

1840

TEXTO PARA DISCUSSÃO

ESTATUTO DO IDOSO: AVANÇOS COM CONTRADIÇÕES

Ana Amélia Camarano

ESTATUTO DO IDOSO: AVANÇOS COM CONTRADIÇÕES*

Ana Amélia Camarano**

* A autora agradece a Eloisa Adler, Marcelo Caetano, Daniele Fernandes, Solange Kanso e Maria Tereza Pasinato pela leitura cuidadosa e pelos comentários deles advindos.

** Técnica de Planejamento e Pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea.

Governo Federal

**Secretaria de Assuntos Estratégicos da
Presidência da República**
Ministro interino Marcelo Côrtes Neri

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

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

Presidente

Marcelo Côrtes Neri

Diretor de Desenvolvimento Institucional
Luiz Cezar Loureiro de Azeredo

**Diretor de Estudos e Relações Econômicas
e Políticas Internacionais**
Renato Coelho Baumann das Neves

**Diretor de Estudos e Políticas do Estado,
das Instituições e da Democracia**
Daniel Ricardo de Castro Cerqueira

**Diretor de Estudos e Políticas
Macroeconômicas**
Cláudio Hamilton Matos dos Santos

**Diretor de Estudos e Políticas Regionais,
Urbanas e Ambientais**
Rogério Boueri Miranda

**Diretora de Estudos e Políticas Setoriais
de Inovação, Regulação e Infraestrutura**
Fernanda De Negri

Diretor de Estudos e Políticas Sociais
Rafael Guerreiro Osorio

Chefe de Gabinete
Sergei Suarez Dillon Soares

Assessor-chefe de Imprensa e Comunicação
João Cláudio Garcia Rodrigues Lima

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

Texto para Discussão

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

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2013

Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro : Ipea , 1990-

ISSN 1415-4765

1. Brasil. 2. Aspectos Econômicos. 3. Aspectos Sociais.
I. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

CDD 330.908

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

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

JEL: J14; J18.

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	7
2 O ESTATUTO DO IDOSO.....	8
3 A DEFINIÇÃO DE POPULAÇÃO IDOSA: FICOU VELHA?	10
4 VISÕES DE POPULAÇÃO IDOSA.....	12
5 A PERDA DA CAPACIDADE LABORATIVA: OS BENEFÍCIOS PARA A SUA REPOSIÇÃO...16	
6 SAÚDE E CUIDADOS	19
7 FINANCIAMENTO DAS AÇÕES PROPOSTAS	22
8 MUITAS CONQUISTAS: UMA SOCIEDADE PARA TODAS AS IDADES?	23
REFERÊNCIAS	25
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR.....	26
SITES CONSULTADOS DOS PLANOS DE SAÚDE	27

SINOPSE

O artigo discute avanços e contradições de algumas ações propostas pelo Estatuto do Idoso, considerando que, em 2013, este completará dez anos. Tem como objetivo principal regular os direitos das pessoas idosas em múltiplas esferas e dimensões. Apresenta em uma única e ampla peça legal muitas das leis e políticas previamente aprovadas. Incorpora novos elementos e enfoques, dando um tratamento integral ao estabelecimento de medidas que visam proporcionar o bem-estar dos idosos, com uma visão de longo prazo.

A essência do Estatuto está nas normas gerais que dispõem sobre a “proteção integral” aos idosos. Afirma que estes gozam de todos os direitos inerentes à pessoa humana e que o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção, um direito social. Os principais direitos estabelecidos são: direito à vida, à proteção, à saúde, ao trabalho, à previdência social, à educação, à cultura, ao lazer, à moradia e ao voto.

Muito embora as leis aprovadas no estatuto signifiquem grandes avanços no sentido de políticas sociais de inclusão dos idosos, não foram estabelecidas prioridades para a sua implementação nem fontes para o seu financiamento. Por isso, os custos de algumas das medidas propostas estão sendo divididos com a sociedade, o que pode ameaçar a solidariedade intergeracional.

Sugerem-se algumas mudanças no Estatuto do Idoso visando adequá-lo à nova realidade demográfica e social, tendo como parâmetro o princípio básico do Plano de Madri. Dentre elas, citam-se: a mudança no limite inferior da idade que define a população idosa de 60 para 65 anos; o estabelecimento de fontes de financiamento para cada medida proposta; medidas que ajudem a família a cuidar do idoso dependente, tanto no domicílio quanto no hospital; e a inclusão nos serviços de saúde de ações que possam promover uma morte digna para aqueles que se encontram acometidos por uma doença terminal.

Palavras-chave: envelhecimento populacional; políticas para idosos; direitos dos idosos.

ABSTRACTⁱ

This article discusses advances and contradictions of some proposed actions by Elder's Bill of Rights. This Bill was approved in 2003. Its main objective is to regulate the rights of older people in multiple spheres and dimensions. It gathers in a single document many of the bills and policies previously passed. It incorporates new elements, looking to establish measures to provide the welfare of the elderly in the long run.

The essence of the Bill is the general rules which provide for the 'full protection' for the elderly. It sets that they should have all the rights inherent to the human beings and that aging is a highly personal right and their protection a social right. The main established rights are: the right to life, protection, health, labor, social security, social assistance, education, culture, leisure, housing and voting.

Although the actions proposed mean great advances towards social inclusion of the elderly, it has not been established priorities for their implementation and nor sources for their founding. Therefore, the costs of some of the proposed measures are being shared with the society, which could threaten intergenerational solidarity.

It is suggested some changes in the Bill in order to adapt it to demographic and social changes, having as parameter the basic principle of the Madrid Plan. They are: changes in the lower limit of the age that defines elderly population, from 60 to 65 years, the establishment of funding sources for each proposed action, help for families to take care of the dependent elderly, both at home and in the hospital. It also considers the need of the health services to offer actions that can promote a dignified death for those who are suffering from a terminal illness.

Keywords: economics of the elderly; economics of the handicapped; non-labor market discrimination; public policy.

i. *The versions in English of the abstracts of this series have not been edited by Ipea's editorial department.*
As versões em língua inglesa das sinopses (*abstracts*) desta coleção não são objeto de revisão pelo Editorial do Ipea.

