

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
CÂMPUS DE ARAÇATUBA - FACULDADE DE ODONTOLOGIA
Departamento de Odontologia Infantil e Social
Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social

KARIMY KASSEM GOYA

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO
INSTITUCIONALIZADOS E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL**

Araçatuba - SP

2014

KARIMY KASSEM GOYA

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO
INSTITUCIONALIZADOS E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL**

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio Mesquita Filho”.

Orientadora: Tânia Adas Saliba Rovida

Araçatuba- SP
2014

Dedico este trabalho aos meus pais Nelson e Fátima, e minha irmã Kamily que me incentivaram quando pensei em desistir, me motivaram nos momentos mais difíceis, me apoiaram em todas as decisões e se alegraram a cada etapa vencida. À minha irmã Kêmily (in memoriam), por ter sido meu exemplo para estar sempre 'de bem com a vida'. É por eles que eu luto e sigo em frente. Essa conquista é nossa!

Agradecimentos

A Deus, em primeiro lugar, por ter me dado sabedoria para ingressar nesta renomada faculdade; por não ter me abandonado nas horas mais difíceis, me dando toda força necessária para seguir em frente.

À UNESP – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, pela oportunidade de realizar este curso.

À Diretora da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, Prof. Adj. Ana Maria Pires Soubhia e ao Vice-Diretor Prof. Titular Wilson Roberto Poi, pela luta de tornar esta renomada Universidade cada dia melhor.

A todos meus professores, por todo conhecimento compartilhado, e por todas as vezes que foram não apenas educadores, mas verdadeiros amigos e conselheiros. Vocês foram fundamentais para que meu crescimento pessoal e profissional. Muito Obrigada!

À minha professora orientadora Tânia Adas Saliba Rovida, não só pelo apoio, confiança, incentivo e atenção cedida durante a elaboração do trabalho, mas também pela grande amiga que se tornou. Sua capacidade de orientar de forma humanizada foi essencial para que esta caminhada árdua se tornasse leve e prazerosa.

À professora Cléa Adas Sabila Garbin, por todo ensinamento, pela paciência e amizade. Sua tranquilidade e acolhimento nos momentos difíceis, durante os estágios, fizeram toda a diferença para que eu seguisse calma e confiante.

Às doutorandas Milene Moreira da Silva e Renata Colturato Joaquim pela disponibilidade, paciência, atenção e amizade.

Aos meus amigos da Turma 11, deixo meu agradecimento pelos momentos inesquecíveis que vivemos durante os seis anos de faculdade, que me fizeram crescer e amadurecer.

Aos amigos do Espaço Vida Saudável, por ouvirem minhas preocupações, pelas orações para que este trabalho se realizasse com sucesso, e por todo amor e carinho a mim cedidos diariamente.

E ao meu namorado, Luiz Fernando Tano, que há cinco anos vem sendo meu melhor amigo, colega de classe e companheiro de estágio, e esteve comigo na elaboração deste trabalho, me passando confiança e tranquilidade.

“A maior recompensa para o trabalho do
homem não é o que ele ganha com isso,
mas o que ele se torna com isso.”
John Ruskin

RESUMO

A qualidade de vida é um dos pilares mais importantes para alcançar a longevidade. As desordens patofisiológicas se tornam mais expressivas na terceira idade e passam a interferir na qualidade de vida dos anciãos, principalmente quando se trata da diminuição da capacidade funcional, provocada em muitos casos pela falta de exercícios físicos. As desordens psiquiátricas alteraram algumas características bucais e de personalidade. É possível envelhecer com felicidade e qualidade de vida, dependendo da visão sobre a vida, estilo de vida e hábitos adquiridos, focando nas tristezas com: perdas, decepções e mudanças inesperáveis. É crescente o interesse de pesquisadores na investigação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida de idosos, principalmente devido ao aumento desta população a nível mundial, pois desta forma, é possível desenvolver planos de prevenção, tratamento e reabilitação. O objetivo foi verificar a autopercepção das condições de saúde bucal e de qualidade de vida de idosos institucionalizados (G1) e não institucionalizados (G2). Foi um estudo transversal e exploratório que utilizou-se dois instrumentos validados: o GOHAI, que avalia a autopercepção de saúde bucal e o WHOQOL-Bref, sobre a qualidade de vida. Dos 150 idosos que residem em todas as instituições de longa permanência e os 80 que frequentam um dos grupos de terceira idade, de dois municípios no noroeste paulista, foram excluídos os que não consentiram participar da pesquisa, acamados, e os que não responderam as questões propostas. Os dados foram analisados pelos testes estatísticos de Mann Whitney, Exato de Fisher e de Regressão Simples. Foi significativa a diferença quanto à autopercepção de qualidade de vida ($p=0.0008$), dependência de tratamento médico para viver ($p=0.0080$), o desfrutar da vida ($p=0.0008$), importância e sentido da própria vida ($p=0.0256$), disponibilidade das informações necessárias para o dia-a-dia ($p=0.0237$), oportunidades de lazer ($p=0.0241$), capacidade de locomoção ($p=0.0057$), satisfação com as relações pessoais ($p=0.0241$) e acesso aos serviços de saúde ($p=0.0252$), sendo melhor no G2. Conclui-se que a condição de saúde bucal para ambos os grupos teve baixo impacto na qualidade de vida, no entanto, diferenças na autoavaliação da qualidade de vida foram significantes principalmente no domínio físico. Os idosos não-institucionalizados apresentaram mais satisfação com o estilo de vida do que o outro grupo.

Palavras-chave: Qualidade de vida; saúde do idoso; saúde do idoso institucionalizado.

ABSTRACT

The quality of life is one of the most important pillars to achieve longevity. The pathophysiological disorders become more expressive in old age and begin to affect the quality of life of elders, especially when it comes to the functional impairment caused in many cases by lack of exercise. Psychiatric disorders have altered some oral and personality characteristics. You can grow old with happiness and quality of life, depending on the outlook on life, lifestyle and habits acquired by focusing sorrows with: loss, disappointment and unexpected changes. A growing interest of researchers in investigating the impact of oral health on quality of life of seniors, mainly due to the increase in this population in the world, because this way it is possible to develop plans for prevention, treatment and rehabilitation. The aim was to assess the self-perception of oral health status and quality of life of elderly subjects (G1) and noninstitutionalized (G2). It was a cross-sectional, exploratory study that used two validated instruments: the GOHAI, which assesses self-perceived oral health and the WHOQOL-Bref, on quality of life. Of the 150 seniors residing in all long-stay institutions and 80 who attend one of the elderly groups, two municipalities in the northwest region, were excluded those who did not consent to participate in the research, bedridden, and those who did not answer the questions proposals. Data were analyzed by statistical tests of Mann Whitney, Fisher exact and Simple Regression. Was a significant difference in self-reported quality of life ($p = 0.0008$), dependence on medical treatment for living ($p = 0.0080$), the enjoyment of life ($p = 0.0008$), importance and meaning of life ($p = 0.0256$), availability of information necessary for day-to-day ($p = 0.0237$), recreational opportunities ($p = 0.0241$), walking ability ($p = 0.0057$), satisfaction with personal relationships ($p = 0.0241$) and access to services health ($p = 0.0252$), being better in G2. It is concluded that the oral health status for both groups had low impact on quality of life, however, differences in self-assessment of quality of life were significant primarily in the physical domain. Non-institutionalized elderly showed more satisfaction with lifestyle than the other group.

Keywords: Quality of life; health of the elderly; health of institutionalized elderly.

Lista de Tabelas

Tabela 1. Distribuição numérica e percentual dos idosos segundo grupo e gênero. Araçatuba-SP, Promissão-SP, 2011.

Tabela 2. Dados estatísticos da pontuação do WHOQOL-BREF segundo domínios estudados. Araçatuba-SP, Promissão-SP, 2011.

