação de seus planos, programas, projetos e atividades conforme as diretrizes e responsabilidades estabelecidas. O ponto de partida da Política Nacional de Saúde do Idoso foi a constatação de que o principal problema que pode afetar o idoso, como consequência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, ou seja, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Em abril de 2002, o Ministério da Saúde, considerando a necessidade de gerar ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da população idosa, em conformidade com o estabelecido na Política Nacional do Idoso, criou mecanismos para a organização e implantação de redes estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Nesse contexto, as secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em gestão plena do sistema municipal de saúde foram mobilizadas para, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida na Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas/2002), adotarem providências necessárias à implantação das redes estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Como parte da operacionalização das redes, foram criadas as normas para cadastramento dos Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso.

36. Lei nº 8.842/1994 e Decreto nº 1.948/1996.

37. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999.

38. O CNS criou um grupo de trabalho com o objetivo de acompanhar a elaboração da política.

Se é verdade que a descentralização do SUS tem permitido em alguns municípios inovações de serviços para esse público e que a aprovação do Estatuto do Idoso promoveu a ampliação dos conhecimentos sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa, pouco tem se efetivado em termos de ações e oferta de serviços de saúde específicos para os idosos. Com base nesta constatação, em outubro de 2006, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, visando instituir efetiva prioridade em torno do tema e mobilizar as três esferas do governo nesse sentido. A política propõe um novo modelo de atendimento da população idosa baseado na perspectiva do envelhecimento promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que advoga o conceito de “envelhecimento ativo”, no lugar da concepção de “envelhecimento saudável”. No modelo anterior, o atendimento cotidiano dessa população estava vinculado à ocorrência de doenças como hipertensão arterial, artrose, diabetes. Por sua vez, os princípios norteadores da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa consideram três dimensões importantes na vida da pessoa idosa: segurança, participação e saúde. A primeira delas diz respeito à necessidade de se criar um meio ambiente seguro, protegendo o idoso dos abusos econômicos, físicos e psicológicos; a segunda dimensão, a participação, aponta para a importância de o idoso estar integrado na vida familiar, na sociedade e na comunidade – neste último caso, participando nos organismos que tomam decisões que podem afetar sua vida; finalmente, a terceira dimensão, a saúde, diz respeito à manutenção da saúde funcional do idoso, em termos de cognição, comunicação e capacidade física.

O PSF e os Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso

Os Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso fazem parte, junto com os Hospitais Gerais, da Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso. A gestão desta rede está a cargo das secretarias de Saúde dos estados, do Distrito federal e dos municípios em gestão plena do sistema municipal de saúde, de acordo com o estabelecido na Noas/2002. Os mecanismos de organização e implantação da rede foram estabelecidos pela Portaria nº 702/GM, de 12 de abril de 2002. A portaria, que em 2007 passou por uma revisão, também quantificou o número de centros de referência por estado, totalizando 74 naquele ano.

Esses centros dizem respeito a um hospital que disponha de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados para prestar assistência à saúde dos idosos, de forma integral e integrada. Deve oferecer, além de internação hospitalar, ambulatório especializado em saúde do idoso, hospital-dia geriátrico e assistência domiciliar de média complexidade, com capacidade de se constituir em referência para a rede estadual.

O Programa Saúde da Família (PSF) é considerado a estratégia de maior potencial para proporcionar a universalização do acesso à saúde. Cada uma de suas unidades atua em um território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adstrita a esta área.³⁹ Em 1995, o PSF estava presente em 150 municípios. Este número subiu para 1.870 municípios

39. Ver Finkelman (2002).

em 1999. Alguns anos mais tarde, em 2002, visando à disseminação do programa nos grandes centros urbanos, foi implementado o Projeto de Expansão e Consolidação do “Saúde da Família”. Em 2007, as equipes do “Saúde da Família” estavam presentes em 92,1% dos municípios brasileiros.⁴⁰

TABELA 30

Brasil e Grandes Regiões: Proporção de municípios com Programa de Saúde da Família implantado (1994-2007)¹

| Região | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Brasil | 1,1 | 3,0 | 4,6 | 10,3 | 20,3 | 34,0 | 56,5 | 66,3 | 74,8 | 80,7 | 83,9 | 87,6 | 91,8 | 92,1 |
| Norte | 0,5 | 0,8 | 0,8 | 0,7 | 22,5 | 49,7 | 62,4 | 61,0 | 73,1 | 73,7 | 78,6 | 86,9 | 90,2 | 91,3 |
| Nordeste | 1,6 | 5,2 | 8,2 | 9,9 | 19,9 | 39,7 | 61,0 | 71,3 | 78,6 | 84,0 | 88,2 | 96,5 | 98,0 | 98,3 |
| Sudeste | 1,0 | 3,1 | 4,7 | 20,4 | 30,0 | 39,0 | 59,5 | 64,6 | 70,1 | 76,9 | 79,1 | 82,7 | 86,0 | 86,8 |
| Sul | 1,1 | 1,7 | 2,2 | 3,4 | 11,0 | 18,1 | 41,9 | 57,1 | 68,7 | 77,6 | 82,2 | 86,4 | 88,3 | 88,8 |
| Centro-Oeste | 0,2 | 0,2 | 0,5 | 1,8 | 7,6 | 17,5 | 58,5 | 81,2 | 94,8 | 96,5 | 93,7 | 98,5 | 98,7 | 96,6 |

Fonte: Ipea, *Políticas Sociais – acompanhamento e análise*, n. 16, Anexo Estatístico, tabela 2.8.

Elaboração: Disoc/Ipea.

Nota: ¹ Novembro.

Obs.: O Distrito Federal está sendo contado como município, sendo abrangido pelo PSF a partir de 1997.

Em 2003, o Estatuto do Idoso foi elaborado com a participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos, visando ampliar a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa. Entretanto, não trouxe consigo meios para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do Estatuto trata, especificamente, sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção.

Pode-se dizer que, apesar da legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa se encontrar em um estado avançado, a implementação da atenção à saúde para esta população ainda não pode ser considerada como satisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da estratégia Saúde da Família, a inserção das redes estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e a implementação da Política Nacional de Saúde do Idoso são, contudo, instrumentos relevantes cujos impactos já se fazem notar.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

A partir de novembro de 2006, as pessoas com 60 anos ou mais passaram a contar com uma nova ferramenta de assistência à saúde: a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, instituída pela Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006.

A caderneta visa ao melhor conhecimento da população idosa por parte das equipes de Saúde da Família, permitindo a identificação de pessoas com algum risco de saúde e com problemas de saúde instalados. Este conhecimento permitirá priorizar o atendimento dessa população.

40. A Equipe de Saúde da Família é composta, pelo menos, de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Outros profissionais podem ser incorporados ou constituir uma equipe complementar, como, por exemplo, assistentes sociais, dentistas e psicólogos.

Para isso, a caderneta solicita dois tipos de informações: *i*) idade, tipo sanguíneo, pressão arterial e nível de glicemia, que servirão para identificar em que medida o estado de saúde do idoso pode ser considerado de risco; e *ii*) situação familiar – por exemplo, se mora sozinho –, condições para se deslocar sem ajuda e uso de remédios controlados, para avaliar e acompanhar a situação da pessoa idosa do ponto de vista de sua independência e autonomia.

Atualmente, cinco milhões de cadernetas estão sendo distribuídas, o que, segundo dados do Ministério da Saúde, corresponde a 70% da população idosa cadastrada no Saúde da Família. Espera-se que os municípios confeccionem as demais cadernetas para dar cobertura ao conjunto da população idosa. Cabe destacar que, por enquanto, as informações levantadas a partir destes instrumentos não serão alvo de sistematização e análise.

Internação Domiciliar

A Portaria nº 2.529, de 19 de outubro de 2006, criou a internação domiciliar no âmbito do SUS, o que permitirá às pessoas com quadros agudos, vítimas de acidente vascular cerebral, fraturas provenientes de quedas e câncer, que não precisem ficar internadas, ter acompanhamento fora do ambiente hospitalar. Não apenas as pessoas idosas terão prioridade no atendimento domiciliar, mas também os portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas, as pessoas que necessitam de cuidados paliativos e aquelas com incapacidade funcional provisória ou permanente.⁴¹

Esse atendimento domiciliar será realizado por equipes constituídas por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, após alta hospitalar. Esta equipe acompanhará o paciente em sua residência durante, no máximo, 30 dias, inclusive treinando um cuidador familiar para acompanhar o paciente. O programa pretende evitar reinternações, liberar leitos dos hospitais e atender de forma humanizada a pessoa idosa, no seio da família.

Durante o primeiro ano de implantação da política, o governo pretende criar pelo menos 100 equipes, o que representa investimentos mínimos da ordem de R\$ 50 milhões. A expectativa é formar, a médio prazo, 500 equipes, com investimento de cerca de R\$ 250 milhões. Os municípios e estados interessados em aderir à internação domiciliar no SUS deverão apresentar projeto ao Ministério da Saúde e preencher requisitos mínimos, como ter unidade hospitalar de referência e população acima de 100 mil habitantes.