1 INTRODUÇÃO

Uma questão que permeia a concepção de políticas públicas em quase todos os países do mundo é se estas deveriam focar as necessidades ou a idade. A idade cronológica tem sido utilizada para regular a participação da população em diversos eventos, como a entrada obrigatória na escola, a proibição do trabalho infantil e o direito ao voto e à aposentadoria, aí incluindo a aposentadoria compulsória. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o Estatuto do Idoso constituem um reconhecimento por parte do Estado de que estes grupos etários têm necessidades próprias e, por isto, são alvo de políticas públicas específicas.

A aprovação do Estatuto do Idoso se constitui em um avanço socio-jurídico de grande importância na defesa dos direitos da população idosa (Paz e Goldman, 2006). A sua necessidade se justifica pelo não cumprimento de vários dos direitos expressos em outras peças legais, como a Constituição de 1988 (CF/1988). Muito embora as leis aprovadas no estatuto signifiquem grandes avanços no sentido de políticas sociais de inclusão dos idosos, não foram estabelecidas prioridades para a sua implementação (Mendonça, 2005) nem fontes para o seu financiamento.

Este artigo discute avanços e contradições de algumas determinações do Estatuto do Idoso. Considerando que este completará dez anos em outubro de 2013, sugerem-se algumas mudanças para adequá-lo à nova realidade econômica e demográfica. Assim, está organizado em oito seções, sendo a primeira esta introdução, a segunda uma descrição breve do estatuto e a terceira a utilização do corte etário de 60 anos ou mais para definir a população idosa. A quarta apresenta as visões que essa peça legal tem a respeito dessa população e as políticas que dela derivam. Na quinta seção, discutem-se as ações propostas para repor a renda de quem perde a capacidade laborativa pela idade avançada. A sexta lista algumas ações propostas para saúde e cuidados de longa duração e a sétima, a questão do financiamento. Finalmente, na última seção, apresentam-se alguns comentários sobre os desafios que uma peça legal como o Estatuto do Idoso enfrenta para assegurar os direitos da população idosa no contexto de “uma sociedade para todas as idades”.

2 O ESTATUTO DO IDOSO¹

Até o princípio da década passada, a legislação relativa à atenção dos idosos era fragmentada em ordenamentos jurídicos setoriais ou em instrumentos de gestão política. Após sete anos de tramitação no Congresso Nacional, foi sancionado o Estatuto do Idoso em 2003 (Lei nº 10.741/2003), que entrou em vigor em 1º de janeiro de 2004 e tem como objetivo principal regular os direitos das pessoas idosas em múltiplas esferas e dimensões.

Este foi fruto da organização e mobilização dos aposentados, pensionistas e idosos vinculados à Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas (COBAP) e ao Movimento de Servidores Aposentados e Pensionistas (MOSAP), de representantes da Associação Nacional de Gerontologia (ANG) e de diversas seções estaduais, de representantes da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG), de representantes religiosos, em especial, da Pastoral Nacional e pastorais de diversos estados e de federações e associações de aposentados.

O Estatuto do Idoso apresenta em uma única e ampla peça legal muitas das leis e políticas previamente aprovadas. Incorpora novos elementos e enfoques, dando um tratamento integral ao estabelecimento de medidas que visam proporcionar o bem-estar dos idosos e com uma visão de longo prazo. Esse novo instrumento conta com 118 artigos versando sobre diversas áreas dos direitos fundamentais e das necessidades de proteção dos idosos, objetivando reforçar as diretrizes contidas na Política Nacional do Idoso, muitas já asseguradas pela CF/1988 (Camarano e Pasinato, 2004).

A aprovação do Estatuto do Idoso representa um passo importante da legislação brasileira no contexto de sua adequação às orientações do Plano de Ação para o Envelhecimento de Madri de 2002. De acordo com Uriona e Hakkert (2002), uma lei geral voltada especificamente para os idosos é consoante com a construção de um entorno propício e favorável para as pessoas de todas as idades.² Ao se considerar a população idosa como um subgrupo populacional demandante de regras específicas,

1. Para uma descrição detalhada do processo de mobilização que resultou na aprovação do referido estatuto, consulte Paz e Goldman (2006).

2. Este constitui um dos três princípios do Plano de Ação para o Envelhecimento de Madri.

está se assumindo que a sua capacidade de conseguir resultados é diferente da de outros grupos etários. Assim, as ações propostas são específicas para esse grupo etário e têm por objetivo reduzir as diferenças nas capacidades dos diversos grupos etários.³

A essência do estatuto está nas normas gerais que dispõem sobre a “proteção integral” aos idosos. Afirma que estes gozam de todos os direitos inerentes à pessoa humana (Artigo 2º) e que o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção, um direito social (Artigo 8º). Os principais direitos estabelecidos são: direito à vida, à proteção, à saúde, ao trabalho, à previdência social, à assistência social, à educação, à cultura, ao lazer, à moradia e ao voto. Apesar de o Estatuto considerar que os seus beneficiários são pessoas que vivem a última fase da vida, o direito a uma morte digna não está incluído nos direitos assegurados por ele.

O grande avanço do Estatuto do Idoso está na previsão do estabelecimento de crimes e sanções administrativas para o não cumprimento dos ditames legais. No caso da violação destes ditames, caberá ao Ministério Público (MP) agir para a garantia dos mesmos. O Artigo 4º determina que todos estão obrigados a prevenir a ameaça ou violação dos direitos do idoso. Aqueles que não cumprirem com esse dever serão responsabilizados, sejam pessoas físicas ou jurídicas (empresas, instituições, entidades governamentais etc.). Esta responsabilidade não é apenas criminal, mas também civil. O Artigo 6º estabelece que:

Art. 6º. Todo cidadão tem o dever de comunicar à autoridade competente qualquer forma de violação a esta Lei que tenha testemunhado ou de que tenha conhecimento.

O Artigo 5º refere-se à punição do omissor, implicando o dever do mesmo de pagar indenização por ameaça ou violação aos direitos do idoso.

O Artigo 19 refere-se especificamente à obrigação dos profissionais de saúde em comunicar às autoridades policiais, MP, conselhos de idosos os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idosos. Este artigo foi substituído pela Lei nº 12.461, de julho de 2011, que inclui, também, a necessidade de comunicação de suspeita ou confirmação de violência, além das autoridades mencionadas no estatuto, às autoridades sanitárias.