Tabela 3. Distribuição das médias da pontuação do instrumento GOHAI, por questão e resultados estatísticos. Araçatuba-SP, Promissão-SP, 2011.

Tabela 4. Distribuição das medianas da pontuação do instrumento WHOQOL.BREF, por questão e resultados estatísticos. Araçatuba-SP, Promissão-SP, 2011.

Lista de Abreviaturas

GOHAI - Geriatric Oral Health Assessment Index

WHOQOL-Bref - World Health Organization Quality of Life – Bref

G1 - Grupo 1: Idosos institucionalizados

G2 - Grupo 2: Idosos não-institucionalizados

Sumário

1 INTRODUÇÃO	12
2 PROPOSIÇÃO.....	14
3 METODOLOGIA.....	15
4 RESULTADOS.....	18
5 DISCUSSÃO.....	23
6 CONCLUSÃO.....	27
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
ANEXO.....	31

1 Introdução

Qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1998), consequentemente, quanto melhor a qualidade de vida, mais e melhor vive o indivíduo (BALTES; SMITH, 2006).

No entanto, alguns fatores do cotidiano podem prejudicá-la como deficiência no suporte social, tensão, estresse, falta de contato social, entre outros (MASTHOFF et al., 2007, ENKVIST; EKSTRÖM; ELMSTÅHL, 2012). Com o passar dos anos, as desordens fisiopatológicas se tornam mais expressivas na terceira idade e passam a interferir na qualidade de vida dos idosos, principalmente quando se trata da diminuição da capacidade funcional, provocada em muitos casos pela falta de exercícios físicos, as desordens psiquiátricas, que podem também alterar algumas características da personalidade e ainda, as alterações bucais como a xerostomia (MASTHOFF et al., 2007, CLONINGER & ZOHAR, 2011, JOHANSSON et al., 2011, QUANDT et al., 2011).

Por outro lado, é possível envelhecer com prazer, felicidade e boa qualidade de vida, dependendo da própria visão sobre a vida, estilo de vida e hábitos adquiridos, focando em como lidar com perdas, decepções e mudanças inesperáveis (ZIMMERMANN, GREVE, 2014).

No Estatuto do Idoso, é assegurada a atenção integral à saúde, pelo Sistema Único e Saúde (SUS), o que lhe garante acesso universal, juntamente com ações para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2006). O acesso a serviços de saúde de qualidade é fundamental para que o idoso tenha uma boa qualidade de vida (MELO et al, 2009).

É crescente o interesse de pesquisadores na investigação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida de idosos, principalmente devido ao aumento desta população a nível mundial, pois desta forma, é possível desenvolver planos de prevenção, tratamento e reabilitação desta população, afinal, uma condição de saúde bucal deficiente limita a alimentação podendo gerar carências nutricionais, provoca um descontentamento do idoso em relação ao aproveitamento de suas refeições em família ou com amigos, interfere negativamente na mastigação, digestão, gustação, pronúncia e na estética (o que aumenta a predisposição do

indivíduo a doenças geriátricas) e inibe o convívio social (MELLO ALSF, PADILHA DMP, 2000; MORIGUCHI, 1998; MACENTEE; PROSTH, 2007).

Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo identificar a autopercepção das condições de saúde bucal e de qualidade de vida, de idosos institucionalizados e não institucionalizados.

2 Proposição

O objetivo do trabalho foi identificar a autopercepção das condições de saúde bucal e de qualidade de vida, de idosos institucionalizados e não institucionalizados.

3 Metodologia

Trata-se de um estudo transversal de caráter exploratório e quantitativo no qual, foram utilizados dois instrumentos validados e na versão em português: o GOHAI - Geriatric Oral Health Assessment Index, que avalia a autopercepção de saúde bucal e o WHOQOL-Bref - World Health Organization Quality of Life – Bref, sobre a qualidade de vida (ATCHISON; DOLAN,1990; FLECK et al., 1999).

O primeiro instrumento foi escolhido por identificar melhor os impactos bucais funcionais e psicológicos (LOCKER et al., 2001). Mensura a autopercepção dos problemas funcionais bucais e estima o grau do impacto psicológico associado com as doenças bucais. É composto por 12 questões que abordam três dimensões: função física (mastigação, fonética e deglutição), função psicológica (preocupações ou interesse pela saúde bucal, insatisfação com aparência, autopercepção da saúde bucal e o ato de evitar contatos sociais devido aos problemas bucais) e dor ou desconforto (uso de medicação para aliviar dor ou desconforto na boca). Todas as questões foram mensuradas por meio da escala de Likert de 6 pontos (sempre [5], muito frequente [4], frequente [3], às vezes [2], raramente [1] e nunca [0]) (ATCHISON; DOLAN,1990).

Já o segundo instrumento contém 26 questões que abordam 4 domínios – físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente - e contém duas questões gerais sobre a autopercepção da qualidade de vida. Todas as questões foram mensuradas através da escala de Likert de 5 pontos (nunca/nada/muito insatisfeito [1], algumas vezes/muito pouco/insatisfeito [2], frequentemente/médio/nem satisfeito e nem insatisfeito [3], muito frequentemente/muito/ satisfeito [4] e sempre/completamente/ muito satisfeito [5]). Optou-se por utilizar o modelo abreviado do instrumento WHOQOL por ser mais adequado ao tipo de população e possibilitar menor tempo de aplicação (THE WHOQOL GROUP, 1998; FLECK et al., 2000).

Dados sobre gênero, idade e grau de dependência (independente, parcialmente dependente e totalmente dependente) também foram coletados. No caso dos idosos institucionalizados, esses dados foram obtidos nos prontuários médicos assinados pela geriatra da instituição.

Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-FOA/Unesp, e aprovado conforme o Processo FOA-01916/2011. Todos os participantes foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos desta pesquisa antes de assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorização para divulgação das informações fornecidas, sendo mantido o sigilo de sua identidade, de acordo com a resolução 196/96 CNS (BRASIL, 1996).

Os 150 idosos que residem em todas as instituições de longa permanência e os 80 que frequentam um dos grupos de terceira idade, de dois municípios no noroeste paulista, Brasil, foram convidados para participar da pesquisa. As instituições de longa permanência eram registradas legalmente como entidades filantrópicas. Ressalta-se que os grupos de terceira idade são geralmente organizados por associações de bairros e têm como atividade rotineira, a prática de esportes, danças, bailes e viagens de lazer.

Os participantes foram então divididos em dois grupos: Grupo 1 (idosos institucionalizados) e Grupo 2 (idosos não institucionalizados). A população foi escolhida por conveniência, no entanto, manteve-se a proporcionalidade amostral entre os grupos.

Foram incluídos na amostra final todos os indivíduos com 60 anos ou mais (BRASIL, 2006), que consentiram participar da pesquisa, residentes de uma das instituições de longa permanência selecionadas ou participantes de um dos dois grupos de terceira idade, que apresentavam condições mentais saudáveis (de acordo com o geriatra da instituição), e que estavam presentes nos dias de aplicação dos questionários.

Os indivíduos que não responderam a três ou mais questões do instrumento GOHAI e os que não responderam a todas as questões do instrumento WHOQOL-Bref foram excluídos da amostra (ATCHISON; DOLAN, 1990; FLECK et al., 1999), bem como aqueles que não consentiram participar da pesquisa.

O estudo foi realizado em Araçatuba – SP e Promissão – SP, noroeste paulista, sendo que a primeira possuía 181.579 habitantes (14,11% de idosos) e a outra com 35.674 habitantes (12,93% de idosos) (IBGE, 2010). Os membros do Grupo 1 foram abordados na própria instituição de longa permanência, e os idosos do Grupo 2, nas quadras de vôlei, sendo abordados nos intervalos dos jogos e ao final do treino. A

maioria dos idosos, principalmente os que residiam em instituições de longa permanência, apresentaram dificuldades em ler e escrever, sendo assim, foi necessário o auxílio de um pesquisador. Cada participante respondeu os questionários individualmente, com o auxílio de um pesquisador, em local distante dos outros indivíduos para que não houvesse interferência de respostas.

