



Ministério da Previdência Social  
Secretaria de Previdência Social

Estudos

Envelhecimento  
e Dependência:  
Desafios para  
a Organização  
da Proteção Social

Ministério da Previdência Social  
Secretaria de Políticas de Previdência Social

# **Envelhecimento e Dependência: Desafios para a Organização da Proteção Social**

Anaía Soria Batista  
Luciana de Barros Jaccoud  
Luseni Aquino  
Patrícia Dario El-Moor

---

**Coleção Previdência Social**  
**VOLUME 28**

© 2008 Ministério da Previdência Social

Presidente da República: Luiz Inácio Lula da Silva

Ministro de Estado da Previdência Social: José Barroso Pimentel

Secretário-Executivo: Carlos Eduardo Gabas

Secretário de Políticas de Previdência Social: Helmut Schwarzer

Diretor do Depto. do Regime Geral de Previdência Social: João Donadon

Diretor do Depto. dos Reg. de Prev. no Serviço Público: Delúbio Gomes Pereira da Silva

Diretor do Depto. de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional: Remígio Todeschini

Chefe de Gabinete da Secretaria de Previdência Social: Mônica Cabañas Guimarães

Coordenador-Geral de Estudos Previdenciários: Rogério Nagamine Costanzi

A ***Coleção Previdência Social*** é uma publicação do Ministério da Previdência Social, de responsabilidade da Secretaria de Previdência Social e organizada pela Coordenação-Geral de Estudos Previdenciários.

### **Edição e distribuição:**

Ministério da Previdência Social

Secretaria de Políticas de Previdência Social

Assessoria de Comunicação Social

Esplanada dos Ministérios, Bloco F

70059-900 – Brasília–DF

Tel.: (61) 3317-5100 Fax: (61) 3323-8138

Também disponível no endereço: [www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br)

Tiragem: 3.000 exemplares

Impresso no Brasil/*Printed in Brazil*

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.

## **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) Biblioteca. Seção de Processos Técnicos — MTE**

Anália Soria Batista, Luciana de Barros Jaccoud, Luseni Aquino e Patrícia Dario El-Moor

E61 Envelhecimento e dependência : desafios para a organização da proteção social. /  
Anália Soria Batista, Luciana de Barros Jaccoud, Luseni Aquino, Patrícia  
Dario El-Moor – Brasília : MPS, SPPS, 2008.  
160 p. – (Coleção Previdência Social; v. 28).

Inclui referência bibliográfica.

1. Idoso, proteção social. 2. Idoso, diagnóstico, Brasil. 3. Idoso, dependência.  
4. Idoso, políticas públicas, Brasil. I. Brasil. Ministério da Previdência Social  
(MPS). II. Brasil. Secretaria de Políticas de Previdência Social (SPPS).

CDD 362.6

# Sumário

<b>Apresentação</b> .....	7
<b>Prefácio</b> .....	9
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
Envelhecimento Populacional, Vulnerabilidade e Dependência .....	11
Envelhecimento populacional e proteção social .....	12
Vulnerabilidade e dependência na população idosa .....	15
O estudo .....	16
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>A Proteção Social para Idosos em Situação de Dependência – Um Quadro Geral</b> .....	19
1.1. Trajetórias e regimes de proteção social .....	20
1.2. Regimes de proteção social e oferta de serviços sociais .....	22
1.3. Selecionando casos para a análise .....	25
1.4. Características gerais da proteção social dos países selecionados .....	26
1.5. Conclusão .....	32
<b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>Seguros Sociais para Dependência Funcional: Alemanha, Japão e Estados Unidos</b> .....	33
2.1. A proteção social para as pessoas idosas em situação de dependência funcional na Alemanha .....	33
2.1.1. A questão do envelhecimento populacional .....	33
2.1.2. Antecedentes do seguro de dependência .....	34
2.1.3. Seguro de dependência ou Seguro Obrigatório de Assistência Domiciliar a Pessoas Incapacitadas (Pflegeversicherung) .....	35
2.1.4. A classificação da dependência funcional .....	37
2.1.5. Benefícios e serviços do seguro de dependência .....	39
2.1.6. Modelo de financiamento e gestão .....	40

2.2.	A proteção social para as pessoas idosas em situação de dependência funcional no Japão .....	41
2.2.1.	A questão do envelhecimento populacional .....	41
2.2.2.	Antecedentes do seguro de cuidados de longa duração .....	42
2.2.3.	Seguro de cuidados de longa duração .....	44
2.2.4.	Níveis de dependência e acesso aos benefícios .....	45
2.2.5.	Modelo de financiamento e gestão .....	47
2.3.	A proteção social para as pessoas idosas em situação de dependência funcional nos Estados Unidos .....	48
2.3.1.	A questão do envelhecimento populacional .....	48
2.3.2.	Antecedentes da proteção social para os idosos .....	49
2.3.3.	Tipos de proteção e serviços oferecidos .....	50
2.3.4.	Modelo de financiamento e gestão .....	54
2.4.	Conclusão .....	55

### **CAPÍTULO 3**

#### **Oferta de Serviços e Benefícios Não Contributivos:**

<b>Espanha, França, Reino Unido e Suécia .....</b>	<b>56</b>	
3.1.	A proteção social para as pessoas idosas em situação de dependência funcional na Espanha .....	56
3.1.1.	A questão do envelhecimento populacional .....	56
3.1.2.	Antecedentes da proteção social para pessoas idosas .....	57
3.1.3.	O Sistema para Autonomia e Atenção à Dependência (SAAD) .....	59
3.1.4.	A classificação da dependência funcional .....	60
3.1.5.	Serviços e benefícios disponíveis no SAAD .....	61
3.1.6.	Modelo de financiamento .....	63
3.2.	A proteção social para as pessoas idosas em situação de dependência funcional na França .....	63
3.2.1.	A questão do envelhecimento populacional .....	63
3.2.2.	Antecedentes do Benefício Personalizado de Autonomia (APA) .....	64
3.2.3.	O Benefício Personalizado de Autonomia (APA) .....	66
3.2.4.	A classificação da dependência funcional .....	67
3.2.5.	Acesso ao Benefício Personalizado de Autonomia (APA) .....	70
3.2.6.	Modelo de financiamento e gestão .....	71
3.2.7.	Medidas recentes .....	72
3.3.	A proteção social para as pessoas idosas em situação de dependência funcional no Reino Unido .....	73
3.3.1.	A questão do envelhecimento populacional .....	73
3.3.2.	Antecedentes da proteção social para pessoas idosas .....	73

3.3.3.	A proteção dos idosos dependentes .....	75
3.3.4.	Serviços e benefícios disponíveis .....	75
3.3.5.	Modelo de financiamento e gestão .....	78
3.4.	A proteção social para as pessoas idosas em situação de dependência funcional na Suécia .....	79
3.4.1.	A questão do envelhecimento populacional .....	79
3.4.2.	Antecedentes da proteção social para pessoas idosas .....	80
3.4.3.	A atenção às pessoas idosas .....	81
3.4.4.	Modelo de financiamento e gestão .....	84
3.5.	Conclusão .....	84

## **CAPÍTULO 4**

<b>Diagnóstico da População Idosa no Brasil</b> .....	86
4.1. Perfil sociodemográfico da população idosa brasileira .....	86
4.1.1. Idade .....	86
4.1.2. Local de residência .....	89
4.1.3. Sexo e estado civil .....	91
4.1.4. Renda .....	93
4.1.5. Mercado de trabalho .....	97
4.1.6. Família e arranjos familiares .....	99
4.1.7. Idosos institucionalizados .....	102
4.2. Perfil sociodemográfico da população idosa dependente .....	102
4.2.1. O quadro da dependência no Brasil .....	102
4.2.2. Idosos dependentes institucionalizados .....	105
4.3. Conclusão .....	105

## **CAPÍTULO 5**

<b>A Proteção Social para as Pessoas Idosas no Brasil</b> .....	107
5.1. Marco jurídico-institucional .....	107
5.1.1. Marco jurídico .....	107
5.1.2. Marco político-institucional .....	108
5.2. Benefícios e serviços da Seguridade Social .....	111
5.2.1. Benefícios monetários .....	111
A) Previdência Social .....	112
B) O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC .....	116
5.2.2. Serviços de Cuidados .....	124
A) Serviços assistenciais .....	124
B) Atenção à saúde .....	128
5.3. Conclusão .....	136

## CONCLUSÃO

### Desafios para a Implementação de Políticas Públicas

<b>para os Idosos em Situação de Dependência no Brasil .....</b>	<b>138</b>
6.1. Compreender a natureza do problema da dependência .....	138
6.2. Ampliar o conhecimento sobre o fenômeno da dependência entre os idosos brasileiros .....	139
6.3. Estruturar uma política de proteção para idosos em situação de dependência .....	142
6.4. Fazer opções ou conciliar alternativas? Entre o seguro social e a oferta pública de benefícios e serviços .....	144
6.5. Garantir qualidade aos cuidados institucionais prestados aos idosos dependentes .....	148
6.6. Refletir sobre a atuação das famílias no cuidado do idoso dependente	150
6.7. Prover apoio e atenção aos cuidadores informais .....	151
6.8. Considerações finais .....	152
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>154</b>
Legislação na internet .....	160

## Apresentação

Nas últimas décadas, na ampla maioria dos países desenvolvidos e também em muitas economias emergentes, observou-se um movimento inequívoco de expansão da quantidade de idosos em idade bastante avançada, dentre os quais é comum a ocorrência de doenças crônicas e limitações físicas e mentais. Este fenômeno está diretamente ligado ao processo de envelhecimento populacional, que culmina com uma participação crescente dos idosos na população total, determinada fundamentalmente pelo aumento da expectativa de vida e pela redução da taxa de natalidade.

Como se observa em outros países, o Brasil também experimenta um movimento claro de alteração da estrutura etária de sua população. Neste novo cenário demográfico, com a natural expansão do contingente de idosos em condições frágeis, cresce a necessidade de uma estratégia de provisão de cuidados específicos para este grupo populacional. Trata-se da oferta de atenção e cuidados especiais, que vão além daqueles normalmente oferecidos pela Previdência, pela Assistência Social ou pelas políticas no campo da Saúde Pública.

A previsão de que a procura por esses serviços sociais tende a aumentar nas próximas décadas deve orientar a formulação de políticas que contemplem a atenção adequada aos idosos dependentes do país, a custos sustentáveis. Os principais desafios a serem enfrentados são comuns à maioria dos países. Como definir o limite da atuação estatal e qual deve ser o papel dos demais atores, dos próprios indivíduos e de suas famílias, por exemplo? Como reformular ou adaptar a estrutura tradicional das políticas de proteção social para atender ao crescente contingente de idosos em situação de dependência? Como financiar o incremento na demanda e na complexidade dos serviços prestados?

Este livro oferece subsídios teóricos e empíricos para aprofundar o entendimento sobre essas e outras questões. Assim, é com uma enorme satisfação que, juntamente com o IPEA, apresento aos leitores o livro “Envelhecimento e Dependência: Desafios para a Organização da Proteção Social”, mais um volume da Coleção Previdência Social. O leitor encontrará, neste estudo, uma boa base para reflexão. Desejo a todos uma excelente leitura.

**JOSÉ PIMENTEL**

Ministro de Estado da Previdência Social



## Prefácio

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial cujas repercussões já podem ser percebidas na sociedade brasileira, onde o grupo de pessoas com idade superior a 60 anos é o que apresenta as taxas mais elevadas de crescimento. Tal fato lança luz sobre um tema que demandará cada vez mais espaço na agenda pública: a necessidade de garantir qualidade de vida e bem-estar a esse contingente de cidadãos que, não raro, convivem com a redução mais ou menos grave de suas capacidades funcionais e requerem cuidados especiais.

Refletir sobre o tema do envelhecimento e da dependência é, portanto, dedicar atenção a um assunto que apresenta enormes desafios para as famílias e o poder público e que está na fronteira da proteção social. Neste sentido, é com satisfação que trazemos a público o presente estudo, que busca contribuir para a discussão fundamentada da inserção do tema da dependência no âmbito da Seguridade Social brasileira.

Com esta iniciativa, acreditamos cumprir simultaneamente duas importantes tarefas: mapear experiências internacionais que possam fornecer indicações sobre possíveis caminhos a serem seguidos nessa área e analisar as potencialidades e necessidades de aprimoramento das políticas ora desenvolvidas no país. Esta publicação dá continuidade a pesquisas que o Ipea vem realizando há alguns anos sobre o envelhecimento populacional e os desafios que esse fenômeno apresenta para as políticas públicas, desta feita enfocando especificamente o tema da dependência. Esperamos que esse esforço contribua com subsídios e reflexões para a formulação de políticas que visem a proteção dos idosos dependentes do país.

**MÁRCIO POCHMANN**

Presidente do Ipea



# INTRODUÇÃO

## Envelhecimento Populacional, Vulnerabilidade e Dependência

As políticas promovidas pelos Estados de Bem-Estar Social no pós-guerra levaram a uma melhoria considerável das condições de vida e de trabalho, contribuindo para o aumento progressivo da expectativa de vida de suas populações. Paralelamente, verificou-se nesse período a progressiva queda da taxa de natalidade, associada a fenômenos como a universalização da educação, a intensificação da participação feminina no mercado de trabalho e a difusão do planejamento familiar. O incremento da expectativa de vida e a queda da taxa de natalidade produziram o fenômeno do envelhecimento populacional, entendido aqui como o processo de mudança na estrutura por idades de uma população, caracterizado pelo incremento na proporção das pessoas com 60 anos ou mais.<sup>1</sup>

A tabela a seguir mostra a magnitude do envelhecimento populacional nas diferentes regiões do mundo entre os anos de 1950 e 2000, indicando ainda as projeções relativas a 2050.

***Tabela 1. Envelhecimento populacional por regiões do mundo – 1950, 2000, 2050***

Regiões	Participação das pessoas com 60 anos ou mais na população (em %)			Participação das pessoas com 80 anos ou mais no grupo de pessoas idosas (em %)		
	1950	2000	2050	1950	2000	2050
África	5,3	5,1	10,2	5,0	7,4	11,0
Ásia	6,8	8,8	22,6	4,6	9,1	18,4
Europa	12,1	20,3	36,6	9,1	14,6	27,1
América Latina e Caribe	5,9	8,0	22,5	6,5	11,1	18,1
Oceania	11,2	13,4	23,3	8,7	16,5	24,2
América do Norte	12,4	16,2	27,2	9,1	19,8	28,3

Fonte: UNITED NATIONS. World population ageing 1950-2050, 2002.

Elaboração: Disoc/Ipea

<sup>1</sup> Esta compreensão foi estabelecida na Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento de 1982.

Existem diferenças marcantes entre as regiões quanto à participação das pessoas idosas no conjunto da população. Nas mais desenvolvidas, cerca de 12% da população, em 1950, tinham 60 anos ou mais. No ano 2000, essa proporção havia crescido consideravelmente na Europa, passando para 20,3%; em ritmo menos intenso na América do Norte, onde atingiu 16,2%; e apenas 2 pontos percentuais na Oceania, onde chegou a 13,4%. As projeções indicam que, em 2050, a Europa terá cerca de 36,6% de sua população naquela faixa etária, contra 27,2% estimados para a América do Norte e 23,3% para a Oceania.

Nas regiões em desenvolvimento, por sua vez, aproximadamente 6% da população tinham, na década de 1950, 60 anos ou mais. Em 2000, à exceção da África – onde houve um ligeiro decréscimo na população idosa em relação a 1950 – aquele indicador havia sofrido um acréscimo de cerca de 2 pontos percentuais tanto na Ásia quanto na América Latina e Caribe. Projeta-se para 2050 que as pessoas idosas representarão cerca de 22,5% das populações de ambas regiões, que terão se aproximado, portanto, do padrão observado nas regiões mais desenvolvidas.

Com relação ao grupo populacional dos muito idosos, ou seja, as pessoas com 80 anos ou mais de idade, os dados para o ano de 1950 revelam que esse segmento representava cerca de 9% da população idosa das regiões mais desenvolvidas. Contrariamente às tendências observadas na evolução da proporção geral dos idosos, no caso da participação relativa do grupo muito idoso a América do Norte liderava o *ranking* das regiões desenvolvidas em 2000, registrando 19,8% de pessoas com 80 anos ou mais em sua população idosa, seguida pela Oceania, com 16,5%, e pela Europa, com 14,6%. As projeções para 2050 indicam que América do Norte continuará ocupando o primeiro lugar, com 28,3%, mas será seguida de forma mais próxima pela Europa e pela Oceania, que apresentarão, respectivamente, proporções de 27,1% e 24,2%.

No que se refere às demais regiões, os números relativos à América Latina e Caribe e à Ásia apresentam comportamento similar. Em 1950, a proporção de pessoas muito idosas entre os idosos era de 6,5% e 4,6%, respectivamente, nessas regiões. Em 2000, haviam passado para 11,1% e 9,1% e, segundo as projeções para 2050, atingirão 18,1% e 18,4%. Na África, onde o índice de participação da população com 80 anos ou mais no grupo idoso era similar, em 1950, ao da Ásia, em 2000 esse indicador chegou a 7,4% e, segundo as projeções, será de 11,0% em 2050.

## **Envelhecimento populacional e proteção social**

A configuração do fenômeno do envelhecimento populacional coincidiu com mudanças socioculturais na sociedade relacionadas não apenas à maior participação feminina no mercado de trabalho, mas também à alteração na estrutura das famílias. Essas mudanças tiveram impactos importantes sobre as estratégias familiares de provisão de

cuidados. Se o assalariamento progressivo da mão-de-obra feminina acabou limitando o papel tradicional da mulher nessas estratégias, a queda da taxa de natalidade e a conseqüente redução do número de filhos por família também repercutiram sobre a reprodução da solidariedade intrafamiliar, na medida em que as gerações mais novas vêm encolhendo frente às precedentes, o que redundava na mitigação do número de cuidadores potenciais. Some-se a isso o fato de que a freqüente migração dos jovens em busca de oportunidades de trabalho e de estudo fora de seus lugares de origem afasta-os de suas famílias, indisponibilizando-os para os cuidados.

Neste sentido, a presença crescente de pessoas idosas na sociedade e as mudanças na oferta de cuidados disponíveis no âmbito familiar impuseram o desafio de incorporar o tema do envelhecimento populacional às políticas públicas e de implementar ações de cuidado para esse contingente populacional. Tal desafio tem adquirido maior complexidade devido ao incremento gradual, entre as pessoas idosas, do segmento muito idoso, com 80 anos ou mais e com maior probabilidade de ser afetado pela deterioração de suas condições físicas e mentais. Tal situação exige a organização da oferta de serviços e de atendimentos especiais no âmbito da proteção social, diferentes dos prestados tradicionalmente pela previdência social, pela assistência ou pela saúde. Tais serviços incluem o apoio para a realização de atividades da vida diária, a promoção da autonomia e o desenvolvimento de atividades preventivas no âmbito da saúde.

Do ponto de vista da questão previdenciária, o novo cenário vem gerando considerável pressão sobre os sistemas estruturados, os quais, em sua grande maioria, foram organizados para responder a uma realidade caracterizada pela expansão do emprego assalariado e pela brevidade do período da aposentadoria. Ao final da década de 1970, no entanto, a mudança demográfica aumenta a pressão sobre os sistemas de proteção social, cuja capacidade de financiamento vinha sendo colocada em questão em meio à crise fiscal e ao surgimento do fenômeno do desemprego estrutural. Neste contexto, particularmente preocupante é a relação entre o número de contribuintes, que tende a decrescer, e o de aposentados, que se incrementa cada vez mais.<sup>2</sup>

Do ponto de vista da política de saúde, os estudos têm indicado a importância de que os serviços foquem a prevenção e o tratamento das doenças crônicas que afetam as pessoas idosas. Isso exigirá a transformação do paradigma hegemônico na medicina hoje, dominado pela biologia, para um modelo socioambiental, que considere as doenças a partir de uma perspectiva mais abrangente, analisando também os aspectos emocionais, psicológicos e sociais envolvidos no perfil de saúde das pessoas idosas.<sup>3</sup> Em geral, os

---

<sup>2</sup> Do ponto de vista técnico, essa realidade se traduz no crescimento do denominado quociente ou razão de dependência potencial, isto é, o número de pessoas de 65 e mais anos de idade sobre aquelas entre 15 e 64, o que indica a carga de dependência dos idosos em relação à população trabalhadora potencial.

<sup>3</sup> LONGINO JR. (2000).

atuais serviços de saúde podem ser avaliados como inadequados para viabilizar os cuidados prolongados de que as pessoas muito idosas podem precisar. O mesmo vale para os serviços sociais no âmbito dos cuidados com idosos, em geral voltados para a institucionalização, e que se mostram insuficientes para atender às necessidades dessa população.

Essas questões têm fomentado a inscrição do tema da proteção social adequada para as pessoas em processo de envelhecimento como um grande desafio da atualidade. Durante as duas últimas décadas, os países desenvolvidos adotaram diferentes estratégias de reforma dos sistemas de proteção social com vistas a garantir a oferta de serviços para os idosos em situação de vulnerabilidade e, mais especificamente, de dependência. Na década de 1980, alguns formularam planos de longo prazo para adequação de seus sistemas às necessidades de cuidados prolongados da população mais idosa. Durante a década seguinte, vários ajustes foram feitos nesses planejamentos, principalmente devido às restrições orçamentárias.

Nos países em desenvolvimento, além do envelhecimento populacional<sup>4</sup> enfrenta-se também a ausência de segurança e estabilidade no mercado de trabalho, repercutindo na limitada cobertura dos sistemas de proteção social e na baixa oferta de serviços. Na América Latina, aproximadamente duas de cada três pessoas não têm acesso a cobertura básica e de qualidade para riscos sociais comuns, tais como doenças e perda de renda em decorrência da velhice, da invalidez ou do desemprego. Neste sentido, se o acesso a prestações como aposentadorias e pensões durante a velhice é hoje maior – um de cada dois idosos tem acesso à aposentadoria – as perspectivas para o médio prazo são inquietantes.<sup>5</sup> Cabe lembrar ainda que o acesso aos benefícios é realizado majoritariamente pelos mais bem posicionados no mercado de trabalho, já que os sistemas de aposentadorias e pensões nos países da região tiveram, historicamente, orientação contributivista.

Projeções realizadas em 2004 pela Comissão Econômica para América Latina – Cepal apontam que a taxa de crescimento da população da América Latina maior de 60 anos se acelerará nas próximas décadas. Em termos absolutos, o número de pessoas maiores de 60 anos passará, entre os anos de 2000 e 2025, de 40 para 96 milhões. Esse incremento será acelerado entre 2025 e 2050, quando se espera o ingresso de mais 85 milhões de pessoas nessa faixa etária. Os idosos, que representavam 7,9% da população

---

<sup>4</sup> Comparado à experiência européia, o envelhecimento populacional na região da América Latina está acontecendo de forma bastante acelerada. Na Europa, esse processo chegou a durar 100 anos, ao passo que, naquela região, tem sido observado nas últimas décadas, como indicam os dados da tabela 1.

<sup>5</sup> BERTRANOU (2005).

total no ano 2000, passarão a representar 14% em 2025 e 22,6% em 2050. Neste ano, uma de cada quatro pessoas na região será idosa. Entre 2002 e 2050, a idade média da população latino-americana será incrementada em 15 anos, projetando-se, para o último ano, a metade da população com mais de 40 anos.<sup>6</sup>

## Vulnerabilidade e dependência na população idosa

O conceito de vulnerabilidade tem sido o ponto de partida para o desenho de políticas sociais para as pessoas idosas. Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, os grupos de idosos em situação de vulnerabilidade são aqueles que possuem as seguintes características:

- idade superior a 80 anos;
- moram sozinhas;
- são mulheres, especialmente as solteiras e viúvas;
- moram em instituições;
- estão isolados socialmente;
- não têm filhos;
- têm limitações severas ou incapacidades;
- são casais em que um dos cônjuges é incapacitado ou está doente; e/ou
- têm recursos escassos.

Observa-se que o conceito de vulnerabilidade reúne um conjunto de situações que tornam os idosos frágeis. Nesse sentido, a incapacidade física, psíquica ou intelectual constitui um aspecto da vulnerabilidade, o qual caracterizaria a situação de dependência. O Conselho da Europa<sup>7</sup> considera dependentes as pessoas que, por razões associadas à redução ou mesmo à falta daquelas capacidades, têm necessidade de serem assistidas e/ou ajudadas para a realização das atividades diárias, implicando na presença de pelo menos outra pessoa que realize atividades de apoio. Tais atividades dividem-se em duas categorias: básicas e instrumentais. A primeira diz respeito a tarefas de autocuidado, tais como arrumar-se, vestir-se, comer, fazer higiene pessoal e locomover-se. A segunda são

---

<sup>6</sup> BERTRANOU (2005).

<sup>7</sup> O Conselho da Europa, atualmente com 43 Estados membros, é uma organização internacional pioneira em matéria de cooperação jurídica, desempenhando um importante papel na modernização e harmonização das legislações nacionais, no respeito pela democracia, pelos direitos do homem e pelo Estado de direito. As suas atividades neste domínio privilegiam a busca de soluções comuns para tornar a justiça mais eficaz e resolver os novos problemas jurídicos e éticos que se colocam às sociedades modernas, tendo expressão por meio de dois instrumentos jurídicos principais: as Convenções e as Recomendações.

as atividades necessárias para o desenvolvimento pessoal e social sem limitações, favorecendo a integração e a participação do indivíduo no seu entorno, e relacionar-se com tarefas de ordem prática, como fazer compras, pagar contas, manter compromissos sociais, usar meios de transporte, cozinhar, comunicar-se, cuidar da própria saúde e manter a sua integridade e segurança.<sup>8</sup>

Os países desenvolvidos vêm adotando regulamentações específicas para determinar o grau de dependência das pessoas e, em função da classificação estabelecida, organiza-se a provisão de determinadas prestações, sejam monetárias ou na forma de serviços. Os modelos de classificação adotados em países como Alemanha e França, que serão analisados respectivamente nos capítulos 2 e 3 deste estudo, exemplificam essa situação. O modelo alemão caracteriza a situação de dependência em função do *tempo de ajuda diária* de que a pessoa dependente precisa. Considera-se que existe uma situação de dependência quando a pessoa necessita de mais de 90 minutos diários de atenção, estando a metade desse tempo dedicada aos cuidados de tipo pessoal. A partir desse patamar se estabelecem três graus de dependência, sendo que cada um deles corresponde a um nível de proteção social ofertado.

No caso da França, a classificação da situação de dependência se dá em função do *tipo de ajuda* de que a pessoa necessita. Considera-se que existe dependência quando a pessoa precisa de ajuda para realizar sua higiene e vestir-se, e também quando necessita de ajuda para levantar-se da cama ou de uma cadeira, embora possa movimentar-se pela residência sem ajuda. Para avaliar o grau de perda de autonomia das pessoas, aplica-se uma escala que compreende seis graus, dos quais quatro dão direito a proteção específica no que se refere aos serviços.

## O estudo

O presente estudo tem dois objetivos básicos. De um lado, pretende analisar os modelos de proteção social para idosos em situação de dependência vigentes em sete países selecionados: Alemanha, Espanha, Estados Unidos, França, Japão, Reino Unido e Suécia. De outro, almeja considerar as potencialidades presentes nas políticas ora desenvolvidas no Brasil e indicar eventuais necessidades de aprimoramento tendo em vista a incorporação do tema do envelhecimento populacional e da dependência entre os idosos ao escopo da Seguridade Social brasileira.

---

<sup>8</sup> Seguindo abordagem mais compacta para avaliar a existência de um quadro de dependência, a Organização Mundial da Saúde – OMS leva em consideração o desempenho das pessoas nas seguintes atividades necessárias da vida diária: higiene pessoal, alimentação, cuidado do próprio bem-estar, locomoção, tarefas do lar e vestir-se. OMS (1980).

Além dessa Introdução, o estudo conta ainda com cinco capítulos, incluindo a Conclusão. O capítulo 1 busca apresentar um quadro sintético das características dos diversos regimes de proteção social, de modo a compreender melhor os contextos em que emergiram os vários formatos e modalidades de políticas para aos idosos em situação de dependência no contexto internacional. Com base nesse quadro geral, apresentam-se ainda os critérios de seleção dos países que foram objeto do estudo comparativo, assim como uma proposta de agrupamento para a análise, considerando as distintas experiências observadas.

O capítulo 2 apresenta as análises das experiências dos países que têm no seguro social a base para a sua política de proteção ao idoso dependente. Nesse sentido, é descrita a criação dos seguros públicos para dependência na Alemanha e no Japão, assim como a operação de seguros públicos e privados nos Estados Unidos nesse campo. O capítulo 3 descreve os modelos adotados na Espanha, na França, no Reino Unido e na Suécia, que têm em comum o fato de haverem optado pela oferta de benefícios e serviços de natureza não contributiva para a situação de dependência.

A proposta metodológica adotada na análise da experiência internacional visou possibilitar a comparação entre as diversas experiências, na perspectiva de extrair elementos que possam orientar a discussão sobre o tema que apenas se inicia no Brasil. O estudo recupera o processo histórico de construção dos cuidados para idosos naqueles países, identificando os determinantes da configuração dos serviços disponíveis. Posteriormente, descreve as características particulares no que se refere aos marcos legal, de financiamento e de provisão de cuidados que estruturam aqueles modelos de proteção. Por fim, são ainda tratadas as definições e as classificações de dependência utilizadas para a implementação dos benefícios e serviços disponibilizados.

O capítulo 4 traça um perfil sintético do segmento idoso brasileiro, por meio de indicadores como distribuição por faixa etária, sexo, contexto familiar, local de residência, renda e inserção no mercado de trabalho. Também se procurou apresentar informações sobre os idosos em situação de dependência no país, assim como sobre os idosos institucionalizados. Na sequência, o capítulo 5 traz 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 para esse público, buscando ainda identificar a presença do tema da dependência nesse conjunto de iniciativas.

Finalmente, a Conclusão visa discutir alguns dos desafios que se apresentam para o Brasil quanto à implementação de ações voltadas para as pessoas idosas em situação de dependência, na perspectiva de contribuir com subsídios e indicações úteis para o debate nacional. Os desafios ali identificados resultam da análise 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 nacional de proteção social voltado aos idosos.

Este estudo foi conduzido ao longo do ano de 2006 por uma equipe técnica do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea, contando com a colaboração de consultoras especialmente contratadas. As autoras agradecem a confiança depositada em seu trabalho pelo Ministério da Previdência Social, que solicitou o estudo à Diretoria de Políticas Sociais do Ipea. São especialmente gratas a Helmut Schwarzer, Secretário de Políticas de 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, Juliana Rochet Chaibub, pelo apoio na elaboração da versão final desse relatório, e Silvânia Carvalho, pela leitura final do documento.

## CAPÍTULO 1

### A Proteção Social para Idosos em Situação de Dependência – Um Quadro Geral

Os sistemas de proteção social em todo o mundo vêm enfrentando uma série de desafios nas últimas duas décadas. De um lado, as restrições ao financiamento têm impulsionado reformas nos campos tradicionais da proteção social, como previdência e saúde, atingindo principalmente sistemas de gestão, condições de acesso e valor dos benefícios e contribuições. De outro, esses sistemas vêm sendo apresentados a novas demandas, nascidas de mudanças que se desenvolvem nas sociedades contemporâneas. Além das transformações observadas nas relações de trabalho, a crescente presença das mulheres no mercado de trabalho, a necessidade de garantir igualdade de chances às crianças e o envelhecimento da população, com o aumento crescente do número de pessoas idosas e dependentes, têm sido identificados como novos desafios,<sup>9</sup> aos quais muitos países já vêm procurando responder.

Esse capítulo tem por primeiro objetivo situar o desenvolvimento das políticas voltadas para os idosos em situação de dependência nos distintos contextos de evolução dos sistemas de proteção social. Inicialmente, pretende-se apresentar um quadro geral desses sistemas, de modo a permitir uma melhor compreensão dos diferentes contextos em que emergem as políticas dirigidas àquele público específico, em especial no campo dos serviços sociais. Como tem apontado a bibliografia sobre o tema, a proteção social não se desenvolveu de forma homogênea nos diferentes países. Ao contrário, a experiência internacional aponta para distintas trajetórias de organização da intervenção do Estado no campo social, seja em termos dos grupos cobertos, da proteção garantida, dos modos de financiamento e gestão ou mesmo dos objetivos buscados. É nesse ambiente, marcado por significativas diferenças, que vêm sendo implementadas, nos últimos 20 anos, experiências de políticas públicas voltadas para a proteção social dos idosos face à dependência.

O segundo objetivo desse capítulo é o de justificar a seleção dos países que foram objeto do estudo comparativo, apresentados nos capítulos 2 e 3 desse volume. O levantamento das experiências de políticas públicas dirigidas aos idosos em situação de dependência buscou, em um primeiro momento, identificar os países com avanços nesse campo. A seleção final, entretanto, acompanhou também a sua identificação a diferentes regimes de proteção social, de modo a que o panorama internacional apresentado pudesse espelhar diferenças de estratégias adotadas na trajetória internacional.

---

<sup>9</sup> ESPING-ANDERSEN (2007).

## 1.1. *Trajétórias e regimes de proteção social*

O século XX foi marcado pelo processo de crescente intervenção do Estado no campo social, dando origem ao que é conhecido hoje como Estado de Bem-Estar Social, *Welfare State* ou, simplesmente, Estado Social.<sup>10</sup> O reconhecimento progressivo de direitos nesse campo marcou a cena política e social de um grande número de países, visando, primeiramente, proteger os trabalhadores assalariados em situações de perda da capacidade de trabalho decorrentes de doença, velhice ou invalidez, assim como em situações de desemprego involuntário. Num segundo momento, ampliaram-se as garantias de proteção para inúmeras outras situações, com a organização de complexos sistemas que envolvem não apenas a oferta pública de benefícios monetários e de serviços nos campos da previdência social, assistência, educação, saúde, habitação, trabalho, família e pobreza, como também a participação de organizações privadas e públicas não estatais.

O desenvolvimento dos sistemas de proteção social regulados e garantidos pelo Estado, a partir de distintos padrões de intervenção, garantias e proteções, permitiu à pesquisa comparada ganhar progressiva relevância. Inicialmente influenciada por uma geração de estudos baseados na comparação entre os níveis e as modalidades de gasto, ela foi renovada após os anos de 1980, quando os estudos seguiram uma nova trajetória. Passaram, então, a buscar a identificação dos distintos regimes de proteção social, favorecendo a compreensão sobre as diferenças quantitativas (gasto e cobertura) e qualitativas (públicos-alvo, modalidades e forma de proteção, assim como sua integração com as iniciativas privadas, sejam elas oriundas do mercado, da família ou do setor não lucrativo) que caracterizam as experiências internacionais.

Com o desenvolvimento das tipologias dos sistemas de proteção social e das pesquisas que lhe dão base, vem avançando o conhecimento sobre os modos de organização da intervenção pública no social. Tomando como referência as bases sobre as quais se organizam os sistemas instituídos nos diversos países, diferenças vêm sendo destacadas. Enquanto alguns consolidaram seus sistemas a partir das solidariedades de natureza profissional, outros organizaram uma ampla rede de solidariedade pública ancorada no pertencimento nacional, e outros ainda mantêm patamares de proteção mínimos que coexistem com uma significativa participação da esfera privada, incluindo as redes de solidariedade familiares ou sociais. Essa diferenciação tornou-se clássica a partir da obra de Esping-Andersen (1990), que, apoiado no trabalho pioneiro de Titmuss (1958), identifica três regimes de proteção social: o social-democrata, o conservador-corporativo e o liberal. A partir do trabalho de Esping-Andersen, e considerando-se outros estudos que vêm aprofundando o conhecimento sobre as características dos sistemas de proteção social e

---

<sup>10</sup> Sobre as diferenças entre esses termos ver, por exemplo, MERRIEN *et al.* (2005), CASTEL (1998) e BARBIER e THÉRET (2004).

que procuram descrever os seus principais tipos,<sup>11</sup> identificam-se as características específicas de cada um dos três grandes regimes, aqui lembradas sinteticamente.

O chamado regime social-democrata, representado pelos países nórdicos, caracteriza-se pela manutenção de uma proteção social abrangente, em termos da população coberta e da oferta de serviços e benefícios. Seu escopo é universal e seu objetivo é a garantia de proteção e de atendimento das necessidades consideradas essenciais a todos os cidadãos. Os benefícios monetários são de montante elevado, integrando prestações contributivas e não contributivas. As pensões de caráter não contributivo têm valor uniforme e o acesso é garantido a toda a população em idade ou condição de requerê-las. Paralelamente, os países associados a esse regime desenvolvem ampla oferta de serviços públicos, em grande parte gratuitos e geridos diretamente pelo Estado. Seu objetivo é garantir a coesão e a homogeneidade social, privilegiando o princípio da igualdade.