“Pacto pela Saúde”

Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde, que contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

41. Não serão atendidos pelo programa os pacientes que necessitam de ventilação mecânica, monitoramento contínuo, enfermagem intensiva, medicação complexa e tratamento cirúrgico de urgência.

A publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa um avanço importante. Entretanto, é necessário que o Sistema Único de Saúde responda de maneira efetiva e eficaz às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. Dessa maneira, considera-se que a participação da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, no âmbito nacional, é de fundamental importância para a discussão e formulação de estratégias de ação capazes de dar conta da heterogeneidade da população idosa e, por conseguinte, da diversidade de questões apresentadas. Cabe destacar, por fim, que a organização da rede do SUS é a base para que as diretrizes dessa política sejam plenamente alcançadas.

Atenção à Saúde nas Instituições de Longa Permanência para Idosos – Ilpis

A necessidade de estabelecer o padrão mínimo de funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos (Ilpis) levou, em setembro de 2005, à aprovação da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 283, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Este regulamento técnico, que define as normas para o funcionamento das Ilpis, é aplicável a toda instituição dessa natureza e deve ser adotado pelas secretarias de Saúde estaduais, do Distrito Federal e dos municípios.⁴²

Cinco objetivos norteiam essa resolução, quais sejam: *i)* garantir à população idosa internada os direitos assegurados na legislação em vigor; *ii)* prevenir e reduzir os riscos à saúde aos quais ficam expostos os idosos residentes em instituições de longa permanência; *iii)* definir os critérios mínimos para o funcionamento e avaliação destas instituições; *iv)* estabelecer mecanismos para seu monitoramento; e *v)* qualificar a prestação de serviços públicos e privados nas Ilpis.

No documento, são apresentadas as definições resumidas a seguir.

- Cuidador de idosos: pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações na realização de atividades da vida diária.
- Dependência do idoso: condição do indivíduo que requer o auxílio de pessoas ou de equipamentos especiais para realizar atividades da vida diária.
- Equipamento de autoajuda: qualquer equipamento ou adaptação, utilizado para compensar ou potencializar habilidades funcionais, tais como bengala, andador, óculos, aparelho auditivo e cadeira de rodas, entre outros com função assemelhada.
- Indivíduo autônomo: é aquele que detém poder decisório e controle sobre a sua vida.
- Instituições de Longa Permanência para Idosos (Ilpis): instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania.

42. As secretarias de saúde poderão adotar normas de caráter suplementar para adequar as novas regras às especificidades locais.

A Resolução da Anvisa é também inovadora por apresentar uma classificação da dependência funcional que considera três diferentes graus, como indicado no quadro 5.

QUADRO 5

Brasil: Classificação da dependência – Anvisa

| |
|--|
| a) Grau de Dependência I: idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda. |
| b) Grau de Dependência II: idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada. |
| c) Grau de Dependência III: idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e/ou com comprometimento cognitivo. |

Fonte: Anvisa – Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005.
Elaboração: Disoc/lpea.

A norma estabelece ainda critérios para nomeação do responsável pela instituição de longa permanência e para o cuidador que opera nestas instituições. Com relação ao primeiro, estabelece que “a Instituição de Longa Permanência para Idosos deve possuir um responsável técnico pelo serviço, que responderá pela instituição junto à autoridade sanitária local. O responsável técnico deve possuir formação de nível superior”, e ter uma carga de trabalho mínima de 20 horas semanais. No que diz respeito os cuidadores, também estabelece a sua quantidade e carga de trabalho diária, segundo o grau de dependência da pessoa idosa, conforme apontado no quadro 6.

QUADRO 6

Brasil: Relação entre o grau de dependência dos idosos, a quantidade de cuidadores e a carga horária de trabalho

| |
|---|
| a) Grau de Dependência I: um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia. |
| b) Grau de Dependência II: um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno. |
| c) Grau de Dependência III: um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, por turno. |

Fonte: Anvisa – Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005.
Elaboração: Disoc/lpea.

A resolução da Anvisa também trata dos recursos humanos necessários às atividades a serem desenvolvidas nas Ilpis, tais como: lazer, limpeza, alimentação e lavanderia.

QUADRO 7

Brasil: Tipos de atividades e recursos humanos necessários

| |
|--|
| Serviços de limpeza: um profissional para cada 100m ² de área interna ou fração por turno diariamente. |
| Atividades de lazer: um profissional com formação de nível superior para cada 40 idosos, com carga horária de 12 horas por semana. |
| Serviço de alimentação: um profissional para cada 20 idosos, garantindo a cobertura de dois turnos de 8 horas. |
| Serviço de lavanderia: um profissional para cada 30 idosos, ou fração, diariamente. |

Fonte: Anvisa – Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005.
Elaboração: Disoc/lpea.

A norma não obriga a instituição a ter um profissional de saúde em sua equipe, mas aponta que “a instituição que possuir profissional de saúde vinculado à sua equipe de trabalho, deve exigir registro desse profissional no seu respectivo Conselho de Classe”.

Estabelece também que a instituição deve realizar atividades de educação permanente na área de gerontologia, com objetivo de aprimorar tecnicamente os recursos humanos envolvidos na prestação de serviços aos idosos.

No que diz respeito à infraestrutura física, a norma estabelece a obrigatoriedade de “atender aos requisitos de infra-estrutura física previstos

neste Regulamento Técnico, além das exigências estabelecidas em códigos, leis ou normas pertinentes, quer na esfera federal, estadual ou municipal e, normas específicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) referenciadas neste Regulamento”.

No âmbito da saúde da pessoa idosa, estabelece-se que “a instituição deve elaborar, a cada dois anos, um Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes, em articulação com o gestor local de saúde”. O plano deve ter as características a seguir descritas.

- Ser compatível com os princípios da universalização, equidade e integralidade.
- Indicar os recursos de saúde disponíveis para cada residente, em todos os níveis de atenção, sejam eles públicos ou privados, bem como referências, caso se faça necessário.
- Prever a atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção.
- Conter informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes.
- Avaliação anual pela instituição da implantação e efetividade das ações previstas no plano, considerando, no mínimo, os critérios de acesso, resolubilidade e humanização.
- Comprovação pela instituição, quando solicitada, da vacinação obrigatória dos residentes, conforme estipulado pelo Plano Nacional de Imunização de Ministério da Saúde.
- Conferir ao Responsável Técnico (RT) da instituição a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos idosos, respeitados os regulamentos de vigilância sanitária quanto à guarda e administração, sendo vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica.
- Dispor de rotinas e procedimentos escritos, referentes ao cuidado com o idoso.
- Em caso de ocorrência médica, providenciar, por intermédio do RT, o encaminhamento imediato do idoso ao serviço de saúde de referência previsto no plano de atenção e comunicar sua família ou representante legal.
- Dispor de um serviço de remoção destinado a transportar o idoso nos casos de ocorrência médica, segundo o estabelecido no Plano de Atenção à Saúde.

2.3 CONCLUSÃO

Desde a Constituição Federal de 1988, o Brasil vem avançando no desenvolvimento de políticas públicas e de instrumentos de ação voltados para a população idosa, a exemplo da Política Nacional do Idoso (1994) e da criação do Estatuto do Idoso (2003).

Em que pese a significativa expansão no grau de cobertura dos benefícios da Seguridade Social para o público idoso durante a década de 1990 e anos seguintes – em 2006, cerca de oito em cada dez idosos brasileiros recebiam benefícios do INSS, sejam de natureza previdenciária ou assistencial –, a análise das políticas de proteção

social aponta para incipiência de programas especiais, voltados a pessoas idosas em situação de dependência funcional.

No entanto, é importante destacar que iniciativas importantes destinadas a prover proteção aos idosos em geral vêm ganhando espaço. No campo dos serviços assistenciais, a PNAS/2004 e a NOB-Suas/2005 estabeleceram um padrão inovador de operacionalização dos serviços. No âmbito da Proteção Social Básica, as pessoas idosas podem ser atendidas, junto com suas famílias, por intermédio de entrevistas, grupos e centros de convivência. Os Cras devem garantir espaços de convívio, favorecendo um processo de envelhecimento ativo e saudável, a motivação para novos projetos de vida, e a prevenção ao isolamento e ao asilamento. Já a Proteção Social Espacial organiza-se atualmente por meio de serviços específicos. Em síntese, no âmbito da média complexidade, operam os centros-dia e o atendimento domiciliar, enquanto no âmbito da alta complexidade os serviços implicam a garantia de acolhida e abrigamento do idoso. Neste ponto, cabe ressaltar que as modalidades de atendimento de alta complexidade, que teriam como principal público a população idosa, ainda são escassas, frente a uma demanda que vem crescendo a cada dia.

Quanto aos serviços de atenção à saúde, com a regulamentação do SUS em 1990 e a criação, em 1994, do Programa de Saúde da Família (PSF), o Brasil deu dois passos fundamentais para atender às crescentes demandas de sua população idosa. Porém, foi em dezembro de 1999, com a aprovação da Política Nacional de Saúde do Idoso, que as ações começaram a ganhar maior concretude. Em 2002, o Ministério da Saúde, considerando a necessidade de gerar ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da população idosa, criou mecanismos para a organização e implantação de redes estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Em outubro de 2006, o órgão lança uma nova Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, visando instituir efetiva prioridade em torno do tema e mobilizar as três esferas do governo nesse sentido. Vale ressaltar que, apesar da inserção das redes estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e da implementação da Política Nacional de Saúde do Idoso como instrumentos relevantes, cujos impactos já são visíveis, a implementação da atenção à saúde para essa população ainda não pode ser considerada satisfatória.