Todos os dados foram coletados por 3 pesquisadores que passaram por processo de calibração. Foram processados no Programa Epi-Info versão 3.5.3 (Epi-Infotm, 2007) e Bioestat versão 5.0 (AYRES et al., 2007).

Na pontuação do instrumento GOHAI, a somatória final variou de 0 a 60 pontos, sendo que no intervalo de 57 a 60 pontos, o índice GOHAI foi classificado como “alto”, de 51 a 56 – “moderado” e menos que 50, “baixo”, o que significa que quanto mais alta a pontuação, pior a condição de saúde bucal do indivíduo, sendo mais negativas as consequências psicológicas e sociais (ATCHISON, 1990).

Em relação à pontuação do WHOQOL-BREF, cada questão variou de 1 a 5 pontos, indicando assim, que quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida, exceto para dor e desconforto, sentimentos negativos, e dependência de medicação por terem pontuação reversa. O Domínio Físico foi composto por 7 questões, o psicológico por 6 questões, as relações sociais foram analisadas por meio de 3 questões e o meio ambiente contou com 8 questões, além das duas questões gerais sobre qualidade de vida. Foi calculada a soma total do instrumento de cada indivíduo e a somatória por domínio para que fosse possível fazer as comparações. Para verificar a interferência dos domínios na qualidade de vida dos participantes, foi utilizado o Teste de Mann-Whitney.

O mesmo teste e o Teste Exato de Fisher foram utilizados nas análises bivariadas para determinar significância estatística entre variáveis dependentes e os desfechos. Nas análises pareadas utilizou-se o Teste de Regressão Simples. Adotou-se intervalo de confiança de 95% para todos os testes estatísticos (AYRES et al., 2007).

4 Resultados

No grupo dos idosos institucionalizados, G1, (N=150), 50% não apresentou capacidade mental de responder adequadamente às questões da entrevista, 12% não respondeu a todas as questões e 7,34% se recusaram em participar da pesquisa ou estavam acamados, restando 31 participantes para a amostra final. Já no grupo de idosos não institucionalizados (N=80), 52,50% recusaram em participar do estudo, restando 38 participantes deste grupo. A tabela 1 mostra que as mulheres são maioria em ambos os grupos.

No grupo 1, 23,8% das mulheres e 40% dos homens apresentaram algum grau de dependência para realizar suas atividades do dia-a-dia. Já no grupo 2, todos os participantes eram independentes. O Teste Exato de Fisher confirmou a inexistência de associação estatisticamente significativa entre gênero e grau de dependência física tanto no grupo 1 quanto no 2 ($p=0,4174$ e $p = 0,9999$, respectivamente), da mesma forma que o Teste de Mann-Whitney, mas este, em relação a autopercepção de saúde bucal e gênero, tanto no grupo 1 quanto no 2 ($p=0,8162$; $p=0,8037$, respectivamente).

Em relação à pontuação total do instrumento GOHAI, a estatística descritiva demonstrou que os grupos de idosos institucionalizados e de não institucionalizados eram semelhantes entre si (mediana = 28 e 27; desvio padrão = 6,6 e 6,8; variância = 43,3 e 45,6, respectivamente). Apenas um respondente, pertencente ao grupo 1, alcançou o nível “moderado” do impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida; todos os outros encontraram-se no nível “baixo”.

Observou-se ainda, que a saúde bucal tanto dos idosos institucionalizados quanto dos não institucionalizados, causou “baixo” impacto na qualidade de vida dessas pessoas da terceira idade (média do score total GOHAI = 28,1 e 26 respectivamente). O teste estatístico de Mann-Whitney confirmou a inexistência de diferença significativa entre os scores alcançados em ambos os grupos ($p=0,4955$).

Em relação ao score total do WHOQOL-BREF, o mesmo teste estatístico apresentou diferença significativa entre os grupos 1 e 2 ($p<0.05$), mas apenas no domínio físico (tabela 2).

Houve ainda, diferença estatisticamente significativa entre os grupos estudados a respeito de sentimentos de aborrecimentos e preocupações devido às condições

buciais ($p < 0.05$), sendo que idosos institucionalizados relataram ter apresentado mais esses sentimentos do que os idosos não institucionalizados (Tabela 3). Ao testar os possíveis fatores contribuintes para estes aborrecimentos dentre os idosos institucionalizados, constatou-se pelo Teste de Regressão Simples, que a insatisfação com o acesso aos serviços de saúde contribuiu ($p = 0.0347$), devendo haver outros fatores não questionados que também colaboraram com essas preocupações.

Comparando os scores de qualidade de vida entre G1 e G2, observou-se diferença estatisticamente significativa no que diz respeito à autopercepção de qualidade de vida, dependência de tratamento médico para viver, o desfrutar da vida, importância e sentido da própria vida, disponibilidade das informações necessárias para o dia-a-dia, oportunidades de lazer, capacidade de locomoção, satisfação com as relações pessoais e acesso aos serviços de saúde, sendo que para todas essas variáveis, o G2 apresentou melhores condições (Tabela 4). Ressalta-se que a questão a respeito da satisfação com a vida sexual não pôde ser comparada entre os grupos, pois mais da metade do G1 não respondeu a questão.

Tabela 1. Distribuição numérica e percentual dos idosos segundo grupo e gênero. Araçatuba-Sp, Promissão-SP, 2011.

Gênero	Grupo 1		Grupo2		Total	
	N	%	N	%	N	%
Feminino	21	67,7	28	73,7	49	71,0
Masculino	10	32,3	10	26,3	20	29,0
Total	31	100,0	38	100,0	69	100,0

Tabela 2. Dados estatísticos da pontuação do WHOQOL-BREF segundo domínios estudados. Araçatuba-SP, Promissão-SP, 2011.

DOMÍNIOS	Média dos Escores		Desvio Padrão		Coef. De Variação		Valor Mínimo		Valor Máximo		Amplitude		Teste de Mann-Whitney
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	p-valor
Físico	14.47	15.90	2.02	2.06	13.93	12.92	10.86	9.71	10.86	9.71	8.00	9.14	0.0083 ^a
Psicológico	15.33	16.02	1.96	1.67	12.75	10.43	10.00	12.67	10.00	12.67	8.00	7.33	0.1806
Relações Sociais	14.97	15.30	1.92	3.05	12.85	19.96	12.00	4.00	12.00	4.00	8.00	16.00	0.3080
Meio Ambiente	15.23	15.50	1.63	2.24	10.72	14.46	12.50	10.86	12.50	10.86	6.00	9.14	0.6040
Auto-avaliação	14.65	15.89	3.36	2.46	22.96	15.47	4.00	10.00	4.00	10.00	16.00	10.00	0.0984
TOTAL	14.97	15.69	1.39	1.74	9.28	11.07	11.84	11.38	11.84	11.38	5.60	7.85	0.4955

^aDiferença estatisticamente significativa entre G1 e G2

Tabela 3. Distribuição das médias da pontuação do instrumento GOHAI, por questão e resultados estatísticos. Araçatuba-SP, Promissão-SP, 2011.