Um segundo regime, identificado como conservador-corporativo e desenvolvido por países da Europa continental, como Alemanha, França e Áustria, mantém-se ancorado em um sistema de seguro social de natureza obrigatória voltado à proteção dos riscos sociais, cujo objetivo principal é garantir renda aos trabalhadores nas situações de impossibilidade de acesso ao mercado de trabalho. Ofertam-se benefícios financiados por contribuições de trabalhadores e empregadores, ao qual podem ser acrescidos recursos públicos. O montante dos benefícios tende a ser proporcional ao valor das contribuições, procurando-se construir uma correspondência, no período de inatividade, com o padrão de vida do trabalhador quando ativo. Nesse regime, a administração dos seguros sociais é organizada em múltiplas caixas profissionais, que mantêm certa autonomia com relação ao Estado. Cabe lembrar, entretanto, que os países representados por esse modelo tenderam, ao longo de sua trajetória, a implementar também benefícios monetários não contributivos, de modo a atender situações específicas de demanda por proteção social. Nesse grupo, à exceção dos serviços de saúde, os demais serviços sociais se desenvolveram de forma menos expressiva.

O chamado regime liberal, por sua vez, garante uma proteção residual, com benefícios monetários contributivos e não contributivos de valores pouco elevados assentados no objetivo de combater a pobreza e garantir um mínimo social. Representado, entre outros, por países como Reino Unido, Irlanda, Canadá e Estados Unidos, nesse regime observa-se uma forte presença de benefícios dirigidos aos grupos mais pobres, acompanhados pela limitada oferta de serviços públicos, à exceção, em certos casos, dos serviços de saúde, de cobertura universal.

A tipologia proposta por Esping-Andersen vem sendo complementada por outros autores, que sugerem o reconhecimento de um quarto regime de proteção social, que

---

<sup>11</sup> Foram usados aqui, principalmente, PAQUY (2004) e MERRIEN *et al.* (2005).

expressaria a experiência diferenciada dos países do sul da Europa, em especial, Espanha, Itália, Grécia e Portugal.<sup>12</sup> Nesse grupo – chamado de regime mediterrâneo – é forte a presença dos seguros sociais, com benefícios contributivos proporcionais ao salário e em montantes generosos. Nesse sentido, esse regime se aproxima substancialmente do regime conservador-corporativo. Contudo, a proteção dada aos idosos face à limitada proteção a outros grupos sociais – como pode ser deduzido da quase ausência de prestações voltadas à família, da limitada oferta de serviços pessoais e de serviços às crianças, assim como da baixa intervenção pública no campo da habitação e da assistência social – marcariam as diferenças desses países com relação aos demais regimes identificados. A forte presença da família atuando em redes de solidariedade também caracterizaria esses países, onde a proteção pública aos setores assalariados da força de trabalho convive com relevante percentual de trabalhadores dedicados a atividades econômicas informais e não protegidos pelos regimes contributivos de previdência social. Por fim, chama a atenção o fato de esses países contarem como sistemas universais de serviços de saúde.

## ***1.2. Regimes de proteção social e oferta de serviços sociais***

A diferenciação observada entre os regimes de proteção social se reflete não apenas na organização dos benefícios monetários, mas também no campo dos serviços sociais, entendidos aqui como aqueles que garantem a oferta pessoal de cuidados e atenção a públicos marcados por algum tipo de vulnerabilidade específica. São identificados como serviços sociais aqueles prestados a crianças, idosos, pessoas com deficiência, pessoas em situação de dependência química, vítimas de violência, entre outros. Buscando identificar as características dos diferentes modelos no que se refere à prestação desses serviços, e considerando que a sua oferta guarda estreita relação com os princípios gerais que definem os regimes de proteção social, sintetizam-se, a seguir, as características que vêm sendo destacadas pela literatura no âmbito dos estudos comparados.<sup>13</sup>

Entre os diferentes regimes de proteção social, o modelo social-democrata é o que tem sido caracterizado por apresentar a mais ampla oferta no campo dos serviços sociais. Tendo como principal característica a natureza universal e pública desses serviços, garante o direito de acesso com base no princípio da cidadania e reconhece o dever do Estado em prestar atendimento, independentemente das contribuições realizadas ou da comprovação da situação de pobreza. Nesse contexto, os países escandinavos deixam pouco espaço à prestação privada de serviços sociais, sejam eles ofertados por organizações lucrativas ou por entidades sem fins lucrativos. Apesar dos países aqui representados disporem de um setor associativo bastante desenvolvido, suas atividades tendem a se concentrar em outras áreas, como esportes, cultura, meio ambiente ou defesa de direitos.

---

<sup>12</sup> Ver a respeito FERREIRA (1996) e SILVA (2008).

<sup>13</sup> Essa seção teve como base a pesquisa realizada por CPCA (2008), assim como os trabalhos de PAQUY (2004) e ANTTONEN e SIPILA (1997).

Os serviços de cuidados para as pessoas idosas apareceram nos países nórdicos ainda na década de 1950. Em 1995-1996, recebiam atendimento a domicílio 11% dos idosos de mais de 65 anos da Suécia e 23% dos da Dinamarca.<sup>14</sup> Em termos comparativos, os países escandinavos são, entre os europeus, os que ofertam maior proporção de ajuda a domicílio para idosos, já que, na média da Europa, apenas 7% das pessoas com mais de 65 anos recebiam esse tipo de ajuda.<sup>15</sup> Serviços como ajuda doméstica em domicílio são oferecidos em ampla escala, tanto à população de renda mais baixa quanto à classe média. As autoridades locais têm ampla responsabilidade no financiamento, no planejamento e na oferta dos serviços, e a contribuição financeira do beneficiário depende de suas possibilidades. No que se refere à atenção institucional aos idosos, esses países ficam um pouco abaixo da Alemanha e da Holanda, mas acima da média europeia – 7% dos idosos com mais de 65 anos entre os escandinavos, contra 8% no segundo grupo de países citados e 5% na média da Europa.<sup>16</sup> Nas últimas décadas, os países escandinavos, especialmente a Suécia e a Dinamarca, desenvolveram uma política de substituição paulatina dos serviços de atenção institucional intensiva pelos serviços oferecidos nos domicílios e pela ajuda doméstica. Os benefícios monetários para a ajuda doméstica se baseiam no princípio da responsabilidade das autoridades locais. No caso em que os familiares assumem essa responsabilidade, eles passam a receber uma compensação monetária. É interessante lembrar que nos últimos anos os serviços sociais para idosos têm sofrido mudanças, com o crescimento das tarifas públicas e a redução do público atendido.

O modelo conservador-corporativo, apesar de também se caracterizar por uma importante intervenção estatal no social, convive com a presença importante do setor privado sem fins lucrativos na oferta de serviços. Na verdade, nesse regime, o próprio reconhecimento da responsabilidade pública no campo da prestação de serviços sociais vem sendo identificado como restrito, observando-se uma tendência histórica à priorização dos benefícios monetários, exceção feita ao campo da saúde. Tanto na França como na Alemanha, a maior parte dos serviços é prestada por entidades sem fins lucrativos, financiadas por recursos públicos e privados de diferentes modalidades.

Em que pese as características comuns entre os países associados ao regime conservador-corporativo, diferenças relevantes vêm sendo observadas no que se refere à oferta dos serviços sociais. Um conjunto de países, como a Alemanha e a Holanda, tem sido associado ao chamado “modelo de subsidiaridade”, onde os serviços dirigidos às pessoas são tradicionalmente prestados por organizações não lucrativas. Na Alemanha, a predominância da oferta privada de serviços é histórica, estando limitada a intervenção das administrações municipais apenas à ausência de sua oferta pelas associações não lucrativas. Nesse contexto, o financiamento público ocorre por meio de subsídios ou do

---

<sup>14</sup> PAQUY (2004).

<sup>15</sup> Média para os anos de 1985-1992. ANTTONEN e SIPILA (1997).

<sup>16</sup> Idem.

seguro social, havendo ainda fontes privadas também mobilizadas pelas associações sem fins lucrativos, inclusive a participação dos beneficiários na remuneração dos serviços ofertados. As instituições voluntárias contam com grande autonomia face ao Estado e se encontram organizadas nacionalmente. O volume de serviços oferecidos para os idosos é importante, especialmente na Holanda, onde 10% dos idosos recebem ajuda institucional e 8% recebem ajuda no domicílio.<sup>17</sup>

Um segundo grupo de países identificados ao regime conservador-corporativo, representado por França e Bélgica, apresenta diferenças face à Alemanha no que diz respeito à presença menos efetiva das instituições voluntárias, assim como à menor organização dos mecanismos públicos de financiamento a elas dirigidos. Na Bélgica e na França, os fundos do seguro de saúde financiam, em termos de infra-estrutura e manutenção, pavilhões de doentes nas casas de cuidados, mas não os custos da estadia e do tratamento, que devem ser pagos pelos pacientes ou seus familiares. No que se refere aos serviços voltados para idosos, este grupo também apresenta, com relação ao anterior, um volume maior de serviços ofertados a domicílio, mas um volume inferior de oferta institucional. De qualquer forma, cabe ressaltar que em todos os países associados ao modelo conservador-corporativo, assistiu-se, a partir da década de 1980, e mais efetivamente após 1990, a um crescente reconhecimento da temática dos cuidados para as pessoas idosas e à ampliação da responsabilidade pública na oferta desses serviços.

O regime liberal tem sido caracterizado pela sua reduzida despesa no campo social, deixando um espaço importante à prestação de serviços privados, sejam de cunho lucrativo ou não lucrativo. Observe-se, por exemplo, o caso do Reino Unido, onde 50% das vagas para idosos em instituições eram ofertadas, em 1993, por instituições privadas. Estimulando os indivíduos e as famílias a assumirem a responsabilidade financeira pelos serviços, com recurso à oferta disponibilizada por organizações privadas e voluntárias, esse modelo também tem sido identificado como “de comprovação de meios”,<sup>18</sup> dada a restrição de atendimento público aos grupos em situação de insuficiência de recursos. A forte presença de movimentos filantrópicos e associativos em países como Reino Unido, Canadá ou Estados Unidos tem impacto também no campo da prestação de serviços sociais e no atendimento a públicos vulneráveis. A relação com o setor não lucrativo tende a ser altamente formalizada e organizada sobre a base da compra de serviços. Nesses países, os cuidados para os idosos com recursos limitados são pagos por meio do seguro social e, em casos extremos, pela assistência social. Operando com uma política de contenção da oferta pública de serviços sociais, esses países observam um peso acentuado da oferta privada nesse campo. As autoridades públicas constituem uma instância relevante de controle e supervisão dos serviços.

---

<sup>17</sup> BONKER e WOLLMANN (2004).

<sup>18</sup> ANTTONEN e SIPILA (1997).

O regime mediterrâneo caracteriza-se pela baixa oferta de serviços sociais, sejam eles de origem pública ou privada. Apesar da histórica presença de movimentos caritativos de cunho religioso, é ainda limitada a organização do setor associativo (cuja emergência é recente). A forte presença das redes familiares também explica a baixa oferta. Nesse sentido, esse regime também tem sido chamado de modelo tradicional de atenção doméstica. Cabe lembrar que não se observava nesses países, até recentemente, a presença de políticas ou normativas públicas nacionais de apoio, promoção ou regulamentação da participação do setor associativo no âmbito da proteção social. Tampouco se observou uma trajetória histórica que levasse à instalação de redes municipais integrando a ação pública e a privada no campo dos serviços de proteção social. Contudo, como se verá adiante, mudanças recentes vêm alterando esse quadro. No que diz respeito aos serviços de atenção a idosos, também se observa a carência de oferta. Em alguns desses países, os serviços domésticos são ofertados por organizações voluntárias, sendo que, na Itália, predominam as entidades privadas. Contudo, é a família a principal prestadora desses serviços, como pode ser observado pelo fato de que, nesse grupo, apenas 1% dos idosos de mais de 65 anos recebem ajuda a domicílio e apenas 2% recebem atenção institucional.<sup>19</sup>

### ***1.3. Selecionando casos para a análise***

O desenvolvimento de políticas de proteção ao idoso em situação de dependência tem sido uma iniciativa comum a um amplo conjunto de países desenvolvidos. Suécia, Dinamarca, Noruega, Finlândia, Alemanha, Áustria, Suíça, Luxemburgo, Bélgica, Holanda, França, Itália, Espanha, Reino Unido, Irlanda, Austrália, Nova Zelândia, Japão, Canadá e Estados Unidos são alguns dos que vêm desenvolvendo políticas voltadas a essa área. Como nos diversos aspectos da proteção social, também no caso da dependência as iniciativas seguem caminhos diferentes, respondendo à tradição institucional, às formas de financiamento, às garantias e aos objetivos associados à responsabilidade pública no campo da proteção social.

Assim, entendendo a dependência como um risco social, alguns países, como a Alemanha, vêm organizando sua intervenção nesse novo campo da proteção social por meio da implementação de seguros obrigatórios que cobrem toda a população ou uma parte dela. Outros países, como a Suécia, vêm garantindo a oferta de serviços públicos para esse grupo, em consonância com sua tradição de intervenção pública de caráter universal sob responsabilidade do Estado. Outros, ainda, como é o caso da França e da Espanha – onde a predominância do seguro social na organização dos sistemas de proteção social vem sendo questionada devido à exclusão de grupos vulneráveis da população – vêm buscando alternativas de cobertura em que também se coloca o caso dos idosos em situação de dependência.

---

<sup>19</sup> ANTTONEN e SIPILA (1997).

Nesse contexto, e tendo por base as tipologias dos regimes de proteção social e de serviços sociais de atenção nos países europeus, foram selecionados sete países cujas experiências serão analisadas com mais detalhes nos capítulos 2 e 3. Exemplificando os regimes social-democrata e mediterrâneo, serão apresentados, respectivamente, os casos da Suécia e da Espanha. O regime liberal será tratado por meio de duas diferentes experiências: a do Reino Unido e a dos Estados Unidos. Para exemplificar o conservador-corporativo, foram selecionados os casos da França, da Alemanha e do Japão. A França e a Alemanha, apesar de representarem casos clássicos de regimes proteção que têm por base a organização de seguros sociais, respondem por padrões diferenciados no que diz respeito à oferta de serviços de cuidados. Tendo como objetivo ampliar a análise de experiências fora da Europa, também foi incluído nesse grupo o caso do Japão.

Em que pese a seleção dos países ter buscado dialogar com as diferentes trajetórias observadas na experiência internacional de consolidação dos sistemas de proteção social, cabe aqui ressaltar que, na continuação dessa análise, eles não serão agrupados em função de seu enquadramento nos regimes de proteção social, mas sim em função das características dos seus programas de proteção aos idosos em situação de dependência. A Alemanha, o Japão e os Estados Unidos serão tratados em conjunto, por tratarem a dependência como um risco social, organizando sistemas nacionais de seguro social como o principal pilar de proteção daquela situação de vulnerabilidade. O segundo conjunto é composto por França, Espanha, Reino Unido e Suécia, que optaram pela implementação de programas não contributivos para garantir aos idosos dependentes acesso a cuidados e serviços. Cabe aqui chamar a atenção para a experiência da França, que se filia ao regime conservador-corporativo e tem o seu sistema de proteção baseado no seguro social (as contribuições continuam sendo a fonte principal de recursos da seguridade social francesa) e, contudo, organizou o seu mais importante programa para idosos em situação de dependência fora desses marcos. Caso similar pode ser observado na Espanha, que, como os demais países do regime mediterrâneo, tem nos seguros sociais seu mais forte pilar de proteção social, mas caminha para o fortalecimento de políticas universais de proteção, como é o caso da política voltada à dependência.

#### ***1.4. Características gerais da proteção social dos países selecionados***

Para concluir esse capítulo, e antes de dar início à descrição dos programas voltados aos idosos dependentes nos sete países selecionados, será apresentado um rápido quadro das características gerais desses sistemas nacionais de proteção social. Começando pela Alemanha, cabe lembrar seu papel fundante para o nascimento, a formação e a evolução da proteção social na Europa. Dando origem, no final do século XIX, a um sistema de proteção ancorado na cotização obrigatória às caixas de seguros visando a proteção contra os riscos sociais (1883 – seguro de doença, 1884 – seguro de acidentes, 1889 – seguro de pensões e 1927 – seguro de desemprego), a Alemanha continua servindo como referência para outros países, como é o caso recente da implementação do seguro dependência.

Além dos seguros sociais, a Alemanha também opera com benefícios não contributivos, de responsabilidade municipal, visando atender especialmente às famílias de baixa renda, incluindo idosos, e aos desempregados “de longa duração”. No que se refere aos serviços sociais, observa-se uma forte presença das entidades sem fins lucrativos. Em 1995, esse setor representava 4% do PIB (CPCA, 2008, p. 27), estando organizado em 6 federações nacionais, responsáveis pela maior parte da oferta de vagas em instituições para idosos e pessoas com deficiência. Concretamente, na Alemanha, o princípio da subsidiariedade tem garantido o quase monopólio do terceiro setor na oferta de serviços sociais, estando o Estado obrigado a cooperar com essas entidades e a garantir-lhes apoio financeiro. A partir da década de 1990, o papel dessas associações tem sofrido mudanças, com a adoção, pelo governo federal, de maior regulamentação do setor, estímulo a métodos privados de gestão, financiamento por contrato e não por subvenção, e maior concorrência do setor privado. Para essa mudança, em muito contribuiu a nova lei para pessoas em situação de dependência, adotada em 1994, e que será objeto de análise posterior nessa publicação.

Contudo, a nova legislação referente à dependência significou, para a administração municipal, perda de parte das competências de regulação e, para as entidades, redução de sua atuação, dado o crescimento de novas instituições de prestação de serviços com estruturas mais próximas do mercado. A implementação do seguro de dependência foi acompanhada, em 2001, de outra medida importante: a criação de um mínimo social para pessoas idosas com mais de 65 anos e pessoas com mais de 18 anos com incapacidade definitiva, em situação de pobreza. Estima-se que 200 mil pessoas foram retiradas dos benefícios monetários da assistência social com a implantação do mínimo social de cobertura nacional. Efetivamente, a ampliação de recursos nos domicílios com idosos em situação de dependência (em decorrência dos dispositivos implementados em 1994 e em 2001) estimulou a ampliação de oferta no campo dos serviços e cuidados voltados para esse grupo.<sup>20</sup>

Em que pese estar identificado ao regime conservador-corporativo, o sistema de proteção social francês vem sendo recentemente considerado como um modelo híbrido. Isso porque, se a seguridade social se organiza numa diversidade de caixas de seguro inspiradas no sistema bismarkiano e organizadas sobre a base profissional, desde a década de 1990 vêm se afirmando a universalização do atendimento à saúde.<sup>21</sup> Com a criação da Contribuição Social Generalizada – CSG, que taxa rendas profissionais, de capital e de propriedades, a seguridade social ganhou uma nova fonte de financiamento, além das contribuições sociais. Ao lado da mudança nesse campo, a instituição de mínimos sociais de caráter não contributivo e cobertura nacional<sup>22</sup> também vem apontando para uma mudança no que concerne às características gerais do regime.

<sup>20</sup> O impacto pode ser observado no aumento do número de profissionais dedicados a serviços em domicílio e do número de instituições voltadas para a oferta de cuidados. Ver a respeito BONKER e WOLLMANN (2004).

<sup>21</sup> BARBIER e THÉRET (2004).

<sup>22</sup> Em 2002, a França mantinha 8 programas de mínimos sociais. Entre os programas que garantem mínimos sociais, destaca-se a Renda Mínima de Inserção (*Revenu Minimum d'Insertion* – RMI). Ver a respeito BARBIER e THÉRET (2004).

O sistema francês inclui cobertura no campo da previdência social (aposentadorias e pensões face aos riscos sociais), da saúde, da família, da velhice e da pobreza. A assistência social vem tendo um papel crescente, garantindo a oferta de mínimos sociais para diferentes públicos, inclusive os idosos. A partir do ano de 1993, o Fundo de Solidariedade para a Velhice (FSV) assumiu os gastos relativos às aposentadorias não contributivas, isto é, aquelas atribuídas às pessoas que não realizaram contribuições durante sua trajetória de vida, ou aquelas aposentadorias não proporcionais às contribuições realmente efetivadas. Quanto aos serviços sociais, esses são, como na Alemanha, descentralizados. A responsabilidade cabe às esferas regionais e locais, cobrindo não apenas o atendimento para idosos e deficientes em domicílio ou em instituições, como também para crianças vivendo em famílias em situação de vulnerabilidade. Ao contrário do que acontece na Alemanha, contudo, as entidades sem fins lucrativos têm uma presença limitada na oferta desses serviços no caso francês.

O Japão veio a estabelecer um sistema universal de seguros sociais apenas em 1961, em que pese medidas no campo da proteção social estarem sendo implementadas desde o final do século XIX.<sup>23</sup> O conjunto de regimes e caixas de seguros está sob responsabilidade do Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar, mais especificamente, da Agência do Seguro Social. As municipalidades desempenham importante papel na promoção do bem-estar, sendo responsáveis pela execução da assistência social, do seguro nacional de saúde e do seguro de cuidados de longa duração.

Assim como no caso da Alemanha e da França, os beneficiários do seguro de saúde japonês devem contribuir com uma parcela dos custos dos serviços. Entre as décadas de 1970 e 1980, diversos ajustes no seguro de saúde foram realizados visando a garantia da atenção aos idosos. Em 1973, estabeleceu-se um sistema mediante o qual os custos médicos dos mais idosos seriam pagos com fundos públicos. A partir de 1982, o financiamento desses custos tornou-se insustentável. Em resposta a essas dificuldades, a *Law for the Health and Medical Services for the Elderly* estabeleceu o pagamento compartilhado das despesas médicas entre os fundos públicos e os idosos. Porém, o envelhecimento contínuo da população e o predomínio das doenças crônico-degenerativas entre os idosos pesaram nos custos dos tratamentos, levando, em 1997, à promulgação e, em 2000, à implementação da lei que regula os cuidados de longa duração (*Long-term Care Insurance Law*). A normativa instituiu pela primeira vez no país condições de operação mais próximas entre os provedores privados de serviços sociais, incentivando a participação das organizações lucrativas em um mercado tradicionalmente liderado pelas entidades sem fins lucrativos.

---

<sup>23</sup> Em 1890 é implantado um sistema de aposentadorias não contributivas para funcionários, militares reformados do exército e da armada, professores das escolas e policiais. Em 1920, um segundo sistema de caráter contributivo passa a dar cobertura aos trabalhadores da Administração Pública. Também na primeira metade do século XX houve iniciativas relevantes no campo do seguro de saúde.

Como exemplo do regime social-democrata será destacado o caso da Suécia, cujos fundamentos do sistema de proteção social datam do final do século XIX, quando os sindicatos organizaram os fundos de assistência que serviriam de base, posteriormente, para a organização do sistema de seguridade social.<sup>24</sup> Até o começo do século XX, o sistema sueco diferia pouco dos demais países europeus, desenvolvendo essencialmente programas de seguros sociais. Foi em 1932, com o estabelecimento da hegemonia social democrata no cenário político, que teve início a construção do sistema de seguridade social de caráter universal.<sup>25</sup> Esse sistema objetiva oferecer segurança financeira às pessoas durante as diversas fases da vida, por meio da oferta de diversos benefícios monetários não contributivos, assim como pela via do seguro social. Paralelamente, garante o acesso universal aos serviços sociais, assim como aos serviços de saúde e educação, ofertados diretamente pela esfera pública.

No período do pós-guerra (entre 1945 e 1970), a progressiva oferta de serviços sociais foi afirmada nos campos da habitação, assistência infantil, atenção à saúde e assistência às pessoas idosas. Após 1970, o setor público começou a apresentar dificuldades para manter seu compromisso de assegurar para o conjunto dos cidadãos níveis de renda altos e serviços de qualidade. No entanto, foi na década de 1990 que as dificuldades econômicas e o crescimento do desemprego vieram ameaçar o otimismo que cercava a proteção social na Suécia desde o pós-guerra. Reformas passaram a ser implementadas no sistema, entre as quais o estabelecimento do novo regime nacional de aposentadorias.

Com relação à trajetória do sistema de saúde, este ofereceu, por um longo período, acesso a serviços de saúde a um custo muito baixo ou inexistente para o usuário.<sup>26</sup> Especificamente, o cuidado com os idosos era considerado como um dos pilares deste sistema. Os gastos com o benefício de doença são de responsabilidade dos condados,<sup>27</sup> aos quais cabe o financiamento direto dos serviços médicos, com fundos obtidos do

---

<sup>24</sup> Agência Sueca de Seguro Social. Información general sobre el seguro social.

<http://www.forsakringskassan.se/sprak/spa/spanska.pdf>

<sup>25</sup> ROJAS (2005).

<sup>26</sup> OECD (1996).

<sup>27</sup> Na Suécia o modelo de administração pública se baseia na descentralização. São ao todo 21 condados (instância administrativa de caráter regional, entre o governo central e o governo municipal) e 290 municipalidades. As municipalidades são obrigadas por lei a prestarem determinados serviços básicos à população, como: habitação; vias públicas; saneamento básico; educação básica e fundamental; assistência social; assistência a idosos; assistência a crianças etc. Para custear tais serviços, as municipalidades têm o direito de tributar os seus habitantes por meio do imposto de renda e sobre o patrimônio e através da cobrança de taxas sobre serviços prestados. Além disso, as municipalidades também podem oferecer outros serviços públicos considerados importantes para sua população naquela localidade. Os Conselhos de Condado são responsáveis por tarefas que não podem ser tratadas em nível local, por exigirem coordenação de diversas localidades municipais. Tais conselhos são responsáveis pela saúde; certos tipos de educação e treinamento, incluindo a re-qualificação profissional, cultura, comunicação e desenvolvimento regional. Estes conselhos também têm o direito de cobrarem impostos para cobrir seus custos administrativos. É concedida às municipalidades e aos condados razoável liberdade para decidir sobre suas atividades.

imposto sobre a renda. As reformas recentes introduzem princípios de mercado no campo da oferta de saúde: aumento da oferta privada, livre escolha dos médicos pelos pacientes, separação entre fornecedores e compradores de serviços de saúde, estímulo à adoção de novas formas de gestão e ampliação da participação dos usuários nos gastos com assistência hospitalar, consultas e medicamentos.

No que diz respeito aos serviços sociais, observa-se um crescimento da participação das entidades sem fins lucrativos, embora sua presença seja ainda marginal nesse campo. Estudos mostram que a participação privada na oferta de serviços tem sido significativamente maior do que aquela do terceiro setor. Para esse último grupo, ainda não existe uma política nacional consolidada, e as transformações observadas estão associadas às iniciativas das municipalidades.

Na Espanha, o sistema de proteção social incorporou elementos do modelo bismarkiano, ancorado nos seguros sociais, e do modelo universalista, resultando um modelo misto e integrado. Atualmente, benefícios sociais importantes incluem a proteção em situações de doença, maternidade e desemprego, bem como a proteção à família por meio do “salário família”. Os serviços sociais constituem outra dimensão dessa proteção, mas a orientação mais recente dos sistemas de saúde e de aposentadorias visa garantir a proteção universal dessas políticas, cobrindo inclusive os que trabalham no setor informal da economia.

Somente após a democratização política e a aprovação da nova Constituição, em 1978, foram realizadas reformas nos distintos campos da proteção social da Espanha, configurando o atual sistema de seguridade no país. O artigo 41 da Constituição estabelece que *“os poderes públicos manterão um regime público de seguridade social que garanta a assistência e auxílios sociais suficientes perante situações de necessidade, especialmente em caso de desemprego, para todos os cidadãos. A assistência e os auxílios complementares são livres”*. A implantação de benefícios não contributivos, a criação do Fundo de Reserva da Seguridade Social, a introdução dos mecanismos de aposentadoria flexível e o incentivo à prorrogação do período de trabalho para ter direito à aposentadoria, além de medidas de melhoria da proteção, foram resultado das mudanças introduzidas a partir de 1990.

A saúde pública na Espanha é gerenciada pelas Comunidades Autônomas. Os benefícios desse sistema, baseado no modelo de seguro social, são oferecidos em centros públicos nas modalidades de assistência primária e hospitalar. Os serviços sociais, cujo nível de desenvolvimento é considerado limitado, também são gerenciados pelas Comunidades Autônomas.

A moderna proteção social na Inglaterra – bem como no País de Gales, na Escócia e na Irlanda do Norte – foi moldada a partir da década de 1940, sob influência do chamado Relatório Beveridge. Propondo a criação de um sistema de proteção social generalizado, que cobrisse o conjunto da população, Beveridge propôs a criação da Seguridade Social baseada na noção de solidariedade e no direito de proteção mínima

contra os riscos sociais. Essa proposta deu origem a um conjunto de reformas, entre elas a criação do Sistema Nacional de Saúde, em 1946, a unificação de todos os regimes de seguro social em funcionamento e a criação das pensões familiares. Já em 1949, algumas funções ainda remanescentes da antiga assistência pública foram divididas administrativamente, como, por exemplo, a absorção dos cuidados médicos da população pobre pelo então recente Sistema Nacional de Saúde e a alocação das casas de cuidados e residências coletivas para as autoridades locais.

O Reino Unido vivenciou ainda outras duas grandes reformas desde o nascimento do chamado Estado de Bem-Estar: uma entre os anos de 1960 e 1970, e a seguinte entre as décadas de 1980 e 1990. Três aspectos principais, relativos a mudanças na forma de gestão, as caracterizaram: (i) a implementação de agências públicas, visando melhorar a eficiência de cada área, bem como estabelecer o controle individualizado de cada serviço; (ii) a introdução do conceito de “gerenciamento”, com gerentes responsáveis pelo funcionamento das agências; e (iii) os *quasi markets* – os serviços públicos são demandados a funcionar como mercados econômicos, com a separação entre aquisição e oferta de serviços e a introdução da competição. Esta tendência é particularmente forte na área da saúde pública e dos serviços sociais.

O Reino Unido possui atualmente um sistema de benefícios baseado em contribuições feitas pelos trabalhadores ao sistema do seguro nacional. As contribuições, deduzidas diretamente dos salários dos trabalhadores, dão direito a benefícios para casos de doença, desemprego, viuvez, aposentadoria, entre outros. Entretanto, o Estado também oferece um conjunto de serviços e benefícios não contributivos. Exemplo disso é o Sistema Nacional de Saúde, financiado por meio de impostos. Exceto para o caso de alguns itens, como, por exemplo, prescrições e tratamentos dentários, o cidadão de modo geral não participa do pagamento desses serviços. Entre os benefícios não-contributivos disponíveis, os cidadãos têm direito a pensão para famílias com crianças e benefícios para pessoas inválidas, por exemplo.

Nos Estados Unidos, a seguridade social foi mencionada pela primeira vez na chamada Lei do Seguro Social (*Social Security Act*), assinada em 1935 pelo então presidente Franklin Roosevelt, como consequência da grande crise econômica dos anos de 1930. Essa lei regulou diversos aspectos ligados ao bem-estar geral da população e criou um programa nacional de aposentadoria para os trabalhadores. Emendas posteriores acrescentaram outras categorias de benefícios, voltados para cônjuge e filhos menores de idade e também para a família, em caso de morte prematura do trabalhador. Essa mudança ampliou a concepção do programa de seguridade econômica, antes focada no trabalhador, além de ter deixado de ser um programa voltado exclusivamente para a aposentadoria. Várias modificações e ampliações na cobertura foram feitas, desde essa época. Porém, cabe destaque a profunda crise financeira enfrentada pelo programa nos anos de 1980. A Comissão Greenspan, criada pelo então presidente Ronald Reagan, foi encarregada de avaliar os problemas e recomendar um conjunto de mudanças legislativas. Em 1983,

deu-se início a uma reforma que produziu numerosas mudanças de orientação nos programas do seguro social e de proteção da saúde.

Duas décadas antes, porém, os Estados Unidos viam nascer dois importantes programas públicos, que perduram até os dias do hoje: *Medicare* e *Medicaid*. O primeiro estabeleceu um seguro de saúde para os beneficiários do programa de seguro social para aposentadoria, sendo depois estendido aos trabalhadores que recebiam benefícios de invalidez. O segundo, de natureza assistencial, dirigiu-se a proteger a saúde de determinados grupos de baixa renda. Nesse contexto, foram se consolidando as estratégias de cuidados de curta e longa duração para pessoas idosas e pessoas incapacitadas, em situação de dependência, conforme será abordado no capítulo 2.

## **1.5. Conclusão**

Esse capítulo procurou apontar para as distintas trajetórias de organização da intervenção do Estado no campo da proteção social, especialmente no que se refere à oferta de serviços sociais de atenção e cuidados. Os sistemas de proteção social têm se consolidado a partir de formatos diferentes, tanto no que diz respeito às garantias asseguradas como às políticas e programas voltados a efetivá-las. Os estudos comparativos têm apontado para a existência de distintos modelos de Estados Sociais, ou de regimes de proteção social, os quais foram rapidamente passados em revista.

Entretanto, como foi visto, se as características dos regimes impactam também na forma de organização dos serviços, a dinâmica recente de organização de cuidados de longa duração se revela mais complexa. A predominância do seguro social na organização de certos sistemas de proteção não implicam necessariamente na opção por um formato institucional similar para a oferta de serviços, como foi observado para a França e a Alemanha. Paralelamente, a garantia de mínimos sociais não contributivos, via serviços e benefícios, não tem levado a um padrão uniforme na organização da garantia dos cuidados pessoais. Como exemplo, pode-se lembrar que, mesmo classificados em um mesmo regime, Reino Unido e Estados Unidos desenham uma distinta trajetória no campo do atendimento à situação de dependência.

Considerando as características comuns dos sistemas de proteção social, mas levando em conta esse conjunto de diferenças, optou-se por apresentar as experiências dos sete países investigados nesse estudo reunindo-as não pela sua inserção em um dos regimes identificados pela bibliografia, mas pela forma predominante de organização da política ou programa de proteção aos idosos em situação de dependência. É nesse contexto, marcado, de um lado, pelo diálogo com as tradições de seus sistemas de proteção social e, de outro, pela busca por inová-los, de modo a atender adequadamente as demandas mais recentes, que diversos países vêm implementando políticas públicas nessa área. Conhecê-las será o objeto dos próximos dois capítulos.

## CAPÍTULO 2

### Seguros Sociais para Dependência Funcional: Alemanha, Japão e Estados Unidos

Este capítulo apresenta as experiências da Alemanha, do Japão e dos Estados Unidos no âmbito da proteção social para a situação de dependência entre os idosos. Tais experiências se aproximam por estarem ancoradas na provisão de serviços de cuidados e transferências monetárias financiadas por meio de contribuições para seguros sociais. Entretanto, as especificidades de cada sistema nacional são muitas e justificam uma análise detalhada de seus aspectos essenciais. De início, busca-se dimensionar a magnitude do envelhecimento populacional em cada país para, na seqüência, abordar questões relativas ao processo histórico de estruturação dos sistemas, às normas vigentes de classificação da dependência, aos tipos de prestações disponíveis e à operacionalização das estratégias de financiamento.

#### ***2.1. A proteção social para as pessoas idosas em situação de dependência funcional na Alemanha***

##### **2.1.1. A questão do envelhecimento populacional**

Considerando o período compreendido entre os anos de 1980 e 2005, observam-se importantes transformações demográficas na sociedade alemã. Os dados<sup>28</sup> informam que, em 1980, a população total ultrapassava 78 milhões de pessoas e a porcentagem de população com 60 ou mais anos era de 19,3%. Em 2005, ou seja, 25 anos depois, a proporção de pessoas nessa faixa etária era de 25,1%, sobre um total populacional de quase 82,7 milhões de pessoas. As projeções realizadas pelas Nações Unidas para o ano de 2020 indicam que a população total sofrerá uma redução de 0,5% em relação a 2005, mas que a proporção da população com 60 ou mais anos chegará a 29,2% (ou 22 milhões de pessoas). Essa participação deverá alcançar 35,0% em 2050, sobre uma população de 78,8 milhões de pessoas, o mesmo patamar verificado em 1980.

No que diz respeito à evolução da proporção de pessoas na faixa etária de 80 anos ou mais, isto é, aquelas consideradas “muito velhas”, os dados revelam que, na década de 1980, elas representavam 2,8% da população, tendo este índice crescido para 4,4% em 2005. As projeções realizadas indicam que esse grupo etário chegará a 6,9% da população em 2020 e a 12,2% em 2050.