3. Isto está baseado na abordagem das capacidades proposta por Sen (1999).

3 A DEFINIÇÃO DE POPULAÇÃO IDOSA: FICOU VELHA?

Referendando o que já fora estabelecido pela Política Nacional do Idoso de 1994, o estatuto define como idosa a população de 60 anos ou mais (Artigo 1^o). Esta definição de população idosa ratificou o patamar estabelecido pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1982, na I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento em Viena.

Em 1994, a esperança de vida ao nascer da população brasileira foi estimada em 68,1 anos. Entre 1994 e 2010, este indicador aumentou 5,3 anos e entre 2003 e 2010, 2,1 anos; alcançando 73,4 anos em 2010. Já a esperança de vida aos 60 anos foi estimada em 23,1 anos para 2010. Esse aumento tem sido acompanhado por uma melhoria das condições de saúde física, cognitiva e mental da população idosa bem como de sua participação social. Por exemplo, em 2011, 57,2% dos homens de 60 a 64 anos participavam das atividades econômicas. No entanto, 60 anos continua sendo a idade que classifica a população como idosa.

Esse aumento da esperança de vida e as mudanças nos papéis dos idosos implicam uma rediscussão do conceito de “idoso”. Duas questões se colocam. A primeira advém do critério utilizado para separar indivíduos nas várias fases da vida. A segunda está relacionada ao conteúdo da classificação de um indivíduo como idoso. O critério de classificação é uma regra que permite agrupar indivíduos a partir de uma ou mais características comuns encontradas em todos eles. Para o estabelecimento da regra, cabe definir o conteúdo do grupo populacional criado em termos de outras dimensões além das utilizadas para classificação, dimensões estas que são muitas vezes inferidas e não observadas. Em outras palavras, o grupo social “idoso”, mesmo quando definido apenas pela idade, não se refere apenas a um conjunto de pessoas com muita idade, mas a pessoas com determinadas características sociais e biológicas (Camarano e Medeiros, 1999).

A outra questão diz respeito ao conteúdo do conceito de “idoso”. Em geral, esse conceito é associado a características biológicas. O limite etário seria o momento a partir do qual os indivíduos poderiam ser considerados “velhos”, isto é, começariam a apresentar sinais de incapacidade física, cognitiva ou mental, o que os torna, neste aspecto, diferentes dos indivíduos de menor idade. Porém, acredita-se que “idoso” identifica não somente indivíduos em um determinado ponto do ciclo de vida orgânico, mas em um determinado ponto do curso de vida social, pois a classificação de “idoso”

situa os indivíduos em diversas esferas da vida social, tais como o trabalho, a família etc. (Camarano e Medeiros, 1999).

Por outro lado, não existe um divisor de águas claro entre as várias fases da vida. O que se sabe é que a definição de idoso contém um elevado poder prescritivo. O *status* de idoso pode ser atribuído a indivíduos com determinada idade, mesmo que estes não apresentem características de dependências associadas à velhice e que recusem esse *status*. Por outro lado, a sociedade cria expectativas em relação aos papéis sociais daqueles com o *status* de idoso e exerce diversas formas de coerção para que esses papéis se cumpram, independentemente de características particulares dos indivíduos (Laslett, 1996). Um exemplo é a aposentadoria compulsória presente nos regimes de aposentadorias de vários países do mundo, inclusive no Brasil (Camarano e Medeiros, 1999).

No entanto, para a formulação de políticas públicas, a demarcação de grupos populacionais é extremamente importante. Por meio dela é possível identificar beneficiários para focalizar recursos e conceder direitos, o que requer algum grau de pragmatismo nos conceitos utilizados. Como toda classificação, a de “idoso” simplifica a heterogeneidade desse segmento e, por isso, está sujeita a incluir indivíduos que não necessitam de tais políticas ou a excluir aqueles que necessitam. A grande vantagem do critério etário para a definição público-alvo para as políticas públicas reside na facilidade de sua verificação (Camarano e Medeiros, 1999).

Embora, como mencionado, a população idosa brasileira seja definida como a de 60 anos ou mais, algumas políticas consideram 65 anos como a idade mínima para o seu início. Por exemplo, a legislação previdenciária considera que a perda da capacidade laborativa para fins do benefício da aposentadoria urbana por idade ocorre aos 65 anos para homens e aos 60 para as mulheres. Da mesma forma, o benefício assistencial por idade avançada requer uma idade mínima de 65 anos para a sua concessão, tanto para homens quanto para mulheres. A CF/1988 assegura o transporte urbano gratuito para os maiores de 65 anos.

Outro ponto a ser ressaltado é que 60 anos define uma fase da vida bastante longa; aproximadamente 23 anos, em média. É uma fase mais longa que a infância e a adolescência juntas. Ou seja, fala-se em idosos com 60, 70, 80 e 90 anos. Isto faz com que esse seja um grupo muito heterogêneo, o que configura necessidades diferenciadas.

Esta heterogeneidade é reforçada pelo fato de esses indivíduos terem vivenciado trajetórias de vidas diversas. “O velho brasileiro não existe. Existem várias realidades de velhice referenciadas a diferentes condições de qualidade de vida individual e social” (Neri, 1993, p. 39).

4 VISÕES DE POPULAÇÃO IDOSA

Outro critério definidor das políticas públicas é a visão que se tem do grupo-alvo. O impacto do envelhecimento populacional no desenvolvimento econômico e a necessidade de políticas públicas são fortemente afetados pelas condições de saúde e autonomia da população idosa. O estereótipo de idosos como um grupo homogêneo com necessidades especiais tem predominado nas políticas públicas. A visão predominante dessa população é a de um grupo homogêneo que vivencia a última fase da vida, composto por uma população frágil, tanto do ponto de vista econômico quanto de sua saúde e que necessita de proteção social específica.

O reconhecimento de que esse grupo etário vivencia a proximidade da morte justifica a existência dos itens I e IX do Artigo 3º das Disposições Preliminares, que estabelece:

Art. 3º

I - atendimento preferencial *imediato* e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população.