QUESTÕES – GOHAI	ÍNDICE GOHAI MÉDIA (DP)	ÍNDICE GOHAI MÉDIA (DP)	TESTE DE MANN-WHITNEY
	GRUPO 1	GRUPO 2	p-valor
1 - Teve necessidade de limitar o tipo ou a quantidade de alimentos que comeu devido a problemas com os seus dentes?	2.2 (1.49)	1.8 (1.14)	0.3884
2 - Teve dificuldade para morder ou mastigar certos alimentos como carne ou maçãs?	3.0 (1.59)	2.4 (1.62)	0.1154
3 - Foi capaz de engolir alimentos confortavelmente?	3.9 (1.41)	3.9 (1.60)	0.6950
4 - Percebeu que os seus dentes ou próteses o(a) impediram de falar como gostaria?	1.9 (1.31)	2.0 (1.53)	0.9279
5 - Foi capaz de comer qualquer coisa sem sentir desconforto?	3.5 (1.52)	3.5 (1.60)	0.9856
6 - Evitou o contato com outras pessoas por causa das condições dos seus dentes, gengivas ou próteses?	1.6 (1.20)	1.4 (1.10)	0.5344
7 - Sentiu-se contente ou feliz com o aspecto dos seus dentes ou próteses?	4.2 (1.11)	4.2 (1.42)	0.3720
8 - Precisou tomar medicamentos para aliviar a dor ou o desconforto relativos à sua boca?	1.4 (0.92)	1.5 (0.92)	0.7027
9 - Aborreceu-se ou teve preocupações (devido aos problemas bucais)?	2.5 (1.29)	1.8 (1.03)	0.0203 ^a
10 - Sentiu-se nervoso(a) por causa de problemas com os seus dentes, gengivas ou próteses?	1.5 (0.89)	1.8 (1.31)	0.5998
11 - Sentiu-se desconfortável ao alimentar-se em frente a outras pessoas por causa dos seus dentes gengivas ou próteses?	1.8 (1.41)	1.8 (1.30)	0.9088
12 - Sentiu sensibilidade nos dentes ou gengivas com o contato de calor, frio ou doces?	1.7 (1.36)	1.8 (1.30)	0.8611

^aDiferença estatisticamente significativa

Tabela 4. Distribuição das medianas da pontuação do instrumento WHOQOL.BREF, por questão e resultados estatísticos. Araçatuba-SP, Promissão-SP, 2011.

QUESTÕES – WHOQOL.Bref	ÍNDICE WHOQOL	ÍNDICE WHOQOL	TESTE DE
	MÉDIA (DP)	MÉDIA (DP)	MANN-WHITNEY
	GRUPO 1	GRUPO 2	p-valor
1 – Como você avaliaria sua qualidade de vida?	3.52 (0.96)	4.08 (0.71)	0.0209 ^a
2 – Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?	3.81 (0.95)	3.87 (0.70)	0.8140
3 – Em que medida você acha que sua dor (física) o impede de você fazer o que precisa?	2.42 (1.76)	2.13 (1.17)	0.4001
4 - O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar a sua vida diária?	2.90 (0.91)	2.16 (1.98)	0.0080 ^a
5 - O quanto você aproveita a vida?	3.26 (1.12)	4.18 (0.61)	0.0008 ^a
6 - Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	3.48 (0.81)	3.92 (0.54)	0.0256 ^a
7 - O quanto você consegue se concentrar?	3.71 (0.74)	3.50 (1.13)	0.9663
8 - Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	3.68 (0.70)	3.87 (0.84)	0.1786
9 - Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	4.19 (0.65)	3.68 (1.16)	0.1154
10 - Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	3.65 (0.13)	3.95 (0.87)	0.0713
11 - Você é capaz de aceitar sua aparência física?	4.19 (0.91)	4.16 (0.55)	0.3951
12 - Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	3.16 (0.93)	3.58 (0.90)	0.1034
13 - Quão disponíveis estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	3.16 (0.86)	3.58 (1.18)	0.0237 ^a
14 - Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	3.29 (0.97)	4.05 (0.69)	0.0012 ^a
15 - Quão bem você é capaz de se locomover?	3.48 (1.13)	4.37 (0.59)	0.0057 ^a
16- Quão satisfeito(a) você está com a sua energia para seu dia-a-dia?	3.97 (0.98)	3.87 (1.09)	0.8187
17- Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar atividades do dia-a-dia?	3.84 (0.69)	3.97 (0.85)	0.2749
18- Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de trabalho?	3.16 (1.12)	3.63 (1.26)	0.0615
19- Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo(a)?	4.13 (0.62)	3.89 (1.03)	0.6209
20- Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, colegas)?	3.68 (0.79)	4.08 (0.78)	0.0241 ^a
21- Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	0.10 (0.54)	2.71 (1.69)	<0.0001 ^b
22- Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	3.84 (0.64)	3.92 (0.91)	0.4879
23- Quão satisfeito(a) você está com as condições de local onde mora?	4.29 (0.69)	4.13 (0.81)	0.5187
24- Quão satisfeito(a) você está com seu acesso aos serviços de saúde?	4.42 (0.56)	4.00 (0.70)	0.0252 ^a
25- Quão satisfeito(a) você está com seu meio de transporte?	4.26 (0.63)	4.03 (0.68)	0.2419
26- Com que frequência você tem sentimentos negativos (mau humor, ansiedade, depressão)?	1.77 (1.17)	1.81 (1.13)	0.6729

^aDiferença estatisticamente significativa.^bQuestão respondida erroneamente pela maioria dos idosos institucionalizados

5 Discussão

A predominância do sexo feminino em ambos os grupos também foi encontrada em outros estudos (BONAN et al., 2008; MINCATO; FREITAS, 2007; COSTA; SAINTRAIN; VIEIRA, 2010; SILVA et al., 2008), o que pode ser explicado pelo fato de a longevidade feminina ter várias causas, dentre elas, a vantagem biológica e a melhor socialização, que se destacam por contribuírem fortemente com o aumento da expectativa de vida (FERNANDES, 2007).

No presente estudo não foi encontrada associação entre gênero e grau de dependência, mas pesquisas mostram que com o envelhecimento, tanto o desempenho físico quanto as funções cognitivas pioram, o que faz com que a capacidade funcional do idoso seja prejudicada, sendo agravada pelo uso de vários medicamentos e pela ausência do cônjuge, principalmente no sexo feminino (ZUCCARO; STREINDLER; COSTARELLA, 2012; NOGUEIRA et al., 2010; MINCATO; FREITAS, 2007; YIENGPRUGSAWAN et al., 2011; IIMRIN; GUSTAFSSON; JARAEZ, 2012).

O impacto da saúde bucal na qualidade de vida, em ambos os grupos, foi considerado como “baixo” não ocorrendo diferença entre idosos institucionalizados e não institucionalizados, tal como constam dados na literatura (BONAN et al., 2008; COSTA; SAINTRAIN; VIEIRA, 2010), no entanto, há estudos que apresentam a autopercepção de saúde bucal deficiente (índice GOHAI “médio” ou “alto”) para a maioria dos idosos, sendo que condições melhores são relatadas por idosos não institucionalizados (SOUZA et. al, 2008, PIUVEZAM; LIMA, 2011).

A condição de saúde bucal piora com o envelhecimento, o que gera desconforto mastigatório, dor, e prejudica a convivência social, e esse quadro se torna ainda mais debilitado quando o indivíduo é fumante, ingere bebida alcoólica e quando tem menos de 20 dentes naturais (YIENGPRUGSAWAN et al., 2011). Torna-se essencial a promoção da conscientização do idoso em relação ao impacto que a saúde bucal causa na qualidade de vida (CALDAS JR et al., 2005), pois há uma diminuição da capacidade motora associada à baixa autoestima as quais resultam num completo descaso com a higiene bucal e, aumentando assim, a probabilidade de se desenvolver doenças bucais. Os cuidados com a saúde parecem estar relacionados com o nível educacional,

mas às vezes, mesmo que o indivíduo tenha boa formação, alguns fatores psicológicos podem influenciar a autopercepção de saúde bucal, podendo inclusive, não ocorrer coincidências entre condição de saúde bucal real e o auto relato (HASSEL et al., 2007; HENRIQUES et al., 2007).