---

<sup>28</sup> UNITED NATIONS. World Population Prospects: The 2004 Revision and World Urbanization Prospects: The 2003 Revision, <http://esa.un.org/unpp>

Outros dados podem ser lembrados para melhor aferir a evolução do envelhecimento populacional alemão. Na década de 1980, a idade média da população era de 36,4 anos; em 2005, alcançou 42,1 anos. Estima-se que, em 2020, será de 46,9 anos e, em 2050, chegará aos 47,4 anos. A expectativa de vida na Alemanha também tem demonstrado acréscimos consideráveis. Entre 1975 e 2005, registrou-se que os alemães viveram cerca de 6 anos a mais, chegando a 78,6 anos em média. As projeções indicam que, entre os anos de 2015 e 2020, a expectativa de vida será de 80,6 anos, sendo que os homens viverão em média até os 77,7 anos e as mulheres até os 83,4 anos. Entre os anos de 2045 e 2050, estes números subirão para 80,9 e 86,5 respectivamente.

Os dados analisados revelam que as mudanças sociais e econômicas do século XX, tais como o aumento das rendas pessoais, a redução das taxas de natalidade e de mortalidade e os investimentos substantivos em saúde e em diversos programas de proteção social contribuíram para o aumento da população idosa. O fenômeno do envelhecimento populacional, contudo, transformou-se em um crescente desafio para a manutenção das aposentadorias e dos programas de saúde. O aumento do grupo populacional na faixa etária de 80 anos ou mais acabou mudando a natureza do debate sobre as políticas dirigidas às pessoas mais velhas, ao revelar a crescente importância de dois tipos de demandas sociais: de um lado, os cuidados continuados para as pessoas idosas que experimentam, em maior ou menor grau, a redução de sua autonomia e, de outro, o apoio aos que cuidam das pessoas nessa situação, sejam familiares, vizinhos e/ou amigos. Essas demandas alcançaram o debate público nesse país e em torno delas configurou-se um importante conjunto de iniciativas que serão apresentadas a seguir.

### **2.1.2. Antecedentes do seguro de dependência**

Antes da entrada em vigor da Lei do Seguro de Dependência, em 1995, a cobertura dos gastos com cuidados continuados para as pessoas idosas se dava ou por meio da provisão estritamente privada – via desembolso direto de recursos para o pagamento por esses serviços ou via contratação de seguros privados – ou, mais recentemente, a partir de 1988, como uma extensão do seguro de saúde, que passou a cobrir parte dos custos com cuidados prestados em domicílio.<sup>29</sup> Se um indivíduo ou sua família imediata não pudessem arcar com a outra parte dos custos envolvidos, poderiam pleitear à autoridade local um auxílio social básico para fazer face aos cuidados de longa duração, de acordo com a Lei Social Federal do Auxílio.

---

<sup>29</sup> O seguro de saúde alemão sempre distinguiu com precisão as doenças passíveis de tratamento das situações de dependência funcional. Tradicionalmente, apenas o tratamento médico para as primeiras estava coberto. A reforma de 1988 introduziu a cobertura parcial dos custos com cuidados domiciliares para a situação de dependência, mas manteve o cuidado institucional totalmente sujeito à provisão privada. OECD (1996).

Aproximadamente 70% dos custos com esses cuidados eram de responsabilidade das agências que geriam o auxílio social básico. Essas agências gastavam aproximadamente 9 bilhões de dólares por ano com cuidados prestados em instituições e cerca de 900 milhões de dólares com cuidados ambulatoriais aos idosos. Neste contexto, a cada ano, os orçamentos das comunidades locais ficavam comprometidos pelos pagamentos sociais de auxílio, obrigando, inclusive, ao deslocamento de recursos comprometidos em outras áreas. Por isso, os governos locais e os estados federados pressionavam pela reforma da legislação referente aos cuidados de longa duração.

As vítimas de algum tipo de incapacidade, de doenças crônicas ou de enfermidades terminais também se beneficiavam dessa extensão do seguro de saúde e do auxílio social básico. Entretanto, cada vez mais, o grupo quantitativamente preponderante no usufruto desse benefício era formado por pessoas idosas em situação de dependência funcional. Diante da perspectiva de intensificação do envelhecimento populacional – especificamente do incremento da população com idade superior a 80 anos – e do predomínio das pessoas idosas entre aquelas afetadas pela dependência funcional, ampliando o nível das demandas por cuidados continuados na sociedade alemã, acabou-se optando pela instituição do seguro de dependência.

Efetivamente, mantiveram-se os seguros privados para o risco de dependência, mas esses atuam de maneira suplementar ao seguro público obrigatório instituído no início da década de 1990.

### **2.1.3. Seguro de dependência ou Seguro Obrigatório de Assistência Domiciliar a Pessoas Incapacitadas (*Pflegeversicherung*)**

No marco do debate político sobre a viabilidade financeira do sistema de Seguridade Social e depois de 20 anos de discussões em que foram rejeitados 17 projetos de lei, em 11 de março de 1994 o Parlamento Federal Alemão aprovou a Lei do Seguro de Dependência, que entrou em vigor em 1º de janeiro de 1995. Por meio deste instrumento legal, a Alemanha reconheceu a proteção da dependência como um direito – ao lado da proteção aos riscos de doença, desemprego, acidentes e ausência de renda em função da saída do mercado de trabalho – superando a tradição de responsabilização da família nesse quesito.

Segundo dados do Instituto Federal de Estatísticas da Alemanha,<sup>30</sup> em 2003, mais de 2 milhões de pessoas receberam benefícios do seguro de dependência, sendo a maior parte delas do sexo feminino (68%). Destaca-se que 81% desse público tinham 65 anos ou mais e 32%, idade superior a 85 anos. O seguro beneficiava a 987 mil pessoas atendidas em

<sup>30</sup> Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales de la Embajada de España en Berlin (2005).

domicílio pelos seus familiares, vizinhos ou amigos – os “cuidadores informais”. Outras 450 mil pessoas residentes nos próprios lares eram atendidas de forma total ou parcial por profissionais, enquanto 640 mil recebiam cuidados em residências coletivas.

A proteção da dependência na Alemanha insere-se na tradição que organiza o sistema de Seguridade Social desse país, baseada em benefícios originários das contribuições obrigatórias dos trabalhadores assalariados e dos próprios aposentados. Apesar de serem dois seguros distintos, administrativamente, o seguro de dependência está vinculado ao seguro de saúde,<sup>31</sup> e todas as pessoas filiadas a este último devem obrigatoriamente ser filiar ao primeiro.

De acordo com as regras que regem o seguro social alemão, o direito ao benefício depende do tempo de contribuição, que não pode ser inferior a cinco anos durante os dez anos anteriores à solicitação. O acesso ao seguro e aos seus benefícios depende também da avaliação do nível de dependência do demandante, com base em um sistema de classificação de sua situação funcional, segundo graus e níveis de gravidade. Os benefícios cobrem parte importante dos custos, embora não a totalidade, o que obriga o beneficiário a participar, sempre que possível, do financiamento dos serviços. Além disso, os que cuidam da pessoa dependente (os cuidadores informais) também são alcançados pela proteção da dependência, na medida em que lhes são destinadas diversas ajudas, como será indicado adiante.

Em decorrência da lei de 1995, as pessoas que possuem um seguro de saúde privado devem obrigatoriamente contratar um seguro de dependência com a mesma companhia seguradora ou com outra. Para fiscalizar a adesão ao seguro de dependência nesses casos, o Estado determinou que as seguradoras comuniquem ao Instituto Federal de Seguros os nomes daqueles que não aderirem ao novo seguro. As companhias privadas estão também obrigadas a denunciar ao órgão aquelas pessoas que tenham interrompido suas contribuições pelo período de seis meses. Para as pessoas em atraso com suas contribuições ou que não aderirem ao seguro, o Estado pode impor multas de até 2.558 euros.

No que diz respeito ao acesso aos benefícios, este é determinado em função do grau de dependência do solicitante. O benefício é limitado, já que a pessoa dependente deve assumir a parte das despesas que ultrapasse um valor máximo previamente estabelecido. Quando isso não é possível, em razão de sua situação econômica, o

---

<sup>31</sup> Na Alemanha, existem três possibilidades de seguro de saúde: o seguro público, o seguro privado ou o seguro de companhias internacionais. Cerca de 70 milhões de pessoas são filiadas ao sistema de saúde público, pois, quando a renda do trabalhador é menor do que 48.150 euros por ano (ou 4.013 euros por mês), a filiação ao seguro público de saúde é obrigatória, exceto para autônomos, funcionários públicos e pessoas que não trabalham tempo integral e recebem menos de 400 euros por mês. A respeito dos dependentes do trabalhador (filhos e cônjuge que não trabalha), o seguro de saúde público garante sua cobertura, enquanto que no seguro privado, o prêmio é geralmente pago para cada pessoa coberta.

pagamento do valor complementar é coberto pela assistência social municipal. Essa cobertura é um benefício social que atua como rede protetora para cobrir situações graves de vulnerabilidade.<sup>32</sup>

Quanto aos procedimentos para solicitação do benefício, o interessado ou seu representante legal deve apresentar um pedido formal e preencher dois formulários: o de cuidados assistenciais e o de solicitação de abono das contribuições do seguro de aposentadoria para o cuidador da pessoa dependente. A aprovação do pedido depende de avaliação médica, tendo por base um sistema de classificação da dependência funcional, que será apresentado a seguir.

#### **2.1.4. A classificação da dependência funcional**

Dentro dos quadros do seguro de dependência, considera-se dependente aquela pessoa que, devido a uma doença ou deficiência física, psicológica ou mental, demanda ajuda para realizar atividades recorrentes da vida diária por um período de pelo menos 6 meses. Os critérios para definir a necessidade de ajuda e assistência centram-se em quatro tipos de atividades da vida diária, sendo três delas relacionadas aos cuidados pessoais básicos – higiene pessoal, alimentação e locomoção – e uma ligada às atividades instrumentais – as tarefas domésticas rotineiras.

O nível de necessidade de atendimento é avaliado no domicílio do solicitante pelo serviço médico do seguro de saúde. A equipe desse serviço mede o grau de dependência da pessoa segundo suas necessidades de ajuda em relação a 24 atividades quotidianas específicas, agrupadas nas quatro áreas citadas. De acordo com a frequência e o tempo de cuidados demandados, pode-se definir o grau de dependência e o nível de assistência tal como se indica a seguir:<sup>33</sup>

- Grau I (nível de necessidade assistencial moderada): este nível inclui todas as pessoas que demandam ajuda pelo menos uma vez ao dia para duas ou mais áreas relacionadas com as atividades da vida diária e precisam de ajuda várias vezes na semana para realizar as tarefas domésticas. O tempo de cuidado diário não deve ser inferior a uma hora e meia, sendo que pelo menos 45 minutos são dedicados a cuidados pessoais básicos;
- Grau II (nível de necessidade assistencial grave): este nível inclui aqueles que demandam cuidados assistenciais relacionados com higiene pessoal, alimentação e locomoção pelo menos 3 vezes por dia (em diferentes horas do dia). Da mesma forma, necessitam de ajuda várias vezes na semana para realizar as tarefas

---

<sup>32</sup> IMSERSO (2005).

<sup>33</sup> IMSERSO (2004).

domésticas. O volume de cuidados assistenciais requerido não pode ser inferior a três horas diárias, sendo que pelo menos duas delas são dedicadas a cuidados pessoais básicos;

- Grau III (nível de necessidade assistencial muito grave): este nível inclui aquelas pessoas que requerem ajuda relacionada a higiene pessoal, alimentação e locomoção durante as 24 horas do dia e demandam assistência várias vezes na semana para as tarefas domésticas. O tempo de cuidado não pode ser inferior a cinco horas diárias, sendo que pelo menos quatro delas são dedicadas a cuidados pessoais básicos.<sup>34</sup>

### **Quadro 1. Alemanha: Classificação da dependência**

Necessidade de cuidado	Grau de Dependência		
	I	II	III
	Duas das áreas ligadas aos cuidados pessoais básicos	Todas as três áreas ligadas aos cuidados pessoais básicos	Todas as três áreas ligadas aos cuidados pessoais básicos
Cuidados pessoais básicos: – Higiene pessoal – Alimentação – Locomoção	Ao menos 1 vez ao dia	3 vezes ao dia	Todo o dia
Tempo de cuidado estimado	1 hora e meia por dia	3 horas por dia	5 horas por dia
Tarefas domésticas (atividades instrumentais)	Várias vezes por semana	Várias vezes por semana	Várias vezes por semana
Dentre o tempo de cuidado estimado, quanto tempo é dedicado aos cuidados pessoais básicos	45 minutos	2 horas	4 horas

Fonte: Página do Ministério da Saúde alemão ([www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de))

Além da classificação do grau de dependência, também é competência do serviço médico do seguro a elaboração de um plano de atenção individual considerando o entorno familiar da pessoa dependente e as condições ou necessidades de reabilitação, ajudas técnicas ou adaptações na residência. O resultado da avaliação realizada pelo serviço médico possibilita a identificação dos benefícios a que a pessoa em situação de dependência tem direito entre daqueles disponíveis, conforme descrito a seguir.

<sup>34</sup> Em algumas circunstâncias, pessoas classificadas no Grau III podem ser reconhecidas como casos de extrema gravidade se demandarem muitos cuidados ao mesmo tempo ou se a ajuda com cuidado pessoal, alimentação e locomoção alcançar ou ultrapassar 7 horas diárias, dentre as quais 2 horas são para atendimento noturno.

## 2.1.5. Benefícios e serviços do seguro de dependência

O sistema de benefícios do seguro de dependência abarca um conjunto diverso de modalidades. No que concerne à ajuda para o dependente, existem basicamente três tipos de benefícios: (i) auxílios monetários; (ii) serviços de assistência domiciliar ou em centros-dia/noite; e (iii) serviços de cuidado institucional em residências especializadas para idosos.

Os auxílios monetários visam propiciar o acesso aos serviços ofertados pelo setor privado, embora o sistema procure atender as necessidades das pessoas dependentes também por meio da oferta direta de serviços com intensidade e duração diferentes, proporcionados pelos associados contratuais do fundo do seguro. O acesso a esses benefícios independe da renda ou recursos do segurado e a liberdade de escolha entre as prestações monetárias e os serviços de apoio é garantida; entretanto, o Estado tende a incentivar a opção pelos serviços, estabelecendo um montante relativamente superior de recursos para estes em relação ao das transferências diretas.

A atenção domiciliar não significa necessariamente que o beneficiário receba cuidados em sua própria residência. Na verdade, ele pode ter acesso à assistência desse tipo residindo em outro domicílio ou em centros-dia/noite para idosos; estão excluídos, no entanto, as residências institucionais. A modalidade de cuidado institucional está reservada para situações de ausência de cuidadores informais ou de sintomas de demência muito graves e até mesmo perigosos. Está claro, assim, que o Estado privilegia a ajuda domiciliar e não a internação das pessoas dependentes, sendo a permanência no entorno habitual freqüentemente desejada por elas próprias. Neste sentido, têm importância fundamental os serviços que contribuem para a melhoria das condições da assistência em domicílio e que aliviam o trabalho dos cuidadores informais.

Especificamente voltados para o cuidador informal, existem quatro tipos de ajudas disponíveis: (i) o pagamento das contribuições referentes ao seguro de acidentes de trabalho e ao seguro de aposentadoria, sempre que o cuidador informal se dedicar mais de 14 horas semanais aos cuidados da pessoa dependente e não realizar outra atividade laboral remunerada superior a 30 horas por semana; (ii) a sua substituição temporária por um período máximo de 4 semanas, sempre que ele tenha atuado nessa atividade por um período mínimo de 12 meses; (iii) a assistência institucional em regime de moradia de curta duração ou cuidados assistenciais temporários para a pessoa dependente para descanso do cuidador informal por um período de até 4 semanas e um valor máximo de 1.432 euros; e (iv) cursos de formação.

**Quadro 2. Alemanha: Benefícios oferecidos segundo nível de necessidade assistencial**

		Benefícios (em euros)/mês		
		Nível I	Nível II	Nível III
Cuidado domiciliar	benefícios monetários	205	410	665
	serviços profissionais	384	921	1.432/1.918*
Cuidado informal	realizado por parentes	205	410	665
	realizado por outras pessoas	1.432	1.432	1.432
Cuidado institucional de curto prazo		1.432	1.432	1.432
Cuidado em centros-dia/noite		384	921	1.432
Cuidado institucional de longo prazo		1.023	1.279	1.432/1.688*

Fonte: Página do Ministério da Saúde alemão ([www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de))

\*Obs: Os benefícios garantidos na classificação de Nível III para serviços domiciliares e residências para idosos são maiores nos casos de extrema gravidade.

Se o beneficiário escolher uma combinação de benefícios pagos em dinheiro e serviços profissionais, a proporção dos benefícios financeiros será complementada com serviços profissionais dentro da porcentagem remanescente (até alcançar 100% do valor).

A título de ajudas complementares, o seguro de dependência ainda prevê a aquisição de aparatos auxiliares (como, por exemplo, cama especial) e apoio para adequar a residência às necessidades da pessoa dependente – até 2.557 euros por medida adotada, levando em conta uma participação correspondente do segurado caso outras medidas de financiamento fiquem excluídas.

No seguro privado para ajuda aos dependentes não há benefícios em forma de recursos materiais ou humanos, somente subsídios financeiros.

### 2.1.6. Modelo de financiamento e gestão<sup>35</sup>

O financiamento do seguro de dependência alemão foi garantido pela implantação de nova contribuição social no valor de 1,7% dos salários da cotização obrigatória

<sup>35</sup> Bundesministerium für Gesundheit - Ministério da Saúde da Alemanha (2006)

(honorários, salários, pensões etc.) divididos em partes iguais entre o assalariado e o empresário. Porém, a lei procurou compensar o aumento de custos para as empresas eliminando um feriado do calendário trabalhista, o que fez com que a contribuição acabasse sendo assumida majoritariamente pelo trabalhador. Os aposentados também contribuem para o Seguro de Dependência. Até 1<sup>o</sup> de abril de 2004, sua participação correspondia à metade da contribuição, ficando a outra metade sob responsabilidade do governo federal. Após essa data, passaram a arcar sozinhos com a contribuição de 1,7 % sobre suas aposentadorias.<sup>36</sup>

A cotização máxima é de 57,3 euros ao mês. Para a arrecadação das cotas, utiliza-se do mesmo mecanismo do seguro de saúde obrigatório: a empresa deduz o montante diretamente da folha de pagamento de seu empregado e o remete para as caixas de seguro.

A gestão do seguro de dependência é competência das caixas criadas especialmente para esse fim, sendo autônomas e independentes, embora integradas e administradas pelas já existentes caixas de seguro de saúde. Essa situação significa que o novo seguro dispensou a organização de uma burocracia própria. As caixas do seguro de dependência são responsáveis por garantir o cuidado assistencial para seus segurados, negociar o preço dos serviços e controlar sua qualidade, bem como por avaliar as necessidades assistenciais e estabelecer o nível de dependência por meio do serviço médico do seguro de saúde.

Existe um comitê federal encarregado de supervisionar a aplicação do seguro de dependência, no qual estão representados a autoridade federal, as distintas administrações territoriais, os representantes dos segmentos que participam do financiamento e os provedores de serviços. Os governos regionais têm a responsabilidade de fomentar os investimentos nas residências institucionais e o pagamento do benefício. A provisão dos serviços é mista, dela participando tanto entidades não lucrativas como empresas, que atuam em igualdade competitiva. As entidades públicas possuem um caráter subsidiário, operando somente onde não atuam os provedores privados.

## ***2.2. A proteção social para as pessoas idosas em situação de dependência funcional no Japão***

### **2.2.1. A questão do envelhecimento populacional**

Como nos demais países desenvolvidos, observam-se importantes transformações demográficas no Japão.<sup>37</sup> Em 1980, a população total do país somava 116,8 milhões de pessoas, sendo que o grupo com 60 anos ou mais representava 12,9% do total. No

<sup>36</sup> Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales de la Embajada de España en Berlin (2004).

<sup>37</sup> UNITED NATIONS. World Population Prospects: The 2004 Revision and World Urbanization Prospects: The 2003 Revision, <http://esa.un.org/unpp>

entanto, 25 anos depois, em 2005, essa presença alcançava 26,3%, sobre um total populacional de 128 milhões de habitantes. Projeções realizadas pelas Nações Unidas para 2020 indicam que a população do país será de aproximadamente 126,7 milhões, com cerca de 33,9% de pessoas na faixa etária de 60 anos ou mais. Em 2050, este grupo populacional representará 41,7%, de um total próximo a 112, 1 milhões.

No tocante à evolução da proporção de pessoas na faixa etária de 80 anos ou mais, os dados revelam que este grupo passou de 1,4% da população japonesa, em 1980, para 4,8% em 2005. Estima-se que essa faixa etária alcançará 9,1% e 15,3% da população respectivamente em 2020 e 2050.

O envelhecimento populacional no Japão também pode ser evidenciado a partir da evolução da idade média de seus habitantes. Na década de 1980, a idade média da população era de 32,6 anos e, em 2005, aumentou para 42,9 anos. Projeções realizadas para o ano de 2020 apontam que estará em torno de 48,0 anos, enquanto que, em 2050, chegará a 52,3 anos. Paralelamente, em um período de três décadas (entre 1975 e 2005) registrou-se um acréscimo considerável na expectativa de vida da população japonesa, que aumentou aproximadamente dez anos. Enquanto entre 1975 e 1980 a expectativa de vida era de 75 anos, no intervalo 2000 e 2005 chegou a 81,9 anos. Estima-se que, entre os anos de 2015 e 2020, a expectativa de vida dos japoneses será de 84,5 anos e que entre 2045 e 2050 a população japonesa viverá, em média, até os 87,8 anos.

## **2.2.2. Antecedentes do seguro de cuidados de longa duração**

A magnitude do envelhecimento populacional indicado pelos dados e estimativas apresentados aponta para o desafio que enfrenta a sociedade japonesa para garantir proteção às pessoas idosas. Um primeiro aspecto diz respeito ao fato de que os cuidados de longa duração foram tradicionalmente responsabilidade das famílias. Esta é uma parte das obrigações mútuas de apoio entre os membros das famílias reguladas pelo Código Civil. Contudo, muito embora se considere que estejam presentes “contratos naturais” entre as gerações, as famílias há muito vêm encontrando dificuldades para realizar os cuidados de longa duração de seus idosos.

No Japão, até 1989, quando o governo instituiu a “Estratégia de Dez anos para Promoção do Cuidado da Saúde e Assistência Social para Idosos”, conhecida como Plano de Ouro, o cuidado público de longa duração costumava ser oferecido na modalidade assistencial. O alvo principal eram os idosos com suporte familiar limitado. Casas de repouso para idosos e cuidados domiciliares eram ofertados em quantidade restrita. Assim, as pessoas idosas com necessidades de cuidados de longa duração costumavam ficar hospitalizadas por anos. Na década de 1980, em razão do rápido envelhecimento populacional, o excesso de idosos nos hospitais, assim como a diminuição dos recursos voltados para os cuidados de longa duração na modalidade assistencial, começaram a ser

identificados como graves problemas sociais. Evidência disso é o fato de que, em 1986, dos estimados 600 mil idosos em situação de extrema dependência funcional, 20% estavam em instituições de cuidados, 42% em hospitais e os 38% restantes sendo cuidados por suas próprias famílias.<sup>38</sup>

Em 1989, o Japão deu início a um ambicioso plano decenal com o objetivo de construir uma infra-estrutura nacional para cuidar de sua população idosa ao mesmo tempo em que reduzia suas despesas. O Plano de Ouro deslocaria a maior parte dos cuidados institucionalizados em hospitais e lares de idosos para estratégias de melhoria da qualidade de vida das pessoas com incapacidades por meio de serviços domiciliares, geração de oportunidades igualitárias e promoção e garantia dos direitos humanos.<sup>39</sup>

Com o lançamento do Plano de Ouro, o governo buscou fazer face a esses problemas. O principal objetivo da medida era promover o aprimoramento das políticas voltadas para as pessoas idosas tendo como referência o ano 2000. O plano estabelecia metas relativas ao aumento do número de assistentes para atendimento em domicílio, de camas disponíveis em instituições e de centros-dia em operação, entre outros.

Em 1994, o Plano de Ouro passou por uma revisão, pois foi constatado que suas metas haviam se mostrado insuficientes para atender toda a demanda existente. Deste modo, o governo japonês elaborou o Novo Plano de Ouro expandindo suas metas de atendimento. O novo plano sofreu várias adequações em relação ao primeiro, tais como: aumento do número de assistentes para atendimento nos domicílios, aumento da capacidade das instalações destinadas a estadias de curta duração (períodos para descanso e cuidados especiais), diversificação da oferta de serviços diurnos (alimentação, exercícios, etc.) e visitas de médicos e enfermeiras para realização de cuidados e recomendações, visando incentivar a atenção à saúde das pessoas idosas.

Em 1997, foi aprovada a Lei do Seguro de Cuidados de Longa Duração. Este seguro foi criado para atender ao rápido crescimento da demanda por serviços de cuidados desta natureza, provocados pela expansão de atendimento do Novo Plano Ouro.

Juntamente com a entrada em vigor do novo seguro, uma nova medida foi lançada, o Plano de Ouro 21. Este novo plano, com previsão de 5 anos de duração foi concebido para construir a infra-estrutura básica e consolidar as políticas de saúde e bem-estar para os idosos. A medida ampliou o escopo das iniciativas anteriores, tendo os seguintes objetivos: (i) melhoria das bases dos serviços de cuidados de longa duração; (ii) promoção de medidas de apoio para idosos com problemas de senilidade; (iii) promoção de medidas para reabilitação dos idosos; (iv) desenvolvimento de um sistema de apoio aos idosos nas

---

<sup>38</sup> OECD (1996).

<sup>39</sup> Esses serviços são também denominados na literatura internacional como “community based rehabilitation” ou, de forma simplificada, CBR.

comunidades; (v) desenvolvimento de serviços de ajuda de longo prazo que ofereçam proteção e confiança para os usuários; e (vi) estabelecimento de uma fundação social de apoio à saúde e ao bem-estar do idoso.

### **2.2.3. Seguro de cuidados de longa duração**

Em 2000, foi implementado um modelo de cuidados de longa-duração de natureza contributiva e assistencial. Quando do lançamento do seguro de cuidados de longa duração, em abril daquele ano, o governo divulgou o seguinte slogan: “Do cuidado pela família para o cuidado pela sociedade”, indicando sua intenção em promover a socialização do cuidado para pessoas dependentes.<sup>40</sup>

O seguro de cuidados de longa duração – que passou a ser o quinto programa de seguro japonês, ao lado do seguro de saúde, aposentadoria, seguro desemprego e seguro de compensação por acidentes de trabalho – tem como objetivo proteger as pessoas incapacitadas na faixa etária de 40 ou mais anos, sendo que, para as situações de incapacidade em outras faixas etárias, o Japão possui um sistema de proteção separado, financiado por meio de impostos.<sup>41</sup> Dessa forma, diferentemente do modelo alemão, o seguro japonês é específico para idosos.

Neste seguro, a população beneficiária é dividida em dois tipos: tipo 1, referente aos demandantes de 65 ou mais anos, e tipo 2, relativo aos demandantes entre 40 e 65 anos. O direito de acesso aos cuidados de longa duração dos demandantes com idade entre 40 e 65 anos é limitado a 15 tipos de doenças que produzem incapacidades, como, por exemplo, o Mal de Alzheimer.

O modelo japonês de cuidados de longa duração é regulado, financiado e supervisionado publicamente. O gerenciamento é realizado pelas municipalidades e a provisão de serviços é de caráter privado (com ou sem fins lucrativos).

O seguro inclui duas modalidades de serviços: os domiciliares e comunitários e os institucionais, como indicado no quadro a seguir:

---

<sup>40</sup> TSUTSUI e MURAMATSU (2005).

<sup>41</sup> WATARU, YANFEI e OGURA (2005).

### **Quadro 3. Japão: Serviços do seguro de cuidados de longa duração**

#### **a) Principais serviços domiciliares e comunitários**

- ajuda domiciliar;
- visita para auxílio no banho;
- visita para cuidados de enfermagem;
- reabilitação em casa;
- visita de médicos e dentistas em casa;
- internações de curta permanência;
- promoção de cuidados em centros onde os idosos podem passar o dia sem necessidade de internação;
- lares para idosos com demência; e
- modificação da habitação

#### **b) Serviços institucionais**

- instalações e serviços que garantem o bem-estar e a saúde dos idosos

*Fonte: Tsutsui, Takako & Muramatsu, Naoko. Care-Needs Certification in the Long-Term Care Insurance System of Japan. In: Journal of American Geriatrics Society, 53:522–527, 2005.*

O Seguro Público de Cuidados de Longa Duração japonês não contempla nenhum benefício ou serviço de apoio para o cuidador informal.

#### **2.2.4. Níveis de dependência e acesso aos benefícios**

No que diz respeito ao processo de solicitação do benefício e de avaliação das condições de elegibilidade, quatro etapas são observadas: (i) solicitação formal; (ii) avaliação do status físico e mental do demandante; (iii) entrevista do demandante com os profissionais da área da saúde; e (iv) informação sobre a decisão. Cada uma dessas fases será detalhada a seguir.

O processo de elegibilidade começa com o demandante ou sua família solicitando ao governo municipal o acesso aos serviços. Após a solicitação, um funcionário público visita a casa do candidato para preencher um instrumento de avaliação de suas condições físicas e mentais, além de considerar os procedimentos médicos aos quais ele deve ser submetido. A avaliação do estado físico e mental do demandante tem como objetivo estimar o tempo gasto com atividades diárias, avaliando o nível de dependência com base no total de minutos estimados para realização dos cuidados diários.

A análise de cada caso leva em consideração sete dimensões, sendo que cada uma delas se desagrega em um determinado número de variáveis. As dimensões consideradas são: (i) paralisia e limitações para realizar movimentos; (ii) movimento e equilíbrio; (iii) movimentos complexos; (iv) condições que exigem assistência especial; (v) condições que requerem assistência para as atividades da vida diária e para as atividades instrumentais da vida diária; (vi) comunicação e cognição, e (vii) problemas comportamentais.

O passo seguinte se refere a uma entrevista de avaliação da situação da dependência, realizada por profissionais da saúde. Essa entrevista revê a classificação produzida na fase anterior, levando em consideração a indicação descritiva, assim como um relatório do médico do solicitante. A decisão de elegibilidade é comunicada para o candidato no prazo de 30 dias. Se recusado o pedido, o candidato pode apelar para uma agência de reavaliação que funciona na instância da prefeitura.

O sistema de classificação da dependência prevê seis níveis, agrupados em duas categorias. O nível mais leve é classificado na categoria “auxílio demandado”, relativa a serviços preventivos; os outros cinco enquadram-se na categoria “cuidado demandado”.<sup>42</sup>

Conforme observado no quadro 4, a categoria “auxílio demandado” exige um tempo de cuidados diários entre 30 e 50 minutos. Os serviços residenciais são cobertos até o limite de 578 dólares. Os demandantes classificados nesta categoria não têm direito a serviços institucionais. A categoria “cuidado demandado”, por sua vez, comporta cinco níveis de classificação. O nível 1 agrupa pessoas que demandam mais de 50 minutos de cuidados diários; no outro extremo, o nível 5 reúne os que requerem ajuda a partir de 110 minutos por dia. As pessoas agrupadas nesta categoria têm direito tanto a serviços residenciais e comunitários quanto institucionais.

A diferença entre os valores máximos para a cobertura de despesas com serviços residenciais e comunitários entre o nível 1 e o nível 5 é de quase seis vezes. Para cobrir serviços institucionais, os valores máximos do nível 5 são cerca de 66% superiores aos do nível 1.

---

<sup>42</sup> TSUTSUI e MURAMATSU (2005).

**Quadro 4. Japão: Níveis de necessidades de cuidados – critérios e benefícios do seguro**

Nível	Tempo estimado de cuidados diários (em minutos)	Valor máximo para cobrir as despesas com serviços residenciais e comunitários por mês (em dólares)	Valor máximo para cobrir as despesas com serviços institucionais por mês (em dólares)
Auxílio demandado	< 30	578	Não elegível
Cuidado demandado nível 1	< 50	1550	2299
Cuidado demandado nível 2	< 70	1821	2607
Cuidado demandado nível 3	< 90	2500	3275
Cuidado demandado nível 4	< 110	2860	3558
Cuidado demandado nível 5	≥ 110	3349	3813

Fonte: Tsutsui, Takako & Muramatsu, Naoko. *Care-Needs Certification in the Long-Term Care Insurance System of Japan*. In: *Journal of American Geriatrics Society*, 53:522–527, 2005.

Embora os usuários estejam livres para escolher os serviços, é comum que um gerente de cuidados monte um plano de atenção (uma agenda semanal) e coordene os serviços para o beneficiário.<sup>43</sup>

### 2.2.5. Modelo de financiamento e gestão

Como indicado anteriormente, existem dois tipos de pessoas asseguradas pelo Seguro de Cuidados de Longa Duração: tipo 1 (demandantes de 65 ou mais anos) e tipo 2 (demandantes entre 40 e 65 anos). As contribuições dos assegurados tipo 1 são fixadas segundo faixas salariais e deduzidas, acima de determinada quantia, dos benefícios de aposentadoria.<sup>44</sup>

As contribuições dos assegurados tipo 2 são recolhidas pelas seguradoras de saúde junto com aquelas do seguro de saúde e abonadas em quantidades fixas. A contribuição é paga pelos trabalhadores e empregadores. Contudo, o montante da contribuição varia conforme o demandante esteja assegurado pelo Seguro de Saúde do Empregado ou pelo Seguro Nacional de Saúde, como apontado no quadro 5.

É importante enfatizar que as pessoas com necessidades de cuidados de longa duração devem assumir 10% do custo dos serviços utilizados.

<sup>43</sup> As pessoas idosas que necessitam de cuidados e seus familiares têm a opção de ter seu plano de cuidados formulado por um profissional de sua escolha, que também coordenará os serviços baseados no plano. O sistema do seguro reembolsará o custo decorrente desse trabalho.

<sup>44</sup> Quando não descontada dos benefícios de aposentadoria, a contribuição é recolhida pelas municipalidades.

**Quadro 5. *Japão: Beneficiários e contribuições  
segundo tipos de assegurados***

	Tipo 1	Tipo 2
Segurados	Pessoas com 65 anos ou mais	Pessoas entre 40 e 64 anos que possuam seguro de saúde
Beneficiários	Pessoas que demandam cuidado constante e pessoas que demandam apoio na realização de atividades da vida diária	Pessoas portadoras de alguma das 15 doenças que produzem incapacidade, cobertas pelo seguro de cuidados de longa duração
Forma de cotização	Recolhida pelas municipalidades	Recolhida com as contribuições do seguro de saúde
Método de taxação e arrecadação	Contribuições fixadas por faixas salariais deduzidas dos benefícios de aposentadoria cujo valor seja superior a 180 mil yen por ano. Para aposentadorias de valor inferior, as contribuições são recolhidas diretamente pelas municipalidades	Taxas pagas pelos trabalhadores e empregadores e recolhidas com as contribuições do seguro de saúde pelas seguradoras e abonadas em quantidades fixas. A contribuição varia conforme o demandante esteja assegurado – pelo Seguro de Saúde do Empregado ou pelo Seguro Nacional de Saúde

### ***2.3. A proteção social para as pessoas idosas em situação de dependência funcional nos Estados Unidos***

#### **2.3.1. A questão do envelhecimento populacional**

Entre 1980 e 2005, a proporção de pessoas idosas e, especialmente, daquelas com mais de 80 anos cresceu significativamente nos Estados Unidos.<sup>45</sup> Nesse período, a população norte-americana passou de 230,9 milhões para 298,2 milhões de pessoas. A participação do grupo com 60 anos ou mais subiu de 15,6% para 16,7% em duas décadas e meia. As projeções realizadas pelas Nações Unidas para o ano de 2020 indicam que a população total chegará a 338,4 milhões de pessoas, sendo que 22% estarão com 60 anos ou mais. Em 2050 esse grupo etário chegará a representar 26,4% dos cerca de 395 milhões de habitantes.

<sup>45</sup> UNITED NATIONS. World Population Prospects: The 2004 Revision and World Urbanization Prospects: The 2003 Revision, <http://esa.un.org/unpp>

O crescimento da proporção de pessoas com 80 anos ou mais se intensificará. Se nos anos 1980 esse grupo etário representava 2,4% da população, em 2005 já havia subido para 3,6%. Estima-se que em 2050 representará 7,3% do total de pessoas vivendo nos Estados Unidos.