3 DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA OS IDOSOS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA NO BRASIL

Esta seção está dividida em duas partes. A primeira discute os principais desafios que se apresentam para a implementação de políticas públicas para os idosos brasileiros em situação de dependência. A segunda apresenta algumas recomendações de curto e médio prazo para a articulação e o aperfeiçoamento das ações com vistas ao avanço na proteção social para estas pessoas.

3.1 PRINCIPAIS DESAFIOS

Neste tópico serão discutidos alguns desafios que o Brasil deverá enfrentar para atender sua população idosa em condições de dependência funcional, tendo em vista suas singularidades em relação aos países desenvolvidos e as características das

políticas públicas ora organizadas. Serão tratados, em primeiro lugar, os desafios referentes ao contexto social em que se insere a temática da dependência, abordando-se as seguintes questões: *i*) o rápido crescimento da população idosa brasileira, com destaque para a ampliação do peso relativo do grupo com mais de 80 anos; *ii*) a necessidade de ampliar o conhecimento sobre a dependência associada ao envelhecimento; e *iii*) o imperativo de repensar a atuação das famílias no cuidado do idoso dependente, tendo em vista as transformações por que passam e sua grande heterogeneidade socioeconômica.

Em seguida serão destacados os desafios que se apresentam especificamente para as políticas de proteção social brasileiras nesse âmbito. Serão tratados os seguintes temas: *i*) a continuidade na ampliação da cobertura dos benefícios monetários da seguridade social (benefícios previdenciários e assistenciais); *ii*) o aumento da oferta de serviços dirigidos à pessoa idosa dependente no âmbito da seguridade social (serviços assistenciais e de saúde); e *iii*) a perspectiva de instituição de um seguro social para o risco de dependência no país.

3.1.1 O Rápido Crescimento da População Idosa e a Ampliação do Peso Relativo do Grupo com Mais de 80 Anos

Os dados analisados na seção 2 deste estudo retratam um expressivo crescimento da população brasileira com idade superior a 60 anos, com presença cada vez mais relevante do grupo com mais de 80 anos, que tende a ter sua funcionalidade progressivamente afetada por condições crônicas e outras ocorrências. Aponta-se ainda que esta tendência deva se acentuar nas próximas décadas, estando vinculada ao aumento constante da expectativa de vida do brasileiro.⁴³

Constata-se, assim, que o Brasil é um país em processo de envelhecimento. Contudo, aqui, a “virada demográfica” iniciou de maneira tardia com relação ao sucedido nos países desenvolvidos. É fato que outros países do Cone Sul, como Uruguai, Argentina e Chile, apresentam hoje uma proporção de pessoas idosas consideravelmente maior do que a do Brasil. Mas, no geral, tanto aqui como nos demais países em desenvolvimento, o processo de envelhecimento ocorre em ritmo mais acelerado, se comparado com o que ocorreu nos países desenvolvidos, onde a virada demográfica levou em torno de 100 anos.⁴⁴

Dessa forma – e diferentemente das sociedades que foram envelhecendo em ritmo mais lento e que puderam se adaptar paulatinamente à situação –, o Brasil enfrenta a exigência de compreender, com certa urgência, as implicações de ordem demográfica, econômica e social do processo de envelhecimento. À luz da experiência internacional, é possível fazê-lo tendo como referência uma compreensão positiva do idoso, capaz de se contrapor ao preconceito que ainda cerca essa fase da vida no país, tradicionalmente associada às noções de decadência, doença, isolamento e apatia. O conceito de “envelhecimento ativo”, promovido pela OMS e adotado recentemente pelo Brasil, pode

43. Cabe apontar, entretanto, que, apesar de incontestáveis, as projeções sobre o envelhecimento populacional no Brasil indicam que, em 2020, a proporção de idosos corresponderá a 14,2% da população, valor bem inferior ao observado hoje, em um país como Alemanha, onde esta proporção já alcança 25,1%.

44. Estima-se que a população idosa dos países em desenvolvimento aumentará mais do que quatro vezes, entre 2000 e 2050, passando de 374 milhões para 1,6 bilhão. Ver, a respeito, em Scazufca *et al.* (2002).

contribuir nesse sentido, na medida em que advoga a superação de uma visão naturalizada da relação entre envelhecimento e inatividade, propondo, em seu lugar, um olhar assentado na autonomia e na plena participação das pessoas idosas.

A partir desse enfoque, é possível compreender a dependência funcional como uma condição em que há limitação das capacidades e comprometimento da qualidade de vida da pessoa idosa. De fato, o tema da dependência está inserido no âmbito mais amplo do debate sobre o envelhecimento, mas é uma questão específica e que demanda atenção especial. De um lado, porque não afeta indistintamente todo o contingente idoso, sendo mais ou menos limitadora do desempenho das atividades cotidianas conforme as funções atingidas. Daí que o quadro geral da dependência entre os idosos brasileiros é certamente muito variado e só pode ser efetivamente conhecido a partir de indicadores que captem suas incapacidades e reflitam o impacto diferenciado que acarretam.

De outro lado, o tema também é delicado, porque, se a falta de autonomia e de independência pode estar vinculada a déficits funcionais decorrentes de condições crônicas, também pode estar associada a uma dinâmica de isolamento social que progressivamente impede que a pessoa idosa leve uma vida ativa. Neste sentido, a implementação de estratégias que visem atender os idosos dependentes exige reconhecer que fatores de ordem social se somam às condições de saúde na configuração das diferentes situações de dependência funcional. Este entendimento é essencial para orientar a prevenção e o enfrentamento da dinâmica de instalação da incapacidade no processo de envelhecimento, reduzindo os custos com cuidados intensivos de longa duração.

3.1.2 A Necessidade de Ampliar o Conhecimento sobre a Dependência Associada ao Envelhecimento no País

Apesar de o debate público sobre envelhecimento e velhice vir avançando no país, em especial após a instalação do Conselho Nacional do Idoso e a aprovação do Estatuto do Idoso, em 2003, o tema da dependência ainda é incipiente.

Em grande medida, isso se deve ao fato de não haver estatísticas sobre o fenômeno, não se sabendo quantos são, onde estão, como vivem e quais as necessidades dos idosos dependentes no Brasil. Algumas estimativas vêm tentando preencher esta lacuna, mas encontram-se limitadas pela inexistência de uma classificação oficial das incapacidades funcionais, segundo graus e níveis diferenciados, que forneça parâmetros para se conhecer e enfrentar a questão. No limite, os sistemas de classificação da dependência são o instrumento básico que permite associar o nível ou grau de dependência da pessoa a suas necessidades de cuidados, orientando a política de atendimento.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio de suas pesquisas amostrais e censitárias, tem buscado se aproximar do universo da dependência. Cabe destacar os suplementos sobre saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), que visaram identificar as condições de saúde da população e adentraram no campo da dependência, questionando sobre a existência de dificuldades para lidar com atividades básicas da vida diária como comer, ir ao banheiro e vestir-se. Contudo, devido à natureza autodeclaratória destas pesquisas e à

relatividade dos conceitos utilizados para identificar o nível da dificuldade, as informações coletadas não podem ser utilizadas para estimar com precisão a população em situação de dependência no país.

Embora o Brasil ainda não conte com sistemas estabelecidos de classificação da dependência, seja para pessoas idosas ou para a população em geral, algumas propostas começam a ser elaboradas. Cabe destacar a iniciativa da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que, na sua atuação como órgão que deve garantir a segurança sanitária dos serviços prestados nas instituições de longa permanência para idosos (Ilpis), elaborou um sistema de classificação que permite identificar graus de dependência variados. Ancorada na definição de dependência como “condição do indivíduo que requer o auxílio de pessoas e equipamentos especiais para a realização de atividades da vida diária”, esta iniciativa pioneira no âmbito das políticas públicas governamentais pode significar o início de um processo mais amplo de debate sobre a dependência e suas necessidades de cuidados.

Paralelamente, além de identificar a população idosa em situação de dependência e suas distintas características e necessidades, é preciso ainda conhecer os processos de produção da dependência funcional, investindo, por exemplo, na investigação, na prevenção e no tratamento de doenças que geram limitações funcionais nas pessoas idosas. Um exemplo é a doença de Alzheimer, que afeta uma de cada três pessoas muito idosas e sobre a qual não se tem dados precisos no Brasil.