Os idosos institucionalizados, principalmente o que são parcial ou totalmente dependentes, precisam de alguém que faça ou auxilie sua higiene bucal, no entanto, muitos profissionais que trabalham em instituições de longa permanência não são capacitados ou não gostam do trabalho, o que compromete a promoção de saúde (SALIBA et al., 2007, OLIVEIRA et al., 2006), destacando assim, a importância do tratamento odontológico específico, adequado e regular ao idoso, em virtude das alterações fisiológicas, patologias e deficiências física e mental (COSTA; SAINTRAIN; VIEIRA, 2010). Ressalta-se que o Estatuto do Idoso no Brasil reconhece como crime punível o ato de “recusar, retardar ou dificultar atendimento ou deixar de prestar assistência à saúde, sem justa causa, a pessoa idosa”, prevendo reclusão de 6 meses a 1 ano e multa (BRASIL, 2003).

Com relação ao WHOQOL-Bref, a pontuação, de acordo com os domínios, foi semelhante à de outros estudos que também encontraram o domínio físico como sendo o mais expressivo (CHANG et al., 2010; LAI et al., 2005). Nível educacional, doenças crônicas e capacidade funcional são fatores que interferem na autopercepção de qualidade de vida, especialmente em idosos institucionalizados (LAI et al., 2005). A piora no desempenho físico com o envelhecimento é mais significativa entre 60 e 70 anos e se estabiliza após os 70 (ZUCCARO et al., 2012), contudo, a prática de exercícios físicos na terceira idade, melhora o estado de saúde, contribui com a capacidade físico-motora, melhora o convívio social e causa uma sensação de bem-estar, além de reduzir o risco de mortalidade entre idosos e conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida (MOTA et al., 2006; SANTANA; MAIA, 2009; TAKATA et al., 2012). Isto justifica a diferença encontrada nesta pesquisa entre os idosos institucionalizados e os não institucionalizados no que tange à capacidade de locomoção, principalmente ao considerar que os idosos não institucionalizados pesquisados neste estudo praticavam vôlei adaptado, três vezes por semana e dançavam no mínimo uma vez por semana, enquanto que os institucionalizados não praticavam nenhum tipo de atividade física.

Um estudo conduzido no Reino Unido (CHILVERS; CORR; SINGLEHURST, 2010) verificou que os idosos gastam mais o tempo diário dormindo ou descansando, realizando atividades domésticas ou ainda, assistindo televisão, hábitos esses que não são saudáveis e por isso, destaca-se a função do terapeuta ocupacional no auxílio ao tempo diário gasto, principalmente com atividades físicas.

O convívio social é um forte fator de interferência da qualidade de vida e na saúde, sendo notável nitidamente quando se compara idosos que mantêm um determinado convívio social frequente e idosos que não se socializam (CARNEIRO et al., 2007; FRICK, IRVING; REHM, 2012), como foi verificado neste estudo. A aparência tem peso significativo neste contexto uma vez que condições de saúde bucal insatisfatórias geram incômodo, vergonha e isolamento nos idosos, que optam por viver isolados dentro de casa, ou mesmo, restringem-se somente a alguns cômodos da casa evitando o convívio com outras pessoas (MAKHIJA et al., 2011).

O meio ambiente é outro domínio que deve ser cuidadosamente explorado porque tem resultados diretos na qualidade de vida do idoso, uma vez que ambientes saudáveis onde o indivíduo possa se expressar à sua maneira e onde ele seja respeitado, contribuem para a longevidade humana (PATRÍCIO et al., 2008; VECCHIA et al., 2005; MURAYAMA et al., 2012).

Quando o meio ambiente e o convívio social são deficientes na terceira idade, há uma forte tendência ao aparecimento de sintomas depressivos, os quais prejudicam a saúde, o bem-estar, felicidade e a satisfação em viver no ancião (ENKVIST; EKSTÖM; ELMSTAHL, 2012; CLININGER; ZOHAR, 2011; TRENTINI et al., 2006). Este quadro se agrava após a instalação de desordens psicológicas e psiquiátricas, pois qualquer discórdia causa forte estresse e impacto somático (MASTHOFF et al., 2007). Isto pode explicar a diferença encontrada entre os dois grupos estudados no que diz respeito à satisfação com as relações sociais, o sentido e o desfrutar da vida.

Programas que incluem profissionais da saúde de diferentes áreas podem colaborar com a melhoria na qualidade de vida de idosos, pois melhora o convívio social, faz com que o idoso desfrute de diferentes ambientes, alimenta a esperança e melhora significativamente a saúde do idoso (TAMAI et al., 2011; IRIGARAY; SCHNEIDER, 2008).

Novos estudos com amostras maiores podem ser mais significativos, embora dificuldades de pesquisas com idosos institucionalizados consistam na deficiente capacidade cognitiva, psicológica e mental.

6 Conclusão

- ✓ A autopercepção de saúde bucal não apresentou diferença entre grupos de idosos institucionalizados e não institucionalizados.
- ✓ Houve baixo impacto na qualidade de vida.
- ✓ A autopercepção de qualidade de vida entre os dois grupos foi encontrada no domínio físico, sendo que idosos que praticavam atividades físicas apresentaram melhor qualidade de vida.

7 Referências bibliográficas

1. Atchison, K. A., Dolan, T. A. (1990). Development of the geriatric oral health assessment index. *Journal of Dental Education*, 54, 680-687.
2. AYRES M, AYRES JR M, AYRES DL, SANTOS AAS. *BioEstat : aplicações estatísticas nas áreas das ciências bio-médicas*. 2007.Belém: MCT/CNPq; 2007.
3. BALTES, P. B; SMITH J, 2006. Novas Fronteiras para o Futuro do Envelhecimento: da Velhice bem Sucedida do idoso Jovem aos Dilemas da Quarta Idade. *A Terceira Idade*, São Paulo, v.17, n.36, p.7-31.
4. BONAN PRF, BORGES SP, HAIKAL DS, SILVEIRA MF, MARTELLI-JUNIOR H. Condições de saúde bucal e de reabilitação insatisfatória dissociadas da percepção de qualidade de vida em idosos institucionalizados e não-institucionalizados. *Rev Odonto Ciênc* 2008; 23(2):115-19.
5. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no. 196 de 10 de outubro de 1996. 1996.
6. Brasil. Ministério da Saúde. *Estatuto do Idoso*. 2ª ed. Revista. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.528 de 19 de outubro de 2006. 2006.
8. BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. 2003.
9. CALDAS JR A. F.; CALDAS K. U.; OLIVEIRA M. R. M.; AMORIM A. A., BARROS P. M. F., 2005. O impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos. *Revista Ciências Médicas*, 14(3):229-238.
10. Chang, H. T., Liu, L. F., Chen, C. K., Hwang, S. J., Chen, L. K., Lu, F. H. (2010). Correlates of institutionalized senior veterans' quality of life in Taiwan. *Health and quality of life outcomes* 8, 70.
11. Cloninger, C. R., Zohar, A. H. (2011). Personality and the perception of health and happiness. *Journal of Affective Disorders*, 128, 24-32.
12. COSTA EHM, SAINTRAIN MVL, VIERIA APGF. Autopercepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(6): 2925-30.
13. Enkvist Å, Ekström H, Elmståhl S. What factors affect life satisfaction (LS) among the oldest-old? *Arch Gerontol Geriatr* 2012; 54: 140-145.
14. EPI INFO™, a database and statistics program for public health professionals. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2007.
15. FERNANDES AA. Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva Européia. *Análise Social* 2007; XLII (183): 419-43.