A evolução da idade média e o crescimento da expectativa de vida nos EUA comprovam o envelhecimento populacional daquela sociedade. A idade média da população na década de 1980 era de 30,1 anos e já havia alcançado 36,1 anos em 2005. Projeções realizadas para o ano de 2020 apontam que chegará a 37,6 anos, enquanto que em 2050 será de 41,1 anos. Quanto à expectativa de vida, esta era de 73,3 anos entre 1975 e 1980. No período entre os anos 2000 e 2005 havia subido para 77,3 anos e as projeções indicam que entre 2015 e 2020 será de 79,1 anos. Para o período entre 2045 e 2050, as projeções apontam que a população norte-americana viverá, em média, até os 82,4 anos de idade.

### 2.3.2. Antecedentes da proteção social para os idosos

O Ato dos Idosos Americanos foi assinado pelo presidente Lyndon B. Johnson em 14 de julho de 1965. Além de criar o *Administration on Aging* (órgão vinculado ao Departamento de Saúde de Serviços Humanos), esse ato autorizou transferência de recursos federais para os estados federados realizarem planejamento comunitário e implementarem programas de serviços, bem como pesquisas e projetos de treinamento na área do envelhecimento. O escritório da Secretaria de Assistência orientava a política, os programas e o gerenciamento do *Administration on Aging*. Também em 1965 foram criados os programas federais *Medicare* (o seguro de saúde federal) e *Medicaid* (o programa assistencial de proteção à saúde), que ainda hoje configuram a base da proteção social pública nos Estados Unidos e serão descritos adiante.

Depois de 1965, emendas feitas ao Ato dos Idosos permitiram transferências de recursos para as “*Agencies on Aging*”, visando a identificação de necessidades locais, o planejamento e o financiamento dos serviços voltados para os idosos fragilizados, incluindo programas de nutrição na comunidade.

Desde então foi observado um forte crescimento do número de pessoas muito idosas, portadoras de doenças crônicas e de incapacidades funcionais, que demandam cuidados de longa duração. O aumento da procura por esses cuidados levou a diferentes propostas políticas para atender tais demandas, a um custo considerado razoável. Os debates têm apontado a existência de diferentes pontos de vista com relação a três questões fundamentais: (i) responsabilidade social pelo cuidado dos idosos; (ii) divisão pública dessa responsabilidade (governo federal e estadual), e (iii) reforma dos cuidados de longa duração (e custos associados) como parte de uma agenda de reforma mais ampla no sistema de saúde.<sup>46</sup>

<sup>46</sup> OECD (1996).

### 2.3.3. Tipos de proteção e serviços oferecidos

Nos Estados Unidos, o cuidado de longa duração oferecido pelo Estado ao idoso dependente visa atender as necessidades das pessoas de baixa renda. Seu papel é complementar ao dos seguros privados de cuidados de longa duração,<sup>47</sup> que garantem a proteção contra o risco de dependência e invalidez, respondendo pelas necessidades específicas das pessoas idosas de outros segmentos da população. As apólices desses seguros cobrem uma quantidade máxima de recursos, cujo montante depende do valor negociado. Esse produto pode ser adquirido no mercado de seguros ou pode ser facilitado pelas empresas privadas ou pelo setor público (os empregados do governo federal, o *US Postal Service* e membros das forças armadas, bem como funcionários de alguns estados são cobertos contra esse risco). Algumas companhias do mercado de seguros autorizam a utilização de seguros de vida para pagar o custo de enfermidades terminais ou de longa duração.

Nesse contexto, a modalidade pública de proteção social para os idosos dependentes está voltada para aquele grupo não coberto pelas modalidades privadas e é realizada por meio de dois programas: *Medicare* e *Medicaid*. O seguro de saúde *Medicare* está disponível para pessoas inscritas na Seguridade Social e provê basicamente cuidados de curta duração. Já o programa *Medicaid* oferece, de forma limitada, cuidados de longa duração para determinados grupos sociais de baixa renda. Esses dois programas podem ser complementados pelo Programa de Cobertura Total para Idosos (PACE), assim como por instituições de acolhida e por um programa de apoio a cuidadores, que também serão abordados a seguir.

#### a) *Medicare*

O *Medicare*<sup>48</sup> é um seguro de saúde público gerenciado pelo seguro social que oferece benefícios monetários para três grupos específicos de pessoas: (i) idosos de 65 anos ou mais; (ii) pessoas incapacitadas menores de 65 anos; e (iii) pacientes com doença renal em etapa terminal.<sup>49</sup> O *Medicare* autoriza assistência médica de curta duração para pessoas de 65 anos ou mais em instituições ou na própria residência. O seguro cobre uma parte do gasto realizado, sendo a outra parte paga pelo paciente com recursos próprios ou utilizando seguros privados, caso possuam. O seguro está organizado em diversas partes, sendo que o chamado *Original Medicare* é composto por duas partes: “A” e “B”, que são administradas pelo governo federal.

<sup>47</sup> IMSERSO (2004).

<sup>48</sup> <http://www.medicare.gov>

<sup>49</sup> A pessoa realiza diálise diariamente, necessitando de transplante.

A parte “A”, também conhecida como *Hospital Insurance* (ou Seguro de Internação Hospitalar) pode ser usufruída (sem necessidade de inscrição, pois a adesão é automática) pelas pessoas que contribuíram para a previdência social por pelo menos 10 anos. Essa parte do seguro constitui um benefício para o usuário pagar uma parcela de sua internação temporária em hospital ou centro de enfermagem especializado, bem como o cuidado de saúde de curta duração realizado em domicílio. Também cobre cuidados realizados em instituições psiquiátricas (total de 190 dias). O cuidado na própria residência inclui serviços como enfermagem em tempo parcial, terapias física, ocupacional e da fala, auxiliar de saúde e equipamento médico (cadeira de rodas, camas hospitalares, entre outros).

A parte “B” do seguro é conhecida como *Medical Insurance* (ou Plano de Saúde). Opcional, ela é financiada em grande parte pelos pagamentos mensais dos indivíduos inscritos. Constitui um benefício para ajudar a pagar serviços médicos, cuidados para pacientes ambulatoriais e outros serviços não cobertos pela parte “A”, quando necessários por razões médicas. Esta parte do *Medicare*, que também cobre serviços de prevenção da saúde, demanda não apenas o pagamento da mensalidade específica do seguro, mas também de uma franquia anual antes da cobertura entrar em vigor. Como indicado, o *Medicare* não cobre o cuidado de longa duração. O denominado “*custodial care*”, ou seja, a ajuda para realizar as atividades da vida diária também não é coberto pelo programa.

O *Medicare* possui ainda outras partes opcionais, que também podem ser contratadas (parte “C” e parte “D”). Os chamados *Advantage Plans*, que compõem a Parte C, são organizados por empresas privadas e vêm em diferentes formatos, que geralmente combinam o equivalente à parte “A” e parte “B”. Nesta linha existem os Planos de Manutenção da Saúde (*Medicare Health Maintenance Organization Plans*), Planos de Fornecedor Preferido (*Medicare Preferred Provider Organization Plans*), Planos de Necessidades Especiais (*Medicare Special Needs Plans*).

A parte “D” do *Medicare* está associada a um chamado Plano de Medicamentos (*Medicare Prescription Drug Plan*), que corresponde a um benefício para compra de medicamentos acessível apenas aos beneficiários com renda anual de até 10 mil dólares, no caso de uma pessoa, e de até 20 mil, para o casal.

Avalia-se que a cobertura dos cuidados de curta duração do *Medicare* resulta insuficiente, apontando-se, entre outros, a cobertura incompleta no que tange aos cuidados preventivos e a ausência de cobertura para cuidados odontológicos ou para problemas auditivos e visuais. Tendo em vista essas limitações do seguro, seus beneficiários podem também adquirir um plano de saúde de uma empresa particular a fim de cobrir as lacunas existentes. Este tipo de plano é conhecido como *MediGap Insurance* e seus fornecedores precisam atender as diretrizes federais, bem como se identificar como Plano de Saúde Suplementar da Seguridade Social.

b) *Medicaid*

O *Medicaid* é um programa público, executado conjuntamente pelos governos federal e estadual, que oferece cuidados de saúde para famílias e indivíduos que atendem determinados requisitos, sendo o principal deles a baixa renda. Contudo, o *Medicaid* não oferece cobertura para o conjunto das pessoas pobres, mas apenas para certos grupos afetados por vulnerabilidades específicas, como deficientes visuais, idosos, incapacitados, mulheres grávidas e crianças dependentes. Os critérios de elegibilidade e os serviços oferecidos podem variar entre os estados e dentro de cada condado. O governo federal tem estabelecido um conjunto de diretivas, mas cada estado decide sobre a utilização dos recursos. Em razão dessa variação, atualmente há 51 diferentes programas no país que oferecem serviços, incluindo remédios receitados. Apesar disso, muitos beneficiários têm dificuldade em encontrar fornecedores que aceitem o *Medicaid*, devido à sua baixa taxa de reembolso.

O *Medicaid* cobre serviços de saúde e cuidados médicos residenciais, mas não oferece benefícios monetários. Os serviços médicos ofertados incluem assistência médica, optometria, odontologia, radiografia, exames laboratoriais, medicamentos e hospitalização, entre outros. A manutenção da elegibilidade depende da reavaliação da pessoa que necessita dos serviços, realizada anualmente. Além dos serviços de saúde, o *Medicaid* oferece cuidados médicos residenciais de longa duração, para idosos e pessoas com incapacidades. Contudo, além dos cuidados serem limitados, os critérios de elegibilidade para ter acesso a tais serviços também variam de estado para estado.

c) *Programa de Cobertura Total para os Idosos (Program of All-Inclusive Care for the Elderly – PACE)*<sup>50</sup>

O PACE é um programa que pode beneficiar pacientes do *Medicare* e *Medicaid* necessitados de serviços médicos e sociais de longa duração, os quais são oferecidos em domicílio ou em instituições, no caso de pacientes internados. O PACE constitui um programa permanente do *Medicare*, mas pode ser utilizado pelo estado para prover esses serviços aos pacientes do *Medicaid*, como uma opção. Uma equipe de médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde avaliam as necessidades do aspirante a participar do programa. Com base nessa avaliação, são desenvolvidos planos de cuidados com a saúde.

Para ter acesso aos benefícios deste programa, o demandante deve matricular-se no PACE e atender os seguintes requisitos: (i) viver em uma área atendida pelo programa; (ii) ter 55 anos de idade ou mais; (iii) estar assessorado por um grupo de médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde; e (iv) ser capaz de viver com segurança dentro da comunidade.

---

<sup>50</sup> <http://www.medicare.gov>

O PACE oferece serviços médicos, sociais e de reabilitação visando à preservação ou restauração da autonomia das pessoas para que possam permanecer em suas casas e comunidades, mantendo sua qualidade de vida. O pacote de serviços deste programa inclui não apenas os serviços do *Medicare* e do *Medicaid* oferecidos pelo estado, mas também qualquer outro serviço considerado necessário por uma equipe de profissionais interdisciplinares. O mínimo de serviços que devem ser oferecidos pelo PACE inclui serviços sociais, terapias, cuidado pessoal, serviços de apoio, acompanhamento com nutricionista, aconselhamento, terapias recreativas e refeições. Geralmente, estes serviços são oferecidos por um Centro de Cuidado Diário para Adultos, mas podem também incluir serviços residenciais ou de outro tipo, conforme seja requerido pelo beneficiário.<sup>51</sup>

Mensalmente, o PACE recebe um montante fixo de recursos do *Medicare* e do *Medicaid*, por cada beneficiário. A quantia é a mesma durante o ano contratual, independente dos serviços que possam ser demandados. As pessoas inscritas no programa também podem ter que pagar uma prestação mensal, dependendo de sua elegibilidade (se *Medicare* ou *Medicaid*).

#### d) Instituições para idosos

Existem dois tipos de instituições para pessoas idosas, de acordo com o tipo de ajuda que a pessoa necessita: as instituições de vida assistida e as instituições de cuidados especializados (ou lares de idosos).<sup>52</sup>

As instituições de vida assistida acolhem pessoas idosas com pouca ou nenhuma necessidade de atenção médica. Essas instituições oferecem, principalmente, ajuda para a pessoa idosa realizar as atividades da vida cotidiana (tomar banho, vestir-se ou fazer uso de medicamentos). As pessoas idosas, geralmente, vivem de forma independente em unidades individualizadas. A instituição oferece alimentos e limpeza da unidade, promove atividades culturais ou recreativas e desloca profissionais para acompanhar o idoso ao médico ou ao centro comercial.

As instituições de cuidados especializados acolhem pessoas com necessidades de cuidados permanentes, relacionadas a dependência física grave ou incapacidade em estado avançado. Trata-se de pacientes que precisam de ajuda especializada, como supervisão permanente para evitar acidentes que possam provocar danos e apoio para alimentar-se, banhar-se, usar medicamentos e locomover-se de um lugar para outro. Essas instituições oferecem serviços e supervisão 24 horas por dia, incluindo cuidado médico e algumas terapias físicas ou ocupacionais. Também podem oferecer outros serviços, como atividades sociais ou transporte.

<sup>51</sup> Department of Health and Human Services (2006).

<sup>52</sup> National Institute on Aging (2006).

Existem várias maneiras de pagar por estes serviços.<sup>53</sup> O *Medicare* somente cobre os gastos para curtos períodos em instituições de cuidados especializados. O *Medicaid* assiste determinados grupos de baixa renda com cuidados de longa duração em instituições. Restam o seguro de natureza privada e os recursos próprios da pessoa como fontes de financiamento. É recorrente o fato de muitas pessoas idosas começarem a pagar pelos serviços de cuidados de longa duração com seus próprios recursos e, posteriormente, quando esses ficam escassos, se tornarem elegíveis para o *Medicaid*.

#### e) *Cuidadores familiares*

Em 2001 foi inaugurado oficialmente o Programa Nacional de Apoio para os Cuidadores Familiares, gerenciado e subvencionado pela Administração do Envelhecimento, ligada ao Departamento de Saúde e Serviços Humanos.

Esse programa, atuando em conjunto com as agências da área de envelhecimento e os provedores de serviços das comunidades locais, oferece, para os cuidadores familiares do conjunto dos estados, os seguintes serviços básicos: (i) informação sobre os serviços disponíveis; (ii) assistência aos cuidadores familiares para obtenção dos serviços de apoio; (iii) assessoria individual, organização de grupos de apoio e capacitação dos cuidadores familiares para resolver problemas relativos a seus papéis; (iv) substituição temporária dos cuidadores familiares; (v) apoio institucional de caráter intermitente ocasional ou de emergência; e (vi) serviços complementares de apoio ao cuidado proporcionado pelos cuidadores familiares (modificações no lar, tecnologias de assistência, sistema de resposta a emergências, equipamentos, transportes, entre outros).

### 2.3.4. Modelo de financiamento e gestão

O financiamento da proteção aos idosos nos Estados Unidos se organiza sobre três pilares: o primeiro está calcado nas contribuições para o seguro social, recolhidas por meio de descontos na folha de pagamento e com custos divididos entre empregadores e empregados; o segundo, nos impostos gerais, para o qual participam os estados e o governo federal; e o terceiro, na aquisição de apólices de seguros privados pelas famílias. O pilar contributivo financia o seguro de saúde *Medicare*, que provê serviços médicos e de enfermagem, entre outros, todos de caráter temporários. A proteção para os idosos dependentes que demandam cuidados de longa duração se baseia nos impostos gerais e nos seguros privados. No segundo caso, financia-se o programa *Medicaid*, dirigido a determinados grupos de pessoas de baixa renda ou sem recursos financeiros. Por fim, no terceiro caso, financiam-se as ações dirigidas ao restante da população, que pode comprar no mercado dos seguros uma apólice de seguro de longa duração.

---

<sup>53</sup> National Institute on Aging (2006).

## 2.4. Conclusão

Este capítulo apresentou as experiências de proteção social para pessoas idosas em situação de dependência na Alemanha, no Japão e nos Estados Unidos. Embora a instituição do seguro social tenha sido a estratégia geral adotada nos três países, este se organiza sob características diferenciadas em cada um deles.

Apenas no Japão há um seguro específico para pessoas idosas dependentes, na Alemanha, o seguro social cobre o conjunto da população incapacitada e não apenas o grupo de idosos. Em ambos os países, o seguro é financiado por contribuições de trabalhadores ativos, empregadores e aposentados e oferece serviços de cuidados de longa duração que podem ser prestados em domicílio ou em instituições para idosos e pelos quais é comum haver exigência de pagamento de taxas conforme a utilização. O acesso às prestações do seguro de dependência obedece a determinados critérios de elegibilidade, entre os quais se destaca o grau de dependência do beneficiário, que é avaliado segundo o sistema de classificação específico de cada país. Efetivamente, tanto na Alemanha como no Japão existem seguros privados, mas esses atuam de maneira suplementar ao seguro público obrigatório.

O terceiro país a compor esse grupo observa situação distinta. Nos Estados Unidos, não há um sistema de filiação obrigatória a seguros sociais e os seguros para a situação de dependência são privados. Trata-se de apólices que cobrem uma quantidade máxima de benefícios monetários segundo o valor contratado pelo usuário. Porém, a atenção às pessoas idosas dependentes também pode ser dar de outras duas formas: por meio seguro de saúde *Medicare* – que exige a participação do usuário no financiamento dos serviços e oferece primordialmente cuidados de curta duração – e do programa assistencial de proteção à saúde *Medicaid* – que é financiado pelo governo federal e pelos governos estaduais e oferece à população de baixa renda parte dos cuidados de longa duração de que necessita. Tal configuração indica que nos Estados Unidos a maior parte da responsabilidade pelos cuidados exigidos pela situação de dependência entre os idosos é atribuída aos próprios indivíduos e suas famílias.

Por fim, cabe destacar que tanto na Alemanha quanto nos Estados Unidos existem políticas de apoio voltadas aos cuidadores informais, que envolvem treinamento, sua substituição temporária e serviços complementares de apoio (modificações no lar, tecnologias de assistência, sistema de resposta a emergências, equipamentos, transportes, entre outros). Na Alemanha, especificamente, os cuidadores podem usufruir, sob algumas condições, de uma proteção ainda mais efetiva, com direito a benefícios previdenciários que contemplam o seguro de acidentes de trabalho e a contribuição para efeito de aposentadoria. No Japão, o seguro social não oferece qualquer cobertura aos cuidadores informais. Há, contudo, um benefício pecuniário para famílias cuidadoras pobres que não estão protegidas pelo seguro social contributivo.

## CAPÍTULO 3

### Oferta de Serviços e Benefícios Não Contributivos: Espanha, França, Reino Unido e Suécia

A seguir, serão apresentadas as experiências de quatro países que optaram pela oferta de serviços e benefícios não contributivos para atender as pessoas idosas em situação de dependência, a saber: Espanha, França, Reino Unido e Suécia. Tal como se deu no capítulo anterior, o texto discutirá o envelhecimento populacional nesses países e os elementos fundamentais de seus sistemas de proteção para idosos dependentes: marco histórico e legal, normas de classificação da dependência vigentes, tipos de prestações disponíveis e estratégias de financiamento praticadas.

#### ***3.1. A proteção social para as pessoas idosas em situação de dependência funcional na Espanha***

##### **3.1.1. A questão do envelhecimento populacional**

A Espanha, assim como muitos países da Europa, tem experimentado um processo de rápido envelhecimento populacional. Os dados<sup>54</sup> mostram que, em 1980, a população espanhola era de aproximadamente 37,5 milhões de habitantes, sendo que 14,9% se encontravam na faixa etária de 60 anos ou mais. Quando, em 2005, a população atingia os 43 milhões de habitantes, aquele grupo já compunha 21,4% do total. Projeções realizadas para os anos de 2020 e 2050 apontam para um crescimento populacional limitado, com aumento proporcional da população na faixa etária de 60 anos ou mais. Se, em 2020, para um total de 44 milhões de pessoas, 26% estarão com 60 anos ou mais, em 2050 estima-se que esse grupo representará cerca de 40% de uma população que terá se reduzido para 42 milhões de habitantes.

A proporção de pessoas na faixa etária de 80 anos ou mais em 1980 era de 1,7% sobre o total de habitantes da Espanha. Porém, vinte e cinco anos depois esse grupo já representava 4,1% da população. A previsão das projeções é de que as pessoas muito idosas representem 5,7% do conjunto de habitantes em 2020 e cresça para 12,3% em 2050.

No tocante à idade média da população espanhola, o aumento tem sido expressivo: em 1980 era de 30,3 anos, tendo aumentado 8,3 anos em 2005, quando atingiu os 38,6 anos. Estima-se que em 2020 a população terá uma idade média de 45 anos e, em 2050, quase 50 anos.

---

<sup>54</sup> UNITED NATIONS. World Population Prospects: The 2004 Revision and World Urbanization Prospects: The 2003 Revision, <http://esa.un.org/unpp>

Com relação à expectativa de vida dos espanhóis, tem-se que, em um intervalo de três décadas, essa aumentou em 5,1 anos. Entre 1975 e 1980 os espanhóis podiam aspirar a viver, em média, até os 74,3 anos. Já entre 2000 e 2005, a esperança de vida subiu para 79,4 anos. Estimativas prevêm que em 2015 terá chegado a 81,4 anos e, em 2050, a 84,8 anos.

### 3.1.2. Antecedentes da proteção social para pessoas idosas

Os dados apresentados apontam a presença de um processo de envelhecimento populacional que coloca novos desafios para a política social na Espanha. Tradicionalmente, as pessoas idosas em situação de dependência eram atendidas pelos familiares, especialmente pelas mulheres da família. Contudo, três mudanças contribuíram para que este modelo de solidariedade familiar entrasse em crise: (i) a redução de cuidadores familiares potenciais, em razão da redução do número de mulheres disponíveis para ofertar os cuidados necessários e do aumento do número de idosos que precisam de cuidados prolongados; (ii) as mudanças no modelo tradicional de família, devido ao aumento da taxa de divórcios, das famílias monoparentais e da permanência dos filhos no lar até idades próximas aos 30 anos; e (iii) as mudanças na posição social da mulher associadas a sua incorporação ao mercado de trabalho, que reduzem a população cuidadora e, em especial, a disponibilidade de tempo a ser dedicado aos cuidados. Essas transformações têm produzido um aumento da demanda por serviços e benefícios sociais de apoio à população dependente e aos cuidadores.

Com as limitações progressivas observadas na oferta de cuidados ancorada na solidariedade familiar tradicional, a demanda por serviços de apoio formais, comunitários e em instituições vêm se tornando crescente. Como em outros países europeus, a Espanha garante o acesso universal aos serviços de saúde. Contudo, o acesso aos serviços sociais públicos é debilitado pela oferta limitada e pelo déficit na proteção da dependência, sob responsabilidade dos serviços sociais comunitários e das instituições para idosos.<sup>55</sup>

Identificado como um problema social crescente, a dependência se tornou objeto de debate público, em torno do qual se sucederam estudos, iniciativas e propostas. Esse longo caminho teve como marco a publicação do Informe Gaur, em 1975, considerado o primeiro estudo sociológico espanhol sobre a velhice. Retratando as condições de atendimento aos idosos, esse informe revelava a pobreza desse segmento da população e os escassos recursos que lhe eram destinados. Na prática, esses recursos se reduziam às *residencias*, herdeiras dos antigos asilos do século XIX.<sup>56</sup> Enquanto nos países do norte da Europa eram formuladas severas críticas à institucionalização das pessoas idosas,

<sup>55</sup> CABRERO (2006).

<sup>56</sup> Segundo o Informe Gaur, de um total de 3 milhões de pessoas idosas, 40 mil viviam em asilos e *residencias*.

chamando-se a atenção para os efeitos perniciosos em sua saúde física e mental, a Espanha vivia a “época dourada” da construção de residências coletivas de grande porte, destinadas a idosos de baixa renda.

Foi nos anos de 1980 que se verificaram grandes mudanças no sistema de proteção social espanhol, com repercussões na garantia de serviços e benefícios à população idosa. Nessa década, generalizou-se o sistema de aposentadorias e o acesso aos serviços de saúde, ao mesmo tempo em que se implantou um sistema público de serviços sociais. A partir de então, as propostas de atendimento às pessoas idosas em seu meio habitual ganharam força, enfatizando o atendimento comunitário e deslocando o foco das residências coletivas para os serviços sociais, ainda em desenvolvimento incipiente.

Da perspectiva da política social, essa mudança significou “devolver” às famílias o protagonismo que não tinham abandonando: a responsabilidade pelos cuidados e atendimento aos idosos. Nesse contexto, a intervenção pública se estruturou sob o conceito de “ajuda”, respeitando a autonomia dos indivíduos e apoiando seus esforços para permanecerem em seu meio habitual. É importante observar, no entanto, que, com relação aos países do norte da Europa, esse processo se deu na Espanha com vinte anos de atraso.

Na década de 1990 constatou-se a necessidade de organizar as políticas de atenção para as pessoas idosas considerando a situação no longo prazo. Nesse contexto surgiu o “Plan Gerontológico” (1992), organizado em cinco áreas de atuação: (i) aposentadorias; (ii) saúde e assistência sanitária; (iii) serviços sociais; (iv) cultura e lazer; e (v) participação. Essas áreas foram sistematizadas em linhas de atuação, objetivos e medidas para seu desenvolvimento, assim como foram identificadas as entidades responsáveis pela sua aplicação.

O plano estimulou o desenvolvimento de pesquisas sobre a dependência, fundamentais para formular as propostas de políticas, permitindo conhecer as características da população dependente, a estrutura de cuidados informais, o gasto público e os modelos alternativos de proteção social. Com base nesse conhecimento, pela primeira vez na história da Espanha foram estabelecidas metas de cobertura de serviços sociais, fixando-se o prazo de uma década para seu alcance. Paralelamente, previu-se o planejamento e o desenvolvimento de serviços até então inexistentes, como centros-dia, residências temporárias e sistemas alternativos de alojamento. Também se avançou na explicitação das responsabilidades dos serviços sociais e de saúde e na discussão das necessidades dos cuidadores familiares e das questões de gênero envolvidas na prestação de cuidados. Além disso, foi estipulada a ampliação do acesso das pessoas idosas aos bens culturais, à educação, ao aprendizado e à participação social.

Contudo, as avaliações realizadas consideraram que a execução do plano foi bastante limitada. Entre os aspectos que comprometeram seu desenvolvimento, é possível destacar a reduzida dotação orçamentária, o escasso aumento do gasto em serviços sociais pelas

Comunidades Autônomas e as dificuldades no processo de descentralização territorial das competências e da gestão dos serviços sociais. Além disso, tem sido indicado que a população espanhola percebe a atenção às pessoas idosas como assunto privado e não como responsabilidade dos poderes públicos e do conjunto da sociedade. Em razão disso, o grau de pressão para que o sistema de proteção social ofereça respostas adequadas mostra-se pouco significativo.

No período mais recente, o debate político sobre a proteção da dependência se desenvolveu em torno de quatro perspectivas: (i) a criação de um seguro público universal, na esteira do modelo austríaco, alemão e luxemburguês,<sup>57</sup> defendida pelo o IMSERSO (Ministério do Trabalho) e pelo *Ministerio de Sanidad y Consumo*; (ii) a adoção de um seguro público aliada à promoção de medidas legislativas para proteger as pessoas dependentes, posição adotada pelo Parlamento; (iii) a criação de um seguro público de dependência, mas com prioridade absoluta para o sistema de aposentadorias, opção vocalizada pelos sindicatos; e (iv) a criação de um seguro privado de dependência e de um seguro público assistencial para os que não possuíam recursos, bandeira das seguradoras apoiadas pelo Ministério da Fazenda.<sup>58</sup> Foi a partir da discussão em torno dessas perspectivas que se formulou a proposta do Sistema para Autonomia e Atenção à Dependência, atualmente em vigor.

### 3.1.3. O Sistema para Autonomia e Atenção à Dependência (SAAD)

Em 2004, a Secretaria de Estado de Serviços Sociais, Família e Deficiência da Espanha assumiu a incumbência de elaborar o *Libro Blanco de la Dependencia en España*. O livro orientou a preparação de um projeto de lei visando à promoção da autonomia pessoal e da atenção às pessoas em situação de dependência. Debatido no Parlamento espanhol durante cerca de dez meses, o projeto foi aprovado em 14 de dezembro de 2006, transformando-se na Lei nº 39/2006, que criou o Sistema para Autonomia e Atenção à Dependência – SAAD.

O objetivo do SAAD é promover a autonomia pessoal e garantir a atenção e proteção às pessoas em situação de dependência em todo território espanhol, sem restrição de idades. O sistema deve ser implementado com a colaboração e participação dos diversos níveis da administração pública no exercício de suas competências específicas. Neste sentido, está configurado como uma rede pública diversificada, que integra centros e serviços públicos e privados, sendo que, neste último caso, é necessário que estejam devidamente creditados.

O procedimento para o reconhecimento oficial da situação de dependência do demandante implica em um processo de avaliação realizado por órgãos designados pelas

<sup>57</sup> Os seguros públicos de dependência foram instituídos nesses países, respectivamente, em 1993, 1994 e 1998. Para a discussão do modelo alemão, ver o capítulo 2 desta publicação.

<sup>58</sup> Ver CABRERO (2006).

Comunidades Autônomas. Para efetivar os benefícios reconhecidos à pessoa em situação de dependência, os serviços sociais das Comunidades Autônomas estabelecem um Programa Individual de Atenção, definido a partir da avaliação da autonomia e da intensidade dos cuidados requeridos. Uma vez que o demandante recebe o Programa Individual de Atenção, ele tem acesso aos serviços e benefícios previstos no SAAD.

Em decorrência da Lei nº 39/2006, foram criados o Conselho Territorial do SAAD e o Comitê Consultivo do SAAD. O primeiro tem o papel de cooperar para a articulação nacional do sistema<sup>59</sup> e o segundo visa tornar efetiva a participação institucional das organizações sindicais e empresariais, além das administrações públicas.

O SAAD passou a ser o quarto pilar do Estado de Bem-Estar espanhol, ao lado do Sistema Nacional de Saúde, do Sistema Educacional, e do Sistema de Pensões, todos ampliados consideravelmente na década de 1980.<sup>60</sup> Inspira-se em três princípios: o caráter universal e público dos benefícios; o acesso aos benefícios em condições de igualdade; e a participação de todas as administrações no exercício de suas competências.

O plano de implantação do SAAD teve início em 2007, e sua duração prevista é de 8 anos. Já no primeiro ano, os espanhóis deram início aos pedidos de avaliação dos graus de dependência, mas a prioridade de atendimento está sendo dada aos casos classificados como “grande dependência”. Apesar de muitos demandantes estarem sendo atendidos, o governo espanhol admite que as diferenças de infra-estrutura e corpo técnico entre as províncias têm gerado atrasos.<sup>61</sup>

### **3.1.4. A classificação da dependência funcional**

A lei que criou o SAAD estabeleceu um único parâmetro para a caracterização da situação de dependência. As pessoas em situação de dependência (pessoas idosas e pessoas com incapacidade grave) são ali definidas como aquelas que necessitam de ajuda para realizar as atividades básicas da vida diária, como levantar-se da cama, realizar sua higiene pessoal ou alimentar-se.

A situação de dependência é classificada em três graus, sendo que cada um deles se divide em dois níveis (nível 1 e nível 2). No quadro a seguir se apresenta a caracterização de cada um desses graus de dependência.

---

<sup>59</sup> No âmbito do conselho, as administrações públicas devem definir o marco de cooperação inter-administrativa, as condições e a quantia das prestações monetárias, os critérios de participação dos beneficiários no custo dos serviços ou o parâmetro para reconhecimento da situação de dependência.

<sup>60</sup> Na Espanha, a generalização do sistema de pensões foi realizada mediante a Lei de Benefícios não contributivos de 1990.

<sup>61</sup> <http://www.tt.mtas.es/periodico/serviciosociales/200611/SES20061130.htm>

### **Quadro 1. Espanha: Classificação da dependência**

Grau 1 (dependência moderada)	A pessoa necessita de ajuda para realizar várias atividades básicas da vida diária, pelo menos uma vez ao dia.
Grau 2 (dependência severa)	A pessoa necessita de ajuda para realizar várias atividades básicas da vida diária duas ou três vezes ao dia, mas não requer a presença permanente de um cuidador.
Grau 3 (grande dependência)	A pessoa necessita de ajuda para realizar várias atividades básicas da vida diária muitas vezes ao dia e, por sua perda total de autonomia mental ou física, necessita da presença indispensável e contínua de outra pessoa.

Os graus e níveis de dependência são determinados mediante a aplicação de uma escala definida pelo Conselho Territorial e regulamentada pelo governo.

#### **3.1.5. Serviços e benefícios disponíveis no SAAD**

O Sistema para Autonomia e Atenção à Dependência oferece tanto a prestação de serviços por meio de centros e programas públicos, como o acesso a benefícios monetários.

Os serviços são disponibilizados aos beneficiários do SAAD de acordo com o seu grau e nível de dependência. A rede de centros que ofertam esses serviços é formada por instituições públicas sob responsabilidade das Comunidades Autônomas e das autoridades locais, além de centros estatais de referência para a promoção da autonomia pessoal e para a atenção e cuidado em situações de dependência. Centros privados também podem estar inseridos na rede, desde que devidamente creditados de acordo com as condições estabelecidas em cada uma das localidades.

As entidades conveniadas compõem uma espécie de “catálogo” que inclui serviços de cinco tipos: (i) prevenção das situações de dependência e promoção da autonomia pessoal; (ii) ajuda em domicílio (apoio nas atividades domésticas e nos cuidados pessoais); (iii) centros-dia/noite; (iv) atenção institucionalizada, como as *residências* e os centros de atenção a pessoas com incapacidade mental ou com incapacidade física; e (v) tele-assistência domiciliar. Este último serviço é um recurso que permite que as pessoas idosas e/ou incapacitadas que vivem sozinhas e em situação de risco entrem em contato com um centro de atenção especializada. Dessa maneira, possibilita-se a intervenção imediata em situações de problemas pessoais, sociais ou médicos, proporcionando segurança e melhor qualidade de vida no próprio domicílio do usuário

No campo das transferências monetárias, são três os tipos de benefícios disponíveis no SAAD: (i) o Benefício Vinculado ao Serviço; (ii) o Benefício para Cuidados no Ambiente Familiar; e (iii) o Benefício de Assistência Personalizada. O primeiro é oferecido quando não há oferta pública dos serviços requeridos pelo beneficiário e visa permitir o seu acesso no mercado privado. Tem caráter pessoal e só pode ser recebido quando o beneficiário cumpre determinados requisitos, estando sempre vinculado à prestação de um serviço. Além de estar disponível apenas para os casos mais graves, seu valor varia quanto à capacidade financeira e ao grau de dependência do beneficiário, tal como mostra o quadro a seguir:

**Quadro 2. Espanha: Valores máximos para pagamento do benefício vinculado ao serviço**

Grau/Nível	Valor máximo do benefício*
Grau III /Nível 2	811,98 euros/mês
Grau III /Nível 1	608,98 euros/mês
Grau II /Nível 2	450,00 euros/mês

Fonte: <http://www.saad.mtas.es/portal/saad/prestaciones.html>

\*Obs: Valores aprovados pelo Real Decreto nº 7/2008.

O segundo tipo de benefício referido é uma compensação financeira pelo cuidado prestado pelas famílias. O sistema permite que, sempre que houver circunstâncias familiares adequadas, o beneficiário do SAAD opte por ser atendido em seu ambiente doméstico. O apoio aos cuidadores inclui ainda programas de informação, formação e períodos de descanso para os cuidadores não profissionais. Os valores pagos referentes a esse tipo de benefício são os seguintes:

**Quadro 3. Espanha: Valores máximos para pagamento do benefício para cuidados no ambiente familiar e apoio aos cuidadores não profissionais**

Grau/Nível	Valor máximo do Benefício*
Grau III /Nível 2	506,96 euros/mês
Grau III /Nível 1	405,99 euros/mês
Grau II /Nível 2	328,36 euros/mês

Fonte: <http://www.saad.mtas.es/portal/saad/prestaciones.html>

\*Obs: Valores aprovados pelo Real Decreto nº 7/2008.

Finalmente, o Benefício de Assistência Personalizada tem como finalidade a promoção da autonomia de pessoas com grande dependência. Seu objetivo é contribuir

para a contratação de assistência personalizada durante um determinado número de horas. As condições específicas para ter acesso a este benefício são estabelecidas pelo Conselho Territorial do SAAD. Quando as pessoas com grande dependência optam por contratar um seguro privado, elas recebem benefícios fiscais. Os valores pagos referentes a esse tipo de benefício são:

**Quadro 4. Espanha: Valores máximos para pagamento do benefício de assistência personalizada**

Grau/Nível	Valor máximo do Benefício*
Grau III Nível 2	811,98 euros/mês
Grau III Nível 1	608,98 euros/mês

Fonte: <http://www.saad.mtas.es/portal/saad/prestaciones.html>

\*Obs: Valores aprovados pelo Real Decreto nº 7/2008.