IX - *prioridade* no recebimento da restituição do imposto de renda.⁴

Esta visão também justifica a existência do Artigo 71:

Art. 71. É assegurada *prioridade* na tramitação dos processos e procedimentos e na execução dos atos e diligências judiciais em que figure como parte ou interveniente pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, em qualquer instância.⁵

4. Grifos nossos.

5. Grifos nossos.

A “fragilidade econômica” fundamenta o dispositivo que assegura meia-entrada nas atividades culturais e de lazer (Artigo 23) e a gratuidade dos transportes coletivos públicos urbanos e semiurbanos (Artigo 39):

Art. 23. A participação dos idosos em atividades culturais e de lazer será proporcionada mediante descontos de pelo menos 50% (cinquenta por cento) nos ingressos para eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer, bem como o acesso preferencial aos respectivos locais.

Art. 39. Aos maiores de 65 (sessenta e cinco) anos fica assegurada a gratuidade dos transportes coletivos públicos urbanos e semi urbanos.

O mérito destes dispositivos para promover a integração e a participação social da população idosa é indiscutível. No entanto, há que se reconhecer os grandes avanços da CF/1988 na ampliação da cobertura dos benefícios da seguridade social, o que resultou em uma dissociação entre envelhecimento e pobreza. Com isto, não se pode mais dizer que a população idosa é mais pobre do que a dos demais grupos etários, o que a faria jus de benefícios compensatórios especiais. Por exemplo, em 2011, 6,0% da população idosa podia ser considerada pobre; a proporção comparável para a população de 20 a 59 anos foi de 27,3%.⁶ Um ponto a se avaliar é quão diferentes são as necessidades da população idosa *vis-à-vis* a de outros grupos, o que justificaria essas medidas.

No caso do transporte coletivo interestadual, o Artigo 40 estabelece a gratuidade ou um desconto de 50% para idosos considerados pobres:

Art. 40

I – a reserva de 2 (duas) vagas gratuitas por veículo para idosos com renda igual ou inferior a 2 (dois) salários-mínimos;

II – desconto de 50% (cinquenta por cento), no mínimo, no valor das passagens, para os idosos que excederem as vagas gratuitas, com renda igual ou inferior a 2 (dois) salários-mínimos.

No entanto, o que se considera mais importante, nesse caso, é o fato de o estatuto não ter estipulado fontes de financiamento para os dispositivos estabelecidos, o que está resultando no encarecimento generalizado das entradas de cinema, teatro, eventos esportivos e transporte público. Em outras palavras, os custos decorrentes dessa redução

6. Medidas calculadas com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2011, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

de tarifas estão sendo compartilhados com toda a sociedade, o que pode gerar conflitos intergeracionais. Isto contradiz o objetivo principal do Plano de Madri, que é o de construir “uma sociedade para todas as idades”.

No caso da meia-entrada, está em última instância de tramitação na Comissão de Constituição e Justiça da Câmara dos Deputados um projeto de lei que visa regulamentar o desconto de 50% dado a idosos e estudantes em eventos culturais e esportivos. Fixa uma cota de, no mínimo, 40% dos ingressos para atender a idosos e estudantes. Esta nova lei pretende informar aos produtores o total de meias-entradas à venda, o que lhes permitirá um melhor dimensionamento das receitas a serem obtidas. Pretende-se, com isto, garantir aos beneficiados o seu direito de desconto e, ao mesmo tempo, estimular uma redução dos preços no setor.

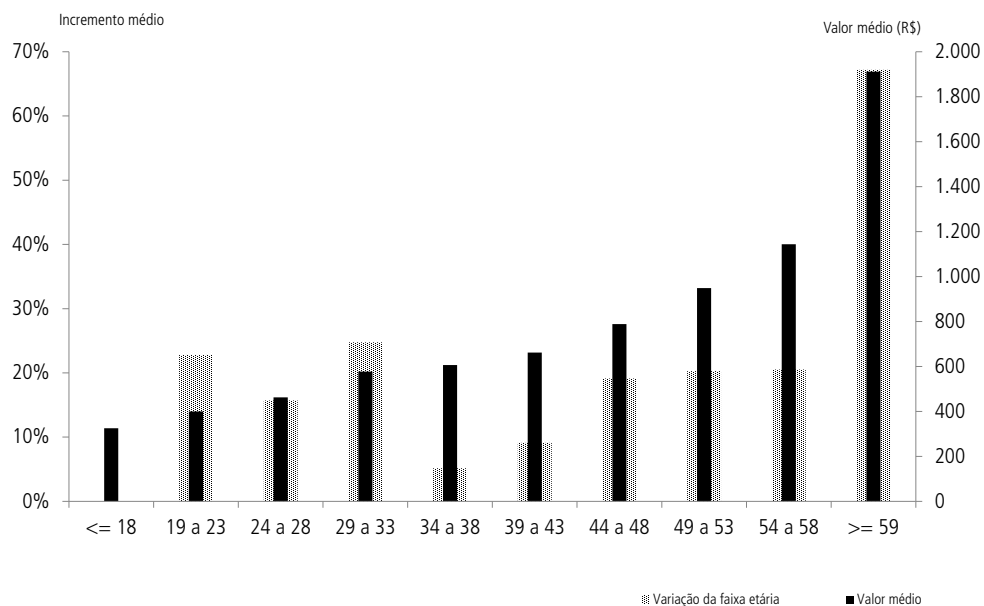
Outra ação proposta pelo estatuto, também baseada na fragilidade econômica dos idosos, de caráter ainda mais controverso, foi a proibição da cobrança pelos planos de saúde de valores diferenciados para os maiores de 60 anos, como estipulado no parágrafo 3º do Artigo 15. O estatuto não permite a existência de uma faixa de preço específica e mais elevada para os idosos. A eliminação da discriminação etária nos planos de saúde é vista pelos seus gestores como um fator provável de seu encarecimento, pois os aumentos dos custos decorrentes do envelhecimento dos segurados passarão a ser compartilhados com os demais participantes dos planos (Camarano e Pasinato, 2004). Além disso, essa medida pode inviabilizar muitos seguros de saúde.