16. FLECK MPA, LOUZADA S, XAVIER M, CHACHAMOVICH E, VIEIRA G, SANTOS L, PIZON V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública* 2000; 34(2): 178-83.
17. HASSEL AJ, ROLKO C, JOAQUIM L, SCHMITTER M, REXROTH W, LECKEL M. Oral health-related quality of life and somatization in the elderly. *Quality of Life Research* 2007; 16: 253-61.
18. HENRIQUES C, TELAROLLI JUNIOR R, LOFREDO LCM, MONTANDON AAB, CAMPOS JADB. Autopercepção das condições de saúde bucal de idosos do município de Araraquara-SP. *Cienc Odontol Bras* 2007; 10(63): 67-73.
19. IIAMRIN EKF, GUSTAFSSON G, JARAEZ K. Quality of life among the elderly with locomotor disabilities in Sweden and Poland in the 1990s. *Qual Life Res* 2012; 21: 281-89.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2010. Censo 2010 – Cidades@. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em 01/03/2012.
21. JOHANSSON AK, JOHANSSON A, UNELL L, EKBÄCK G, ORDELL S, CARLSSON GE. Self-reported dry mouth in Swedish population samples aged 50, 65 and 75 years. *Gerodontology* 2011; 28.
22. Lai, K. L., Tzeng, R. J., Wang, B. L., Lee, H. S., Amidon, R. L., Kao, S. (2005). Health-related quality of life and health utility for the institutional elderly in Taiwan. *Quality of life research*, 14(4), 1169-1180.
23. LOCKER D, MATEAR D, STEPHENS M, LAWRENCE H, PAYNE B. Comparison of the GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39: 373-81.
24. MacEntee MI, PROSTH D. Quality of life as an indicator of oral health in older people. *JADA* 2007; 138.
25. Masthoff ED, Trompenaars FJ, Heck GLV, Michielsen HJ, Hodiament PP, Vries J. Predictors of quality of life: a model based study. *Qual Life Res* 2007; 16(2): 309-320.
26. MELLO, A.L.F.; PADILHA, D.M.P. Instituições geriátricas e negligência odontológica. *Rev. Fac. Odontol.*, v.41, n.1, p.44-8, 2000.
27. MELO, M.C.; SOUZA, A.L.; LEANDRO, E.L.; MAURICIO, H.A.; SILVA, I.D.; OLIVEIRA, J.M.O. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1):1579-1586, 2009.
28. MINCATO PC, FREITAS CR. Qualidade de vida dos idosos residentes em instituições asilares da cidade de Caxias do Sul – RS. *RBCEH* 2007; 4(1): 127-38.
29. MORIGUCHI, Y. Aspectos geriátricos no atendimento odontológico. *Rev. Odont. Mod.*, v.19, n.4, p.11-3, 1998.

30. OLIVEIRA, C. R. M; SOUZA, C. S; FREITAS, T. M; RIBEIRO, C, 2006. Idosos e família: Asilo ou casa. Portal dos Psicólogos [serial online]. Available from : URL: <http://www.adfa-portugal.com/livros/A0281.pdf>
31. PIUVEZAM G, LIMA KC. Self-perceived oral health status in institutionalized elderly in Brazil. Archives of Gerontology and Geriatrics 2011.
32. QUANDT AS, SAVOCA MR, LENG X, CHEN H, BELL RA, GILBERT GH, ANDERSON AM, KOHRMAN T, ARCURY TA. Dry mouth and dietary quality in older adults in North Caroline. J Am Geriatr Soc 2011; 59: 439-45.
33. ROSA, A. G. F.; FERNANDEZ, R. A. C.; PINTO, V. G. & RAMOS, L. R., 1992. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). Revista de Saúde Pública, 26:155-160.
34. Rovida, Tania Adas Saliba ; Peruchini, F.L.D. ; MOIMAZ, S. A. S. ; MOIMAZ, S. A. S. ; GARBIN, Cléa Adas Saliba . O conceito de saúde geral e bucal na visão dos cuidadores de idosos. Odontologia Clínica-Científica (Online), v. 12, p. 43-46, 2013.
35. SALIBA NA, MOIMAZ SAS, MARQUES JAM, PRADO RL. Perfil de cuidadores de idosos e percepção sobre saúde bucal. Interface 2007; 11(21): 39-50.
36. SILVA SO, TRENTIN MS, LINDEN MSS, CARLI JP, SILVEIRA NETO N, LUFT LR. Saúde bucal do idoso institucionalizado em dois asilos de Passo Fundo – RS. RGO – Revista Gaúcha de Odontologia 2008; 56(3).
37. SOUZA E. H. A; BARBOSA M.B.C.B; OLIVEIRA P. A. P; ESPÍNDOLA J; GONÇALVES K.J, 2008. Impacto da saúde bucal no cotidiano de idosos institucionalizados e não institucionalizados da cidade do Recife (PE, Brasil). Ciência & Saúde Coletiva, 15(6):2955-2964.
38. THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Soc Sci Med, 1998;46 (12): 1569-85.
39. Yiengprugsawan, V., Somkotra, T., Seubsman, S., Sleigh, A. C. (2011). The Thai Cohort Study Team. Oral Health-related quality of life among a large national cohort of 87,134 Thai adults. Quality of life outcomes, 13(9), 42.
40. Zimmermann, H. P., Grebe, H. (2014). “Senior coolness”: Living well as an attitude in later life. Journal of Aging Studies.
41. Zuccaro, S. M., Steindler, R., Scena, S., Costarella, M. (2012). Changes of psychical and physical conditions in the elderly after a four-year follow-up. Archives of Gerontology and Geriatrics, 54(1), 72-77.

ANEXO

Estatuto do Idoso

LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003

TÍTULO

I

Disposições Preliminares

Art. 1º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Art. 2º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

I – atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;

II – preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas;

III – destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso;

IV – viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações;

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;

VI – capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos;

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

VIII – garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais.

IX – prioridade no recebimento da restituição do Imposto de Renda. (Incluído pela Lei nº 11.765, de 2008).

Art. 4º Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

§ 1º É dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso.

§ 2º As obrigações previstas nesta Lei não excluem da prevenção outras decorrentes dos princípios por ela adotados.

Art. 5º A inobservância das normas de prevenção importará em responsabilidade à pessoa física ou jurídica nos termos da lei.

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.

Art. 7º Os Conselhos Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais do Idoso, previstos na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, zelarão pelo cumprimento dos direitos do idoso, definidos nesta Lei.

TÍTULO II
Dos Direitos Fundamentais

CAPÍTULO I
Do Direito à Vida

Art. 8º O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da legislação vigente.

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.

CAPÍTULO II

Do Direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade

Art. 10. É obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis.

§ 1º O direito à liberdade compreende, entre outros, os seguintes aspectos:

I – faculdade de ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais;

II – opinião e expressão;

III – crença e culto religioso;

IV – prática de esportes e de diversões;

V – participação na vida familiar e comunitária;

VI – participação na vida política, na forma da lei;

VII – faculdade de buscar refúgio, auxílio e orientação.

§ 2º O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, idéias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais.

§ 3º É dever de todos zelar pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.

CAPÍTULO Dos Alimentos

III

Art. 11. Os alimentos serão prestados ao idoso na forma da lei civil.

Art. 12. A obrigação alimentar é solidária, podendo o idoso optar entre os prestadores.

~~Art. 13. As transações relativas a alimentos poderão ser celebradas perante o Promotor de Justiça, que as referendará, e passarão a ter efeito de título executivo extrajudicial nos termos da lei processual civil.~~

Art. 13. As transações relativas a alimentos poderão ser celebradas perante o Promotor de Justiça ou Defensor Público, que as referendará, e passarão a ter efeito de título executivo extrajudicial nos termos da lei processual civil. (Redação dada pela Lei nº 11.737, de 2008)

Art. 14. Se o idoso ou seus familiares não possuírem condições econômicas de prover o seu sustento, impõe-se ao Poder Público esse provimento, no âmbito da assistência social.

CAPÍTULO

IV

Do Direito à Saúde

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.

§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

I – cadastramento da população idosa em base territorial;

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 seqüelas decorrentes do agravo da saúde.

§ 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.

§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

§ 4º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei.