3.1.3 A Reflexão sobre a Atuação das Famílias no Cuidado do Idoso Dependente

Historicamente, a família foi a principal responsável pela proteção social de seus membros até o aparecimento das políticas públicas de proteção social, no final do século XIX, em diversos países europeus e, a partir de 1930, no Brasil. O atendimento das situações de dependência decorrentes da incapacidade para o trabalho, da idade e da doença – que afetavam crianças, idosos, pessoas com deficiência e enfermos – constituía uma atribuição da família e uma responsabilidade quase exclusiva da mulher. Nos casos de impossibilidade das famílias ou de abandono das pessoas dependentes, as instituições de caridade tradicionalmente suplementaram esse esforço social de guarda e cuidado. A atuação do Estado no campo da proteção social significou, dessa forma, a transferência de uma parcela dessas atividades do espaço privado para o espaço público e estatal, estabelecendo-se uma situação de corresponsabilidade com a família e, subsidiariamente, as instituições filantrópicas.

No entanto, o crescimento da presença dos idosos nas sociedades atuais e a reformulação de sua imagem sob os signos da autonomia e do envelhecimento ativo vêm redefinindo os termos do debate sobre o cuidado dispensado a essas pessoas. Uma vez que, no caso dos idosos em situação de dependência, a intervenção pública frequentemente se confundiu com a institucionalização, ou seja, com a ruptura da convivência do idoso com sua família, tem-se buscado reverter este quadro. Nesse sentido, o incentivo à desinstitucionalização e à permanência dos membros idosos com incapacidades funcionais moderadas junto a seus familiares tem sido o mote das ações públicas em muitos países.

Ao mesmo tempo em que isso acontece, as profundas transformações por que passam as famílias restringem consideravelmente suas possibilidades de prover proteção social ao idoso dependente. A massiva presença da mulher no mercado de trabalho, a redução do tamanho dos núcleos familiares e a garantia de renda propiciada às pessoas idosas por diversos programas públicos configuram uma nova dinâmica: o idoso, que muitas vezes se encontra independente financeiramente, está menos amparado em termos do apoio familiar frente a situações de dependência funcional e à necessidade de cuidados continuados. Assim, tendo em vista as transformações por que passa a família na atualidade, é preciso aprofundar o debate sobre seu papel no cuidado ao idoso dependente.

Outra questão a ser considerada é a dos custos financeiros, de tempo e emocionais envolvidos nas demandas apresentadas às famílias pelas diferentes situações de dependência funcional. Tal questão é especialmente importante no caso das famílias de baixa renda, que respondem com grandes dificuldades a suas responsabilidades e compromissos. Nesse sentido, frente à grande heterogeneidade socioeconômica das famílias brasileiras, com grande parte delas vivendo em situação de pobreza, o estabelecimento dos custos das demandas decorrentes das diversas situações de dependência é essencial para se desenhar estratégias de apoio que envolvam não apenas o acesso à renda, mas também a serviços, informações e outros benefícios que auxiliem estas famílias no cuidado com seus membros idosos em situação de dependência.

3.1.4 A Continuidade da Ampliação da Cobertura dos Benefícios Monetários da Seguridade Social

Nas últimas décadas, tem-se observado o crescimento paulatino da cobertura do sistema de seguridade social, permitindo-se uma progressiva ampliação do número de idosos beneficiários de transferências monetárias de natureza previdenciária e assistencial. A concessão de benefícios de natureza contributiva e não-contributiva tem fortalecido economicamente as famílias, retirando-as das linhas de indigência ou de pobreza, como indicam os dados apresentados neste estudo.

Esses benefícios parecem estar contribuindo também para a emergência de um novo *status* para os idosos das famílias mais pobres, favorecendo a construção de uma identidade mais positiva nesse estágio da vida. De fato, um número significativo de pessoas idosas que recebem esses benefícios ou são as principais provedoras nas famílias ou têm fortalecido o grupo familiar em sua manutenção. A flexibilização recente dos critérios de elegibilidade do Benefício de Prestação Continuada (BPC), permitindo que o benefício seja recebido por mais de um idoso da mesma família, acentua ainda mais a tendência.

Como resultado, a persistência das situações de indigência e pobreza é hoje pouco expressiva entre os idosos brasileiros: 0,2 em cada dez idosos pode ser considerado indigente e 1,1 de cada dez se encontra abaixo da linha de pobreza. Estes números seriam bem mais altos não fossem os impactos positivos das transferências de renda realizadas pela Assistência Social e, principalmente, pela Previdência Social – políticas que vêm efetivamente alterando o quadro da pobreza no país e cujo impacto é relevante tanto nas áreas rurais como nas regiões urbanas e metropolitanas.

Contudo, apesar dos resultados positivos, alguns desafios devem ser enfatizados no que diz respeito aos benefícios monetários públicos voltados à população inativa. O mais importante deles se refere à ainda incompleta cobertura do sistema previdenciário brasileiro, aguçada pelo processo de desfiliação sofrido durante a década de 1990. Este quadro aponta para uma crescente pressão sobre os benefícios assistenciais, seja no que diz respeito à ampliação da cobertura, seja no que concerne ao aumento do gasto. Uma política de inclusão previdenciária teria, assim, que ser pensada em conjunto com as estratégias de cunho assistencial para aqueles idosos que, de fato, estão excluídos do sistema de seguro social, garantindo-se dessa forma a universalização da cobertura de toda a população idosa pelas políticas de garantia de renda da Seguridade Social.

É preciso considerar ainda que, se é fato que os benefícios monetários percebidos hoje pelos idosos pobres têm melhorado as condições de vida de suas famílias, também é notório que estes mesmos benefícios são gastos principalmente com os itens necessários à sobrevivência, sendo, portanto, insuficientes para permitir o enfrentamento adequado de uma situação de dependência funcional. Daí a importância crucial de, paralelamente à proteção assegurada pelos benefícios monetários da Seguridade Social, fortalecer e ampliar os serviços assistenciais e de atenção à saúde para essa população.

3.1.5 O Aumento da Oferta de Serviços Dirigidos às Pessoas Idosas Dependentes

Promover a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas idosas dependentes é um grande desafio. Nesse sentido, é necessário organizar políticas públicas de atenção às pessoas que disponibilizem serviços de cuidados assistenciais e de saúde adequados aos diferentes graus e níveis de dependência identificados. Ao mesmo tempo, é importante promover as condições para que aqueles idosos que convivem com graus baixos ou médios de dependência possam manter o exercício de sua sociabilidade, frequentando espaços de convivência que propiciem atividades interativas e produtivas de caráter físico e intelectual, de modo a minimizar seu isolamento social.

A ampliação da rede de serviços assistenciais e de saúde revela-se, assim, de extrema importância. É importante considerar, ademais, que o pressuposto da preservação da independência e da autonomia dos idosos com algum tipo de limitação funcional – e, em função disso, a sua não-institucionalização – orienta o conteúdo e a organização das estratégias de cuidado, em grande parte dos países desenvolvidos, assim como as mais recentes formulações para políticas públicas no Brasil. Nesse sentido, a diretriz de evitar a institucionalização dos idosos dependentes vem acompanhada da necessidade premente de promover a ampliação da oferta de serviços voltados, por exemplo, à prevenção do agravamento da dependência, à socialização e ao apoio a essas pessoas, incluindo aí seus cuidadores.

A política de Assistência Social vem sofrendo importantes mudanças desde meados da década de 1990, e tem, nos últimos anos, procurado estabelecer novas bases para a organização e oferta dos serviços que oferece à população. A nova Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e o Sistema Único de Assistência Social (Suas) significaram passos importantes nessa direção, tendo

como horizonte o enfrentamento de antigos problemas no âmbito da provisão de serviços assistenciais.

Contudo, apesar dos avanços recentemente efetivados, a reduzida oferta de serviços para pessoas idosas continua sendo uma característica do sistema brasileiro, marcado atualmente pela ausência de metas pactuadas entre os três níveis de governo para o atendimento desse público. Os idosos brasileiros em situação de vulnerabilidade e suas famílias encontram na Proteção Social Básica e na Proteção Social Especial apoio a algumas de suas necessidades. No primeiro caso, é oferecida a oportunidade de participação em centros de convivência em zonas consideradas socialmente vulneráveis. No segundo, serviços como centros-dia e instituições de longa permanência são operados. Contudo, não apenas não se conhece a magnitude de tais ofertas e as características do funcionamento dessa rede de proteção, como tampouco se sabe de sua capacidade de atendimento aos idosos em situação de dependência.

De fato, não existem hoje estudos que identifiquem a totalidade dos serviços assistenciais existentes no país, seja na rede pública ou na privada. No entanto, em meio às ações que pretendem reestruturar a política em geral e, em especial, as ações de atenção às pessoas idosas, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) vem realizando esforços para identificar a estrutura da rede de serviços e construir um sistema de informações.⁴⁵ Entretanto, como não restam dúvidas de que os serviços assistenciais têm impacto positivo na qualidade de vida de seus beneficiários, fortalecer e ampliar o desenvolvimento de diferentes modalidades, abrangendo desde grupos de convivência até abrigos e residências específicas, passando pelo atendimento domiciliar, é certamente um desafio a ser enfrentado.

Contudo, o aumento da oferta de serviços depende, entre outras coisas, da ampliação do financiamento público. Ao contrário de outras políticas sociais executadas de forma descentralizada, como a educação e a saúde, a assistência social não conta com uma regra clara para o cofinanciamento entre as instâncias municipal, estadual e federal, o que fragiliza a provisão dos serviços.⁴⁶ Sendo assim, é importante que se estruture uma nova sistemática de financiamento público nessa área com base em regras claras de coparticipação das três esferas de governo. Em paralelo, é preciso realizar estimativas de custos das diferentes modalidades de serviços para fundamentar o cálculo dos pisos *per capita* adequados à sua cobertura.