Os gastos de saúde crescem com a idade, o que justifica o crescimento das mensalidades cobradas por idade. O gráfico 1 apresenta o valor médio nas mensalidades cobradas pelos planos de saúde e os incrementos relativos que ocorrem com o avanço da idade. Estes valores e incrementos foram calculados por meio dos valores médios cobrados pelos planos básico e superior das seguintes seguradoras: Amil, Golden Cross, Sul América e UNIMED. Os incrementos são sempre positivos e oscilando em torno de 20% até os 58 anos. Dado que as mensalidades não podem ser aumentadas a partir dos 60 anos, para minimizar o risco da sua inviabilidade, as seguradoras estipulam um aumento proporcionalmente muito maior para aqueles que completam 59 anos comparativamente ao praticado para os grupos etários inferiores. Ao completar 54 anos, um indivíduo incorre em um aumento médio de 20% no valor a ser pago ao seu plano. Ao completar 59 anos, esse aumento passa para 70%. Isto significa que entre

54 e 58 anos, um indivíduo paga, em média, R\$ 1.143,35 e quando completa 59 anos passa a pagar R\$ 1.911,43. Ou seja, em vez de os custos serem diluídos ao longo do intervalo etário que caracteriza a população idosa, eles se concentram nos 59 anos.

GRÁFICO 1

Incremento médio percentual do valor da mensalidade e valor médio cobrado por vários planos de saúde por grupos de idade



Fonte: Valores consultados nos sites dos planos de saúde.
Elaboração da autora.

De qualquer forma, os percentuais de variação seguem a condição estipulada pela Resolução Normativa nº 63 da Agência Nacional de Saúde (ANS) (Artigo 3º) que estabelece que o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

Resumindo, os benefícios que visam compensar os idosos pela sua “pobreza” terminam não os beneficiando e impondo custos adicionais para o restante da sociedade. Ou seja, é uma medida que não beneficia ninguém, tendo em vista que a lógica das seguradoras privadas é a do lucro.

A visão de “fragilidade física” do idoso é utilizada para fundamentar três outras disposições apresentadas no estatuto nos Artigos 39, 41 e 42. Tratam da reserva de

assentos nos veículos de transporte coletivo e nos estacionamentos e da prioridade do embarque do idoso nos transportes coletivos:

Art. 39

§2º Nos veículos de transporte coletivo de que trata este artigo, serão reservados 10% (dez por cento) dos assentos para os idosos, devidamente identificados com a placa de reservado preferencialmente para idosos.

Art. 41. É assegurada a reserva, para os idosos, nos termos da lei local, de 5% (cinco por cento) das vagas nos estacionamentos públicos e privados, as quais deverão ser posicionadas de forma a garantir a melhor comodidade ao idoso.

Art. 42. É assegurada a prioridade do idoso no embarque no sistema de transporte coletivo.

Sem dúvida, as medidas listadas nessas seções são importantes para os indivíduos pobres e com dificuldades de locomoção. Mas nem todos os idosos encontram-se nessa situação. Para estes últimos, a existência desses direitos pode se constituir em um privilégio em relação aos demais indivíduos. Pergunta-se se, no caso desses direitos, estes deveriam ser assegurados por necessidade em vez de idade.

A exigência de reserva de assentos em uma peça legal deve-se, também, à percepção de que, de uma forma geral, os indivíduos não têm mais a preocupação de ajudar aqueles com dificuldades de locomoção e/ou com necessidades similares. Questiona-se se essa reserva “obrigatória” de assentos não “desresponsabiliza” os indivíduos de ajudar aqueles que precisam. Apenas os assentos “reservados” são utilizados com tal finalidade. Resumindo, isto pode agir como um desincentivo à formação de uma cultura de solidariedade na sociedade brasileira.

5 A PERDA DA CAPACIDADE LABORATIVA: OS BENEFÍCIOS PARA A SUA REPOSIÇÃO

A perda da capacidade laborativa e de geração de renda é uma característica da população em idade avançada. O seu reconhecimento levou a que, em quase todo o mundo, fossem criados sistemas de seguridade social com vistas à reposição dessa renda. O Brasil avançou muito com a CF/1988 na garantia de uma renda para a população idosa, seja por meio de mecanismos contributivos (previdência social) ou não contributivos (assistência social) para a população indigente, aqui considerada a

residente em domicílios com renda mensal *per capita* inferior a um quarto do salário mínimo (SM).

Com relação aos benefícios contributivos, o estatuto segue a legislação previdenciária em vigor: “os benefícios de aposentadoria e pensão do Regime Geral da Previdência Social (RGPS) observarão, na sua concessão, critérios de cálculo que preservem o valor real dos salários sobre os quais incidiram contribuição, nos termos da legislação vigente”.

Este artigo não afetou a forma de cálculo do benefício previdenciário, que é baseada na Lei nº 9.876/1999. Para aqueles que se aposentam por tempo de contribuição, 33,1% do total de beneficiários de 2012, o benefício a ser recebido é calculado considerando a média de 80% dos maiores salários de contribuição do segurado, sob o que incidirá o fator previdenciário. Este considera o tempo de contribuição, a alíquota e a expectativa de sobrevivência, e resulta em uma redução do valor do benefício proporcional à diferença entre a idade ao requerer o benefício e a esperança de vida ao nascer, para quem requer a aposentadoria com idade inferior à esperança de vida ao nascer.

Já para quem requer o benefício com idade superior à esperança de vida, o fator pode aumentar o valor do benefício. Para os que se aposentam por idade, a aplicação do fator é opcional. Em geral, ela é utilizada no caso de beneficiar o aposentado.

A regulamentação do benefício assistencial – Benefício de Prestação Continuada (BPC) – é feita pela Lei Orgânica de Assistência Social (Loas) que, dentre outras coisas, estabeleceu uma idade mínima de 67 anos para o direito ao benefício. O Artigo 34 do estatuto traz duas mudanças em relação ao estipulado:

Art. 34. Aos idosos, a partir de 65 (sessenta e cinco) anos, que não possuam meios para prover sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família, é assegurado o benefício mensal de 1 (um) salário-mínimo, nos termos da Lei Orgânica da Assistência Social – Loas.

Parágrafo único. O benefício já concedido a qualquer membro da família nos termos do *caput* não será computado para os fins do cálculo da renda familiar *per capita* a que se refere a Loas.