### 3.1.6. Modelo de financiamento

O financiamento do SAAD recai sobre a Administração Geral do Estado e as Comunidades Autônomas. A primeira financia o nível mínimo de proteção garantido para cada um dos beneficiários (contando também com a assinatura de convênios com participação das Comunidades Autônomas a fim de incrementar este nível mínimo). Essas, por sua vez, aportam, anualmente, pelo menos uma quantia igual àquela disponibilizada pela Administração Geral do Estado em seu território.

Os beneficiários do SAAD também participam do financiamento conforme sua renda e patrimônio, levando-se em conta que nenhum beneficiário corre o risco de não receber atenção por falta de recursos.

## 3.2. A proteção social para as pessoas idosas em situação de dependência funcional na França

### 3.2.1. A questão do envelhecimento populacional

A importância do fenômeno do envelhecimento populacional na França pode ser observada por meio de algumas transformações demográficas.<sup>62</sup> Em 1980, o país tinha um total de 53,8 milhões de habitantes, sendo que 17,2% se encontravam na faixa etária de

<sup>62</sup> UNITED NATIONS. World Population Prospects: The 2004 Revision and World Urbanization Prospects: The 2003 Revision, <http://esa.un.org/unpp>

60 anos ou mais. Dados recentes apontam que, em 2005, a população francesa alcançava 60,4 milhões de pessoas, sendo que 21,1% delas tinham 60 anos ou mais. As projeções das Nações Unidas para o ano de 2020 revelam que a França terá 62,9 milhões de habitantes, 27,2% dos quais estarão na faixa etária dos idosos. Em 2050, o grupo de pessoas com 60 anos ou mais representará 33,3% de uma população de 63,1 milhões de habitantes.

No que diz respeito ao grupo populacional de 80 anos ou mais, a análise demográfica indica sua importância crescente na sociedade francesa. Em 1980, essas pessoas representavam 3,1% da população; em 2005, essa proporção tinha aumentado para 4,7%. As projeções apontam que, em 2020, esse grupo de pessoas alcançará 5,9% da população e, em 2050, 10,9%.

Outros indicadores revelam a magnitude do envelhecimento populacional na França. No que se refere à idade média na população francesa, em 1980, era de 32,5 anos; em 2005, tinha aumentado 6,8 anos, pulando para 39,3 anos. As projeções indicam que em 2020 a população francesa terá, em média, 42,5 anos e em 2050, 45,5 anos. Com relação à expectativa de vida ao nascer, observou-se que, no período entre 1975 e 1980, esta era de 73,3 anos. Dados sobre o período 2000-2005 apontam que chegou-se a uma expectativa de vida de 79,4 anos. As projeções realizadas indicam que no período 2015-2020 esse indicador será de 81,3 anos, enquanto que no período entre 2045 e 2050 chegará a 84,8 anos.

### **3.2.2. Antecedentes do Benefício Personalizado de Autonomia (APA)**

Nos últimos trinta anos a proteção social na França tem sofrido diversas adaptações, aprofundando seu caráter híbrido e misturando iniciativas inspiradas no modelo bismarckiano e no modelo universalista. Os desafios do envelhecimento populacional têm sido prioritariamente enfrentados por meio de transformações no campo da saúde, assim como do atendimento às pessoas dependentes, cuja natureza aponta para um reforço do papel do Estado, em detrimento dos atores privados, individuais ou coletivos.

Anteriormente, no período pós-guerra, as políticas sociais para pessoas idosas na França concentraram-se no desenho e na instalação de sistemas de aposentadorias. No campo dos cuidados, a partir dos anos de 1960 foram propostas algumas mudanças no sentido de substituir os antigos asilos por um conjunto de serviços flexíveis, destinados a promover a independência das pessoas idosas e a mantê-las residindo em suas casas o maior tempo possível.

Nas três décadas seguintes, o contexto no qual essa estratégia seria praticada foi alterado por grandes mudanças no sistema de saúde e de serviços sociais, ao lado das transformações demográficas e sociais. Muitas dessas mudanças conduziram a melhorias significativas para os idosos e os usuários dos serviços: o sistema de cuidados de saúde (amplamente financiado pelo seguro de saúde público) alcançou cobertura quase universal,

e a descentralização dos serviços sociais no início dos anos de 1980 veio seguida de uma rápida extensão dos serviços domiciliares.<sup>63</sup> Entretanto, no final dessa década, foram detectados os seguintes problemas no gerenciamento desses serviços: (i) lacunas no que se refere à coordenação da oferta; (ii) inconsistências nas políticas de cobrança e pagamento de benefícios; (iii) longas listas de espera para atendimentos; e (iv) provisão geográfica desbalanceada.

O sistema francês de proteção para as pessoas dependentes transitou por distintas medidas de apoio assistencial. Primeiramente, com a adoção da denominada *Allocation compensatrice pour l'aide d'une tierce personne* e, posteriormente, a partir de 1997, com o Benefício Específico de Dependência (PSD, *Prestation Spécifique Dépendance*). A partir desse ano, diversas medidas legislativas foram aprovadas visando garantir atenção às necessidades desse grupo populacional. Contudo, a falta de concretude e de garantia financeira dessa medida levou os poderes públicos a buscarem o desenvolvimento de um novo modelo.

Em dezembro de 1999, o governo solicitou a elaboração de um informe detalhado sobre o PSD. Esse informe, divulgado em maio de 2000, indicava a necessidade de elaboração de uma norma que permitisse colocar em ação, dentro de prazos razoáveis, um tipo de benefício que constituísse um novo direito para cada pessoa afetada. Também apontava que esse novo benefício deveria ser definido em condições idênticas para todo o território nacional e distribuído rapidamente, de acordo com a situação econômica do beneficiário, sendo modulável em função de seu grau de dependência.

De fato, o PSD não vinha sendo suficientemente eficaz para responder às necessidades de cuidados da população francesa em condições de dependência funcional. O programa apresentava importantes lacunas protetoras, como no caso das pessoas medianamente dependentes. Com o objetivo de ampliar a cobertura, bem como de direcionar de forma adequada a ajuda, racionalizando o seu uso e tornando mais ágil o acesso aos serviços e prestações, o modelo assistencial foi transformado em um modelo de tipo universal com a aprovação da Lei nº 2001-647, em julho de 2001, que instituiu o Benefício Personalizado de Autonomia (APA, *Allocation Personnalisée d'Autonomie*).

O quadro a seguir apresenta uma cronologia de reformas e relatórios relevantes, sintetizando a trajetória das políticas voltadas para a população idosa na França até a criação do APA.

---

<sup>63</sup> OECD (2006).

### Quadro 5. França: Políticas voltadas para a população idosa

1962	Relatório Laroque (Comissão de Estudo dos Problemas da Velhice) Definida uma nova perspectiva para a aposentadoria e envelhecimento. Enfatiza a manutenção dos idosos em casa ( <i>maintien à domicile</i> ).
1970	<i>Loi hospitalière</i> regulamenta os serviços médicos de longa duração.
1975	Lei para serviços sociais, regulamentação dos asilos.
1977	Regulamentações classificadas como “sessões médicas” nas casas de repouso. <i>Obligation alimentaire</i> .
1981	Criação da estrutura ministerial para idosos.
1983-86	Lei da Descentralização – ações sociais foram delegadas para os Departamentos franceses (regiões).
1988	Relatório Braum. Reforça importância do apoio em casa e propõe uma série de medidas fiscais, benefícios e serviços coordenados
1991	<i>Loi hospitalière</i> , definindo provisão de residência temporária para os idosos.
1991	Relatório Boulard
1991	Relatório Schopflin
1992	Aprovação da proposta Boulard pela Assembléia Nacional, porém rejeitada pelo Senado.
1995	Introduzido o “Auxílio para Dependentes” experimentalmente em 12 Departamentos franceses.
1997	Criação do Benefício Específico de Dependência (PSD)
2001	Criação do Benefício Personalizado de Autonomia (APA)

Fonte: OECD, *Caring for Frail Elderly People – Policies in Evolution e IMSERSO, Libro Blanco*.

#### 3.2.3. O Benefício Personalizado de Autonomia (APA)

O Benefício Personalizado de Autonomia (APA) entrou em vigor na França em 1º de janeiro de 2002, durante o governo socialista do Primeiro Ministro Lionel Jospin. O artigo primeiro da Lei nº 2001-647 estabelece que “*toda pessoa idosa residente na França que não puder assumir as conseqüências da falta ou perda de autonomia associada ao seu estado físico ou mental, tem direito a um benefício personalizado de autonomia, adaptado a suas necessidades*”.<sup>64</sup> Em outras palavras, o benefício é criado como um direito universal cujo objeto é a assistência das pessoas idosas (com 60 anos ou mais) com incapacidades que levam à perda da autonomia.

<sup>64</sup> A idade mínima necessária para ter direito ao Subsídio Personalizado de Autonomia é de 60 anos. Contudo, paralelamente se promulgou uma legislação similar para pessoas incapacitadas com idade inferior.

O acesso ao benefício não é condicionado à ausência ou insuficiência de recursos. Entretanto, o seu valor leva em conta a renda do beneficiário. O APA permite que as pessoas dependentes sejam beneficiadas com cuidados e serviços necessários para a realização das atividades da vida diária. A ajuda deve ser personalizada, visando atender as necessidades específicas de cada beneficiário. O benefício atende, igualmente, pessoas idosas que residem em domicílio e pessoas idosas alojadas em residências coletivas, mas o valor também varia conforme o caso. Os beneficiários participam do financiamento dos serviços por meio do “ticket moderador”, cujo montante é fixado em função da sua renda. Para o cuidador informal, o APA oferece ações de formação e assessoramento.

O APA significou uma ampliação da cobertura em relação ao antigo programa, o PSD. Além das pessoas idosas com mais de 60 anos e com graus elevados de dependência, o APA também passou a beneficiar pessoas com grau de dependência moderado. Dados do ano de 2003 apontam que o número de pessoas beneficiárias desta prestação era de 800 mil e que as solicitações chegaram a 1,4 milhão. Do total de beneficiários, 54% residiam em seu domicílio; os restantes, em residências coletivas. Em junho de 2007, somavam mais de 1 milhão as pessoas beneficiadas, observando-se uma taxa de crescimento expressiva. Entre junho de 2005 e junho de 2006, três das quatro demandas de residentes em domicílio particular foram aceitas. Esse índice chegava a nove sobre dez no caso do benefício para residentes em instituições.<sup>65</sup> Calcula-se que a França destine anualmente 9 bilhões de euros para a proteção das pessoas idosas dependentes.<sup>66</sup>

Além de ser residente estável na França e ter mais de 60 anos, para ter direito ao APA é necessário apresentar um grau de dependência classificado entre os *Grupos Isso-Resources* – GIR 1 a 4, dos seis que formam a escala AGGIR (*Autonomie Gérontologie Groupe Isso-Resources*).<sup>67</sup> A classificação da pessoa nos GIR 5 e 6 não dá direito ao benefício monetário, mas permite o acesso aos serviços de ajuda. O valor do benefício para os GIR 1 a 4 varia segundo o grau de dependência do demandante.

### 3.2.4. A classificação da dependência funcional

O sistema nacional de classificação AGGIR (*Autonomie Gérontologie Groupe Isso-Resources*) é o parâmetro para avaliação dos diferentes graus de perda de autonomia dos idosos que solicitam o APA. Esse sistema é constituído por uma escala que comporta dezessete variáveis.

<sup>65</sup> DRESS (2007).

<sup>66</sup> SANCHO CASTIELLO (2004).

<sup>67</sup> *Groupe Isso-Resources* são grupos de pessoas que precisam de uma mesma mobilização de recursos para fazer frente a sua dependência. DRESS (2003).

O grau de autonomia para realização das atividades da vida diária é avaliado, primeiramente, com base em dez variáveis que correspondem às atividades básicas. No quadro a seguir são indicadas essas variáveis e suas respectivas definições:

**Quadro 6. França: Definição das variáveis relativas às atividades básicas da vida diária**

1. Coerência	Capacidade de conversar e/ou se conduzir de forma sensata
2. Orientação	Orientar-se com relação ao tempo, nos diferentes momentos do dia e lugares
3. Higiene	Realizar a própria higiene sem ajuda
4. Troca de roupas	Vestir-se, despir-se e arrumar-se
5. Alimentação	Comer os alimentos preparados
6. Controle de esfínteres	Controle urinário e fecal
7. Transferências	Levantar-se, deitar-se e sentar-se
8. Mobilidade interna	Mobilizar-se espontânea ou com ajuda técnica no interior do domicílio ou residência coletiva
9. Mobilidade exterior	Sair da porta de entrada da residência sem utilizar meios de transporte
10. Comunicação à distância	Utilizar os meios de comunicação, telefone, timbres

Para elaboração do plano de ajuda, utiliza-se informação complementar obtida considerando outras sete variáveis que permitem avaliar a autonomia da pessoa na realização das atividades instrumentais da vida diária. A seguir indicam-se as variáveis instrumentais com suas respectivas definições:

**Quadro 7. França: Definição das variáveis instrumentais**

1. Gestão	Ter controle sobre os próprios assuntos, bens e orçamento
2. Cozinhar	Preparar os alimentos e servi-los
3. Tarefas domésticas	Realizá-las em seu conjunto
4. Transporte	Solicitar e utilizar um meio de transporte
5. Compras	Aquisição direta ou por correspondência
6. Tratamento médico	Adoção das prescrições médicas
7. Atividades de tempo livre	Praticar atividades esportivas, sociais, de entretenimento, entre outras

Cada uma das dezessete variáveis apresentadas nos quadros anteriores exige um registro em três níveis. O nível A corresponde à realização dos atos de forma total e completa; o nível B, à realização parcial; e o nível C, a atividades não realizadas.

A partir da avaliação do nível de autonomia, o instrumento AGGIR reagrupa as pessoas em seis grupos *Isso-Resources*. Esses seis grupos comportam, genericamente, as características apresentadas no quadro a seguir:

### **Quadro 8. França: Características dos grupos *Isso-Resources***

GIR I:	Pessoas idosas acamadas, com severa deterioração cognitiva e que necessitam da presença contínua de outros para realizar as atividades da vida diária. Incluem-se neste grupo as pessoas que precisam de cuidado ao final da vida
GIR II:	a) Pessoas acamadas ou com graves problemas de mobilidade sem total deterioração cognitiva e que precisam de ajuda para a maior parte das atividades diárias; b) pessoas com grave comprometimento cognitivo, mas com mobilidade.
GIR III:	Pessoas idosas com mobilidade parcial, sem deterioração cognitiva, em sua grande maioria com problemas de incontinência e que requerem ajuda várias vezes ao dia para manter sua autonomia.
GIR IV:	a) Pessoas idosas que costumam necessitar de ajuda para se vestir e para realizar sua higiene corporal, além de possuírem problemas para se levantar, se deitar ou se sentar, mas que uma vez de pé podem deslocar-se pelo ambiente; b) pessoas sem problemas locomotores, mas que demandam ajuda para se vestirem ou comer.
GIR V:	Pessoas com mobilidade em seus domicílios que, ainda que sejam autônomos para se alimentarem e se vestirem, necessitam de ajuda para realização da higiene corporal, das tarefas domésticas e para preparar suas refeições.
GIR VI:	Pessoas que não perderam sua autonomia para as atividades básicas da vida diária, ainda que possuam algumas limitações.

Em dezembro de 2007, 61% dos 1,1 milhão de beneficiários do APA viviam em domicílio, enquanto que 39% eram residentes de instituições para idosos. Além disso, 44% dos beneficiários eram dependentes moderados, classificados como GIR 4.<sup>68</sup>

<sup>68</sup> DRESS (2008).

### 3.2.5. Acesso ao Benefício Personalizado de Autonomia (APA)

Para ter acesso ao APA, deve-se cumprir um processo que dará origem a uma avaliação de perda da autonomia com base no protocolo AGGIR. Quando o demandante reside em domicílio, a equipe médica deve realizar uma visita de avaliação, em prazo inferior a um mês, a partir do momento de solicitação da demanda. Além de aplicar o protocolo para avaliar o nível de dependência, a equipe considera um conjunto de elementos relativos ao entorno familiar, social e material do requerente, que permitirá, posteriormente, a elaboração de um plano integral de intervenção. Nos casos em que a pessoa demandante reside em uma instituição, a avaliação da dependência deverá ser realizada pelo médico coordenador dessa instituição.

Os serviços oferecidos pelo programa dependem da classificação nos grupos GIR. Quando a classificação situar o idoso entre os grupos GIR 1 e GIR 4, caberá à equipe médica e social propor um plano de ajuda que será submetido à aprovação do próprio demandante ou de seu representante legal. Quando o demandante for classificado nos grupos GIR 5 ou GIR 6, não terá direito ao APA, sendo possível que se beneficie de ajuda domiciliar. A avaliação de autonomia do solicitante é feita diferentemente, dependendo do local de residência.

O plano de ajuda elaborado pela equipe médica social é coordenado junto com o médico que atende o demandante. Aquelas pessoas dependentes que vivem em domicílio podem beneficiar-se dos seguintes serviços: (i) horas de atenção ou de acompanhamento diurno e noturno; (ii) gastos com a permanência temporária em residências coletivas; (iii) alimentação em domicílio; (iv) tele-assistência; (v) trabalhos para adaptação da residência; (vi) lavanderia; e (vii) transporte e pequenos reparos. Com relação às ajudas técnicas, as pessoas dependentes podem ser beneficiadas com cadeiras de rodas, bengalas ou muletas, andadores, camas ortopédicas e fraldas.

Visando o acesso a esses serviços, são acordados benefícios monetários cujo valor é apontado no quadro abaixo:

#### ***Quadro 9. França: Valores máximos mensais do benefício\* para cada Grupo Isso-Resources (2008)***

GIR 1	1.212,50 euros
GIR 2	1.039,29 euros
GIR 3	779,46 euros
GIR 4	519,64 euros

Fonte: Portal do Serviço Público Francês – <http://vosdroits.service-public.fr/F2112.xhtml#titreN1017A>

\*Obs: A correção desses benefícios não pode ser inferior ao índice anual de preços ao consumidor.

Cabe ainda lembrar que o co-financiamento dos serviços pelo beneficiário é aplicado apenas para os que têm renda mensal superior a 677,25 euros. Esses benefícios também se outorgam no domicílio da família que acolhe, de forma remunerada, uma pessoa dependente, bem como nas pequenas residências ou outros alojamentos com capacidade inferior a 25 camas (neste caso, a avaliação é feita pela equipe do próprio centro). No caso dos beneficiários que habitam em residências coletivas, o cálculo do valor do benefício depende de variáveis como: (i) o GIR de classificação; (ii) as tarifas estabelecidas pela residência coletiva para cada nível de dependência; e (iii) os recursos do dependente beneficiado, que determinarão o nível de sua co-participação nas despesas.

No que se refere ao acesso aos serviços cobertos pelo programa, o beneficiário conta com as seguintes possibilidades: (i) recorrer a entidades reconhecidas oficialmente; (ii) recorrer aos serviços propostos pelo centro de serviço social; ou (iii) contratar um profissional, desde que informe qual serviço está sendo prestado e o nome da pessoa contratada.

### **3.2.6. Modelo de financiamento e gestão**

A decisão de conceder o Benefício Personalizado de Autonomia (APA) é responsabilidade do presidente do Conselho Geral,<sup>69</sup> baseada na proposta de uma comissão composta de sete membros entre representantes da administração local, dos serviços de saúde, dos serviços sociais e dos provedores privados de serviços. A coordenação da aplicação do APA é feita pelos Centros Locais de Informação e Coordenação, que são geridos pelos municípios, hospitais e diversas associações envolvidas. Além da coordenação, outros de seus objetivos são: prestar informações às famílias, colaborar na avaliação das necessidades e na elaboração do plano de ajuda individualizado, assim como acompanhar as situações de dependência mais complexas.

O modelo de financiamento adotado pelo Benefício Personalizado de Autonomia não corresponde ao padrão predominante de financiamento das políticas de proteção social na França, ancoradas majoritariamente no seguro social obrigatório. São fundamentalmente as regiões (departamentos administrativos), junto com o governo central, que arcam com as despesas, alocando recursos no Fundo Nacional de Financiamento da Prestação Personalizada de Autonomia, cuja dotação inicial se fixou em lei. Os departamentos são responsáveis por 67% dos gastos, enquanto que o resto recai sobre o governo central, sendo financiado com 0,1% da Contribuição Social Generalizada da Seguridade Social e com a contribuição dos diferentes regimes obrigatórios de seguro de velhice.

---

<sup>69</sup> O Conselho Geral atua em cada região como representante do governo central.

### 3.2.7. Medidas recentes

Nos últimos anos, o governo francês tem buscado enfrentar o desafio de promover cuidados de longo prazo de qualidade e a custos viáveis para todos os grupos de idade que necessitam de assistência, seja em suas residências ou em instituições.<sup>70</sup> Algumas decisões governamentais vem sendo tomadas a fim de reforçar políticas já existentes e melhorar a condição do idoso fragilizado e dependente. Entre as iniciativas adotadas está a implementação do “Plano Alzheimer”, que visa enfrentar o aumento da incidência da doença e distúrbios a ela relacionados. Esta doença representa 70% das causas de institucionalização das pessoas e 72% dos pedidos de aprovação do Benefício APA. Um fato importante diz respeito ao anúncio da meta de duplicar o número de professores em Geriatria até 2010 e de melhorar o treinamento dos médicos e demais profissionais envolvidos no cuidado com o idoso fragilizado.

Também vem sendo desenvolvido um incentivo para que os idosos que necessitem de cuidados fiquem em suas próprias casas. Os serviços domiciliares estão sendo expandidos a fim de possibilitar essa escolha. Ao mesmo tempo, tem se ampliado o reconhecimento da relevância da ação dos cuidadores informais, e os serviços de apoio dirigidos a eles vêm incluindo assistência psicológica, informação específica sobre cuidados, centros de cuidados diários e pausas temporárias (quando a pessoa idosa dependente é admitida transitoriamente em uma instituição de cuidados).

Cumprir destacar que, em 2004, foi promulgada a lei relativa à solidariedade para a autonomia das pessoas idosas e deficientes, modificada em 2005 pela chamada “Lei Deficiência”. Esses novos instrumentos legais criaram a *Caisse Nationale de solidarité pour l'autonomie* – a CNSA, a agência responsável por financiar os cuidados destinados às pessoas idosas afetadas pela perda de autonomia, assim como às pessoas com deficiência. Sua função também diz respeito à elaboração de proposições para a difusão de boas práticas na promoção da autonomia. Foi criada ainda a Prestação de Compensação da Deficiência (*Prestation de Compensation du handicap* – PCH), destinada ao público portador de deficiência e em situação de dependência com idade abaixo dos 60 anos.

Apesar do novo benefício ainda apresentar uma baixa taxa de cobertura – começou a operar em 2006 e em junho de 2007 registrava 19.200 beneficiários – e manter as despesas em níveis menores do que previsto,<sup>71</sup> sua implementação coloca novos desafios às políticas voltadas à situação de dependência na França. O PCH introduziu uma dinâmica de proteção distinta do APA quanto à metodologia de avaliação das necessidades das pessoas dependentes, e mesmo da definição das prestações necessárias. Parece haver uma transição no modelo de garantia de cuidados para pessoas dependentes, com o governo dando

<sup>70</sup> FORETTE (2005).

<sup>71</sup> CNSA – Rapport de la *Caisse Nationale de solidarité pou l'autonomie* (2007).

indicações de que passa a entender a dependência como um novo risco social. Esse quinto risco viria a se juntar aos de desemprego, acidentes de trabalho, doença e velhice, e passaria a demandar uma política mais consistente e integrada ao campo do seguro social.

### ***3.3. A proteção social para as pessoas idosas em situação de dependência funcional no Reino Unido***

#### **3.3.1. A questão do envelhecimento populacional**

Importantes transformações demográficas observadas no período compreendido entre os anos de 1980 e 2005 revelam claramente o processo de envelhecimento populacional do Reino Unido.<sup>72</sup> Em 1980, a população total era de 55,5 milhões de pessoas e a proporção daquelas com 60 anos ou mais era de 20,1%. Em 2005, esse grupo representava 21,2% de um total populacional de 59,7 milhões de pessoas. As projeções realizadas pelas Nações Unidas indicam que, em 2020, a população será de 62,5 milhões de pessoas e que a proporção da população com 60 anos ou mais chegará a 24,8%. Para 2050, as pessoas com 60 anos ou mais serão 29,4% de uma população total de 67,14 milhões de habitantes.

No que tange à evolução da proporção de pessoas na faixa etária de 80 anos ou mais, os dados revelam um importante crescimento: se nos anos de 1980 esse grupo etário representava 2,8% da população, em 2005 já alcançavam 4,4%. Estima-se que em 2020 esta proporção será de 4,9%, ao passo que em 2050 atingirá 8,8%.

Observando-se a evolução da idade média da população do Reino Unido, é possível verificar que se passou de um índice de 34,6 anos na década de 1980 para 39 anos em 2005. As projeções apontam que a idade média será de 41,2 anos em 2020 e chegará a 42,9 anos em 2050. Acrescente-se que em um período de três décadas, entre 1975 e 2005, registrou-se um acréscimo considerável na expectativa de vida da população, que aumentou em cinco anos e meio. Entre 1975 e 1980, a expectativa de vida era de 72,8 anos, enquanto entre os anos 2000 e 2005 passou a ser de 78,3 anos. As projeções indicam que entre os anos de 2015 e 2020, este indicador será de 80,2 anos e que entre 2045 e 2050 a população do Reino Unido viverá, em média, até os 83,5 anos.

#### **3.3.2. Antecedentes da proteção social para pessoas idosas**

Desde o início do século XVII, sob a vigência da Lei dos Pobres, as *workhouses* – asilos para abrigar pessoas pobres, deficientes e desocupados em geral – eram a principal instituição disponível para oferecer cuidados para os idosos que apresentavam problemas de incapacidades físicas ou mentais. Em 1908, o *Old Age Pensions Act* concedeu benefícios

<sup>72</sup> UNITED NATIONS. World Population Prospects: The 2004 Revision and World Urbanization Prospects: The 2003 Revision, <http://esa.un.org/unpp>

monetários não contributivos para pessoas com 70 anos ou mais, incentivando os idosos pobres a permanecerem em casa. Com isso, o número de pleitos para ingresso nas *workhouses* rapidamente diminuiu. Este processo foi reforçado pela melhoria dos níveis das aposentadorias em 1917.

Se até o início do século XX toda ajuda pública para os idosos, seja na forma de assistência financeira ou de serviços era responsabilidade do Comitê da Lei dos Pobres, estando sujeita à comprovação de insuficiência de renda, ao final da década de 1940, no imediato pós-guerra e sob a influência do Plano Beveridge (1942), os diversos aspectos da proteção social dos idosos seguiam novas regras e estavam a cargo de diferentes autoridades. A aposentadoria e os cuidados ofertados no âmbito do Sistema Nacional de Saúde (incluindo o cuidado hospitalar de longa duração) passaram a ser oferecidos em base universal sem exigência de comprovação de renda. Além disso, o Comitê de Assistência Social proporcionou um suplemento à aposentadoria para complementar a renda dos idosos até um patamar mínimo, quando estes não dispunham de outros recursos. As autoridades locais, por sua vez, gerenciavam as residências institucionais para aquelas pessoas incapacitadas que não podiam permanecer em suas casas. Este serviço era sujeito a uma comprovação de renda, equivalente àquela aplicada pelo Comitê de Assistência Social, com taxações para os que possuíssem renda acima do mínimo estabelecido.

Há consenso sobre o fato de que esta complexidade de ações de proteção social do Reino Unido atrasou o desenvolvimento de uma política coordenada para o cuidado das pessoas idosas incapacitadas nas décadas subseqüentes. Tanto o Sistema Nacional de Saúde quanto as autoridades locais herdaram um legado institucional oneroso da Lei dos Pobres e os serviços de ajuda eram bastante limitados. No geral, o apoio público aos idosos em situação de dependência continuou concentrado nestes dois setores institucionais.<sup>73</sup>

Entre as décadas de 1960 e 1970, ocorreu uma série de mudanças nas políticas de cuidados para idosos. Em especial, consolidou-se o movimento que privilegiava o cuidado de longa duração fora dos hospitais. Em 1980, uma alteração nas regras de concessão do suplemento assistencial à aposentadoria possibilitou que este benefício fosse utilizado para pagar os custos com os cuidados prestados em residências coletivas para idosos de caráter privado. Ao longo de toda a década registrou-se um crescimento vertiginoso do número de pessoas idosas dependentes vivendo nessas instituições, financiadas total ou parcialmente pelo suplemento assistencial (denominado *Income Support* ou Complemento de Renda, a partir de 1988).

Entre 1992 e 1993 o Reino Unido introduziu reformas no gerenciamento e financiamento do cuidado de longa duração para os idosos em situação de dependência (e pessoas dependentes em geral). Junto com as reformas previamente introduzidas em

---

<sup>73</sup> OECD (1996).

1991 no Sistema Nacional de Saúde, elas representam a mudança mais profunda na organização da saúde e do cuidado social desde o final da década de 1940.<sup>74</sup> Atualmente, os governos centrais são responsáveis por toda política de saúde e serviços sociais.<sup>75</sup>

### 3.3.3. A proteção dos idosos dependentes

No Reino Unido, a proteção para pessoas dependentes não é exclusiva para os idosos; no entanto, um tratamento diferenciado lhes é dispensado. Note-se que, embora não adote legislação específica nessa área, o Reino Unido conta com o Sistema de Assistência Nacional Para Pessoas Idosas, desde 2001, que estabelece diretrizes para a proteção social a essas pessoas. No caso dos serviços sociais e comunitários, por exemplo, a pessoa idosa tem direito a um plano individualizado de cuidados que é desenhado a partir da avaliação de suas necessidades de cuidado (*Single Assessment Process*). No caso dos benefícios monetários, os diferentes tipos disponíveis atendem a perfis distintos, sendo a idade do demandante um dos elementos que definem esses perfis.

As ações públicas para pessoas dependentes tradicionalmente envolveram duas áreas distintas, a de saúde e serviços sociais (*Department of Health*) e a de previdência (*Department of Work and Pensions*). No caso dos benefícios monetários disponíveis para as pessoas dependentes e para seus cuidadores, esses são responsabilidade de um setor específico do *Department of Work and Pensions*, o *Disability and Carers Service*.<sup>76</sup> Recentemente, no entanto, teve início um processo de debates para a reformulação do sistema de proteção para as pessoas idosas dependentes, visando atender à demanda crescente por cuidados de longa duração. Uma das medidas tomadas nesse contexto foi a criação de um nova agência estatal (*Pension, Disability and Carers Service*), com o objetivo de promover maior integração das ações nessas áreas. Tal iniciativa aponta para a possível organização, no futuro próximo, da proteção para pessoas idosas dependentes como um sistema específico no Reino Unido, como vem ocorrendo em outros países.

### 3.3.4. Serviços e benefícios disponíveis

No Reino Unido, a proteção pública para o idoso dependente pode ser provida por meio do cuidado formal, de caráter comunitário ou institucional, e dos benefícios monetários. Atente-se ainda para o fato de que os cuidadores informais também podem ser beneficiados pelo sistema.

---

<sup>74</sup> OECD (1996).

<sup>75</sup> As políticas podem variar entre os quatro países que compõem o Reino Unido (Inglaterra, País de Gales, Escócia e Irlanda do Norte) em razão dos poderes atribuídos aos governos centrais.

<sup>76</sup> Entre suas principais funções estão as de administrar e repassar os benefícios monetários e apoiar a inclusão social das pessoas dependentes e dos cuidadores informais.

Em relação ao cuidado formal, o acesso aos serviços varia de acordo com o nível de renda do usuário e está sujeito ao levantamento das necessidades de cuidados. Esse levantamento é coordenado por um gerente de cuidados e permite, conforme se afirmou anteriormente, organizar um pacote individualizado para atender às necessidades específicas do idoso. Os critérios de elegibilidade, a organização dos serviços de assistência e os arranjos financeiros são determinados pelas autoridades locais. No caso dos critérios de elegibilidade, embora os sistemas de avaliação da dependência sejam locais – o que determina critérios de elegibilidade significativamente variados – observam diretrizes e definições políticas de alcance nacional.

Os cuidados públicos de longa duração podem ser ofertados em duas modalidades: cuidado domiciliar e comunitário e cuidado institucional. Desde os anos de 1990, o cuidado domiciliar e comunitário têm crescido em importância se comparado ao cuidado institucional.<sup>77</sup> Aquele serviço é voltado para as pessoas com níveis de dependência mais baixos e visam prevenir sua institucionalização. Os principais cuidados domiciliares e comunitários de longa duração disponíveis para os idosos no Reino Unido são apontados no quadro a seguir:

**Quadro 10. Reino Unido: Serviços domiciliares e comunitários de longa duração**

Cuidados domiciliares ou serviços de ajuda domiciliar
Serviços de enfermagem por agentes comunitários
Cuidados diários em hospitais ou centros-dia
Entrega de refeições ou restaurantes especiais
Cuidados com os pés ou pedicuro
Serviços terapêuticos
Ajuda doméstica particular

Fonte: <http://www.direct.gov.uk/>

Quanto ao cuidado institucional para idosos, existem três tipos disponíveis: as casas de cuidado (*nursing homes*), as casas de repouso (*residential care homes*) e a internação hospitalar de longa duração (*long-stay hospital provision*). Somente algumas casas de cuidado são mantidas pelas autoridades locais; a maioria delas, assim como as casas de repouso, são mantidas por instituições privadas. Essas oferecem apenas cuidados pessoais, enquanto aquelas oferecem serviços de enfermagem e cuidados pessoais. A provisão hospitalar de longa duração faz parte do Sistema Nacional de Saúde.

<sup>77</sup> London School of Economics (2003).

Em abril de 2002, a legislação que regulamentava as casas de cuidado e as casas de repouso desde 1984 foi substituída por uma nova normativa (o *Care Standards Act*). A nova lei criou a Comissão Nacional de Padrões de Cuidado, um corpo público não-governamental e independente que regula os serviços sociais e de saúde, atividade que até então estava sob responsabilidade dos conselhos e autoridades locais. Além disso, o escopo de regulação foi estendido para outros serviços que não eram registrados antes, como as agências de cuidado domiciliar e os centros residenciais familiares, entre outros.

Segundo estudo de 2003,<sup>78</sup> em 1998/1999, 87% da população do Reino Unido com 65 anos ou mais que apresentavam problemas de dependência eram atendidos por cuidadores informais, sendo que 53% recebiam somente o cuidado informal e 34% eram atendidos também pelos cuidados públicos; 9% apoiavam-se exclusivamente em algum tipo de cuidado público formal; e 3% não recebiam nenhum tipo de cuidado. Percebe-se, portanto, que no Reino Unido, o cuidado proporcionado pelos familiares é a fonte de assistência mais importante para a população idosa dependente.

Em relação aos benefícios monetários, esses são administrados pelo governo central e têm caráter não contributivo, sendo devidos aos idosos ou pessoas incapacitadas, assim como aos seus cuidadores. Geralmente não se exige uma avaliação médica para a concessão desses benefícios. A seguir se apresentam os cinco tipos de benefícios existentes, seus condicionantes e o público-alvo correspondente:<sup>79</sup>

- a) Benefício de Assistência (*Attendance Allowance*): varia entre 44,85 e 67,00 libras por semana e é destinado a pessoas com 65 anos ou mais, que demandem cuidados pessoais durante o dia ou a noite em razão de incapacidade física ou mental. O acesso ao benefício depende de que a incapacidade tenha se instalado pelo menos seis meses antes do momento da solicitação.
- b) Benefício por Incapacidade (*Disability Living Allowance*): para pessoas abaixo de 65 anos, com necessidades de cuidado pessoal ou mobilidade reduzida em razão de alguma incapacidade física ou mental. Uma vez concedido, o benefício pode continuar a ser pago após os 65 anos caso a incapacidade permaneça. No entanto, caso o beneficiário opte por receber o *Attendance Allowance*, o benefício deixa de ser pago. Para ter acesso ao benefício, é necessário que a condição de incapacidade tenha se instalado até três meses antes da solicitação e permaneça por pelo menos mais seis meses. Os valores semanais são variáveis, podendo corresponder a 17,75, 44,85 ou 67,00 libras, nos casos de necessidade de cuidados, e a 17,75 ou 46,75 libras, nos casos de mobilidade reduzida.

<sup>78</sup> London School of Economics (2003).

<sup>79</sup> DirectGov (2006). As pensões de assistência, invalidez, assistência constante e incapacidade excepcionalmente severa podem ser pagas além dos benefícios de saúde, invalidez, velhice e viuvez.