Destaque-se que a experiência internacional indica que as famílias não pobres também enfrentam dificuldades para fazer frente à situação de dependência. Isso significa que é necessário implementar estratégias que contemplem também os estratos sociais que não se enquadram nos critérios de elegibilidade para os benefícios assistenciais, que residem distante das zonas consideradas socialmente vulneráveis

45. A identificação da estrutura da assistência social dos municípios brasileiros, tanto em relação aos serviços públicos quanto àqueles prestados por entidades não governamentais, tem como base a realização de levantamentos encomendados ao IBGE. O levantamento mais recente foi realizado em 2006 e há outro previsto para ocorrer em 2009.

46. Estudo realizado pelo Ipea sobre abrigos para crianças e adolescentes que recebem recursos federais revela as dificuldades encontradas no âmbito do financiamento dos serviços assistenciais. Em três das cidades onde foi possível levantar dados (São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre), cerca de 80% dos abrigos existentes não recebiam verbas federais. Quanto ao aporte total de recursos, observou-se que, em média, somente 41% das receitas dos abrigos investigados tinham origem pública, somando-se as três esferas de governo. Os recursos privados e os recursos próprios correspondiam, respectivamente, a 34% e a 25% da receita. Ver, a respeito, em Silva (2004).

(onde se localizam os serviços assistenciais), mas que não contam com recursos pessoais ou familiares suficientes para enfrentar essa situação.

É importante lembrar que a ampliação do acesso aos serviços assistenciais e aos cuidados de longa duração depende também de que a participação do setor privado lucrativo e não-lucrativo se intensifique, sempre obedecendo às orientações e determinações da PNAS. Embora as instituições que atuam nesse setor tenham sido, junto às famílias e ao Estado, tradicionais provedores de serviços assistenciais no país, não se conhece exatamente o tamanho da rede que operam ou as características dos serviços ali prestados.

Cabe aqui destacar, de modo geral, a deficiência nos processos de monitoramento e avaliação da prestação dos serviços assistenciais e de cuidados de longa duração, seja na rede pública ou privada. Tal questão vem sendo apontada por sucessivos esforços de avaliação como, por exemplo, os realizados pelo Tribunal de Contas da União (TCU). Deve-se chamar a atenção, também, para a ausência de instrumentos de aferição e acompanhamento da qualidade dessa oferta, no que diz respeito a aspectos como infraestrutura disponível, capacitação dos recursos humanos envolvidos e práticas institucionais adotadas.

De fato, o impacto positivo da oferta de serviços assistenciais na promoção e ampliação do bem-estar de seus beneficiários está diretamente associado à qualidade desses serviços. Garantir patamares de qualidade exige não apenas avanços na regulação da oferta dos serviços – alguns dos quais já realizados, como é o caso da citada Resolução nº 283, da Anvisa –, mas demanda também a implantação de um sistema ágil de acompanhamento e fiscalização, incluindo os órgãos públicos e as instâncias participativas com responsabilidade de exercer o controle social da implementação das políticas e dos serviços.

No campo da saúde, relevantes iniciativas vêm sendo promovidas no sentido da consolidação de um sistema de atendimento e cuidados à pessoa idosa. O acompanhamento pelas equipes do Saúde da Família, os centros de referência do idoso, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, a instituição da internação domiciliar, a regulação da prestação de serviços nas Ilpis, entre outros, são exemplos relevantes. Paralelamente, as ações propostas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI) com intenção de prevenir e tratar os problemas de dependência poderão contribuir para dar maior visibilidade a determinadas doenças que geram limitações funcionais nas pessoas idosas e que permanecem relativamente ocultas.

Se, em termos comparativos, a área da saúde foi a que mais avançou na preocupação com o tema da dependência e do atendimento ao idoso dependente, é forçoso reconhecer que esta preocupação ainda não teve reflexos significativos em termos da implementação de ações. Nessa direção, a coordenação da área técnica de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde afirma: “No Brasil, a dependência do idoso tem dado indícios de diminuição, menos por causa da política específica para o idoso e muito mais pelas políticas sociais voltadas para o combate à pobreza”.

Assim, a concretização no período vindouro das medidas propostas no campo da saúde é de fundamental importância, bem como sua articulação com os serviços prestados no âmbito da assistência social. Estes são alguns dos principais desafios postos atualmente. Afinal, o sucesso

das ações preventivas e curativas no campo da saúde também tende a impactar as outras esferas da seguridade social, demandando novas intervenções ou a expansão das já existentes.

3.1.6 As Perspectivas de Implantação de um Seguro Social para o Risco de Dependência no País

A discussão desenvolvida até aqui conduz à indicação de que é preciso incorporar o tema da dependência funcional como um problema social novo no espectro atual das políticas de seguridade social do país. Para além das medidas já apontadas, outra possibilidade seria a de incluir o risco “dependência” no sistema previdenciário, tal como fizeram outros países. Dada a importância comprovada dos benefícios de natureza pecuniária na ampliação do bem-estar das famílias brasileiras, seria interessante estudar a criação de um seguro específico para a eventualidade de que incapacidades funcionais se instalem com o avanço da idade.

Contudo, a partir da análise da experiência internacional e da trajetória da proteção social brasileira, é possível afirmar que essa proposta merece ser objeto de reflexões mais aprofundadas, que levem em consideração alguns pontos que foram tratados neste estudo. Em primeiro lugar, cabe lembrar que seu objetivo foge ao escopo clássico do seguro, que compensa a ausência de renda em face da perda da capacidade laboral e/ou os riscos decorrentes da inserção no mundo do trabalho. A dependência associada ao envelhecimento e à debilitação das capacidades funcionais merece ser tratada sob um olhar específico, visando à promoção de serviços especializados de saúde e de serviços sociais.

Efetivamente, o reconhecimento de novos riscos vem marcando a evolução recente dos sistemas de proteção social em todo o mundo. Mas, como mostra a experiência internacional, a oferta de serviços no campo da dependência associada ao envelhecimento pode ou não ser apoiada pela instituição de um seguro-dependência. A grande vantagem desse instrumento seria a de aportar uma garantia mais efetiva de acesso aos serviços nos casos de necessidade. As dificuldades para sua implementação, contudo, são expressivas.

Em segundo lugar, seria necessário definir com clareza os cuidados domiciliares ou institucionais não cobertos pelas políticas de saúde e de assistência que poderiam ser atendidos por um seguro-dependência, incluindo de modo claro a política de previdência social num contexto mais amplo de oferta de serviços para idosos dependentes.

Outro ponto a ser lembrado diz respeito ao fato de que, no caso brasileiro, a inclusão da dependência no sistema previdenciário público brasileiro implicaria a expansão da cobertura no sentido da incorporação de novos riscos (expansão vertical), em um contexto onde a expansão horizontal ainda não se encontra concluída. Um novo seguro obrigatório significaria um esforço institucional no sentido de expandir o sistema em uma direção que ainda não é a prioritária quando o problema da cobertura horizontal persiste.

Finalmente, deve ser considerado que a incorporação da questão da dependência ao sistema previdenciário pela via do estabelecimento de um seguro obrigatório para o conjunto dos trabalhadores brasileiros esbarraria no problema do financiamento dos benefícios face à já restrita capacidade contributiva destes trabalhadores. Ademais, é razoável supor que os valores pagos por tal seguro dificilmente corresponderiam aos

custos decorrentes das situações de dependência funcional e que, portanto, a pressão por serviços públicos assistenciais, de cuidados e de saúde permaneceria.

Nesse sentido, é preciso aprofundar o debate sobre a viabilidade de inclusão do risco “dependência” no sistema previdenciário brasileiro, avaliando-se a viabilidade financeira de um seguro obrigatório para o conjunto dos trabalhadores, o que seria uma opção francamente equitativa. Uma possibilidade alternativa seria avaliar as possibilidades de instituição de um seguro de caráter opcional, vinculado ao sistema de previdência complementar e passível de regulação e fiscalização pelo poder público.

3.2 PERSPECTIVAS E RECOMENDAÇÕES

Os elementos analíticos colhidos do mapeamento da experiência internacional de proteção para idosos dependentes, bem como da análise do processo de envelhecimento populacional brasileiro e das características fundamentais do sistema de proteção social voltado aos idosos permitiram delinear um quadro de questões e desafios a serem enfrentados pelo país. A partir dos desafios identificados, foram elaboradas recomendações que poderão ser consideradas no debate político que começa a se travar sobre a inclusão do tema da dependência na pauta da Seguridade Social brasileira.

Essas recomendações são apresentadas em quatro blocos, relacionados a diferentes aspectos: a realização de estudos e pesquisas, a disponibilização de informações estatísticas, a organização da provisão de proteção social para os idosos dependentes, e a atenção aos cuidadores.