O resultado imediato desse artigo foi a redução da idade mínima para o requerimento do benefício assistencial de 67 para 65 anos, o que foi implantado já em 2004. A equiparação da idade mínima requerida para esse benefício com a requerida

para o de aposentadoria por idade dos trabalhadores urbanos do sexo masculino não foi muito bem aceita por uma parte dos economistas do setor público. Estes acreditam que ela pode agir como um fator de desincentivo à contribuição para o sistema previdenciário, principalmente entre os trabalhadores de baixa renda. Por outro lado, há que se reconhecer que estes trabalhadores (de baixa renda) encontram-se, em grande maioria, na informalidade, não podendo, portanto, contar com uma renda estável, sendo-lhes praticamente impossível dispor, mensalmente, de 11% ou 5% de um SM para contribuir para o sistema previdenciário na condição de contribuinte individual autônomo. Acredita-se que o maior desincentivo para esses indivíduos é ocasionado pela falta de renda disponível.

Além disso, assumindo-se que o BPC tem a função de repor renda para os que perderam a capacidade laborativa, há que se reconhecer que é coerente que a idade mínima para o seu requerimento seja igual à estipulada para a aposentadoria por idade avançada, ou seja, 65 anos. Mas esta idade requerida se aplica apenas aos homens, pois para as mulheres requer-se 60 anos no caso da aposentadoria por idade e 65 anos para o BPC. A igualdade das idades mínimas entre os dois sexos para o caso do BPC é mais coerente com a esperança de vida ao nascer mais elevada das mulheres.

Ressalta-se, no entanto, que essa coerência só se verifica se se considerar que as condições de saúde/autonomia são iguais entre os dois tipos de beneficiários. Acredita-se que os potenciais beneficiários do BPC, dada à condição de pobreza/indigência com que devem ter passado a vida, percam essa capacidade antes daqueles que contribuíram visando receber a aposentadoria por idade.

A outra ação proposta pelo estatuto no parágrafo único do Artigo 34 apresenta, de fato, um caráter controverso. Trata-se da exclusão no cômputo da renda familiar do recebimento do BPC por parte de outros idosos, membros da família, para fins de aferição dos critérios de elegibilidade. Esta exclusão é tida como um avanço social, pois a posse de uma renda própria é entendida como um ganho em termos de cidadania e autoestima por parte dos idosos. Ressalta-se, no entanto, que essa exclusão se aplica *apenas* ao benefício assistencial recebido e não a outros benefícios contributivos. Isto pode, de fato, gerar desincentivos à contribuição desde que os potenciais contribuintes ao longo da sua vida ativa estejam informados da existência do BPC e dessa possibilidade.

6 SAÚDE E CUIDADOS

O Artigo 9º da referida peça legal afirma que:

Art. 9º É obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

O Artigo 15 estabelece que o idoso tem direito à atenção integral à saúde, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS):

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

Para isso, é importante a alocação de recursos adicionais para atender a novas exigências criadas como:

Art. 15

II – atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;

III – unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;

IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural;

V – reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde.

Além disso, o parágrafo 2º:

Art. 15.

§2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

Essas novas exigências visam ampliar a cobertura da assistência à saúde e melhorar e sua qualidade, mas podem criar conflitos nas relações com o próprio poder público, especialmente no SUS, pois exigirão recursos que precisam ser retirados de outras áreas. Isso significa que a ampliação da cobertura às pessoas idosas pode diminuir a cobertura a outros grupos (Paz e Goldman, 2006). Isto remete à questão não resolvida no estatuto, que é o estabelecimento de ações sem a alocação das fontes de financiamento. Como em outras situações, um dos resultados não previstos pode ser a geração de conflitos intergeracionais.

É inegável a importância do direito à saúde e à vida, mas dado que essa peça legal refere-se às pessoas que vivenciam a última fase da vida, é importante que se inclua, também, o direito a uma morte digna. Para isto, os sistemas de saúde devem estar preparados para garantir uma morte digna para todos quando chegar o momento. Isto requer, dentre outros fatores, a consideração da declaração de vontade antecipada, aprovada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), em 31 de agosto de 2012. Esta estabelece os critérios para que qualquer pessoa, desde que maior de idade e plenamente consciente, possa definir com seu médico os limites terapêuticos na sua fase terminal.

A importância da família na recuperação da saúde do idoso recebeu uma atenção especial por parte do Estatuto do Idoso, visando à preservação dos vínculos familiares. O Artigo 16 estabelece que:

Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

Embora o referido artigo refira-se ao *direito* a acompanhante, os hospitais, em especial os públicos, estão *exigindo* a presença contínua de um acompanhante. Este passa a ser responsável por tarefas antes exercida por funcionários do hospital, como dar banho e alimentar o idoso. Ou seja, a preocupação do estatuto em “proteger” o idoso e manter os vínculos familiares resulta em mais responsabilidade e sobrecarga sobre os seus familiares.

Também no que diz respeito à responsabilização e maior sobrecarga para a família, o parágrafo único do Artigo 3º fala da:

Art. 3º

V - priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência.

Neste caso, o estatuto responsabiliza a família pelo cuidado do idoso dependente, sem lhe oferecer nenhuma ajuda. Dados os valores culturais, o cuidado recai sobre a mulher, ou seja, desresponsabiliza o Estado da função de cuidar, mas lhe atribui a responsabilidade de fiscalizar e punir. Isto significa desconsiderar as mudanças na família, no papel social da mulher e no envelhecimento da própria população idosa.

[...] no novo papel atribuído à família está presente uma hipocrisia social. Não apenas porque se desconhecem as diferentes formas de família e unidades domésticas, ou porque não se avalia adequadamente o impacto do envelhecimento populacional na configuração das famílias. A hipocrisia social reside também na visão anacrônica de que a família é "o refúgio num mundo sem coração" e que é desejo dos velhos viverem na casa dos filhos e por eles serem cuidados até o fim da vida. Essa visão impede a emergência de outras formas criativas de dar dignidade às etapas mais avançadas do curso da vida (Debert e Simões, 2011, p. 1.571).

Ressalta-se, também, que viver com os filhos não é garantia de respeito, cuidado adequado e ausência de maus-tratos. Debert (1999) cita exemplos de denúncias de violência física contra idosos que são mais frequentes quando diferentes gerações convivem no mesmo domicílio. Salienta, também, que a família é uma instituição idealizada; é um espaço de disputa de poder entre gênero e gerações.