- c) Benefício de Assistência Constante (*Constant Attendance Allowance*): para pessoas diagnosticadas como totalmente incapacitadas (resultado de algum acidente de trabalho ou acidente de guerra) e que necessitem de constante cuidado e atenção. O valor semanal do benefício varia de acordo com os seguintes parâmetros: 27,40 libras (para ½ período) e 54,80 libras (valor padrão máximo). Há ainda outras duas taxas extras, que dependem do grau de incapacidade e da necessidade de cuidado: 82,20 libras e 109,60 libras.
- d) Benefício de Incapacidade Excepcionalmente Severa (*Exceptionally Severe Disablement Allowance*): para pessoas que recebem o Benefício de Assistência Constante (conforme pelo menos duas avaliações) e provavelmente continuarão permanentemente incapacitadas. O valor do benefício atinge, no máximo, 51,50 libras por semana e permite o demandante receber um adicional que varia conforme a idade.
- e) Benefício do Cuidador (*Carer's Allowance*): no valor de 50,55 libras por semana, pode ser pago a pessoas maiores de 16 anos que não ganhem mais do que 82,00 libras por semana (deduzidos os descontos permitidos) e, que estejam proporcionando pelo menos trinta e cinco horas de cuidado por semana para o titular de outros benefícios por incapacidade.

Existem ainda benefícios para cuidados temporários (*Semi stationary care*). O Benefício de Assistência e o Benefício por Incapacidade deixam de ser pagos após 28 dias caso o beneficiário esteja internado em um hospital do Sistema Nacional de Saúde ou conte com o cuidado proporcionado pela autoridade local ou por um departamento governamental. O componente de mobilidade do Benefício por Incapacidade continua a ser pago ao beneficiário caso receba cuidados providos pelas autoridades locais.

Finalmente, outro benefício disponível é a ajuda financeira *do The Independent Living*, instituído em 1993. Trata-se de um fundo destinado a apoiar o pagamento das despesas do cuidado particular doméstico, permitindo que pessoas altamente incapacitadas possam continuar vivendo em suas casas. As pessoas que vivem em casas de repouso podem solicitar qualquer um dos benefícios. Os benefícios financeiros em espécie não são taxados, à exceção do Benefício do Cuidador.

### **3.3.5. Modelo de financiamento e gestão**

Os serviços de saúde oferecidos pelo Sistema Nacional de Saúde são financiados pelo governo central, especialmente por meio dos impostos gerais, e também parcialmente pelas contribuições do seguro social. Os recursos são repassados para as Guardas de Cuidado Primário, que são responsáveis por organizar um conjunto de serviços de saúde para suas populações.

Os serviços sociais são financiados pelas autoridades locais, que levantam as necessidades de cuidado de sua população e providenciam para que as pessoas sejam atendidas. Os recursos têm origem nas taxas locais e nos encargos pagos pelos usuários dos serviços (negociados com os provedores públicos e privados), mas principalmente nos repasses do governo central. Isto significa que os serviços sociais também são financiados, primordialmente, por impostos gerais. Entretanto, como as autoridades locais também são responsáveis pelos serviços de educação, serviços gerais, planejamento, entre outros, os recursos são alocados aos diferentes serviços segundo julgarem mais adequado, não havendo garantia de um montante fixo para os serviços sociais para idosos em situação de dependência.

### ***3.4. A proteção social para as pessoas idosas em situação de dependência funcional na Suécia***

#### **3.4.1. A questão do envelhecimento populacional**

A população sueca é uma das mais velhas da Europa, ficando atrás apenas da Itália. As estatísticas<sup>80</sup> informam que, em 1980, a população sueca alcançava 8,3 milhões de habitantes, 21,9% dos quais se encontravam na faixa etária de 60 anos ou mais. Em 2005, quando o total populacional chegava a 9,0 milhões de habitantes, 23,4% estavam nessa faixa etária. Projeções realizadas para o ano de 2020 e 2050 indicam um crescimento populacional limitado acompanhado de um contínuo aumento da população na faixa etária de 60 anos ou mais. De fato, em 2020, para uma população de 9,4 milhões, 27,2% estarão nessa faixa etária, ao passo que, em 2050, para uma população de 10 milhões, 30,9% farão parte daquele grupo.

A Suécia se destaca não apenas pela alta proporção de idosos, mas também pela presença daqueles com mais de 80 anos, grupo que mais cresce na população desse país. Os dados apontam que em 1980 esse contingente representava 3,2% da população e que, em 2005, essa proporção tinha aumentado 2,1 pontos percentuais, alcançando 5,3% do total de habitantes do país. Projeções indicam que, em 2020, as pessoas muito idosas representarão 5,5% da população e, em 2050, cerca de 9,7% da população (ou quase 1 milhão de pessoas).

A idade média da população sueca também aumentou paulatinamente. Em 1980 era de 36,2 anos; em 2005 tinha passado para 40,1 anos. Projeções indicam que em 2020 a população terá uma idade média de 42,4 anos e, em 2050, praticamente 43,9 anos.

---

<sup>80</sup> UNITED NATIONS. World Population Prospects: The 2004 Revision and World Urbanization Prospects: The 2003 Revision, <http://esa.un.org/unpp>

Com relação ao aumento da expectativa de vida dos suecos, tem-se que, em um período de 30 anos, entre 1975 e 2005, este indicador aumentou em 5,1 anos. No período entre 1975 e 1980 os suecos podiam aspirar viver, em média, até os 75,2 anos. Entre os anos 2000 e 2005, a expectativa de vida chegou a 80,1 anos. Estima-se que entre os anos de 2015 e 2050 terá aumentado em quase três anos: os suecos poderão viver até os 85,5 anos em 2050, contra 82,2 anos, em 2015.

### **3.4.2. Antecedentes da proteção social para pessoas idosas**

Desde os anos de 1930, a Suécia vem construindo um dos sistemas de proteção social mais desenvolvidos do mundo, caracterizado por sua orientação universalista e seus objetivos redistributivos. O Estado vem assumindo, desde então, o financiamento e a gestão dos serviços públicos nos campos da saúde, da educação, da atenção à família e da assistência à pessoa idosa, ao mesmo tempo em que responde por programas de garantia de renda, de natureza contributiva e não contributiva.

No que diz respeito aos serviços de proteção à pessoa idosa, eles vêm sendo desenvolvidos na Suécia desde a década de 1950. Inicialmente, isso se deu por meio da oferta de cuidado institucional, destinada especialmente para aqueles em condição de dependência. Essa função foi assumida pelas municipalidades e se expandiu durante as décadas seguintes como parte do Estado de Bem-Estar. Durante a década de 1960, observou-se uma ênfase no cuidado realizado em instituições, com aumento considerável no número de vagas disponíveis em alas de cuidados de longa duração dos hospitais, das casas de enfermagem e dos centros residenciais.

Na década de 1970, a opção pelo cuidado realizado em instituições começou a ser questionada do ponto de vista humanitário e financeiro. O número de idosos crescia rapidamente e o cuidado institucional se tornava cada vez mais oneroso. Um número significativo de idosos institucionalizados parecia não demandar a gama de serviços oferecidos naquelas instituições, ao mesmo tempo em que se observava que esse modelo de cuidado afetava negativamente a qualidade da vida do idoso, tanto do ponto de vista social como do afetivo.<sup>81</sup> Vários estudos passaram a reforçar a proposta de um modelo de cuidados domiciliares, a não ser em situações de dependência funcional grave. Ampliou-se o investimento no desenvolvimento de diversos tipos de cuidados residenciais e centros de moradia especiais. Ao lado dos hospitais e casas de enfermagem, instituições integradas ao sistema de saúde e as moradias para idosos e casas de abrigo foram desenvolvidas, assim como buscou-se ampliar os serviços domiciliares. Em 1995-1996, 11% da população com mais de 65 anos recebia cuidados em domicílio, e 8% viviam em instituições.<sup>82</sup>

---

<sup>81</sup> OECD (1996).

<sup>82</sup> PAQUY (2004).

Até o início dos anos de 1990, os Conselhos dos Condados<sup>83</sup> foram os responsáveis pela atenção das pessoas idosas dependentes e, em particular, pela gestão dos centros de moradia para os idosos. Em 1992, uma mudança organizacional – a Reforma Ädel – foi implementada no sistema de proteção, modificando o modelo de organização da atenção às pessoas idosas.<sup>84</sup> A reforma impulsionou a descentralização dos serviços de saúde e dos serviços sociais, visando a sua integração. À exceção da assistência médica tradicional, a responsabilidade do cuidado médico de longa duração aos idosos foi transferida da instância regional – os Condados – para a instância local – as municipalidades. Um dos objetivos era reunir o conjunto dos cuidados oferecidos para os idosos sob uma mesma autoridade.

### 3.4.3. A atenção às pessoas idosas

Na Suécia, os objetivos relativos ao cuidado dos idosos têm sido por décadas garantir-lhes estabilidade financeira, moradia adequada e serviços de cuidados de acordo com suas necessidades. O conjunto dos idosos possui acesso igualitário aos “produtos” de bem-estar, independentemente de idade, gênero, etnia, local de moradia ou poder aquisitivo. O Estado se considera o principal responsável pelo cuidado dos idosos, situação que tem permitido a superação da visão da mulher como cuidadora e, ao mesmo tempo, a valorização de seu papel no mercado de trabalho.

Atualmente, a responsabilidade pelo bem-estar do idoso é dividida entre três agentes do governo. No plano nacional, o Parlamento e o Governo estabelecem as metas políticas e as diretrizes por meio da legislação e das medidas econômicas. No plano regional, os Conselhos dos Condados são responsáveis pelo fornecimento do atendimento médico – para o que empregam médicos clínicos para realização dos cuidados primários da saúde – e se responsabilizam pela gestão dos hospitais. Finalmente, no plano local, as 289 municipalidades são obrigadas, por lei, a atender as necessidades de cuidados de longa duração dos idosos – que podem ser realizados, inclusive, na própria residência do idoso – e são responsáveis por instituições tais como hospitais e lares de idosos, entre outros. Tanto os Conselhos dos Condados como as municipalidades possuem um alto grau de autonomia frente ao governo central, contando com o direito de fixar os impostos e de, dentro dos limites prescritos pela legislação vigente, decidir o grau de prioridade que darão aos idosos em relação aos outros grupos da sociedade.<sup>85</sup>

O marco legal que regula a proteção social para os idosos está organizado em dois atos legislativos. De acordo com o *Ato de Serviços Médicos de Saúde para o Cuidado com a Saúde e o Cuidado de Longa Duração*, de 1983, os serviços médicos devem estar disponíveis

<sup>83</sup> Órgãos responsáveis por tarefas que não podem ser tratadas em nível local, por exigirem coordenação de diversas localidades municipais

<sup>84</sup> OECD (1996).

<sup>85</sup> Idem.

para todos os membros da sociedade. O setor público deve garantir alto padrão de saúde e cuidado para todos, em termos igualitários. O ato também estabelece algumas orientações para priorizar certas demandas, mas são as municipalidades que determinam o nível e a abrangência dos serviços e os critérios de elegibilidade para o acesso. Isso significa que não existe na Suécia um sistema único de classificação da situação de dependência funcional do idoso, com base no qual determinar o acesso aos serviços. Por sua vez, o *Ato de Serviços Sociais* (1982) estabelece que os idosos têm direito de receber serviço público e ajuda em todas as etapas da vida. Em outras palavras, todos aqueles que demandarem possuem o direito de receber assistência.<sup>86</sup>

Todas as pessoas podem solicitar os serviços oferecidos pelo sistema de saúde. Essa solicitação será avaliada em nível municipal, podendo-se recorrer administrativamente da decisão. Contudo, o número de apelações é muito baixo. Os direitos das pessoas aos serviços oferecidos pelo sistema de saúde estão desenvolvidos, em certo grau, nas duas legislações citadas anteriormente. O acesso aos direitos é monitorado, visando um nível satisfatório de serviços.

As municipalidades oferecem cuidados de longa duração para as pessoas idosas que vivem em suas próprias casas por meio de serviços de assistência e de enfermagem domiciliar. Os serviços de assistência compreendem duas áreas: (i) assistência para realização de tarefas ligadas ao dia-a-dia doméstico, como fazer compras, cozinhar e limpar a casa, entre outras; e (ii) assistência relativa ao cuidado pessoal, como ajuda para deitar-se e levantar-se da cama, vestir-se e tomar banho, entre outras. Tanto os serviços de assistência quanto os de enfermagem oferecidos pelas municipalidades não incluem o atendimento de médicos clínicos. Em lugar da provisão pública direta, as municipalidades podem comprar esses serviços de associações e fundações, companhias municipais, empresas privadas, entre outros.

Durante a década de 1990, as pessoas dependentes começaram a ser atendidas em suas casas, tanto em termos dos cuidados pessoais e domésticos, quanto de enfermagem domiciliar. De acordo com dados oficiais, em 2004, 9% das pessoas com 65 anos ou mais foram beneficiadas com o atendimento domiciliar. Esta porcentagem muda para 20% quando se trata de idosos com 80 anos ou mais.<sup>87</sup> Observe-se que, de acordo com dados oficiais do Ministério da Saúde e Assuntos Sociais, 93% dos idosos suecos vive em suas próprias casas, sozinhos ou com seus companheiros. Apenas uma pequena parte vive com seus filhos. Suas condições residenciais não diferem significativamente daquelas do resto da população. A maioria das pessoas vive em casas com aquecimento central, com cozinhas bem-equipadas, água quente e fria e banheiro privativo.

<sup>86</sup> O Conselho Nacional de Saúde e Bem-Estar é encarregado pelo governo de relatar anualmente os desenvolvimentos recentes no cuidado com o idoso na Suécia.

<sup>87</sup> Ministério da Saúde e Assuntos Sociais da Suécia (2005).

As municipalidades oferecem também transporte especial para pessoas que, em função de limitações funcionais, encontram dificuldades para usar o transporte público comum. O serviço oferecido permite que essas pessoas viajem de táxi ou em veículos especialmente adaptados, pagando preços equivalentes às taxas de transportes públicos. As viagens de longa distância também são possíveis dentro deste mesmo modelo de funcionamento.

O acompanhamento da Reforma Ädel tem mostrado alguns problemas relativos à responsabilidade partilhada no cuidado com os idosos. O governo solicitou uma comissão especial para revisar a referida reforma dez anos após sua introdução. O Instituto de Auditoria do Estado, apontou em seu relatório os problemas de coordenação e cooperação entre os Conselhos de Condado e as municipalidades, especialmente no que diz respeito aos objetivos de cuidados com a saúde, reabilitação e provisão de estratégias de assistência.<sup>88</sup> Outras avaliações realizadas apontam para a necessidade de melhorar a coordenação entre as atividades de enfermagem domiciliar, reabilitação e serviços de assistência, por meio da instituição de grupos cooperativos. Tal orientação foi acolhida por uma nova lei, de julho de 2003, que estabeleceu essa cooperação intergovernamental.<sup>89</sup>

Em 2004, uma comissão avaliadora apontou para o sucesso da reforma, evidenciado pela redução das estadias desnecessárias nos hospitais, bem como pelo decréscimo no número de camas hospitalares. Os serviços prestados em domicílio têm se expandido, o que se considera outro aspecto positivo do impacto da reforma. Permanecem, no entanto, os problemas relativos à responsabilidade compartilhada com relação à enfermagem domiciliar. Como exemplo, cita-se o fato de que os médicos clínicos raramente visitam os pacientes que recebem esses serviços. A comissão propôs que o serviço social e os cuidados médicos devem atuar de forma integrada, também para o caso de pacientes que vivem em suas próprias casas. Em outros termos, a colaboração entre os cuidados hospitalares, os cuidados primários de saúde e a enfermagem domiciliar deve estar assegurada, tanto como as intervenções multidisciplinares.<sup>90</sup>

Mais recentemente, em 2005, um comitê parlamentar apresentou indicações para futuras políticas para os idosos na Suécia. Esse estudo realizou 100 recomendações, agrupadas em cinco dimensões, as quais são apontadas no quadro a seguir:<sup>91</sup>

---

<sup>88</sup> OECD (2006).

<sup>89</sup> Idem.

<sup>90</sup> Idem.

<sup>91</sup> Idem.

**Quadro 11. Suécia: Dimensões para orientar as políticas dirigidas aos idosos**

Criação de padrões flexíveis de vida
Derrubar as barreiras entre os diferentes grupos de idade
Estreitar a solidariedade e a responsabilidade intergeracional
Plano para um envelhecimento ativo
Esclarecer e assegurar a responsabilidade pública no cuidado do idoso

**3.4.4. Modelo de financiamento e gestão**

Na Suécia, os cuidados com a saúde e os cuidados de longa duração constituem responsabilidade pública, envolvendo diferentes atores institucionais, como apontado anteriormente. No que diz respeito ao financiamento do sistema, este é baseado em taxas locais (municipais ou regionais) e transferências do governo federal. O volume das transferências para cada municipalidade depende do volume das arrecadações de impostos do município e da estimativa dos custos dos serviços prestados, calculada com base em fatores de natureza estrutural, tais como características demográficas da população, condições de vida e *status* socioeconômico.

O usuário beneficiado arca apenas com uma fração dos custos dos serviços, de acordo com sua renda (cerca de 5 a 6%, em média).<sup>92</sup> A maior parte da fatia dos gastos (acima de 80%) é coberta pelos impostos locais. As taxas nacionais cobrem os custos remanescentes no cuidado com o idoso (aproximadamente 10%).<sup>93</sup>

**3.5. Conclusão**

O grupo constituído por Espanha, França, Reino Unido e Suécia caracteriza-se por considerar a proteção às pessoas idosas dependentes como uma obrigação do Estado que deve ser cumprida por meio da prestação de serviços ou da oferta de benefícios pecuniários que propiciam o acesso a esses serviços. O financiamento dessas prestações tem caráter não contributivo, ancorando-se em tributos gerais, mas os usuários dos serviços responsabilizam-se por determinadas taxas no momento em que deles necessitam.

<sup>92</sup> Há consenso sobre o fato de que a fração dos custos dos serviços que corresponde aos usuários tem se incrementado de forma significativa durante os últimos anos.

<sup>93</sup> Ministério da Saúde e Assuntos Sociais da Suécia (2005).

Embora cada país possua suas especificidades, observou-se neste grupo uma tendência à proteção de todas as pessoas com incapacidades funcionais, independentemente de sua idade, muito embora se reconheça que a maior parte da população nessa situação e que procura atenção dentro do sistema seja formada por pessoas idosas. Apenas a França organizou um benefício que é exclusivo para a proteção de pessoas idosas dependentes.

Dos quatro países desse grupo, apenas a Suécia não oferta benefícios pecuniários, restringindo seu sistema de proteção a serviços de cuidados. Os demais disponibilizam transferências monetárias, embora para diferentes situações e com objetivos distintos. Os serviços sociais oferecem cuidados na modalidade domiciliar e institucional, sendo que no Reino Unido esse último tipo de cuidado é majoritariamente ofertado por organizações privadas.

Outro aspecto relevante no conjunto de países analisados nesse terceiro capítulo diz respeito ao fato de que a relevância do papel do cuidador informal também é amplamente reconhecida. As políticas e programas em favor do cuidador familiar ou comunitário têm mostrado crescente impulso, registrando não apenas ações no sentido de sua formação e necessidade de apoio, como também a implementação de benefícios monetários como forma de remuneração do trabalho realizado.

É interessante, entretanto, destacar que nos países que optaram pela via da oferta direta de serviços e/ou da implementação de benefícios não contributivos, a descentralização das políticas de cuidados tem se revelado uma característica importante. Seus impactos podem ser observados na ausência, em países como Reino Unido e Suécia, de uma classificação nacional de dependência, a ser usada pelas instituições e profissionais responsáveis pelo acesso às demandas de serviços. A própria oferta de serviços carece de um padrão nacional, na medida em que a autoridade local detém patamares importantes de autonomia para a organização dos serviços e de seu acesso. Nesses casos, a institucionalização das tarefas de regulação, controle e fiscalização tem se revelado de importância estratégica.

## CAPÍTULO 4

### 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 este 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. Desta forma, para fins deste trabalho, será adotada a definição estabelecida no Estatuto do Idoso, que considera pessoas idosas aquelas com 60 ou mais anos.<sup>94</sup>

Esse capítulo tem por objetivo traçar um quadro sintético do segmento das pessoas consideradas idosas no Brasil. Esse é 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, permitem observar essa realidade. Ao final do capítulo apresentam-se algumas informações sobre os idosos em situação de dependência no país, assim como sobre os idosos institucionalizados.

#### ***4.1. Perfil sociodemográfico da população idosa brasileira***

##### **4.1.1. 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. Esse 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 2020 estimam a presença de 30,9 milhões de idosos, que representarão, aproximadamente, 14% da população total.

A população “muito idosa”, com 80 anos ou mais, também está e continuará aumentando. Entre 1970 e 2000 esse grupo aumentou de 485,4 mil pessoas (0,5% do total populacional) para 1,8 milhão (1,1% do total); em 2020, estima-se que chegará a quase 6 milhões de pessoas, compondo 2,7% da população total brasileira.

---

<sup>94</sup> Contudo, em alguns casos, em decorrência das fontes utilizadas, serão apresentados dados referidos a outros limites de idade.

**Tabela 1. Brasil: População total observada e projetada por idade (1940 – 2020)**

Idade	1940	1950	1960	1970	1980	1991	2000	2010	2020
<b>Total de idosos</b>	<b>1.668.445</b>	<b>2.210.318</b>	<b>3.335.700</b>	<b>4.725.540</b>	<b>7.223.781</b>	<b>10.722.705</b>	<b>14.536.029</b>	<b>20.462.705</b>	<b>30.875.665</b>
60 a 64	687.827	938.277	1.404.942	1.794.673	2.448.218	3.636.858	4.600.929	6.276.865	9.033.418
65 a 69	384.473	516.456	788.788	1.218.918	2.031.110	2.776.060	3.581.106	4.634.200	7.055.346
70 a 74	282.416	361.206	562.271	806.773	1.317.997	1.889.918	2.742.302	3.688.212	5.296.587
75 a 79	143.069	185.199	288.646	419.748	833.322	1.290.218	1.779.587	2.629.679	3.686.176
80+	170.660	209.180	291.053	485.428	593.134	1.129.651	1.832.105	3.233.749	5.804.138
<b>Total da população</b>	<b>41.165.289</b>	<b>51944.397</b>	<b>70.191.370</b>	<b>93.139.037</b>	<b>119.002.706</b>	<b>146.825.475</b>	<b>169.799.170</b>	<b>195.394.707</b>	<b>217.394.150</b>

Fonte: Camarano, Ana Amélia et. al. *Idosos Brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas*. Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

Elaboração: Disoc/Ipea

**Tabela 2. Brasil: Percentual da população total observada e projetada por idade (1940 – 2020)**

Idade	1940	1950	1960	1970	1980	1991	2000	2010	2020
<b>Total de idosos</b>	<b>4,1</b>	<b>4,3</b>	<b>4,8</b>	<b>5,1</b>	<b>6,1</b>	<b>7,3</b>	<b>8,6</b>	<b>10,5</b>	<b>14,2</b>
60 a 64	1,7	1,8	2,0	1,9	2,1	2,5	2,7	3,2	4,2
65 a 69	0,9	1,0	1,1	1,3	1,7	1,9	2,1	2,4	3,2
70 a 74	0,7	0,7	0,8	0,9	1,1	1,3	1,6	1,9	2,4
75 a 79	0,3	0,4	0,4	0,5	0,7	0,9	1,0	1,3	1,7
80+	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,8	1,1	1,7	2,7
<b>Total da população</b>	<b>41.165.289</b>	<b>51944.397</b>	<b>70.191.370</b>	<b>93.139.037</b>	<b>119.002.706</b>	<b>146.825.475</b>	<b>169.799.170</b>	<b>195.394.707</b>	<b>217.394.150</b>

Fonte: Camarano, Ana Amélia et. al. *Idosos Brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas*. Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

Elaboração: Disoc/Ipea

A tabela 3 permite visualizar com maior clareza o progressivo crescimento da população idosa e muito idosa entre 1980 e 2004, acompanhando o crescimento da expectativa de sobrevivência para homens e mulheres de 55, 60 e 65 anos. Destaque-se que, em 2004, os homens e mulheres de 60 anos tinham uma expectativa de sobrevivência 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 sobrevivência**

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

Fonte: IBGE/DPE/Coordenação de População e Indicadores Sociais – Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica e Tábuas Completas de Mortalidade/IBGE 2004.

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 analisando a evolução da razão de dependência da população considerada não ativa.<sup>95</sup> A tabela 4 mostra que, em 1980, para cada 100 pessoas em idade economicamente ativa, existiam 73,2 pessoas inativas. Destas, 66,2 eram jovens/crianças com idades abaixo de 15 anos e, 6,9 eram pessoas com 65 anos ou mais. Vinte anos depois, em 2000, para cada 100 pessoas em idade economicamente ativa existiam pouco mais da metade (54,4) de pessoas inativas. Observa-se, no entanto, com relação ao ano de 1980, uma leve mudança na composição da população inativa, a favor das pessoas idosas. Das 54,4 pessoas inativas naquele ano, 8,4 pessoas eram idosas e as demais 46 jovens/crianças com menos de 15 anos.

Essa mesma tendência de mudança na composição da população inativa a favor das pessoas idosas é observada nas projeções realizadas para os anos 2010, 2020 e 2030. As projeções indicam uma razão de dependência total cada vez menor até o ano de 2020. Observa-se uma contínua mudança na população economicamente inativa, composta por uma quantidade cada vez maior de pessoas idosas, em detrimento das crianças/jovens. A partir de 2020, a razão de dependência total passará a crescer, mas a população inativa continuará sendo formada cada vez mais por pessoas idosas. As projeções para 2030 indicam um aumento da razão de dependência, que passará a ser de 50,2 inativos para cada 100 ativos, sendo que, do total de inativos, 31,9 serão jovens/crianças e 18,2, pessoas idosas. Em 2050, a razão de dependência total será de 57,9 inativos para cada 100 ativos, e na população considerada economicamente inativa, prevalecerão as pessoas idosas, na relação de 29,7 contra 28,2 jovens/crianças.

<sup>95</sup> A razão de dependência é a relação entre o número de pessoas consideradas não ativas (0 a 14 anos e 65 anos em diante) e o número de pessoas em idade economicamente produtiva (15-64 anos de idade).

**Tabela 4. Brasil: Razão de dependência e índice de envelhecimento (1980-2050)**

Ano	Razão de dependência total	Razão de dependência da população abaixo de 15 anos	Razão de dependência da população idosa de 65 anos ou mais	Índice de envelhecimento
1980	73,17	66,22	6,95	10,50
1990	65,81	58,58	7,23	12,34
2000	54,37	45,97	8,41	18,28
2010	50,69	40,59	10,10	24,88
2020	48,79	35,80	12,99	36,28
2030	50,15	31,93	18,22	57,08
2040	52,96	29,58	23,39	79,08
2050	57,87	28,15	29,72	105,56

Fonte: IBGE, *Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 – Revisão 2004*.

Elaboração: *Disoc/Ipea*

Essa mudança na composição da população inativa a favor das pessoas idosas é produto do envelhecimento da população e da queda da taxa de natalidade. Na tabela 4 é possível observar também o aumento significativo do índice de envelhecimento populacional.<sup>96</sup> Em 1980, era de 10,5, enquanto em 2000 tinha aumentado para 18,3. Porém, em cinco décadas, prevê-se que os idosos estarão em número superior aos dos jovens: em 2050, estima-se que o índice de envelhecimento será de 105,6, ou seja, para cada 100 jovens com menos de 15 anos, haverá mais de 105 pessoas idosas.

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.

#### 4.1.2. 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 que, em

<sup>96</sup> O índice de envelhecimento da população é a divisão do número de pessoas com 65 anos ou mais pelo número de pessoas com menos de 15 anos, multiplicado por 100.

2005, estimou uma população de 60 anos ou mais de aproximadamente 18,2 milhões de pessoas, sendo que 83,9% delas viviam no meio urbano: 31,9% em áreas metropolitanas e 51,9% em áreas urbanas não-metropolitanas. Nota-se também que o número de pessoas idosas vivendo em áreas metropolitanas era cerca de duas vezes superior àquele das que viviam no meio rural – 16,1% 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 (52,7%) superavam as mulheres idosas (47,3%), enquanto que no meio urbano as mulheres eram maioria (57,8% contra 42,2% de homens). Observa-se que, nas regiões metropolitanas, a presença feminina superava a masculina em cerca de 20 pontos percentuais.

***Tabela 5. Brasil: Distribuição dos idosos (60 anos ou +) por sexo, segundo local de residência (urbano, rural, metropolitano) – 2005***

	<b>Homens</b> %	<b>Mulheres</b> %	<b>Total</b> %
<b>Urbano total</b>	42,19	57,81	83,88
Urbano não metropolitano	43,54	56,46	51,92
Urbano metropolitano	40,01	59,99	31,96
<b>Rural</b>	52,73	47,27	16,12
<b>Total</b>	<b>43,89</b>	<b>56,11</b>	<b>100,0</b>

*Fonte: Pnad 2005*

*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.

### 4.1.3. 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 desse 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, *stress* no trabalho. 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. Essa 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 2020 não prevêm a inversão desta tendência.

**Tabela 6. Brasil: Proporção da população idosa (60 anos ou +) observada e projetada por faixa etária e sexo – 1940/2020**

Ano	Homens 60 a 69 anos	Mulheres 60 a 69 anos	Homens 70 a 79 anos	Mulheres 70 a 79 anos	Homens 80 ou mais anos	Mulheres 80 ou mais anos
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	1,0	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	2,6	3,0	1,4	1,8	0,7	1,0
2020	3,4	4,0	1,8	2,3	1,1	1,5

Fonte: Camarano, Ana Amélia et. al. *Idosos Brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas*. Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 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.<sup>97</sup>

***Tabela 7. Brasil: Distribuição percentual da população idosa (60 anos ou +) por estado conjugal e sexo (1980, 1991 e 2000)***

	Homens	Mulheres
	<b>1980</b>	
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
	<b>1991</b>	
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
	<b>2000</b>	
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: Camavano, Ana Amélia et. al. Idosos Brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.*

*Elaboração: Disoc/Ipea*

<sup>97</sup> 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.

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. Neste 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.

#### 4.1.4. Renda

Considerando a renda das pessoas idosas, os dados da tabela 8 permitem observar que pouco mais de 1/3 dos 18,2 milhões de idosos brasileiros estimados pela Pnad 2005 estavam concentrados em domicílios com renda *per capita* entre 1/2 até 1 SM (SM), enquanto uma cifra pouco menor vivia em domicílios com renda *per capita* entre 1 e 2 SM. Assim sendo, algo em torno de 7 de cada 10 idosos viviam em domicílios com até 2 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: Distribuição percentual dos idosos (60 anos ou +) por faixa de renda domiciliar per capita, segundo faixa etária – 2005**

Faixa etária	0 a 1/2 SM	1/2 a até 1 SM	1 a 2 SM	2 a 3 SM	3 a 5 SM	Mais de 5 SM	Total
60-64	16,2	27,9	28,4	10,6	8,3	8,5	100,0
65-69	13,4	32,1	29,1	9,8	8,0	7,6	100,0
70-74	11,2	33,0	29,3	9,9	9,0	7,6	100,0
75-79	11,2	35,1	28,2	9,6	7,4	8,5	100,0
mais de 80	11,4	38,2	26,4	9,3	6,8	7,9	100,0
Total de idosos	13,3	32,2	28,4	10,0	8,0	8,0	100,0

Fonte: Pnad 2005

Elaboração: Dísoc/Ipea

Olhando com mais atenção a população idosa cuja renda domiciliar *per capita* era, em 2005, menor que 1/2 SM, a tabela 9 desagrega este grupo em 3 novas faixas de renda, e revela que 0,3% do total dos idosos pertencem 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: Distribuição percentual dos idosos (60 anos ou +) com renda familiar per capita de 0 até 1/2 SM, segundo faixa etária – 2005**

Faixa etária	Sem Renda	Acima de R\$ 0,00 até 1/4 SM	Entre 1/4 e 1/2 SM
60-64	0,6	3,0	12,6
65-69	0,2	1,8	11,5
70-74	0,1	1,6	9,5
75-79	0,1	1,5	9,7
Mais de 80	0,2	1,4	9,7
Total	0,3	2,0	11,0

Fonte: Pnad 2005

Elaboração: Disoc/Ipea

**Tabela 10. Brasil: Distribuição percentual da faixa etária dos idosos (60 anos ou +) com renda domiciliar per capita de 0 a 1/2 SM – 2005**

Faixa etária	Sem Renda	Acima de R\$ 0,00 até 1/4 SM	Entre 1/4 e 1/2 SM
60-64	62,1	45,6	35,1
65-69	18,0	21,2	25,6
70-74	9,3	14,4	16,0
75-79	2,9	9,2	11,5
Mais de 80	7,7	9,6	11,9
Total	100,0	100,0	100,0

Fonte: Pnad 2005

Elaboração: Disoc/Ipea

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 37,9% e 54,4%, respectivamente, tinham mais de 65 anos, ou seja, faziam parte do público-alvo do Benefício de Prestação Continuada – BPC.<sup>98</sup> A presença desses idosos em famílias com renda domiciliar mensal *per capita* até 1/4 de SM pode sugerir duas situações: a) a existência de idosos que, mesmo se enquadrando nos critérios para recebimento do BPC, não estavam contemplados pelo

<sup>98</sup> O BPC é um benefício assistencial que garante uma renda de solidariedade nacional através do 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 independente e para o trabalho, cuja renda familiar *per capita* seja inferior a 1/4 do SM.

benefício; ou b) a existência de idosos que recebiam o BPC, porém que, devido ao número de pessoas existentes no domicílio, quando calculada a renda domiciliar *per capita* o rendimento mantinha-se abaixo daquele que dá acesso a esse benefício.<sup>99</sup>

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 social<sup>100</sup> predominavam em todas as faixas etárias, perfazendo 66,5% do total da renda dos idosos. O peso desses rendimentos no total da renda dos idosos cresce na medida em 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 até 70 anos ainda tinham rendimentos derivados do exercício de atividades profissionais.

**Tabela 11. Brasil: Distribuição dos idosos (60 anos e +)  
por fonte de renda, segundo faixa etária – 2005**

Faixa etária	Trabalho	Benefícios Previdenciários e Assistenciais	Programas de Transferência de Renda (*)	Outras Rendas (**)	%
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 anos	7,31	82,75	0,04	9,90	100%
<b>Total</b>	24,55	66,53	0,08	8,84	100%

Fonte: Pnad 2005

Elaboração: Disoc/Ipea

Obs: (\*) 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. (\*\*\*) Estão aqui computadas todas as demais rendas; incluem-se as aposentadorias e pensões oriundas de sistema privado, aplicações financeiras, aluguéis, doações, entre outros.

<sup>99</sup> 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.

<sup>100</sup> Consideram-se aqui como benefícios previdenciários e assistenciais todos os benefícios que estão sob responsabilidade operacional do 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.

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.<sup>101</sup> Esses 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 dessa 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.<sup>102</sup> 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 advindas dos benefícios previdenciários e assistenciais (BPC, aposentadorias e pensões públicas).

**Tabela 12. Brasil: Idosos (60 anos ou +) em situação de pobreza e indigência, por faixa etária e mecanismos de proteção social segundo três simulações – 2004**

Faixa etária	Número de idosos em situação de indigência (*)			Número de idosos em situação de pobreza (**)		
	Renda total	Renda total excluídas as rendas dos PTR	Renda total excluídas as rendas dos PTR e rendas 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
acima de 80	1,5	2,7	53,5	9,1	10,8	66,3
Total de Idosos	2,4	3,6	44,6	11,1	12,5	59,4

Fonte: Pnad 2004

Elaboração: Dísoc/Ipea

(\*) Considerou-se idosos em situação de indigência aqueles que vivem em domicílios com renda per capita abaixo de 1/4 SM.

(\*\*) Considerou-se idosos em situação de pobreza aqueles que vivem em domicílios com renda per capita abaixo de 1/2 de SM.

<sup>101</sup> Ver SCHWARZER e QUERINO (2002); JACCOUD (2006); SOARES *et. al.* (2006).

<sup>102</sup> 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.

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 transferência 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.

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% desta 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 até então à Previdência Social.

Cabe interrogar como será a velhice das pessoas que estão construindo suas trajetórias de vida nestas 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, essas pessoas 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.

#### 4.1.5. Mercado de trabalho

Qual é 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.<sup>103</sup>

<sup>103</sup> 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 no mercado de trabalho 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 2005 no Brasil. Deve-se ressaltar que esses 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 os trabalhos não remunerados.