3.2.1 Quanto à Realização de Estudos e Pesquisas

Em face da incipiência do debate no país sobre a dependência funcional associada ao envelhecimento, é preciso realizar estudos que permitam aprofundar o conhecimento sobre as características das diferentes situações de dependência funcional entre os idosos. Difundir tal agenda de estudos na academia, nos centros de pesquisa, nas organizações que atuam com pessoas idosas, além dos próprios órgãos públicos, é imprescindível para avançar nessa área. Assim, será possível mapear as modalidades de dependência, os tipos de serviços de cuidados requeridos e a demanda por serviços, o que orientará a estruturação das políticas públicas.

Do ponto de vista do acesso aos serviços assistenciais de oferta pública e privada e aos serviços de atenção à saúde para a população em situação de dependência, requer-se conhecer as condições em que este se efetiva entre aqueles que utilizam tais serviços. Nesse sentido, pesquisas com idosos em situação de dependência que visitam os Centros de Referência de Assistência Social (Cras), centros comunitários, postos de saúde ou clínicas de geriatria, ou que estejam submetidos a cuidados intensivos de longo prazo em hospitais ou Ilpis, bem como com seus familiares, podem contribuir enormemente.

Além de permitirem desvendar o processo de instalação da dependência, esses estudos podem apontar ainda o perfil do idoso que acessa esses serviços (renda, sexo, idade e tipo de incapacidade funcional, entre outros), a frequência com que recorre a eles, as dificuldades enfrentadas para encontrar serviços disponíveis por níveis de atenção ou em uma determinada área, o tempo médio de espera para ser atendido, os processos de triagem exigidos e os critérios observados para o atendimento, o volume de recursos próprios

envolvidos no tratamento e/ou acompanhamento etc. Estas informações, entre outras, permitiriam conhecer a realidade da provisão de cuidados para as pessoas idosas em situação de dependência no país, bem como avaliar os impactos que acarretam aos próprios idosos, a suas famílias e, em última análise, ao sistema de proteção social.

Estimar os custos envolvidos na estruturação de uma política de atenção a pessoas idosas em situação de dependência é outra tarefa que se faz necessária. Estudos nessa linha podem considerar, por exemplo, variáveis como a existência de filtros que discriminem situações de dependência que serão objeto de atenção pública; a instituição de modalidades básicas de serviços domiciliares e institucionais, na rede pública ou conveniada ao poder público; ou a instituição de um seguro social visando cobrir o risco da dependência funcional. Os estudos evidentemente não podem prescindir de informações mais precisas sobre o número de pessoas nessa condição no país, o que ainda não está disponível. Entretanto, acredita-se que, em caráter exploratório, podem permitir a antecipação de cenários e a indicação das alternativas mais promissoras.

Por último, recomenda-se a realização de pesquisas sobre as convenções de gênero presentes no sistema de proteção das pessoas idosas dependentes, promovendo o debate sobre as atividades de cuidado realizadas pelas mulheres e sobre a necessidade de promover a igualdade entre homens e mulheres na sociedade.

3.2.2 Quanto à Disponibilização de Informações Estatísticas

Há necessidade de identificar a população idosa em situação de dependência funcional no Brasil. Isso exigirá, em primeiro lugar, a adoção de um sistema oficial de classificação da dependência funcional, com critérios claramente definidos para a sua caracterização.

A experiência internacional mostra que alguns países adotaram sistemas de alcance universal, altamente formalizados, enquanto outros optaram por modalidades de avaliação mais flexíveis, com foco nas características peculiares dos indivíduos. Ambos os sistemas têm vantagens e desvantagens, e a opção por um ou outro implica um *trade-off* entre equidade de tratamento e atenção individualizada. A tendência atual parece ser uma combinação de ambos os sistemas, isto é, uma avaliação individual caso a caso conduzida dentro de critérios de elegibilidade, níveis de dependência, direitos básicos e prioridades estabelecidos universalmente.

Seja como for, o sistema de classificação adotado deverá ainda ser sofisticado o bastante para indicar, além dos casos de dependência já consolidados, aqueles em níveis iniciais. Isso possibilitará o desenvolvimento de ações de tipo preventivo, que integrem as ações de assistência social de proteção básica a ações de saúde, com vistas a evitar o agravamento da dependência na população idosa e o aumento dos custos dos cuidados de longa duração.

Nesse sentido, recomenda-se a formação de um grupo de trabalho interministerial, integrado por profissionais das áreas de assistência social, saúde e gerontologia, para mapear e debater critérios técnicos para a definição e classificação da dependência funcional, tendo em vista a experiência nacional e internacional. O mesmo grupo estaria encarregado de definir a estratégia de elaboração de um sistema de classificação da dependência e de apresentar uma proposta às áreas competentes.

Além da existência desse sistema, é imprescindível incluir o tema nos instrumentais de coleta de informações sobre o estado de saúde e as condições de vida da população, tais como a Caderneta de Saúde do Idoso, as pesquisas domiciliares, os prontuários de atendimento ambulatorial e hospitalar, os formulários obrigatórios para acesso a benefícios sociais, entre outros. Disso dependerão, em um primeiro momento, o melhor conhecimento do fenômeno e a avaliação da magnitude do desafio que deverá ser enfrentado para organizar a oferta de cuidados para essa população. Posteriormente, estas informações servirão ao acompanhamento permanente das condições de vida dos idosos dependentes e à avaliação dos resultados da política voltada a suas necessidades.

Paralelamente, também é preciso identificar a rede que opera cuidados para os idosos em situação de dependência, ampliando o conhecimento sobre os sistemas de acolhida e as características dos serviços prestados e dos cuidadores. Esta é mais uma lacuna de informações referentes ao segmento idoso da população brasileira e que diz respeito não apenas ao desconhecimento sobre as iniciativas de âmbito privado que o atendem, mas também sobre as instituições públicas ou conveniadas ao poder público atuantes nas áreas de saúde e de assistência social. Pois, se é fato que a tradição familística e, posteriormente, caritativa da proteção social no Brasil teve como efeitos a dispersão das iniciativas numa dinâmica em grande parte alheia ao controle público, a operação descentralizada das políticas sociais e o grande número de municípios que compõem a Federação brasileira dificultam o acompanhamento até mesmo das iniciativas implementadas pelo poder público.

Assim, captar informações sistematizadas e de âmbito nacional sobre essa face da realidade institucional brasileira é fundamental para superar as visões baseadas em impressões e dados assistemáticos sobre a questão, bem como para jogar luz sobre a qualidade do atendimento hoje prestado aos idosos e a eventual necessidade de sua adequação às normas legais e às reais demandas dessas pessoas.

É recomendável, portanto, depurar as informações provenientes de registros administrativos relacionados à rede pública e à rede conveniada de serviços nas áreas da assistência social e de saúde, de modo a se consolidar um cadastro periodicamente atualizado com dados sobre a capacidade de atendimento, os custos dos serviços, as formas de financiamento, os tipos de cuidados ofertados, o número e o perfil dos cuidadores envolvidos etc. Também é importante realizar enquetes periódicas sobre a rede privada que presta atendimento especializado ao idoso e ao idoso dependente, devendo ser averiguada inclusive a possibilidade de se incluir as instituições de longa permanência na amostra do suplemento sobre saúde da PNAD.

3.2.3 Quanto à Provisão de Proteção Social para Pessoas Idosas Dependentes

A análise da experiência internacional apontou que a proteção para as pessoas idosas dependentes foi organizada em um contexto caracterizado pela adequada expansão da cobertura dos sistemas de proteção social nos campos previdenciário e da saúde. O principal desafio era, pois, equilibrar as responsabilidades da família e do Estado nos cuidados e ampliar os serviços especializados demandados pelas pessoas idosas incapacitadas funcionalmente. De fato, os benefícios e serviços oferecidos nos países estudados tiveram

como foco a proteção às pessoas em situação de dependência funcional e o alívio da carga de trabalho dos cuidadores familiares.

Já o Brasil enfrenta um duplo desafio: de um lado, a premente ampliação da cobertura previdenciária de base contributiva; de outro, a necessidade de organizar um sistema de proteção específico para as pessoas idosas em situação de dependência funcional. Nesse sentido, é recomendável que a política de inclusão previdenciária ora em curso seja acompanhada por uma maior integração com a política de garantia de renda para a população inativa, instituindo mecanismos que evitem a competição entre os benefícios previdenciários e os assistenciais.

Ao mesmo tempo, o estudo mostrou que a experiência internacional de estruturação de políticas de proteção social para pessoas idosas dependentes exigiu, para além da oferta de benefícios monetários, a organização de serviços socio sanitários e de cuidados de longa duração, de modo a atender suas necessidades de apoio na realização das atividades básicas e instrumentais da vida cotidiana. Assim, é importante considerar que o acesso a serviços e cuidados especializados pode ser organizado de forma conjugada, tanto no campo específico do seguro social como no campo da saúde e da assistência social, como foi visto nos modelos de proteção desenvolvidos por outros países.

De modo geral, os vários sistemas estudados incluem mecanismos que buscam incentivar a opção pelos serviços ofertados direta ou indiretamente pelo poder público, em detrimento das transferências monetárias para compra de cuidados pelo beneficiário. As estratégias de financiamento e as modalidades de atendimento para estas necessidades estiveram no centro dos debates políticos durante um tempo considerável, o que propiciou o paulatino aperfeiçoamento das primeiras iniciativas implementadas.