Quanto às instituições de longa permanência, os parágrafos 1º e 2º facultam às entidades filantrópicas ou casa-lar a cobrança de participação do idoso no custeio da entidade. Esta participação deve ser estabelecida pelo Conselho Municipal do Idoso ou de assistência social, mas não poderá exceder 70%. Esta participação tem sido cobrada e tem constituído uma parcela importante do orçamento dessas instituições, 46,6%. Aproximadamente 95% das instituições filantrópicas recebem alguma contribuição. Por outro lado, o estatuto não menciona as instituições públicas. Quase todas, 90,8% do seu total, têm recebido contribuição dos residentes, o que constitui 25% do total do

seu orçamento (Camarano *et al.*, 2010). Isto parece uma incoerência, dado que estas são instituições de assistência social. Estas instituições, pela legislação constitucional, são não contributivas.

7 FINANCIAMENTO DAS AÇÕES PROPOSTAS

A implementação de qualquer política depende fundamentalmente da alocação de recursos para tal. Como já se discutiu anteriormente, o estabelecimento de medidas sem a definição de uma fonte pagadora pode resultar na sua não implementação e/ou gerar conflitos intergeracionais. Como mencionado anteriormente, várias das medidas propostas pelo estatuto não foram acompanhadas pelo estabelecimento de uma fonte pagadora. É o caso, por exemplo, da meia-entrada nas atividades culturais e de lazer. O idoso paga 50%, mas não ficou definido quem pagará os outros 50%. Como o Estado não subsidia os proprietários de estabelecimentos de cinema, os produtores de teatro, de eventos esportivos etc., essa diferença é repassada para a sociedade por meio do aumento do preço. O valor de uma meia-entrada é equivalente ao de uma entrada inteira e o de uma inteira, a duas meias-entradas. Ou seja, ninguém ganha e a solidariedade intergeracional fica ameaçada.

No entanto, o item III do parágrafo único do Artigo 3º do estatuto fala em:

Art. 3º

III - destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso.

Este item fala em *destinação privilegiada* de recursos públicos para a proteção social do idoso. Mas, como se mencionou, a amplitude do intervalo etário resulta em uma população idosa bastante heterogênea e com necessidades diferenciadas, o que implicaria a necessidade do estabelecimento de prioridades.

O Artigo 115 fala que:

Art. 115 O orçamento da seguridade social destinará ao fundo nacional de assistência social, até que o fundo nacional do idoso seja criado, os recursos necessários, em cada exercício financeiro, para aplicação em programas e ações relativos ao idoso.

Embora o estatuto tenha sido promulgado em 2003, apenas em janeiro de 2010, foi publicada a lei que instituiu o Fundo Nacional do Idoso, com vigência a partir de 1º de janeiro de 2011. Mas nem no estatuto nem na lei de criação do fundo foram explicitados os programas e ações que deveriam ser prioritárias dentro das ações propostas para a população idosa. Ressalta-se, também, que a fonte de pagamento dos BPCs já é o Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS).

8 MUITAS CONQUISTAS: UMA SOCIEDADE PARA TODAS AS IDADES?

Nas últimas três décadas, muitos foram os avanços nas agendas internacional e nacional na formulação de políticas para a população idosa. A legislação brasileira incorporou grande parte das sugestões das assembleias internacionais e o Estatuto do Idoso reúne a grande maioria dos instrumentos legais preexistentes.

Apesar de o envelhecimento populacional ser reconhecido como uma das principais conquistas sociais do século XX, sabe-se, também, que este traz grandes desafios para as políticas públicas, a sociedade e a família. Um dos mais importantes é o de assegurar que o processo de desenvolvimento econômico e social ocorra com base em princípios capazes de garantir um patamar econômico mínimo tanto para a manutenção da dignidade humana quanto para a equidade entre os grupos etários na partilha dos recursos, direitos e responsabilidades sociais.⁷ No caso de sociedades como a brasileira, às novas demandas trazidas pelo processo de envelhecimento se somam as necessidades sociais básicas não resolvidas como educação, saúde e segurança para o conjunto da população.

As políticas para a população idosa devem promover a solidariedade entre gerações. Isto significa equilibrar as prioridades das ações para os idosos com a de outros grupos populacionais. Não se tem dúvida da importância de políticas diferenciadas para cada fase da vida, pois cada uma delas tem demandas e necessidades específicas. No caso da população idosa, as condições de saúde/autonomia têm um papel fundamental na determinação dessas demandas. No entanto, o seu reconhecimento não justifica

7. Na verdade, esta preocupação já estava expressa nos documentos internacionais desde o Plano de Viena em 1982. Ver, por exemplo, Camarano e Pasinato (2004).

a existência de preconceitos, nem de privilégios para os idosos, pois estes não vivem isolados na sociedade. O seu bem-estar depende do bem-estar de toda a sociedade.

O Plano de Madri estabelece como uma de suas três metas a participação ativa dos idosos na sociedade e no desenvolvimento econômico. Isso significa que qualquer política dirigida à população idosa deve fazer parte de uma política nacional de desenvolvimento sustentável objetivando o bem-estar de toda a população. Um primeiro passo requer o ajuste das atuais políticas e instituições, mercado de trabalho, saúde, seguridade social e políticas para redução da pobreza, que considere o aumento da população idosa e a possibilidade de sua inserção como um insumo para o desenvolvimento. Políticas para manutenção da renda e proteção social, com vínculo contributivo ou não, são essenciais para a prosperidade econômica e a coesão social (Camarano e Pasinato, 2004).

Sugerem-se, portanto, algumas mudanças no Estatuto do Idoso visando adequá-lo à nova realidade demográfica e social, tendo como parâmetro o princípio básico do Plano de Madri, que é a construção de uma “sociedade para todas as idades”. A primeira delas é a mudança na idade que define a população idosa. Reconhece-se a dificuldade de estipular uma idade que determine a entrada na última fase da vida. A heterogeneidade da população idosa e a ausência de um critério que distinga a velhice do estágio de vida anterior faz com que não exista um divisor de águas entre estas duas fases. Ou seja, o que faz um indivíduo ser idoso e necessitar de proteção social? Visto que velhice não significa apenas um ponto no ciclo de vida orgânico, mas, também, social, na Europa, a idade à aposentadoria marcava o início da velhice até os anos 1970.