**Tabela 13. Brasil: Distribuição dos idosos (60 anos ou +) de acordo com sua situação no mercado de trabalho – 2005**

	Faixas etárias				
	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 anos+
Não economicamente ativa	51,9	67,4	75,8	83,1	87,5
Desocupado	1,5	0,9	0,4	0,1	0,3
Trabalhador formal	8,2	3,1	1,1	0,4	1,0
Empregados informais	4,6	2,9	1,6	0,7	0,9
Empregados domésticos	2,6	1,6	1,0	0,4	0,3
Conta própria	19,2	12,8	9,9	6,3	4,2
Trabalhador s/ remuneração	8,6	8,8	8,4	7,1	4,9
Empregador	3,4	2,4	1,8	1,9	0,9

Fonte: Pnad 2005

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 medida que crescem as faixas etárias.

**Tabela 14. Brasil: Distribuição dos idosos (60 anos ou +) no mercado de trabalho por horas trabalhadas na semana, segundo faixas etárias – 2005**

Número de horas	Faixas etárias				
	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	Mais de 80 anos
1 Até 14	12,8	19,2	25,6	34,0	30,1
2 15 a 39	29,1	33,0	37,2	36,4	37,0
3 40 a 44	25,8	23,7	15,0	14,1	15,5
4 45 a 48	12,2	8,3	8,1	5,5	7,8
5 49 ou mais	20,1	15,8	14,1	9,9	9,6
6 Sem declaração		0,10			

Fonte: Pnad 2005

Elaboração: Disoc/Ipea

Com relação aos idosos mais jovens, é possível refletir que esses 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, à medida que os relacionamentos nesses espaços sociais evitam o isolamento.

#### 4.1.6. Família e arranjos familiares

Em 2000, dados do Censo Populacional indicavam que 10,9% das pessoas idosas viviam sozinhas. Em 2005, de acordo com dados da Pnad, essa proporção havia subido, sendo estimada em quase 13%, como pode ser observado na tabela 15. Ainda em 2005, 87% dos idosos viviam em família, sendo que 26% das famílias brasileiras contavam entre seus membros com ao menos um idoso.

**Tabela 15. Brasil: Número de idosos (60 anos ou +) e número de famílias com idosos – 2005**

	Total %
Idosos vivendo só	12,9
Idosos em família	87,1
Total de idosos	100,0
Total de famílias com idosos	26,0
Total de famílias sem idosos	74,0
Total de famílias	100,0

Fonte: Pnad 2005

Elaboração: Disoc/Ipea

A tabela 16 mostra que, em 2005, dentre os domicílios com idosos pesquisados pela Pnad, 73% eram compostos apenas por pessoas adultas e não contavam entre seus membros com indivíduos menores de 16 anos. Em apenas 26,8% desses domicílios havia uma ou mais crianças e adolescentes.

Quando analisadas isoladamente as famílias com idosos pesquisadas, observa-se que 17% delas eram constituídas somente pelo próprio idoso e 29,5% eram compostas por dois membros (muitas vezes o idoso e seu companheiro ou companheira). Os dados revelam ainda que mais de 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 tipo segundo a presença de membros abaixo de 16 anos de idade**

	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	96,8	3,2			
3 membros	79,5	19,7	0,7		
4 a 5 membros	45,4	36,7	15,4	2,4	0,0
> 5 membros	12,8	23,5	28,9	18,7	16,0
Total	73,0	15,8	6,8	2,6	1,7

Fonte: Pnad 2005

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 esses anos, um aumento na proporção de domicílios pobres<sup>104</sup> sem idosos e, concomitantemente, uma diminuição da proporção de domicílios pobres com a presença de pessoas idosas. Essa situação revela que a presença de pessoas idosas nos domicílios pode contribuir para o fortalecimento econômico das famílias.

<sup>104</sup> Em Camarano (2005), a definição de domicílios pobres foi construída por metodologia específica, baseada em linhas de pobreza regionalizadas.

**Tabela 17. Brasil: Proporção de domicílios pobres segundo a presença de idosos (60 anos ou +) – (1983, 1993 e 2003)**

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, Ana Amélia et. al. *Idosos Brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas*. Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 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, acima 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 a presença de idosos (60 anos ou +)**

(em Reais)

	Família com idosos	Família sem idosos
1 membro	869	1.085
2 membros	1.535	1.473
3 membros	1.946	1.509
4 a 5 membros	2.037	1.644
< 5 membros	1.913	1.265

Fonte: Pnad 2005

Elaboração: Disoc/Ipea

A partir do quadro apresentado sobre as famílias com idosos pode-se perceber necessidades de apoio diferenciadas. Constatou-se que, em 2005, uma proporção significativa de domicílios com idosos não tinham crianças (73%). Essa 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, esse número deve aumentar progressivamente. Em uma situação de doença ou de perda de autonomia, estas pessoas precisariam contar com serviços de apoio especiais.

### 4.1.7. Idosos institucionalizados

Infelizmente, os dados das sondagens populacionais brasileiras não fornecem dados claros quanto à institucionalização das pessoas idosas. Em estudo publicado em 2005, Camarano *et. al.* procuraram estimar o número de idosos que 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 tais 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.<sup>105</sup>

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 desta 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 que 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,<sup>106</sup> o que pode indicar que são significativas as dificuldades encontradas por estas 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.

## 4.2. Perfil sociodemográfico da população idosa dependente

### 4.2.1. 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,

<sup>105</sup> 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.

<sup>106</sup> Camarano, Ana Amélia *et. al.* Idosos Brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005. Tabela 10, página 118.

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.<sup>107</sup>

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 pessoas 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 auto-eficácia 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 Costa 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 define 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,<sup>108</sup> segundo o qual a capacidade funcional de um indivíduo diz respeito a 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 outros). 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.

<sup>107</sup> Join-Lambert (1994).

<sup>108</sup> <http://www.who.int/ageing/en/>

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.

**Tabela 19. Brasil: Proporção de idosos (60 anos ou +) por idade e sexo segundo suas dificuldades para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro – 2003**

Faixa etária	Não Consegue	Tem grande dificuldade	Tem pequena dificuldade	Não tem dificuldade	Total
<b>Homens</b>					
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
acima de 80	6,34	10,00	13,39	70,27	100,00
Total	2,03	3,55	5,93	88,50	100,00
<b>Mulheres</b>					
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
acima 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: Camavano, Ana Amélia et. al. *Idosos Brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas*. Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

Elaboração: Disoc/Ipea

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 daqueles 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.

É preciso considerar, no entanto, que este 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 este 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.

#### **4.2.2. 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 desses idosos institucionalizados, principalmente os do sexo masculino, era de solteiros e nenhum era casado. Aproximadamente 1/4 dos homens não tinha nenhum rendimento, proporção essa ligeiramente mais elevada do que a feminina e muito mais elevada do que a correspondente para a população total. Dos idosos que tinham renda, essa era originária, principalmente, da seguridade social.

#### **4.3. Conclusão**

Conhecer a realidade do idoso brasileiro é um passo fundamental para a construção de políticas que visam garantir seus direitos e necessidades. O quadro traçado neste capítulo 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 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, bem como sobre o atendimento que

lhes é prestado em instituições de longa permanência. Difundir esta 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 e a demanda de serviços de cuidados requeridos, o que orientará a estruturação das políticas públicas.

## CAPÍTULO 5

### 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. O presente capítulo 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.

#### ***5.1. Marco jurídico-institucional***

##### **5.1.1. 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 dessas determinações, foram constitucionalizados princípios consagrados no ordenamento internacional dos direitos humanos, o que coloca o Brasil em sintonia com as pactuações 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.<sup>109</sup> Entre os artigos da Constituição que estão mais relacionados a esta questão, destacam-se:

- Art. 195. Define como será financiado e as fontes de receita que subsidiarão o sistema de seguridade social brasileiro.

---

<sup>109</sup> 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.

- Art. 196. Define que a saúde é direito de todos e dever do estado, garante o acesso universal a 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 de idade e 60 anos se mulher. Reduz em 5 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).<sup>110</sup>
- Art. 203. Define a política pública de assistência social a quem dela necessitar, independente 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 nesta área, o Estatuto do Idoso.<sup>111</sup> 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.<sup>112</sup> Observe-se que, dentre 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 desses direitos no que têm de específico para os idosos, com destaque para: 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.

### 5.1.2. 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.<sup>113</sup> A PNI, de autoria do Congresso Nacional, contou, em sua elaboração, com a contribuição de amplos setores da sociedade. Esta lei fornece o marco

---

<sup>110</sup> 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.

<sup>111</sup> 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.

<sup>112</sup> 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 2 meses a 12 anos de prisão.

<sup>113</sup> Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, regulamentada pelo Decreto nº 1948, de 03 de julho de 1996.

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 a atenção integral ao idoso e a promoção de sua autonomia e plena participação na sociedade. Neste 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.

No nível 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 governamentais 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.

**Quadro 1. Brasil: Evolução do quadro institucional voltado para os idosos, com destaque para leis e políticas de governo**

Ano	Principais medidas e acontecimentos
1988	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promulgação da Constituição Federal</li> </ul>
1990	<ul style="list-style-type: none"> <li>Criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90</li> </ul>
1993	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promulgação da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) regulamentou a Assistência Social*</li> <li>Definição dos Serviços de Ação Continuada (SAC) pela LOAS</li> </ul>
1994	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promulgação da Política Nacional do Idoso – Lei nº 8.842, de 4 de janeiro</li> <li>Criação do Programa Saúde da Família (Ministério da Saúde)</li> </ul>
1995	<ul style="list-style-type: none"> <li>Criação do Ministério da Previdência Social (MPAS) com destaque para a Secretaria de Assistência Social (SAS)</li> <li>Criação do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS)**</li> <li>Realização da I Conferência Nacional de Assistência Social</li> </ul>
1996	<ul style="list-style-type: none"> <li>Criação do Fundo e do Conselho Nacional de Assistência Social (FNAS e CNAS)</li> <li>Instituição do Benefício de Prestação Continuada – BPC</li> </ul>
1997	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização da II Conferência Nacional de Assistência Social</li> </ul>
1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aprovação da primeira Política Nacional de Assistência Social – PNAS</li> </ul>
1999	<ul style="list-style-type: none"> <li>Transformação da SAS em Secretaria de Estado de Assistência Social (Seas)</li> <li>Portaria 1395/GM Política de Saúde do Idoso</li> </ul>
2000	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa Valorização e Saúde do Idoso (PPA 2000-2003)</li> </ul>
2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização da III Conferência Nacional de Assistência Social</li> </ul>
2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>Criação Conselho Nacional do Idoso – CNDI</li> </ul>
2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>Criação do Ministério da Assistência Social (MAS)</li> <li>Aprovação do Estatuto do Idoso (Lei 10.741)</li> <li>Realização da IV Conferência Nacional de Assistência Social</li> <li>PPA 2004/2007</li> </ul>
2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>Criação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS)</li> <li>Criação do Sistema Único de Assistência Social (Suas)</li> <li>Aprovação da nova Política Nacional de Assistência Social (Pnas)</li> <li>Aprovação da NOB-Suas (Nova NOB)</li> </ul>
2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa</li> <li>Instituição da Internação Domiciliar no âmbito do SUS</li> <li>Realização da V Conferência Nacional de Assistência Social</li> </ul>

Elaboração: Disoc/Ipea

Obs: \*Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

\*\*O Decreto nº 1.605, de 25 de agosto de 1995, regulamenta o Fundo Nacional de Assistência Social, instituído pela LOAS.

## 5.2. *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. Essas 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.

### 5.2.1. **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 desses benefícios é extremamente significativo, como demonstra a tabela 1: em 2006, quase 8 de cada 10 idosos no país recebiam benefícios do INSS, sejam de natureza previdenciária ou assistencial.

***Tabela 1. Brasil: Índice de cobertura da população idosa que recebe benefícios previdenciários e assistenciais e população em idade ativa filiada à Previdência Social (1992-2006)***

	1992	1993	1995	1996	1997	1998	1999	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Cobertura da pop. idosa	68,8	73,7	76,0	76,3	76,1	76,7	77,3	77,5	77,8	78,0	77,3	78,6	76,8

Fonte: Ipea, Políticas Sociais: acompanhamento e análise, n. 15, 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,<sup>114</sup> com impactos expressivos na redução das situações de pobreza e de indigência desta faixa etária, como visto no capítulo anterior.

<sup>114</sup> O BPC contribuiu para o aumento no grau de proteção social dos idosos no país. Ao lado do 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.

Outro aspecto que deve ser ressaltado se refere ao fato de que os benefícios monetários pagos pela Seguridade Social são, em sua maioria, no valor de 1 salário mínimo (SM), como pode ser observado nos dados apresentados pela tabela 2. De fato, 62,7% dos benefícios previdenciários e 99,5% dos benefícios assistenciais pagos em 2006 tinham o valor de até 1 SM.<sup>115</sup> Somados, os beneficiários do BPC e do RGPS que recebem até 1 SM representam 2/3 do total, sendo que o montante para pagamento de seus benefícios responde por apenas 42% do montante total despendido.

**Tabela 2. Brasil: Benefícios previdenciários e assistenciais no valor de até 1 SM (dezembro de 2006)**

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
13.562.187	2.924.019	16.486.206	67,03%	5.673.309.873	41,87%

Fonte: Boletim Estatística da Previdência Social – vol. 11 n. 12.

Elaboração: Disoc/Ipea

## **A) 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,

<sup>115</sup> Embora o piso constitucional seja de 1 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 a pensão alimentícia. Fonte: [http://www.previdencia.gov.br/agprev/agprev\\_mostraNoticiaRelacionadas.asp?Id=29066&ATVD=1&DN1=11/12/2007&H1=17:00&xBotao=0](http://www.previdencia.gov.br/agprev/agprev_mostraNoticiaRelacionadas.asp?Id=29066&ATVD=1&DN1=11/12/2007&H1=17:00&xBotao=0)

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 (nível federal, estadual e municipal) e militares da esfera federal. Baseados no princípio da repartição simples e, em alguns casos, de capitalização com benefícios definidos, esses regimes são administrados pelos respectivos governos, no caso dos empregados públicos estatutários, e pelo governo federal no caso dos militares. 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, sendo sua adesão optativa, e sua administração realizada por fundos de aposentadoria abertos e fechados<sup>116</sup> e baseada na capitalização. Ela atendia, em 2005, cerca de 3% da PEA.<sup>117</sup>

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. Esse 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 conseqüente da velhice. 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.<sup>118</sup> 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

<sup>116</sup> 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.

<sup>117</sup> Cabe lembrar que, em 2004, apenas 0,5% da população ocupada no Brasil contribuía exclusivamente para a previdência privada. Ver a respeito o Boletim de Políticas Sociais n. 12; PP. 37 e 38.

<sup>118</sup> 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/pg\\_secundarias/beneficios\\_02\\_01.asp](http://www.previdencia.gov.br/pg_secundarias/beneficios_02_01.asp)>.

por 30 anos, no caso das mulheres. A aposentadoria por invalidez cobre o indivíduo que, estando ou não em gozo do auxílio-doença,<sup>119</sup> 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 1 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 3 que o número de benefícios previdenciários de até 1 SM pagos em dezembro de 2006 correspondia a 62,6% do total de benefícios do RGPS. Entretanto, para pagar os 37,4% dos benefícios restantes utiliza-se 62,8% do valor consumido com benefícios previdenciários.

**Tabela 3. Brasil: Números e Dispêndios com Benefícios Previdenciários – Dezembro de 2006**

Benefícios do RGPS no valor de até 1 SM*	Benefícios do RGPS no valor de até 2 SM	Número total de benefícios previdenciários	Dispêndio com benefícios previdenciários no valor de até 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
13.562.187	16.806.552	21.644.885	4.650.665.391	12.504.769.388	37,19%

Fonte: Boletim Estatístico da Previdência Social – vol 11 n. 12.

Elaboração: Disoc/Ipea

Obs: \* Eram 549,9 mil os benefícios com valor até 1 SM.

<sup>119</sup> 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. Esse prazo não será exigido em caso de acidente de qualquer natureza (por acidente de trabalho ou fora do trabalho). Fonte: <[http://www.previdenciasocial.gov.br/pg\\_secundarias/beneficios\\_06.asp](http://www.previdenciasocial.gov.br/pg_secundarias/beneficios_06.asp)>

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 2005, 55,6% 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.

**Tabela 4. Brasil: Participação de Segurados e Não-Segurados da Previdência na PEA, 2005 (\*)**

	2005
<b>Segurados</b>	
Segurados contribuintes	
Empregado com carteira (inclusive doméstico)	33,05
Empregado sem carteira (inclusive doméstico)	2,42
Autônomos contribuintes	2,95
Funcionário público (inclusive militares)	5,99
Empregador contribuinte	2,29
<b>Sub-total 1</b>	<b>46,7</b>
Segurados especiais potenciais (**)	8,92
<b>Sub-total 2</b>	<b>55,62</b>
<b>Não-segurados</b>	
Desempregados	13,54
Desemprego Aberto	9,76
Desemprego Oculto por trabalho precário (***)	3,78
Autônomos não contribuintes e não agrícolas	13,24
Empregado sem Carteira e não-contribuinte	16,17
Rural	3,41
Urbano	12,76
Empregador não contribuinte	1,41
<b>Sub-total 3</b>	<b>44,36</b>

Fonte: Ipea/ Políticas Sociais: acompanhamento e análise, nº 13.

Elaboração: Disoc/Ipea

(\*) 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.

(\*\*) Foram considerados Segurados Especiais Potenciais os homens com idade entre 16 e 59 anos e as mulheres com idade entre 16 e 54 anos que, na semana de referência, eram (1) Autônomos não-contribuintes em atividades agrícolas, (2) Trabalhador não-remunerado

(\*\*\*) Ocupados que não contribuíam a previdência e que procuraram emprego na semana de referência, excluídos os segurados especiais.

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. Neste contexto, a inclusão previdenciária continua sendo um desafio e uma meta para a política social no país.

## ***B) 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).<sup>120</sup> 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 1 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 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), 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**

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

---

<sup>120</sup> Com a implementação do BPC, em janeiro de 1996, a antiga Renda Mensal Vitalícia (RMV) foi extinta. A RMV foi criada em 1974 para o atendimento de inválidos ou idosos de 70 anos ou mais que tivessem efetuado um mínimo de doze contribuições à Previdência Social ao longo de sua vida, mas não tivessem cumprido as regras de acesso à aposentadoria e nem tivessem condições de garantir sua sobrevivência. Desde janeiro de 1996 não são liberadas novas concessões, mantendo-se somente o pagamento do estoque de beneficiários existentes naquela data.

recebimento do benefício manteve-se em 70 anos. Em 1998, ela 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 alteração 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,<sup>121</sup> 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 a seguir:

### ***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 um quarto do SM.

*Fonte: Decreto nº 6.214/2007.*

<sup>121</sup> Conforme determina o Decreto de 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.

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 esse 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.<sup>122</sup> Uma vez que o Brasil não possui metodologia unificada para a classificação de deficiências e avaliação de incapacidades,<sup>123</sup> 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 executadas 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.

---

<sup>122</sup> Ao inserir a irreversibilidade da lesão ou anomalia como sinônimo de incapacidade de vida independente, o não desempenho das atividades de vida diária, o Decreto de 1995 operou significativa restrição do conceito de “pessoa com deficiência”.

<sup>123</sup> A partir de agosto de 1997, o INSS passou a editar sistematicamente orientações internas que estabeleçam 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 que outras passaram a ter suas solicitações de benefícios indeferidas, pois embora incapazes para o trabalho, não eram consideradas incapazes para a vida independente. Essa problemática provocou, nos anos seguintes, a proposição de diversas Ações Civis Públicas no sentido de garantir o direito de acesso das pessoas com deficiência ao benefício.

## 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:

### **Quadro 4. 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.
6. 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:

- (i) o requerente, o cônjuge, a companheira, o companheiro e o filho não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido;
- (ii) os pais; e
- (iii) 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 trinta 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 compete 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).<sup>124</sup>

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.

### **d) evolução dos benefícios**

No gráfico 1 é possível observar a evolução dos benefícios acumulados ao longo destes 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, dentre 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.

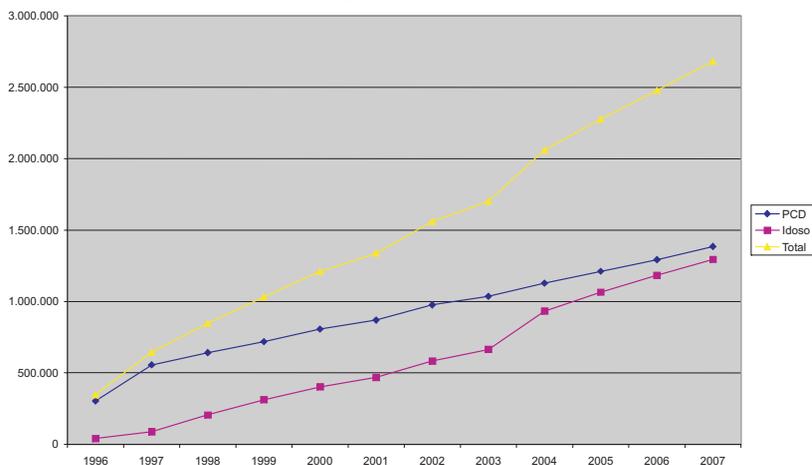
Em dezembro de 2007, foram 2.680.823 milhões de pessoas atendidas – 1.295.716 idosos e 1.385.107 pessoas com deficiência. Cabe lembrar que, se forem somados ao BPC o estoque de beneficiários da Renda Mensal Vitalícia (RMV), os benefícios hoje sob responsabilidade da assistência social chegam a atender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

---

<sup>124</sup> Em 2005, o pagamento do BPC e o pagamento da RMV representaram 88,2% da execução orçamentária do FNAS.

**Gráfico 1. Brasil: Evolução de benefícios emitidos pelo BPC – Loas no período de 1996 a 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 5,6 bilhões de reais. Se somado ao número de pessoas com deficiência, essa cifra sobe para 11,5 bilhões.

O BPC passa por um processo de revisão a cada dois anos de sua concessão 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 6,3%.<sup>125</sup>

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 2002<sup>126</sup> apontam que 59% dos idosos beneficiados e 71% das pessoas com deficiência beneficiadas não eram alfabetizadas.

<sup>125</sup> Projeto: Pessoas Idosas, dependência e serviços sociais. Diagnóstico Brasil, Julho 2006.

<sup>126</sup> 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 5. Brasil: Modalidade de convivência familiar dos beneficiários do BPC**

<b>Convivência</b>	<b>% de pessoas com deficiência</b>	<b>% de pessoas idosas</b>
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 esse 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 6. Brasil: Distribuição dos beneficiários do BPC por escolaridade**

<b>Grau de escolaridade</b>	<b>% pessoas com deficiência</b>	<b>% pessoas idosas</b>
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.

**Tabela 7. Brasil: Avaliação pessoal do BPC pelos usuários**

<b>Mudanças verificadas após a obtenção do BPC</b>	<b>% pessoas com deficiência</b>	<b>% de pessoas idosas</b>
Contribuiu para o sustento familiar	44	46
Freqüentou 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 8, seguido pela compra de medicamentos e de vestuário, conforme a tabela seguinte.

**Tabela 8. Brasil: Prioridade no uso do dinheiro do BPC**

<b>Prioridades no uso do dinheiro</b>	<b>% de pessoas com deficiência</b>	<b>% de pessoas idosas</b>
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 a 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.

## 5.2.2. Serviços de Cuidados

### A) *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”.<sup>127</sup>

Até 2005, esses serviços eram financiados, na esfera federal, pela modalidade de Serviços de Ação Continuada (SAC). Os SAC 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 ficavam responsáveis pelos repasses às entidades prestadoras dos serviços, assim como pelo acompanhamento e fiscalização dos serviços prestados.<sup>128</sup> Neste 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 permanência<sup>129</sup> ou case-lares. O número de atendimentos financiados com recursos federais era, entretanto, bastante limitado, variando entre 1999 e 2005 conforme demonstrado na tabela a seguir.

**Tabela 9. Brasil: Capacidade de atendimentos dos Serviços de Ação Continuada (SAC) para idosos financiada com recursos federais – 1999-2005**

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Varição 1999-2005
<b>Serviços de Atenção Continuada (SAC) ao Idoso</b>	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*

<sup>127</sup> Lei Orgânica de Assistência Social – Lei nº 8.742, de 07.12.1993.

<sup>128</sup> 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.

<sup>129</sup> Instituições de longa permanência para idosos são 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 e dignidade e cidadania. Fonte:

[http://www.ensp.fiocruz.br/eventos\\_novo/dados/arq368.ppt](http://www.ensp.fiocruz.br/eventos_novo/dados/arq368.ppt)

Aprovada em 2005, a NOB-Suas promoveu diversas mudanças no campo regulação de atribuições das esferas de governo e 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 e 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 as crianças, jovens, idosos e pessoas com deficiência. É também dentro da PSB que o governo federal disponibiliza o BPC, pretendendo ampliar o atendimento deste 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 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.

Neste novo contexto, a proteção social ofertada pela Assistência Social passa a contar com equipamentos públicos responsáveis por prestarem serviços diretamente à população, assim como por se articularem e atuarem como coordenadores a rede de serviços públicos e privados da assistência social em seu território. Tem ainda como função articular-se com outras políticas visando o atendimento desta população.

#### **a) 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 desta proteção.

Para os idosos, os Centros de Referência em Assistência Social (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”.<sup>130</sup>

**Tabela 10. Brasil: Número de Centros de Referência da Assistência Social apoiados com financiamento federal (2003-2006)**

	2003	2004	2005	2006
<b>CRAS</b>	452	901	1.980	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.

### **b) Proteção Social Especial**

Visando atender às pessoas e famílias em situação de risco cujos direitos tenham sido violados e/ou tenha ocorrido 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.

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 nesta 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.<sup>131</sup>
- No âmbito da alta complexidade, os serviços implicam na garantia de acolhida e abrigamento 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

<sup>130</sup> Ver MDS (2006), p. 57.

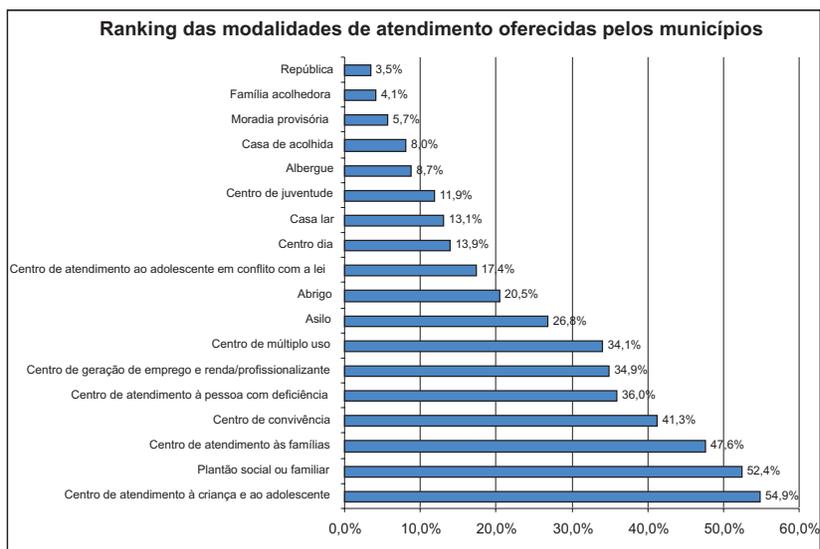
<sup>131</sup> [http://www.mds.gov.br/suas/guia\\_protecao](http://www.mds.gov.br/suas/guia_protecao)

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. <sup>132</sup>

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 tem 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 centro-dia e casa-lar. 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.

**Gráfico 2**



Fonte: IBGE/Munic 2005

Elaboração: Disoc/Ipea

<sup>132</sup> Idem.

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 tem 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 a sua presença em grande parte dos municípios brasileiros, as estimativas de cobertura desses serviços apontam para um percentual bastante limitado de idosos beneficiados.

## ***B) Atenção à saúde***

A Constituição de 1988 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 esse 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. Esses 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 NOB 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 nos serviços de saúde e estabelecer uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando a prática direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersetorialidade (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 já 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.<sup>133</sup>

---

<sup>133</sup> Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96.

Em dezembro de 1999, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Saúde do Idoso,<sup>134</sup> cujo processo de elaboração foi acompanhado pelo Conselho Nacional de Saúde,<sup>135</sup> 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 conseqüência 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.

Se é verdade que a descentralização do SUS tem permitido em alguns municípios inovações de serviços para este 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 da 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 neste sentido. Essa 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

<sup>134</sup> Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde, no. 1.395, de 9 de dezembro de 1999.

<sup>135</sup> O CNS criou um Grupo de Trabalho com o objetivo de acompanhar a elaboração de Política.

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.

### **a) 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, juntamente com os Hospitais Gerais, da Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso. A gestão dessa 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 dessa 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, e a 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 adscrita a essa área.<sup>136</sup> Em 1995, o PSF estava presente em 150 municípios. Este número subiu para 1.870 municípios em 1999. Alguns anos mais tarde, em 2002, visando a disseminação do programa nos grandes centros urbanos, foi implementado o Projeto de Expansão e Consolidação do “Saúde da Família”. Em 2005, foi possível contabilizar mais de 25 mil equipes do Saúde da Família presentes em quase 88% dos municípios brasileiros.<sup>137</sup>

---

<sup>136</sup> FINKELMAN (2002).

<sup>137</sup> A Equipe de Saúde da Família é composta, pelo menos, de 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde. Outros profissionais podem ser incorporados ou constituir uma equipe complementar, como por exemplo, assistentes sociais, dentistas e psicólogos.

**Tabela 11. Proporção de municípios com Programa de Saúde da Família implantado – Brasil e Grandes Regiões: 1994 – 2005\***

Região	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Brasil</b>	<b>1,1</b>	<b>3,0</b>	<b>4,6</b>	<b>10,3</b>	<b>20,3</b>	<b>34,0</b>	<b>56,5</b>	<b>66,3</b>	<b>74,8</b>	<b>80,7</b>	<b>83,9</b>	<b>87,6</b>
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
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
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
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
<i>Centro-Oeste</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>	<i>0,5</i>	<i>1,8</i>	<i>7,6</i>	<i>17,5</i>	<i>58,5</i>	<i>81,2</i>	<i>94,8</i>	<i>96,5</i>	<i>93,7</i>	<i>98,5</i>

\* *Dezembro*

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica.

Elaboração: Disoc/Ipea

Nota: 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.

### **b) 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 o 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. Esse conhecimento permitirá priorizar o atendimento dessa população.

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, visando avaliar e acompanhar a situação da pessoa idosa do ponto de vista de sua independência e autonomia.

Atualmente, 5 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 desses instrumentos não serão alvo de sistematização e análise.

### **c) 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, e 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.<sup>138</sup>

Esse atendimento domiciliar será realizado por equipes constituídas por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, após alta hospitalar. Essa equipe acompanhará o paciente em sua residência durante, no máximo, 30 dias, inclusive treinando um cuidador familiar para acompanhar o paciente. Esse programa visa a evitar re-internações, 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.

### **d) o 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

---

<sup>138</sup> Não serão atendidos pelo programa os pacientes que necessitam de ventilação mecânica, monitoramento contínuo, enfermagem intensiva, medicação complexa e tratamento cirúrgico de urgência.

três esferas de governo, sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, a implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

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, se considera 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.

#### **e) 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). Esse regulamento técnico, que define as normas para o funcionamento das ILPI, é aplicável a toda instituição dessa natureza e deve ser adotado pelas secretarias de saúde estaduais, do Distrito Federal e dos municípios.<sup>139</sup>

Cinco objetivos norteiam essa resolução, quais sejam: (i) garantir a 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 dessas instituições; (iv) estabelecer mecanismos para seu monitoramento; e (v) qualificar a prestação de serviços públicos e privados nas ILPIs.

No documento são apresentadas as seguintes definições:

- 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 Auto-Ajuda: 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.

<sup>139</sup> As secretarias de saúde poderão adotar normas de caráter suplementar para adequar as novas regras às especificidades locais.

- Indivíduo autônomo – é aquele que detém poder decisório e controle sobre a sua vida.
- Instituições de Longa Permanência para Idosos – 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 e dignidade e cidadania.

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

**Quadro 5. Brasil: Classificação da dependência – Anvisa**

a) Grau de Dependência I – idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda.
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/Ipea

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 abaixo:

**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/Ipea

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

### **Quadro 7. Brasil – Tipo de atividades e recursos humanos necessários**

Serviços de limpeza: um profissional para cada 100m <sup>2</sup> 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/Ipea

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 a 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 infra-estrutura 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 ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas referenciadas neste Regulamento”.

No âmbito da saúde da pessoa idosa, se estabelece 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”. Esse plano deve ter as seguintes características:

- (i) Ser compatível com os princípios da universalização, equidade e integralidade;
- (ii) 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;
- (iii) Prever a atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção;
- (iv) Conter informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes.

- (v) A instituição deve avaliar anualmente a implantação e efetividade das ações previstas no plano, considerando, no mínimo, os critérios de acesso, resolubilidade e humanização.
- (vi) A Instituição deve comprovar, quando solicitada, a vacinação obrigatória dos residentes conforme estipulado pelo Plano Nacional de Imunização de Ministério da Saúde.
- (vii) Cabe 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.
- (viii) A instituição deve dispor de rotinas e procedimentos escritos, referente ao cuidado com o idoso.
- (ix) Em caso de intercorrência médica, cabe ao RT providenciar o encaminhamento imediato do idoso ao serviço de saúde de referência previsto no plano de atenção e comunicar a sua família ou representante legal.
- (x) Para o encaminhamento, a instituição deve dispor de um serviço de remoção destinado a transportar o idoso, segundo o estabelecido no Plano de Atenção à Saúde.

### **5.3. 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 8 em cada 10 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 às 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 inovador padrão de operacionalização dos serviços. No âmbito da Proteção Social Básica, as pessoas idosas podem ser atendidas, juntamente 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 Especial 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 na garantia de acolhida e abrigamento do idoso. Nesse 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 neste sentido. Vale ressaltar que, apesar das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e da Política Nacional de Saúde do Idoso serem instrumentos relevantes, cujos impactos já são visíveis, a implementação da atenção à saúde para esta população ainda não pode ser considerada satisfatória.

## CONCLUSÃO

### **Desafios para a Implementação de Políticas Públicas para os Idosos em Situação de Dependência no Brasil**

Os dados analisados neste 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, que tende a ter sua funcionalidade progressivamente afetada por doenças crônicas e outras ocorrências médicas. Esta tendência deve se acentuar nas próximas décadas, sendo acompanhada do aumento constante da expectativa de vida do brasileiro. Consta-se, assim, que o Brasil é um país em processo de envelhecimento.

Contudo, aqui, a “virada demográfica” iniciou-se 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 o 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 cem anos. Dessa forma – e diferentemente das sociedades que foram envelhecendo em ritmo mais lento e que puderam se adaptar paulatinamente a essa situação – o Brasil enfrenta a exigência de, com certa urgência, ampliar o entendimento das implicações de ordem demográfica, econômica e social do processo de envelhecimento e organizar políticas para enfrentá-las.

Este texto pretende indicar alguns dos desafios que se apresentam para o país nesse campo da proteção social.

#### ***6.1. Compreender a natureza do problema da dependência***

De início, o país se depara com o desafio de aprofundar o debate sobre a dependência funcional vinculada ao envelhecimento. Apesar de se ter avançado na compreensão deste último tema, em especial após a instalação do Conselho Nacional do Idoso e da aprovação do Estatuto do Idoso, em 2003, a dependência ainda é uma questão incipiente no debate público brasileiro.

Das discussões travadas internacionalmente depreende-se que este fenômeno deve ser entendido como uma condição particular em que as capacidades funcionais se reduzem em decorrência seja de doenças crônicas ou outras ocorrências médicas, seja da dinâmica de isolamento social das pessoas idosas. Neste sentido, a dependência não equivale à velhice. Embora um número considerável de pessoas dependentes seja idosa, a

dependência é uma condição específica que pode ou não se associar ao processo de envelhecimento. O conceito de “envelhecimento ativo”, promovido pela OMS e adotado recentemente pelo Brasil, contribui para esclarecer as fronteiras entre ambos fenômenos. Ao propor um olhar assentado na autonomia e na plena participação das pessoas idosas, tal conceito permite a configuração de uma imagem positiva do idoso, que se contrapõe à visão tradicional que naturaliza a relação entre envelhecimento e apatia, decadência, isolamento ou doença.

A partir desse enfoque, é possível inclusive discutir as alternativas capazes de limitar ou retardar o aparecimento dos problemas de dependência no marco do processo de envelhecimento. A experiência internacional mostra que a prevenção da dependência está relacionada a diferentes fatores, entre os quais se podem destacar os seguintes: a melhoria das condições socioeconômicas; o acesso à saúde de qualidade; o aumento dos níveis educacionais; a ampliação do saneamento básico; o incentivo público para que os jovens e adultos adotem estilos de vida saudáveis; a informação adequada sobre o processo de envelhecimento; e as políticas de prevenção da situação de dependência e de seu agravamento.