Embora algumas tendências originais dos sistemas estudados tenham se mantido, pode-se destacar aspectos que boa parte deles passou a compartilhar na sua transformação recente, tais como: a contribuição monetária dos beneficiários que possuem níveis de renda mais altos; a participação crescente do setor privado, seja nos seguros de dependência ou nos serviços de atendimento (domiciliares e institucionais); ajustes para prover os serviços àqueles que realmente necessitam, na quantidade certa e pelo tempo certo; e provisão pública apenas de serviços básicos, obrigando os beneficiários com recursos a procurar serviços especializados no setor privado.

No Brasil, já existem propostas para a organização e financiamento do atendimento ao idoso com base nas estratégias de assistência social e de saúde pública. Estas propostas, como visto no decorrer deste estudo, visam a incorporar o problema social do envelhecimento e da proteção aos idosos ao espectro daqueles já inscritos na política atualmente praticada no país, e estão plenamente adequadas aos objetivos da Seguridade Social brasileira. No entanto, é recomendável a intensificação dos estudos para avaliar a adequação dessas estratégias à temática da dependência, assim como a possível participação da política de previdência na garantia da proteção social face ao risco da dependência. Também merecem maior atenção as possibilidades de participação do setor privado nas estratégias de oferta de serviços para esse público. Por meio da iniciativa privada poderiam não apenas ser ofertados seguros de

dependência específicos para atender as necessidades da população de renda mais alta, como também cuidados de longa duração nos planos de saúde.

No campo dos serviços, dada a variedade das situações de dependência funcional que se pode encontrar, demandando cuidados diferenciados e específicos, a experiência internacional tem apontado para a necessidade de estabelecimento de planos de cuidados individualizados. No caso brasileiro, dada a progressiva ampliação e relevância estratégica do Programa Saúde da Família (PSF), poder-se-ia atribuir à sua responsabilidade a avaliação da situação de dependência da pessoa idosa, assim como de suas necessidades de cuidados, elaborando um plano de cuidados individualizado. A integração desses idosos nos programas assistenciais de socialização e atendimentos individuais e familiares também poderia ser objeto de recomendação e avaliação das equipes do PSF, em articulação com as equipes integrantes dos Cras.

No que diz respeito especificamente às pessoas idosas dependentes institucionalizadas, seria necessário articular as ações da área da saúde pública e da assistência social no interior das instituições, de modo a garantir que os direitos destes idosos sejam respeitados e que o atendimento prestado venha de encontro a suas reais necessidades.

Quanto ao aspecto da garantia de qualidade aos serviços prestados, algumas medidas são fundamentais. A cobrança de relatórios periódicos por parte das instituições que recebem recursos públicos, a realização de visitas técnicas para supervisionar a prestação dos serviços e a avaliação frequente dos resultados das ações implementadas por estas instituições são formas de viabilizar o monitoramento e avaliação dos serviços por parte do poder público.

Além disso, é importante garantir a regularidade e a efetividade das ações de fiscalização dos serviços prestados, de modo a garantir o atendimento aos legítimos destinatários das ações e um nível de qualidade compatível com as diretrizes estabelecidas nas normas vigentes. Cabe ao poder público exercer tal função. No entanto, como o atendimento às necessidades da população idosa envolve um complexo de iniciativas de distintas áreas da política social, a fiscalização das ações exige o empenho e a articulação de diferentes órgãos. Além do Ministério Público, cuja missão institucional é zelar pelo efetivo respeito dos poderes públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição, merecem destaque aqui os órgãos especificamente encarregados das atividades de fiscalização desses serviços em cada área.

No caso da assistência social, a maior parcela dos serviços é prestada por entidades não governamentais, comunitárias e filantrópicas. Para exercer a fiscalização destas entidades, devem atuar não apenas as prefeituras como também os conselhos municipais de Assistência Social. Estes conselhos são instâncias deliberativas e de gestão colegiada entre o poder público e a sociedade civil, e têm, entre outras atribuições, a responsabilidade pela inscrição das entidades e organizações de assistência social no cadastro municipal e a fiscalização de suas atividades. Destaca-se em particular a necessidade de fortalecer a fiscalização da utilização dos recursos públicos por parte destas

instituições. Nesse sentido, é de suma importância fortalecer a capacidade de atuação desses órgãos.

No que se refere aos serviços de saúde, a fiscalização deve garantir a segurança sanitária do atendimento prestado aos idosos nas instituições hospitalares, ambulatoriais e de longa permanência. Essa normalização, realizada pelos órgãos estaduais e municipais de vigilância sanitária, que fornecem licenças de funcionamento e realizam as inspeções nos estabelecimentos de saúde, torna-se especialmente importante em face da ampliação crescente dos credenciamentos e da contratação de serviços junto à rede privada pelo Ministério da Saúde.

Ressalte-se que, no caso dos idosos dependentes, o controle de medicamentos e outros produtos de saúde é um aspecto especialmente importante da política de fiscalização em saúde pública. Cabe destacar, ainda, a necessidade de que o funcionamento das instituições de cuidados de longa duração seja fiscalizado, tendo como parâmetro a norma técnica das Ilpis, elaborada pela Anvisa. A ausência de ação fiscalizadora por parte do poder público junto a essas instituições é determinante dos problemas relacionados ao isolamento social dos idosos e à reprodução de condições inadequadas e práticas violadoras de direitos.

3.2.4 Quanto à Atenção aos Cuidadores

Outro aspecto de grande relevância na qualidade do cuidado prestado ao idoso em situação de dependência diz respeito ao investimento na capacitação dos cuidadores, sejam eles informais ou institucionais.

Os cuidadores informais são membros da família ou pessoas contratadas para assistir ao idoso em sua residência, e, no Brasil, frequentemente não contam com formação ou treinamento específico. Contudo, a experiência internacional indicou a relevância do apoio a estas pessoas para viabilizar e fortalecer os cuidados domiciliares e/ou de longa duração e o bem-estar dos idosos dependentes.

A natureza desse apoio é variável, assim como varia sua intensidade. Na maior parte dos casos, o apoio ocorre na forma de formação, treinamento e serviços de apoio, como sua substituição temporária para descanso e/ou férias. Em alguns casos, no entanto, chega-se a ofertar-lhes benefícios monetários, como recompensa pela contribuição ao sistema de proteção e para viabilizar a redução das horas de trabalho fora de casa. Nesse sentido, sugere-se estudar as possibilidades de acesso subsidiado dos cuidadores informais à Previdência Social brasileira, o que, além de favorecer a provisão dos cuidados no âmbito familiar, pode ser uma medida alternativa de inclusão previdenciária.

De fato, os cuidadores informais não recebem apoio para desempenhar essa função no Brasil. Isso, em certa medida, reflete a concepção social difusa sobre a responsabilidade familiar em relação ao idoso dependente, qual seja, a obrigação de lhe prestar cuidados, independentemente de sua efetiva capacidade. Embora em grande parte das vezes os cuidados requeridos dos cuidadores informais sejam ajudas simples para a realização de atividades pessoais diárias, é importante reconhecer que o cuidador informal adequadamente capacitado pode evitar o agravamento da situação de dependência, assim como o encarecimento dos custos dos cuidados. Também é

preciso considerar que muitos dos casos de violência contra idosos praticados por seus cuidadores estão relacionados à falta de compreensão e preparo destes para lidar com a dependência e a limitação funcional.

Para minorar os possíveis efeitos de um cuidado mal prestado e para ampliar as possibilidades de prevenção ao agravamento das dependências, recomenda-se a elaboração de uma estratégia nacional de formação e treinamento dos cuidadores informais. Em primeiro lugar, seria preciso ampliar o próprio conhecimento sobre os cuidadores informais, identificando suas necessidades de apoio e informação no trato com os idosos debilitados em suas funções vitais. Isso permitiria organizar de forma eficaz a formação e treinamento destas pessoas. Os cursos, por sua vez, poderiam ser oferecidos no âmbito dos Centros de Referência da Assistência Social e poderiam constituir atividades de extensão das universidades públicas brasileiras. O acesso a esses serviços de apoio teria que ser regulado em função de determinadas condições do cuidador, como o número de horas semanais dedicadas às atividades de cuidado da pessoa idosa dependente, por exemplo.

No que diz respeito aos cuidadores institucionais, a situação não é muito diferente no país. O cuidado institucional dos idosos dependentes é comum nos casos em que a dependência é grave e uma atenção mais qualificada e de longo prazo é requerida para prestar auxílio de natureza pessoal, de integração social ou médica. No entanto, a cultura do cuidado institucional ainda é marcada pela baixa profissionalização dos recursos humanos envolvidos e, em grande medida, está permeada pelo preconceito e pela violência com relação à pessoa idosa.

O estudo internacional apontou para a necessidade de profissionalização dos cuidados de longa duração, os quais não são simples ajudas oferecidas para a realização de atividades pessoais e domésticas, mas, sim, ações especializadas destinadas a apoiar as pessoas que padecem de limitações funcionais que as impedem de realizar certas tarefas e atividades.