§ 5º É vedado exigir o comparecimento do idoso enfermo perante os órgãos públicos, hipótese na qual será admitido o seguinte procedimento: (Incluído pela Lei nº 12.896, de 2013)

I - quando de interesse do poder público, o agente promoverá o contato necessário com o idoso em sua residência; ou (Incluído pela Lei nº 12.896, de 2013)

II - quando de interesse do próprio idoso, este se fará representar por procurador legalmente constituído. (Incluído pela Lei nº 12.896, de 2013)

§ 6º É assegurado ao idoso enfermo o atendimento domiciliar pela perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, pelo serviço público de saúde ou pelo serviço privado de saúde, contratado ou conveniado, que integre o Sistema Único de Saúde - SUS, para expedição do laudo de saúde necessário ao exercício de seus direitos sociais e de isenção tributária. (Incluído pela Lei nº 12.896, de 2013)

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.

Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:

I – pelo curador, quando o idoso for interditado;

II – pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;

III – pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;

IV – pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.

Art. 18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.

~~Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idoso serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde a quaisquer dos seguintes órgãos:~~

Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: (Redação dada pela Lei nº 12.461, de 2011)

I – autoridade policial;

II – Ministério Público;

III – Conselho Municipal do Idoso;

IV – Conselho Estadual do Idoso;

V – Conselho Nacional do Idoso.

§ 1º Para os efeitos desta Lei, considera-se violência contra o idoso qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico. (Incluído pela Lei nº 12.461, de 2011)

§ 2º Aplica-se, no que couber, à notificação compulsória prevista no **caput** deste artigo, o disposto na Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. (Incluído pela Lei nº 12.461, de 2011)

CAPÍTULO

V

Da Educação, Cultura, Esporte e Lazer

Art. 20. O idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade.

Art. 21. O Poder Público criará oportunidades de acesso do idoso à educação, adequando currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais a ele destinados.

§ 1º Os cursos especiais para idosos incluirão conteúdo relativo às técnicas de comunicação, computação e demais avanços tecnológicos, para sua integração à vida moderna.

§ 2º Os idosos participarão das comemorações de caráter cívico ou cultural, para transmissão de conhecimentos e vivências às demais gerações, no sentido da preservação da memória e da identidade culturais.

Art. 22. Nos currículos mínimos dos diversos níveis de ensino formal serão inseridos conteúdos voltados ao processo de envelhecimento, ao respeito e à valorização do idoso, de forma a eliminar o preconceito e a produzir conhecimentos sobre a matéria.

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. 24. Os meios de comunicação manterão espaços ou horários especiais voltados aos idosos, com finalidade informativa, educativa, artística e cultural, e ao público sobre o processo de envelhecimento.

Art. 25. O Poder Público apoiará a criação de universidade aberta para as pessoas idosas e incentivará a publicação de livros e periódicos, de conteúdo e padrão editorial adequados ao idoso, que facilitem a leitura, considerada a natural redução da capacidade visual.

CAPÍTULO

VI

Da Profissionalização e do Trabalho

Art. 26. O idoso tem direito ao exercício de atividade profissional, respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas.

art27Art. 27. Na admissão do idoso em qualquer trabalho ou emprego, é vedada a discriminação e a fixação de limite máximo de idade, inclusive para concursos, ressalvados os casos em que a natureza do cargo o exigir.

Parágrafo único. O primeiro critério de desempate em concurso público será a idade, dando-se preferência ao de idade mais elevada.

Art. 28. O Poder Público criará e estimulará programas de:

I – profissionalização especializada para os idosos, aproveitando seus potenciais e habilidades para atividades regulares e remuneradas;

II – preparação dos trabalhadores para a aposentadoria, com antecedência mínima de 1 (um) ano, por meio de estímulo a novos projetos sociais, conforme seus interesses, e de esclarecimento sobre os direitos sociais e de cidadania;

III – estímulo às empresas privadas para admissão de idosos ao trabalho.

CAPÍTULO

VII

Da Previdência Social

Art. 29. Os benefícios de aposentadoria e pensão do Regime Geral da Previdência Social observarão, na sua concessão, critérios de cálculo que preservem o valor real dos salários sobre os quais incidiram contribuição, nos termos da legislação vigente.

Parágrafo único. Os valores dos benefícios em manutenção serão reajustados na mesma data de reajuste do salário-mínimo, **pro rata**, de acordo com suas respectivas datas de início ou do seu último reajustamento, com base em percentual definido em regulamento, observados os critérios estabelecidos pela Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.

Art. 30. A perda da condição de segurado não será considerada para a concessão da aposentadoria por idade, desde que a pessoa conte com, no mínimo, o tempo de contribuição correspondente ao exigido para efeito de carência na data de requerimento do benefício.

Parágrafo único. O cálculo do valor do benefício previsto no **caput** observará o disposto no **caput** e § 2º do art. 3º da Lei nº 9.876, de 26 de novembro de 1999, ou, não havendo salários-de-contribuição recolhidos a partir da competência de julho de 1994, o disposto no art. 35 da Lei nº 8.213, de 1991.

Art. 31. O pagamento de parcelas relativas a benefícios, efetuado com atraso por responsabilidade da Previdência Social, será atualizado pelo mesmo índice utilizado para os reajustamentos dos benefícios do Regime Geral de Previdência Social, verificado no período compreendido entre o mês que deveria ter sido pago e o mês do efetivo pagamento.

Art. 32. O Dia Mundial do Trabalho, 1º de Maio, é a data-base dos aposentados e pensionistas.

CAPÍTULO

VIII

Da Assistência Social

Art. 33. A assistência social aos idosos será prestada, de forma articulada, conforme os princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, na Política Nacional do Idoso, no Sistema Único de Saúde e demais normas pertinentes.

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. (Vide Decreto nº 6.214, de 2007)

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.

Art. 35. Todas as entidades de longa permanência, ou casa-lar, são obrigadas a firmar contrato de prestação de serviços com a pessoa idosa abrigada.

§ 1º No caso de entidades filantrópicas, ou casa-lar, é facultada a cobrança de participação do idoso no custeio da entidade.

§ 2º O Conselho Municipal do Idoso ou o Conselho Municipal da Assistência Social estabelecerá a forma de participação prevista no § 1º, que não poderá exceder a 70% (setenta por cento) de qualquer benefício previdenciário ou de assistência social percebido pelo idoso.

§ 3º Se a pessoa idosa for incapaz, caberá a seu representante legal firmar o contrato a que se refere o **caput** deste artigo.

Art. 36. O acolhimento de idosos em situação de risco social, por adulto ou núcleo familiar, caracteriza a dependência econômica, para os efeitos legais. (Vigência)

CAPÍTULO Da Habitação

IX

Art. 37. O idoso tem direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada.

§ 1º A assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família.

§ 2º Toda instituição dedicada ao atendimento ao idoso fica obrigada a manter identificação externa visível, sob pena de interdição, além de atender toda a legislação pertinente.

§ 3º As instituições que abrigarem idosos são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades deles, bem como provê-los com alimentação regular e higiene indispensáveis às normas sanitárias e com estas condizentes, sob as penas da lei.

Art. 38. Nos programas habitacionais, públicos ou subsidiados com recursos públicos, o idoso goza de prioridade na aquisição de imóvel para moradia própria, observado o seguinte:

~~I – reserva de 3% (três por cento) das unidades residenciais para atendimento aos idosos;~~

I - reserva de pelo menos 3% (três por cento) das unidades habitacionais residenciais para atendimento aos idosos; (Redação dada pela Lei nº 12.418, de 2011)

II – implantação de equipamentos urbanos comunitários voltados ao idoso;

III – eliminação de barreiras arquitetônicas e urbanísticas, para garantia de acessibilidade ao idoso;

IV – critérios de financiamento compatíveis com os rendimentos de aposentadoria e pensão.

Parágrafo único. As unidades residenciais reservadas para atendimento a idosos devem situar-se, preferencialmente, no pavimento térreo. (Incluído pela Lei nº 12.419, de 2011)

CAPÍTULO Do Transporte

X

Art. 39. Aos maiores de 65 (sessenta e cinco) anos fica assegurada a gratuidade dos transportes coletivos públicos urbanos e semi-urbanos, exceto nos serviços seletivos e especiais, quando prestados paralelamente aos serviços regulares.