Dado o aumento da esperança de vida e a preocupação com a coerência com outras políticas para idosos, já mencionadas, como idade considerada avançada para o trabalho e o transporte público gratuito, sugere-se 65 anos como essa idade. Considerando uma estimativa de esperança de vida aos 65 anos de 19,7 anos em 2010, essa idade proposta define, também, uma longa fase da vida, o que ainda tornará esse grupo heterogêneo.

Outros pontos que devem ser levados em conta em uma reavaliação do estatuto: o estabelecimento de fontes de financiamento para cada medida proposta, medidas que ajudem a família a cuidar do idoso dependente tanto no domicílio⁸ quanto no

8. Para isso, ver Camarano (2010).

hospital, inclusão nos serviços de saúde de ações que possam promover uma morte digna para aqueles que se encontram acometidos por uma doença terminal. Reforça-se a importância da alocação de recursos financeiros para as medidas propostas, pois isto é o primeiro passo para a sua implementação e transparência. Todas as medidas propostas devem ter como referência a Constituição Nacional.

Finalmente, acredita-se que a implementação efetiva do Estatuto do Idoso deverá ser pensada em um contexto mais amplo onde se leve em conta a necessidade de mecanismos de proteção social para os vários grupos etários. Não se pode perder de vista o principal amálgama social – a solidariedade – em nenhuma de suas modalidades – intergeracional, familiar e social – ao pensar mecanismos viáveis para a promoção do bem-estar social (Camarano e Pasinato, 2004). Já em 1969, Beauvoir (1990) afirmava não ser possível pensar em uma sociedade justa para os velhos numa sociedade marcada por injustiças sociais.

REFERÊNCIAS

- BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- CAMARANO, A. A.; MEDEIROS, M. Introdução. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Muito além dos 60**: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: Ipea, dez. 1999.
- CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Ipea, 2004.
- CAMARANO A. A. *et al.* As Instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010.
- DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo/FAPESP, 1999.
- DEBERT, G. G.; SIMÕES, J. A. Envelhecimento e velhice na família. *In*: FREITAS, E. V. de *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- LASLETT, P. **What is old age?** Variation over time and between cultures. International studies in demography: health and mortality among the elderly, issues for assessment. New York: Oxford University Press, 1996.
- MENDONÇA, J. M. B. **Direitos humanos e pessoa idosa**: a efetividade do Estatuto do Idoso sob a ótica dos Conselhos Estaduais do idoso. 135 p. Dissertação (Programa de Estudos Pós-graduados em Gerontologia) – Universidade Católica de Brasília, 2005.

NERI, A. L. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papyrus, 1993.

PAZ, S. F.; GOLDMAN, S. N. Estatuto do idoso. *In*: FREITAS, E. V. de *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SEN, A. **Development as freedom**. Oxford: Oxford University Press, 1999.

URIONA J. L.; HAKKERT, R. **Legislación social sobre adultos mayores en América Latina y el Caribe**. 2002. Mimeografado.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>.

_____. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>.

_____. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>.

_____. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>.

_____. **Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996**. Regulamenta a Política Nacional do Idoso. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>.

_____. **Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998**. Modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>.

_____. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>.

_____. **Lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010**. Institui o Fundo Nacional do Idoso e autoriza deduzir do imposto de renda devido pelas pessoas físicas e jurídicas as doações efetuadas aos Fundos Municipais, Estaduais e Nacional do Idoso; e altera a Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>.

_____. **Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012**. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional; e altera as Leis nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), nº 7.560, de 19 de dezembro de 1986, nº 7.998, de 11 de janeiro de 1990, nº 5.537, de 21 de novembro de 1968, nº 8.315, de 23 de dezembro de 1991, nº 8.706, de 14 de setembro de 1993, os Decretos-Leis nº 4.048, de 22 de janeiro de 1942, nº 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.

CAMARANO, A. A. Conclusão. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a se assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.995/2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. **Diário oficial da união**, seção I, p. 269-270, 31 ago. 2012.

MPAS – MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Benefício assistencial de prestação continuada (BPC)-Loas (01/01/1999 a 31/07/2000). **Manual de orientação**, Brasília, DF, 2002.

NACIONES UNIDAS. **Plan de acción internacional sobre el envejecimiento**. Madrid, Espanha, 2002 (Resolución, n. 57/167).

SITES CONSULTADOS DOS PLANOS DE SAÚDE

AMIL: <http://www.amilplanos.com.br/planosdesaude_fisica_amil.php>; <http://www.amilplanos.com.br/tabelas_planosaude_individual.php>.

SULAMERICA: <<http://www.sulamericasaudes.com.br/saopaulo-cidade/tabeladeprecos.php>>.

UNIMED:<<http://www.unimedrio.com.br/CalandraRedirect/?temp=5&proj=eronautica&pub=T&comp= Aeronautica+ Tprecos&db&docid=05F11443CB4748E5832573FE00656DAA>

EDITORIAL

Coordenação

Cláudio Passos de Oliveira

Supervisão

Andrea Bossle de Abreu

Revisão

Carlos Eduardo Gonçalves de Melo
Cristina Celia Alcantara Possidente
Edylene Daniel Severiano (estagiária)
Elisabete de Carvalho Soares
Lucia Duarte Moreira
Luciana Nogueira Duarte
Míriam Nunes da Fonseca

Editoração eletrônica

Roberto das Chagas Campos
Aeromilson Mesquita
Aline Cristine Torres da Silva Martins
Carlos Henrique Santos Vianna
Hayra Cardozo Manhães (estagiária)
Maria Hosana Carneiro Cunha

Capa

Luís Cláudio Cardoso da Silva

Projeto Gráfico

Renato Rodrigues Bueno

Livraria do Ipea

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

70076-900 – Brasília – DF

Fone: (61) 3315-5336

Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Composto em Adobe Garamond Pro 12/16 (texto)
Frutiger 67 Bold Condensed (títulos, gráficos e tabelas)
Impresso em offset 90g/m²
Cartão supremo 250g/m² (capa)
Rio de Janeiro-RJ

Missão do Ipea

Produzir, articular e disseminar conhecimento para aperfeiçoar as políticas públicas e contribuir para o planejamento do desenvolvimento brasileiro.