Seria importante implementar uma estratégia nacional de educação continuada dos cuidadores institucionais, envolvendo tanto os administradores de instituições de longa duração quanto os funcionários que trabalham nessas organizações. Na mesma linha, o ingresso de novos funcionários nessas instituições deveria ser precedido por um curso de formação e treinamento que abordasse tanto a dimensão teórica dos cuidados de longa duração quanto sua dimensão prática. Seria ainda positivo possibilitar que as experiências de trabalho dos cuidadores institucionais fossem conhecidas e discutidas com os gestores de políticas públicas na área.

REFERÊNCIAS

- BATISTA, A. S. *et al.* **Envelhecimento e dependência**: desafios para a organização da proteção social. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SEMINÁRIO INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: do que estamos falando? Rio de Janeiro, nov. 2005. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/eventos_novo/dados/arq368.ppt>. Acesso em: 30 jan. 2009.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. **Proteção básica do Sistema Único de Assistência Social**: orientações técnicas para o Centro de Referência de Assistência Social. Brasília, jun. 2006.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. SEMINÁRIO PROJETO PESSOAS IDOSAS, DEPENDÊNCIA E SERVIÇOS SOCIAIS. Diagnóstico Brasil, jul. 2006b.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Sistema Único de Assistência Social. **Proteção social básica**. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/suas/guia_protecao>. Acesso em: 3 jan. 2009.
- BRASIL. Previdência Social. **Pagamento**: Marinho garante tarifa zero para a folha do INSS. 11 dez. 2007. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/veja/Noticia.php?id=29066>>. Acesso em: 30 jan. 2009.
- CAMARANO, Ana A. *et al.* **Idosos brasileiros**: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Brasília: Presidência da República/Secretaria Geral de Direitos Humanos/Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2005.
- CAMARANO, Ana A. **Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira**. Rio de Janeiro: Ipea, 2006 (Texto para discussão, n. 1179). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/2006/td_1179.pdf>. Acesso em: nov. 2006.
- CAMARANO, Ana A.; PASINATO, M. T. Envelhecimento, condições de vida e política previdenciária. Como ficam as mulheres? *In*: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, XIII, Ouro Preto, 4 a 8 de novembro de 2002. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/GT_TRB_ST10_Camarano_texto.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2009.
- CARVALHO, José A. M.; ANDRADE, Flávia C. D. Envejecimiento de la población brasileña: oportunidades y desafíos. *In*: ENCuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de edad, Santigado, 1999. **Anais...** Santiago, Celade, 2000 (Série Seminarios y Conferencias, n. 2). Disponível em: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/5604/lcl1399e_FinS1.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2009.
- CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

CERQUEIRA, Ana T. de A. R.; OLIVEIRA, Nair I. L. de. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicologia USP*, v. 13, n. 1, São Paulo, Universidade de São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100007>. Acesso em: 30 jan. 2009.

CHAIMOWICZ, Flávio; GRECO, Dirceu B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil (*Dynamics of institutionalization of older adults in Belo Horizonte, Brazil*). *Revista de Saúde Pública*, v. 33, n. 5, São Paulo, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101999000500004>. Acesso em: 30 jan. 2009.

DELGADO, C. G.; CARDOSO, J. C. **Os idosos e a previdência rural no Brasil**: a experiência recente da universalização. Brasília: Ipea, 1999 (Texto para discussão, n. 688). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/1999/td_0688.pdf>. Acesso em: fev. 2007.

FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/editora/media/04-CSPB.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2009.

GIACOMIN, Karla C.; UCHOA, Elizabeth; LIMA-COSTA, Maria Fernanda F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes (*The Bambuí Health and Aging Study – BHAS: the experience with home care provided by wives of dependent elderly*). *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2005000500024&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 jan. 2009.

HUJO, Katja. Novos paradigmas na previdência social: lições do Chile e da Argentina. *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 19, jun. 1999. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/ppp/ppp19/Parte_3.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. *Estudos e Pesquisas – Informação Demográfica e Socioeconômica*, n. 9. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/default.shtm>>. Acesso em: 30 jan. 2009.

_____. **Perfil dos municípios brasileiros**: assistência social 2005. Pesquisa de Informações Básicas Municipais. Rio de Janeiro: 2006c. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/assistencia_social2005/default.shtm>. Acessado em: janeiro de 2007.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Diretoria de Estudos Sociais. **Políticas Sociais – acompanhamento e análise**, Brasília, Ipea, n. 12, 2006a.

JACCOUD, Luciana. Indigência e pobreza: o impacto dos benefícios previdenciários, assistenciais e de transferências de renda. In: PELIANO, Ana M. (Org.). **Desafios e perspectivas da política social**. Brasília: Ipea, 2006 (Texto para discussão, n. 1248).

JOIN-LAMBERT, Marie Thérèse. *Politiques sociales*. Paris: Fondation Nationale des Sciences Politiques/Daloz, 1994.

MESA-LAGO, Carmelo; ARENAS DE MESA, Alberto. **Fünfzehn jahre nach der privatisierung des rentensystems in Chile: evaluation, lehre und zukünftige aufgaben.** Quinze anos após a privatização da previdência no Chile: avaliação, lições e desafios futuros. *Deutsche Rentenversicherung*, n. 7, p. 405-427, 1997.

MESA-LAGO, Carmelo; KLEINJANS, Kristin. O debate internacional sobre a reforma previdenciária: pressupostos e realidades das reformas latino-americanas. *In: Institut für Ibero-Amerika-Kunde* (Ed.). *Lateinamerika. Analysen-daten-dokumentation: rentenreformen in Lateinamerika. Lehren Für Europa*, n. 36. Hamburg: IIK, 1997.

NAKATANI, A. Y. K. *et al.* Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 5, n. 1, 2003. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_1/perfil.html>. Acesso em: 30 jan. 2009.

NOGALES, Ana M. A mortalidade da população idosa no Brasil. *In: BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Como vai a população brasileira?* Brasília: Ipea, 1998.

OLIVEIRA, Francisco E. B. de *et al.* Older persons and social security. *In: CAMARANO, Ana A. (Org.). Sixty plus: the elderly Brazilians and their new social roles.* Rio de Janeiro: Ipea, 2005.

PELIANO, Ana M. (Org.). **Desafios e perspectivas da política social.** Brasília: Ipea, 2006 (Texto para discussão, n. 1248). Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/anexos/DESAFIOS%20E%20PERSPECTIVAS%20DA%20POLITICA%20SOCIAL.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2009.

ROSA, Teresa E. C. *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista Saúde Pública*, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000100008&tlng=en&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jan. 2009.

SCAZUFCAA, M. *et al.* Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. *Revista de Saúde Pública*, v. 36, n. 6, São Paulo, dez. 2002.

SCHWARZER, Helmut; QUERINO, Ana C. **Benefícios sociais e pobreza: programas não-contributivos da seguridade social brasileira.** Brasília: Ipea, 2002 (Texto para discussão, n. 929).

SILVA, Enid Rocha de Andrade (coord.). **O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para criança e adolescentes no Brasil,** Brasília: IPEA/CONANADA, 2004.

SILVEIRA, Teresinha M. da; CALDAS, Célia P.; CARNEIRO, Terezinha F. Caring for the highly dependent elderly in the community: a study on the main family caregivers. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 8, p. 1.629-1.638, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000800011&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 jan. 2009.

SOARES *et al.* **Programas de transferência de renda no Brasil: impactos sobre a desigualdade.** Brasília: Ipea, 2006 (Texto para discussão, n. 1228).

VIANNA, M. L. T. W. **Programas não contributivos da seguridade social no Brasil.** Rio de Janeiro: Instituto de Economia. Universidade Federal de Rio de Janeiro, [s/d].

LEGISLAÇÃO NA INTERNET

- Aprovação da NOB-Suas (Nova NOB) –
http://www.mds.gov.br/suas/legislacao-1/nob/nob-versao_final.zip
- Criação Conselho Nacional do Idoso (CNDI) –
<http://www.mj.gov.br/sedh/cndi/decreto.htm>
- Criação do Sistema Único de Assistência Social (Suas) –
<http://www.mds.gov.br/suas/conheca>
- Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741) –
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estatuto_idoso.pdf
- Informações sobre o Benefício de Prestação Continuada (BPC) –
<http://200.152.41.8/relcrys/bpc/indice.htm>
- Instituição da Internação Domiciliar no âmbito do SUS –
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2529%20institui%20a%20internacao%20domiciliar.pdf>
- Lei Orgânica de Assistência Social (Loas) –
<http://www.rebidia.org.br/noticias/social/loas.html>
- Nova Política Nacional de Assistência Social (PNAS) –
<http://www.mds.gov.br/suas/publicacoes/pnas.pdf>
- Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa –
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>
- Resolução Anvisa que regulamenta as Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas – <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/> public/ showAct.php? id=18850 &word=

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2009

EDITORIAL

Coordenação

Iranilde Rego

Livraria

SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES, Térreo

70076-900 – Brasília – DF

Fone: (61) 3315-5336

Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Tiragem: 130 exemplares