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

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. Esse entendimento é essencial para orientar a prevenção e o enfrentamento da dinâmica de produção da incapacidade no processo de envelhecimento, de modo a reduzir seus custos para a pessoa idosa, sua família e a própria sociedade.

## ***6.2. Ampliar o conhecimento sobre o fenômeno da dependência entre os idosos brasileiros***

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 vivenciadas pelos idosos. Afinal, a dependência funcional 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 elas acarretam.

Atualmente, esses indicadores não estão disponíveis. Não há estatísticas sobre o fenômeno da dependência no país, não se sabendo quantos são, onde estão, como vivem e quais as necessidades dos idosos dependentes no Brasil. Neste sentido, para avançar na área é imprescindível difundir esta agenda de estudos e pesquisas.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, por meio de suas pesquisas amostrais e censitárias, tem buscado aproximar-se 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 dessas 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.

Fundamentalmente, essas estimativas 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. A experiência internacional mostra que os sistemas de classificação 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. Alguns países adotaram sistemas de alcance nacional, altamente formalizados, enquanto outros optaram por modalidades de avaliação da dependência com foco nas características peculiares dos indivíduos.

A utilização de um sistema formalizado de classificação da dependência e de amplitude nacional permite alcançar importantes níveis de equidade vertical e horizontal,<sup>140</sup> embora a normalização/padronização da situação dos indivíduos limite a identificação de suas necessidades mais singulares. Por exemplo, duas pessoas avaliadas por um sistema formalizado de classificação podem ser enquadradas no mesmo nível de dependência e, em função disso, ter acesso ao mesmo tipo de atenção, embora as causas da necessidade de ajuda e as características singulares de cada uma delas – como personalidade, experiências de vida, qualidade das interações sociais, entre outros – tenham influência sobre a quantidade e qualidade de cuidado que cada uma delas realmente necessita. Por sua vez, a utilização de critérios individualizados de avaliação da dependência, ainda que resulte mais ajustada às necessidades do indivíduo, pode conduzir a uma menor equidade

---

<sup>140</sup> Equidade horizontal significa que estão disponíveis os mesmos recursos para as mesmas necessidades. Equidade vertical diz respeito à presença de diferentes recursos para diferentes necessidades.

horizontal. Nessa esteira, o acesso à proteção e aos direitos correspondentes pode diferir entre municípios ou departamentos, por exemplo.

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, observada no Reino Unido, por exemplo, parece ser uma combinação de ambos os sistemas, isto é, uma avaliação individual conduzida de acordo com critérios de elegibilidade, níveis de dependência, direitos básicos e prioridades nacionalmente estabelecidas. Estudos indicam que essa opção também estaria começando a ser praticada em países que adotaram sistemas de alcance nacional, como a França e o Japão, onde as autoridades locais que os aplicam realizam, de fato, diferentes avaliações em face do mesmo nível de dependência.<sup>141</sup>

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, apresentado no capítulo precedente. 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 no país sobre a dependência e suas necessidades de cuidados.

É preciso considerar ainda que o sistema de classificação adotado deverá ser sofisticado o bastante para possibilitar não apenas a identificação dos casos de dependência já consolidados, mas também níveis iniciais de dependência. 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.

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, essas informações servirão ao acompanhamento permanente das condições de vida dos idosos dependentes e à avaliação dos resultados da política voltada a suas necessidades.

---

<sup>141</sup> MENÉNDEZ *et. al.* (2004).

### **6.3. Estruturar uma política de proteção para idosos em situação de dependência**

A experiência internacional indica que a redução das capacidades funcionais característica da situação de dependência requer uma atenção que vá além dos cuidados com a saúde, devendo ter também um caráter socioassistencial. Em conseqüência, o complexo arranjo de ações exigido para prover proteção para idosos dependentes acaba por configurar um âmbito específico de intervenção dentro do sistema de proteção social mais amplo.

Nos países investigados, a abordagem multidimensional da dependência se traduz na organização de sistemas de proteção voltados para garantir o acesso dos idosos dependentes a *cuidados de longa duração*, distintos dos cuidados de saúde, no sentido estritamente médico. Em linhas gerais, aqueles são cuidados que visam compensar a perda de autonomia funcional das pessoas dependentes durante o maior tempo possível, atendendo suas diferentes necessidades de apoio na realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária, como alimentar-se, vestir-se e tomar banho ou fazer a próprias refeições e cuidar da casa.

De fato, a experiência internacional aponta que a proteção para as pessoas idosas dependentes foi organizada em um contexto caracterizado pela expansão da cobertura dos sistemas de proteção social nos campos previdenciário, assistencial e da saúde. O principal desafio era, pois, equilibrar as responsabilidades da família e do Estado nos cuidados e ampliar a oferta e as condições de acesso aos serviços especializados demandados pelas pessoas idosas. Assim, os benefícios e serviços oferecidos nos países investigados neste estudo tiveram como foco a proteção às pessoas em situação de dependência funcional e o alívio do comprometimento dos cuidadores familiares.

O Brasil enfrenta um desafio mais complexo: além de ser necessário organizar um sistema de proteção específico para as pessoas idosas em situação de dependência funcional, o país precisa ainda promover a premente ampliação da cobertura previdenciária de base contributiva. Enfrentar esse duplo desafio começa, portanto, por incorporar o tema da dependência funcional como um problema social novo no espectro das políticas brasileiras de Seguridade Social (Previdência Social, Assistência Social e Saúde).

Cabe registrar que, nas últimas décadas, tem-se observado o crescimento paulatino da cobertura do sistema de seguridade brasileiro, permitindo-se uma progressiva ampliação do número de idosos beneficiários de transferências monetárias de natureza contributiva e não-contributiva e da atenção à saúde. Efetivamente, a concessão de benefícios monetários tem fortalecido economicamente as famílias brasileiras, retirando-as das linhas de indigência ou de pobreza, como indicam os dados apresentados neste estudo. Esses benefícios parecem estar contribuindo também para a emergência de um novo *status* para

os idosos das famílias mais pobres, favorecendo a construção de uma identidade mais positiva nesse estágio da vida. 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 essa tendência.

Como resultado, a persistência das situações de indigência e pobreza é hoje pouco expressiva entre os idosos brasileiros: 2 em cada 100 idosos podem ser considerados indigentes e 11 de cada 100 encontram-se abaixo da linha de pobreza. Esses 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.

Apesar dos resultados positivos, algumas questões referentes aos benefícios monetários públicos voltados à população inativa devem ser enfatizadas. A mais importante delas diz respeito 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.

É preciso considerar ainda que, se é fato que os benefícios pecuniários percebidos hoje pelos idosos pobres têm melhorado as condições de vida de suas famílias, também é notório que são gastos principalmente com os itens necessários à sobrevivência, sendo, portanto, insuficientes para permitir o enfrentamento adequado das situações de dependência funcional.

Neste sentido, é importante 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 e que garantam a universalização da cobertura de toda a população idosa pelas políticas de garantia de renda da Seguridade Social.

É importante considerar, ademais, que a promoção de apoio material e humano aos idosos com algum tipo de limitação funcional orienta o conteúdo e a organização das políticas de proteção social em grande parte dos países desenvolvidos, assim como as mais recentes formulações para o Brasil. Neste sentido, a própria diretriz de evitar a institucionalização dos idosos dependentes, tendo em vista sua qualidade de vida e bem-estar, vem acompanhada da necessidade premente de promover a ampliação da oferta de serviços voltados ao apoio a essas pessoas, incluindo aí seus cuidadores.

Ao mesmo tempo, uma política de proteção social nessa área deve promover ainda as condições para que aqueles idosos que convivem com baixos graus de dependência possam manter o exercício de sua sociabilidade, freqüentando espaços de convivência que propiciem atividades interativas e produtivas de caráter físico e intelectual, de modo a minimizar seu isolamento social e retardar o agravamento de sua condição.

#### ***6.4. Fazer opções ou conciliar alternativas: entre o seguro social e a oferta pública de benefícios e serviços***

O estudo apontou a presença de dois tipos de sistemas de proteção para as pessoas idosas dependentes no cenário internacional: um se organiza dentro da lógica do seguro social e o outro, a partir da oferta direta de benefícios e serviços não contributivos. No primeiro caso, o seguro é, em geral, de natureza pública e obrigatório para todos os trabalhadores e tem como objetivo garantir, uma vez instalada a dependência, os meios para o acesso aos cuidados requeridos. No segundo caso, o Estado se encarrega de organizar, com base em recursos públicos provenientes de impostos, a provisão de um determinado conjunto de serviços de cuidados para idosos dependentes – e mesmo de benefícios monetários, em alguns casos, na maior parte dos casos por meio de associações intragovernamentais, com o setor privado e com instituições não-lucrativas.

Embora essas características fundamentais permitam identificar dois modelos típicos, o estudo indicou a presença de aspectos comuns entre ambos, especialmente na sua transformação recente. No âmbito da prestação dos serviços, é possível destacar a taxação dos beneficiários de acordo com seu nível de renda e a participação crescente do setor privado, tanto no atendimento domiciliar quanto no institucional. Observa-se ainda a implementação de ajustes visando o controle da provisão adequada de serviços àqueles que realmente necessitam, na quantidade e pelo tempo certo, com a oferta pública tendendo a se concentrar apenas nos serviços básicos, o que obriga os beneficiários com recursos a procurarem serviços especializados no mercado. Aponte-se ainda o fato de que, mesmo os países que optaram pela instituição do seguro de dependência também ofertam serviços de cuidados (por meio de associados contratuais do fundo do seguro) e adotam estratégias para incentivar que os demandantes optem por estes em detrimento dos benefícios monetários.

Neste sentido, e de forma relativamente independente das modalidades de proteção originalmente adotadas, a tendência atual parece apontar para uma certa aproximação entre os diversos sistemas internacionais, a partir da construção de múltiplos pilares na organização, no financiamento e na provisão dos cuidados de longa duração. Isso tem levado, em menor ou em maior medida, ao surgimento de modalidades de proteção relativamente híbridas, se comparadas com aos modelos tradicionais.

No caso brasileiro, dada a importância já comprovada dos benefícios de natureza pecuniária na ampliação do bem-estar das famílias, a criação de um seguro específico

para a eventualidade de que incapacidades funcionais se instalem com o avanço da idade deve ser analisada. Isto significaria incluir um risco novo no âmbito do sistema previdenciário, tal como fizeram outros países. Contudo, tomando como referência a experiência internacional e a trajetória da proteção social brasileira, tal proposta deve levar em consideração alguns pontos tratados nesse estudo.

Em primeiro lugar, cabe lembrar que seu objetivo foge ao escopo clássico do seguro social, que compensa a ausência de renda em face da perda da capacidade laboral e/ou os riscos decorrentes da inserção no mundo do trabalho. Efetivamente, o reconhecimento de “novos riscos” vem marcando a evolução recente dos sistemas de proteção social em todo o mundo. Entretanto, a própria experiência internacional mostra que a garantia de acesso a serviços no campo da dependência associada ao envelhecimento pode ou não ser apoiada pela instituição de um seguro de dependência.

Outro ponto a ser lembrado diz respeito ao fato de que, no caso brasileiro, a inclusão da dependência no sistema previdenciário público implicaria a expansão da cobertura no sentido vertical, da incorporação de novos riscos, num contexto onde a expansão no sentido 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 prioritária uma vez que o problema da cobertura horizontal persiste.

Deve-se considerar ainda 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 desses 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 de cuidados assistenciais e de saúde permaneceria.

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

Neste sentido, o debate sobre a inclusão do risco dependência no sistema previdenciário brasileiro merece ser aprofundado, 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.

Em todo caso, fica evidente a importância de, paralelamente à proteção assegurada pelos benefícios monetários, fortalecer e ampliar os serviços assistenciais e de atenção à saúde para a população idosa em situação de dependência no Brasil.

No âmbito da Assistência Social, apesar dos avanços recentemente efetivados,<sup>142</sup> 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 visam reestruturar a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) em geral e, em especial, no âmbito da 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. 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 co-financiamento entre as instâncias municipal, estadual e federal, o que fragiliza a provisão dos serviços. Sendo assim, é importante que se estruture uma nova sistemática de financiamento público nessa área com base em regras claras de co-participação das três esferas de governo. Paralelamente, é preciso realizar estimativas de custos das diferentes modalidades de serviços para fundamentar o cálculo dos pisos e *per capita*s adequados a sua cobertura.

---

<sup>142</sup> 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 (2004) e a criação do 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.

Destaque-se que a experiência internacional indica que as famílias não pobres também enfrentam dificuldades para enfrentar financeiramente a 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 o recebimento dos benefícios assistenciais, tais como aqueles que residem distante das zonas consideradas socialmente vulneráveis (onde se localizam os serviços assistenciais), mas que não contam com recursos pessoais ou familiares suficientes para fazer frente a 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, juntamente com as famílias e o Estado, tradicionais provedores de serviços assistenciais no país, não se conhece exatamente o tamanho da rede que operam ou as características dos serviços aí 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 – como a implantação de um sistema ágil de acompanhamento e fiscalização, incluindo não apenas os órgãos públicos, mas também as instâncias participativas, com responsabilidade no 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 significativos. Paralelamente, as ações propostas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI visando 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. 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.

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 essa 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”.

Atente-se para o fato de que a experiência internacional tem apontado para a necessidade de estabelecimento de planos de cuidados individualizados, dada a variedade das situações de dependência funcional. 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 destes 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.

Assim, a concretização das medidas especificamente propostas no campo da saúde no período vindouro é de fundamental importância, assim como sua articulação com os serviços prestados no âmbito da assistência social. Esses 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.

### ***6.5. Garantir qualidade aos cuidados institucionais prestados aos idosos dependentes***

No que diz respeito especificamente às pessoas idosas dependentes institucionalizadas, é necessário articular as ações da área da saúde pública e da assistência social no interior das instituições, de modo a garantir que os direitos desses idosos sejam respeitados e que o atendimento prestado venha suprir 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 freqüente dos resultados das ações implementadas por essas 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 esta 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 dessas entidades, devem atuar não apenas as prefeituras como também os conselhos municipais de assistência social. Esses conselhos são instâncias deliberativas e de gestão colegiada entre o poder público e a sociedade civil das ações na área, 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 de por parte dessas instituições. Neste 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 para os problemas relacionados ao isolamento social dos idosos e à reprodução de condições inadequadas e práticas violadoras de direitos.

## ***6.6. Refletir 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 este 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 co-responsabilidade com a família e, subsidiariamente, com 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 muitas vezes se confundiu com a institucionalização, ou seja, com a ruptura da convivência do idoso com sua família, tem-se buscado reverter este quadro. Neste 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. Neste 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 essas famílias no cuidado com seus membros idosos em situação de dependência.

### ***6.7. Prover apoio e atenção aos cuidadores informais***

Em todos os países estudados, o cuidado informal vem sendo incentivado, com maior ou menor intensidade. Efetivamente, o cuidador informal constitui um ator importante para realização dos cuidados domiciliares de longa duração e os incentivos a ele dirigidos vêm sendo oferecidos na forma de benefícios previdenciários, monetários, formação, treinamento e serviços de apoio. Em geral, a experiência internacional privilegia os incentivos à formação e ao treinamento.

A presença de benefícios monetários para os cuidadores informais tem sido avaliada de forma contraditória. Por um lado, argumenta-se que esses incentivos permitem que os cuidadores, fundamentalmente mulheres, reduzam suas horas de trabalho fora de casa para apoiar um familiar que carece de atenção especial. Neste sentido, o benefício pecuniário é considerado uma recompensa pela contribuição do cuidador ou das famílias cuidadoras. Por outro lado, considera-se que esses benefícios monetários podem colaborar para a reprodução de padrões conservadores e opressivos de cuidados na sociedade. Essa estratégia, além de distanciar as mulheres do mercado de trabalho, viria a favorecer a realização de cuidados pouco profissionais. Além disso, impediria a ampliação das demandas sociais por melhores serviços e provedores.

O apoio que recebem os cuidadores informais nas políticas dos diferentes países estudados pode indicar como se concebe a responsabilidade familiar com relação às pessoas idosas dependentes em cada sociedade. O seguro social japonês não tem incentivos para os cuidadores informais, na medida em que se considera que o cuidado dos mais idosos constitui um dever familiar. Já na Alemanha, os cuidadores recebem benefícios de natureza previdenciária e são apoiados com diferentes serviços para realização de suas atividades. Os incentivos protegem os cuidadores que se dispõem a realizar as atividades de cuidado, consideradas um trabalho.

A pesquisa apontou ainda para a importância dada ao tema do apoio complementar aos cuidadores informais. Um cuidador melhor informado sobre a realização dos cuidados domiciliares de longa duração evita o agravamento da situação de dependência, assim como o encarecimento dos custos dos cuidados de longa duração. Por exemplo, em fases intermediárias da doença de Alzheimer, a pessoa pode dispor de habilidade para realizar determinada tarefa, mas necessita de ajuda inicial (verbal ou motora) para ser capaz de realizá-la. Essa compreensão é um dos objetivos fundamentais dos programas de formação para familiares de pessoas com variados tipos de limitações.

No Brasil, os cuidadores informais não recebem apoio para desempenhar sua função. Isso, em certa medida, reflete a concepção social difusa sobre a responsabilidade familiar em relação ao idoso dependente. No entanto, é preciso considerar, por exemplo, 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. Neste sentido, seria importante elaborar uma estratégia nacional de formação e treinamento dos cuidadores informais para o país, que contribuísse para minorar os possíveis efeitos de um cuidado mal prestado e para ampliar as possibilidades de prevenção ao agravamento das dependências.

No que diz respeito aos cuidadores institucionais, a situação não é muito diferente. 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, mais sim ações especializadas destinadas a apoiar as pessoas que padecem de limitações funcionais que as impedem de realizar certas tarefas e atividades. Neste sentido, 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.

## **6.8. Considerações finais**

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 nacional de proteção social voltado aos idosos, permitiram delinear um quadro de questões a serem enfrentadas pelo país. Com a indicação de alguns dos principais desafios que se apresentam, espera-se contribuir com subsídios e indicações úteis para a implementação de ações voltadas para as pessoas idosas em situação de dependência.

Fica o registro, contudo, de que as decisões relativas à organização da proteção para as pessoas idosas dependentes não apenas levaram algumas décadas para serem efetivamente implantadas nos países investigados, como permanecem ainda hoje em processo de aperfeiçoamento. As estratégias de financiamento e as modalidades de atendimento dessas necessidades estiveram no centro dos debates políticos durante um tempo considerável e continuam em discussão mesmo depois de definido o formato inicial da intervenção pública voltada à situação da dependência. As dificuldades de financiamento experimentadas pelos sistemas de Bem-Estar Social e as orientações gerais sobre a necessidade de contenção dos gastos públicos, de um lado, e o reconhecimento dos direitos da pessoa idosa e a difusão de uma imagem positiva do processo de envelhecimento, de outro, contribuíram sobremaneira para essa situação.

Importa destacar, portanto, que as orientações fundamentais dos sistemas, assim como as escolhas feitas com relação às formas de financiamento e à gama de serviços ofertados, foram, e continuam sendo em todos os países estudados, produto de longos processos de discussão e negociação políticas. Não haverá de ser diferente no Brasil, onde o tema apenas começa a ser tratado no debate público, mas a população idosa cresce rapidamente e demanda, em casos de dependência que tendem a ser cada vez mais comuns, uma proteção social ampla e abrangente.

## Referências

- AAHSA: American Association of Homes and Services for the Aging. Disponível em: <http://www.aahsa.org> Acessado em: jun. 2006.
- Agencia Sueca de Seguro Social. Información general sobre el seguro social. Disponível em: <http://www.fk.se/sprak/spa/spanska.pdf> Acessado em: out. 2006.
- ANNTONEN, Anneli e SIPILÄ, Jorma. Cinco regímenes de servicios sociales de atención. *In*: MORENO, Luis (org.) Unión Europea y Estado del Bienestar. Consejo Superior de Investigaciones Científicas y Técnicas, Instituto de Estudios Sociales Avanzados, Madrid, 1997. (Colección Politera. Estudios de Política e Sociedade).
- BARBIER, Jean-Claude e THÉRET, Bruno. Le nouveau système français de protection sociale. Paris: La Découverte, 2004.
- BARRETO DE OLIVEIRA, *et al.* Older persons and social security. *In*: CAMARANO, A. A. (org.) Sixty Plus: The Elderly Brazilians and Their New Social Roles. IPEA, 2005. Disponível em [http://www.ipea.gov.br/005/00502001.jsp?ttCD\\_CHAVE=272](http://www.ipea.gov.br/005/00502001.jsp?ttCD_CHAVE=272). Acessado em: jan. 2007
- BERTRANOU, Fabio. Envejecimiento y los sistemas de protección social. Documento de Referencia. Reunión de Gobiernos y Expertos sobre Envejecimiento de Países de America del Sur. Gobierno de Argentina, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL, 2005.
- BONKER, Frank; WOLLMANN, Hellmut. L'évolution du rôle des collectivités locales dans l'État providence allemand. *In*: RFAS n. 4, 2004.
- Bundesministerium für Gesundheit (Ministério da Saúde da Alemanha). Folheto "Seguridade Social en resumen". Disponível em: [http://www.bmg.bund.de/cln\\_110/nn\\_1168304/SharedDocs/Publikationen/DE/Pflege/a-503,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/a-503.pdf](http://www.bmg.bund.de/cln_110/nn_1168304/SharedDocs/Publikationen/DE/Pflege/a-503,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/a-503.pdf) Acessado em: set. 2006.
- CABRERO, Gregório Rodríguez. Cuidados de larga duración en España. Contexto, Debate, Políticas e Futuro. Unidad de Políticas Comparadas (CSIC). Documento de Trabajo, 02-14. Universidad de Alcalá/University of Kent (Canterbury). Disponível em <http://www.iesam.csic.es/doctrab2/dt-0214.pdf> Acessado em: agosto 2006.
- CAMARANO, Ana Amélia. 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](http://www.ipea.gov.br/pub/td/2006/td_1179.pdf) Acessado em: nov. 2006.
- CAMARANO, A. M e PASINATO, M. T. Envelhecimento, condições de vida e política previdenciária. Como ficam as mulheres? *In*: XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. 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](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/GT_TRB_ST10_Camarano_texto.pdf) Acessado em: dez. 2007.

CAMARANO, Ana Amélia *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.

CARVALHO, José Alberto Magno; ANDRADE, Flávia Cristina Drumond. Envejecimiento de la población brasileña: oportunidades y desafíos. CEPAL – Série Seminarios y Conferencias nº 2.

CASTEL, Robert. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos; OLIVEIRA, Nair Isabel Lapenta de. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *In:* Psicol. USP, São Paulo, v. 13, n. 1, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642002000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100007) Acessado em: out 2006.

CHAIMOWICZ, Flávio; GRECO, Dirceu B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil (*Dynamics of institutionalization of older adults in Belo Horizonte, Brazil*). *In:* Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 33, n. 5, 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101999000500004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101999000500004) Acessado em: out. 2006.

Comisión Futuro de la Fundación Friedrich Ebert. Eficacia económica, cohesión social, sostenibilidad ecológica: três metas un camino. Text Electronic ed.: Bonn: FES Library, 2001.

Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales de la Embajada de España en Berlín. El seguro de pensiones y la pensión privada en Alemania. Hannover-Düsseldorf-Berlín, 2005.

Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales de la Embajada de España en Berlín. Informe Estadístico sobre el Seguro de Dependência. Actualidade Sociolaboral. Hannover-Düsseldorf-Berlín, 2005.

Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales de la Embajada de España en Berlín. El Seguro Social de Dependencia. Hannover-Düsseldorf-Berlín, 2004.

COSTA ROSA, T. E. *et. al.* Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *In:* Rev. Saúde Pública 2003; 37(1): 40-8. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n1/13543.pdf> Acessado em: jan. 2007.

CPCA. Les secteurs associatifs et leurs relations avec l'Etat dans l'Europe des 27. Paris: CPCA/DIIESES, mai 2008.

DELGADO, G. e CARDOSO, J.C. Os idosos e a previdência rural no Brasil: a experiência recente da universalização. Brasília: Ipea, 1999 (Texto para Discussão no. 688). Disponível em [http://www.ipea.gov.br/pub/td/1999/td\\_0688.pdf](http://www.ipea.gov.br/pub/td/1999/td_0688.pdf). Acessado em: fev. 2007.

Department of Health and Human Services [http://www.cms.hhs.gov/PACE/01\\_Overview.asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/PACE/01_Overview.asp#TopOfPage). Acessado em: agosto 2006.

Department of Health. National Service Framework for Older People. Março/2001. [http://www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/DH\\_4003066](http://www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/DH_4003066) Acessado em: agosto 2006.

Department for Work and Pensions – Disability and Carers Service <http://www.dwp.gov.uk/lifeevent/benefits/dcs/>. Acesso em: junho 2006.

DirectGov – Disabled People: <http://www.direct.gov.uk/DisabledPeople/FinancialSupport/fs/>  
em Acesso em: junho 2006.

DRESS. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Études et Résultats n° 637, Maio/2008.

DRESS. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. L'Allocation personnalisée d'autonomie au 31 mars 2003. Études et Résultats n° 245, Jun/2003.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton: Princeton University Press, 1990.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. Trois Leçons sur l'Etat Providence. Paris : Seuil, 2007.

FERRERA, Maurizio. The “Southern Model” of Welfare in social Europe. *In: Journal of European Social Policy*, 6 (1): 17-37, 1996.

FINKELMAN, Jacobo (org.). Caminhos da Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/editora/media/04-CSPB.pdf> Acessado em: março de 2007.

FORETTE, Françoise. Innovations in the French Government Policy on Aging. White House Conference on Aging, Dez/2005. Disponível em <http://www.whcoa.gov/press/speakers/Francoise%20Forette,%20MD-%20Innovations%20in%20the%20French%20Government%20Policy%20on%20Aging.doc> Acessado em: agosto de 2006.

GARCIA, Antonio Millán. La protección social en la Unión Europea, un modelo homogéneo? *In: ICE El modelo económico de la Unión Europea*. Enero- febrero 2005, n° 820.

GARCÍA DÍAZ, Miguel Angel. Protección social en España. Un sistema de pensiones de amplia cobertura, prestaciones dignas y viabilidad financiera futura. *In: Seminário Subregional Protección social para todos*. São Paulo: OIT, 2002. Disponível em: [http://www.oit.org.pe/spanish/260ameri/oitreg/activid/proyectos/actrav/proyectos/pdf/oit\\_sao\\_paulo\\_ccoo.pdf](http://www.oit.org.pe/spanish/260ameri/oitreg/activid/proyectos/actrav/proyectos/pdf/oit_sao_paulo_ccoo.pdf) Acessado em: setembro de 2006.

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*). *In: Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 21, n.5, 2005. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2005000500024&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2005000500024&script=sci_arttext) Acessado em: dezembro de 2006.

HUJO, Katja. Novos paradigmas na previdência social: lições do Chile e da Argentina. *In: Planejamento e Políticas Públicas* no. 19, junho de 1999. Disponível em [http://www.ipea.gov.br/pub/ppp/ppp19/Parte\\_3.pdf](http://www.ipea.gov.br/pub/ppp/ppp19/Parte_3.pdf) Acessado em: novembro de 2006.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 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> Acessado em: agosto de 2006.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos Municípios Brasileiros: Assistência Social 2005. Pesquisa de Informações Básicas Municipais. Rio de Janeiro: 2006. Disponível em [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/assistencia\\_social2005/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/assistencia_social2005/default.shtm) Acessado em: janeiro de 2007.

IMSESO- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Libro Blanco de Atención a las personas en situación de dependencia en España. Dez/2004. Disponível em [http://www.imseosmayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-libroblancodependencia-01.pdf](http://www.imseosmayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-libroblancodedependencia-01.pdf) Acessado em: outubro de 2006

IMSESO-Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Presente y futuro del cuidado de dependientes en España y Alemania. Observatorio de Personas Mayores. Madrid, 2005.

IMSESO- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Projeto de Lei de Promoção da Autonomia Pessoal e Atenção às Pessoas em Situação de Dependência. Disponível em: [www.seg-social.es](http://www.seg-social.es). Acessado em: outubro de 2006.

Instituto Sueco. La seguridad social em Suécia, 2005. Disponível em: [www.sweden.se](http://www.sweden.se). Acessado em: novembro de 2006

International Experience with Social Assistance Schemes. Five Country Case Studies. Moscow, 2004. ILO, 2004.

International Social Security Association. La seguridad social em Suécia, Estocolmo, Suécia, 2001. (27ª Assembléa Geral da AISS).

JACCOUD, Luciana. Indigência e Pobreza: o impacto dos benefícios previdenciários, assistenciais e de transferências de renda. In: PELIANO, Anna Maria (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> Acessado em: janeiro 2007.

LETABLIER, Marie-Thérèse. El trabajo de “cuidados” y su conceptualización en Europa. In: PRIETO, Carlos (ed.) Trabajo, género y tiempo social. Madrid: Editorial Hacer- h, Editorial Complutense-UCM, 2007.

London School of Economics. European Study of Long-Term Care Expenditure (Relatório). Fevereiro/2003. Disponível em: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/soc-prot/healthcare/ltc\\_study\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/healthcare/ltc_study_en.pdf) Acessado em: dezembro de 2007.

LONGINO JR, Charles F. Beyond the Body: An Emerging Medical Paradigm. In: WARNES, A. M.; WARREN, L.; NOLAND, M. (Eds.). Care Services for Later Life: Transformations and Critiques. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd., 2000.

MADARIAGA, Alberto Viveras. Envejecimiento y vejez em América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad. Série Población y Desarrollo. Naciones. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL, ECLAC, 2001.

MEDICARE. <http://www.medicare.gov/> Acessado em: junho de 2006.

MERRIEN, François-Xavier *et al.* L'État Social: une perspective internationale. Paris, Armand Colin, 2005.

MESA – Lago, Carmelo; Arenas de Mesa, Alberto. Quinze anos após a privatização da previdência no Chile: avaliação, lições e desafios futuros. Deutsche Rentenversicherung, 1997.

MESA – Lago, Carmelo; Kleinjans Kristin. O debate internacional sobre a reforma previdenciária: pressupostos e realidades das reformas latino-americanas. In: IIK(ed.) Lateinamerika. Analysen- Daten- Dokumentation: Rentenreformen in Lateinamerika. Lehren Für Europa 36. Hamburg: IIK, 1997.

Ministério da Saúde e Assuntos Sociais da Suécia. Políticas para os idosos (Folheto informativo, disponível no site [www.sweden.se](http://www.sweden.se). Mai/2005. Acessado em: out 2006

Ministério da Saúde, Trabalho e Bem Estar do Japão – Secretaria de Saúde de Bem Estar para os idosos <http://www.mhlw.go.jp/english/topics/elderly/care/2.html>. Acessado em: out 2006

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: junho de 2006.

Ministério do Trabalho e Assuntos Sociais espanhol. Disponível em: [www.seg-social.es](http://www.seg-social.es). Acessado em: out. 2006.

MORENO, Luis. La «vía media» española del modelo de bienestar mediterráneo. *Papers* 62/64,2001.

MOREAU, Yannick. Las jubilaciones en Francia. Embajada de Francia en España. Disponível em [http://www.ambafrance-es.org/article.php3?id\\_article=541](http://www.ambafrance-es.org/article.php3?id_article=541) Acessado em: agosto 2006.

NAKATANI, A. Y. K.; SOUTO, C. C. S.; PAULETTE, L. M.; MELO, T. S.; SOUZA, M. M. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos elo Programa de Saúde da Família. *In: Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 5 n. 1, 2003. Disponível em <http://200.137.221.132/index.php/fen/article/viewFile/773/863> Acessado em: novembro 2006.

National Health Service <http://www.nhs.uk/>. Acessado em: agosto 2006.

National Institute on Aging Disponível em: <http://www.niapublications.org/agepages/longterm-sp.asp> Acessado em: novembro 2006.

NOGALES. A Mortalidade da população idosa no Brasil. *In* Como vai a população brasileira? Brasília: IPEA,1998.

Observatorio de Personas Mayores. Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación. IMSERSO, Madrid, 2005.

OECD. Caring For Frail Elderly People – Policies in Evolution. *Social Policy Studies*, Nº 19, 1996.

OECD. Long-term care for older people, 2005.

OECD. Studies in Risk Management. Sweden, Safety of the Elderly, 2006.

OMS. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: A Manual of Classification relating to the consequences of disease. Ginebra: OMS, 1980. Disponível em: <[http://eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content\\_storage\\_01/0000019b/80/16/aa/bf.pdf](http://eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/16/aa/bf.pdf)> Acessado em: 03 out. 2006

Organização Internacional do Trabalho. International Experience with Social Assistance Schemes: Five Country Case Studies. Moscou, 2004.

PFALLER, Alfred. El Estado de bienestar aleman después de la unificación. Bonn: Fundación Friedrich Ebert, 2006.

PAQUY, Lucie. Les systèmes européens de protection sociale: une mise em perspective. Paris : MIRE, 2004.

ROJAS, Mauricio. Suécia después del modelo sueco: del estado benefactor al estado posibilitador. Buenos Aires: Fundación Cadal, 2005.

SANCHO Castiello, Mayte. La protección social a las personas mayores dependientes em Francia. Boletín sobre el envejecimiento. Edit. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Imserso.

SCAZUFCAA, M *et. al.* Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. *In: Rev. Saúde Pública* vol.36, nº6. São Paulo: dezembro de 2002.

SCHWARZER, Helmut & QUERINO, Ana Carolina. Benefícios sociais e pobreza: programas não contributivos da seguridade social brasileira. Brasília: IPEA, 2002 (Texto para Discussão 929).

SILVA, Pedro Adão e. O modelo de welfare da Europa do Sul: reflexões sobre a utilidade do conceito. *Sociologia*. Maio 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0873-65292002000100004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65292002000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em: setembro, 2008.

SILVEIRA, Teresinha Mello da; CALDAS, Célia Pereira and CARNEIRO, Terezinha Féres. Caring for the highly dependent elderly in the community: a study on the main family caregivers. *In: Cad. Saúde Pública*. [online]. 2006, vol. 22, no. 8 [cited 2007-01-05], pp. 1629-1638. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X\\_2006000800011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X_2006000800011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: janeiro 2007.

SOARES *et al.* (2006) Programas de Transferência de Renda no Brasil: impactos sobre a desigualdade. Brasília: IPEA, 2006 (Texto para Discussão nº 1228).

Social Security Online. The Official Website of the U.S. Social Security Administration. Disponível em: [http://www.ssa.gov/SSA\\_Home.html](http://www.ssa.gov/SSA_Home.html) Acessado em: janeiro 2007

TEXEIRA WERNECK VIANA, M. L. Programas não contributivos da seguridade social no Brasil. Instituto de Economia. Universidade Federal de Rio de Janeiro (s/d).

THEOBALD, Hildegard. Care services for the elderly in Germany. Veröffentlichungsdreih der Arbeitsgruppe Public Health. Jul/2004

TSUTSUI, Takako; MURAMATSU, Naoko. Care-Needs Certification in the Long-Term Care Insurance System of Japan. *In: Journal of American Geriatrics Society*, 53:522–527, 2005.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World Population Ageing: 1950-2050. Resumen Ejecutivo. Disponível em: <[http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/65executivesummary\\_spanish.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/65executivesummary_spanish.pdf)> Acessado em: 20 dez. 2006.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World Population Prospects: The 2004 Revision. Disponível em: <<http://www.un.org/esa/population/publications/WPP2004/wpp2004.htm>> Acessado em: 21 dez. 2006.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World Urbanization Prospects: The 2003 Revision. Disponível em: <<http://www.un.org/esa/population/publications/wup2003/WUP2003Report.pdf>> Acessado em: 21 dez. 2006.

WATARU, Suzuki, ; YANFEI, Zhou; OGURA, Seiritsu. Long-Term Care Insurance of Japan after Four Years: How It Has the Way the Japanese Take Care of their Elderly. *In: World Congress, International*. Barcelona: Health Economic Association, July 2004.

WILMOTH, Janet. Older adult living arrangements in the United States. *In: Sociologias*, Porto Alegre, nº 7, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-45222002000100006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222002000100006&lng=es&nrm=iso). Acessado em: jan 2007

## Legislação na internet

- Aprovação da NOB-Suas (Nova NOB) – [http://www.mds.gov.br/suas/legislacao-1/nob/nob-versao\\_final.zip](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 10.741) – [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estatuto\\_idoso.pdf](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=>

Ministério da  
Previdência Social



[www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br)