§ 1º Para ter acesso à gratuidade, basta que o idoso apresente qualquer documento pessoal que faça prova de sua idade.

§ 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.

§ 3º No caso das pessoas compreendidas na faixa etária entre 60 (sessenta) e 65 (sessenta e cinco) anos, ficará a critério da legislação local dispor sobre as condições para exercício da gratuidade nos meios de transporte previstos no **caput** deste artigo.

Art. 40. No sistema de transporte coletivo interestadual observar-se-á, nos termos da legislação específica: (Regulamento) (Vide Decreto nº 5.934, de 2006)

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.

Parágrafo único. Caberá aos órgãos competentes definir os mecanismos e os critérios para o exercício dos direitos previstos nos incisos I e II.

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.~~

Art. 42. São asseguradas a prioridade e a segurança do idoso nos procedimentos de embarque e desembarque nos veículos do sistema de transporte coletivo. (Redação dada pela Lei nº 12.899, de 2013)

TÍTULO III
Das Medidas de Proteção

CAPÍTULO I
Das Disposições Gerais

Art. 43. As medidas de proteção ao idoso são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados:

I – por ação ou omissão da sociedade ou do Estado;

II – por falta, omissão ou abuso da família, curador ou entidade de atendimento;

III – em razão de sua condição pessoal.

CAPÍTULO

II

Das Medidas Específicas de Proteção

Art. 44. As medidas de proteção ao idoso previstas nesta Lei poderão ser aplicadas, isolada ou cumulativamente, e levarão em conta os fins sociais a que se destinam e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

Art. 45. Verificada qualquer das hipóteses previstas no art. 43, o Ministério Público ou o Poder Judiciário, a requerimento daquele, poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas:

I – encaminhamento à família ou curador, mediante termo de responsabilidade;

II – orientação, apoio e acompanhamento temporários;

III – requisição para tratamento de sua saúde, em regime ambulatorial, hospitalar ou domiciliar;

IV – inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a usuários dependentes de drogas lícitas ou ilícitas, ao próprio idoso ou à pessoa de sua convivência que lhe cause perturbação;

V – abrigo em entidade;

VI – abrigo temporário.

TÍTULO

IV

Da Política de Atendimento ao Idoso

CAPÍTULO

I

Disposições Gerais

Art. 46. A política de atendimento ao idoso far-se-á por meio do conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Art. 47. São linhas de ação da política de atendimento:

I – políticas sociais básicas, previstas na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994;

II – políticas e programas de assistência social, em caráter supletivo, para aqueles que necessitarem;

III – serviços especiais de prevenção e atendimento às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão;

IV – serviço de identificação e localização de parentes ou responsáveis por idosos abandonados em hospitais e instituições de longa permanência;

V – proteção jurídico-social por entidades de defesa dos direitos dos idosos;

VI – mobilização da opinião pública no sentido da participação dos diversos segmentos da sociedade no atendimento do idoso.

CAPÍTULO

II

Das Entidades de Atendimento ao Idoso

Art. 48. As entidades de atendimento são responsáveis pela manutenção das próprias unidades, observadas as normas de planejamento e execução emanadas do órgão competente da Política Nacional do Idoso, conforme a Lei nº 8.842, de 1994.

Parágrafo único. As entidades governamentais e não-governamentais de assistência ao idoso ficam sujeitas à inscrição de seus programas, junto ao órgão competente da Vigilância Sanitária e Conselho Municipal da Pessoa Idosa, e em sua falta, junto ao Conselho Estadual ou Nacional da Pessoa Idosa, especificando os regimes de atendimento, observados os seguintes requisitos:

I – oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança;

II – apresentar objetivos estatutários e plano de trabalho compatíveis com os princípios desta Lei;

III – estar regularmente constituída;

IV – demonstrar a idoneidade de seus dirigentes.

Art. 49. As entidades que desenvolvam programas de institucionalização de longa permanência adotarão os seguintes princípios:

I – preservação dos vínculos familiares;

II – atendimento personalizado e em pequenos grupos;

III – manutenção do idoso na mesma instituição, salvo em caso de força maior;

IV – participação do idoso nas atividades comunitárias, de caráter interno e externo;

V – observância dos direitos e garantias dos idosos;

VI – preservação da identidade do idoso e oferecimento de ambiente de respeito e dignidade.

Parágrafo único. O dirigente de instituição prestadora de atendimento ao idoso responderá civil e criminalmente pelos atos que praticar em detrimento do idoso, sem prejuízo das sanções administrativas.

Art. 50. Constituem obrigações das entidades de atendimento:

I – celebrar contrato escrito de prestação de serviço com o idoso, especificando o tipo de atendimento, as obrigações da entidade e prestações decorrentes do contrato, com os respectivos preços, se for o caso;

II – observar os direitos e as garantias de que são titulares os idosos;

III – fornecer vestuário adequado, se for pública, e alimentação suficiente;

IV – oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade;

V – oferecer atendimento personalizado;

VI – diligenciar no sentido da preservação dos vínculos familiares;

VII – oferecer acomodações apropriadas para recebimento de visitas;

VIII – proporcionar cuidados à saúde, conforme a necessidade do idoso;

IX – promover atividades educacionais, esportivas, culturais e de lazer;

X – propiciar assistência religiosa àqueles que desejarem, de acordo com suas crenças;

XI – proceder a estudo social e pessoal de cada caso;

XII – comunicar à autoridade competente de saúde toda ocorrência de idoso portador de doenças infecto-contagiosas;

XIII – providenciar ou solicitar que o Ministério Público requisiute os documentos necessários ao exercício da cidadania àqueles que não os tiverem, na forma da lei;

XIV – fornecer comprovante de depósito dos bens móveis que receberem dos idosos;

XV – manter arquivo de anotações onde constem data e circunstâncias do atendimento, nome do idoso, responsável, parentes, endereços, cidade, relação de seus pertences, bem como o valor de contribuições, e suas alterações, se houver, e demais dados que possibilitem sua identificação e a individualização do atendimento;

XVI – comunicar ao Ministério Público, para as providências cabíveis, a situação de abandono moral ou material por parte dos familiares;

XVII – manter no quadro de pessoal profissionais com formação específica.

Art. 51. As instituições filantrópicas ou sem fins lucrativos prestadoras de serviço ao idoso terão direito à assistência judiciária gratuita.

CAPÍTULO

III

Da Fiscalização das Entidades de Atendimento

Art. 52. As entidades governamentais e não-governamentais de atendimento ao idoso serão fiscalizadas pelos Conselhos do Idoso, Ministério Público, Vigilância Sanitária e outros previstos em lei.

Art. 53. O art. 7º da Lei nº 8.842, de 1994, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 7º Compete aos Conselhos de que trata o art. 6º desta Lei a supervisão, o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação da política nacional do idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas." (NR)

Art. 54. Será dada publicidade das prestações de contas dos recursos públicos e privados recebidos pelas entidades de atendimento.

Art. 55. As entidades de atendimento que descumprirem as determinações desta Lei ficarão sujeitas, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal de seus dirigentes ou prepostos, às seguintes penalidades, observado o devido processo legal:

I – as entidades governamentais:

a) advertência;

b) afastamento provisório de seus dirigentes;

- c) afastamento definitivo de seus dirigentes;
- d) fechamento de unidade ou interdição de programa;

II – as entidades não-governamentais:

- a) advertência;
- b) multa;
- c) suspensão parcial ou total do repasse de verbas públicas;
- d) interdição de unidade ou suspensão de programa;
- e) proibição de atendimento a idosos a bem do interesse público.

§ 1º Havendo danos aos idosos abrigados ou qualquer tipo de fraude em relação ao programa, caberá o afastamento provisório dos dirigentes ou a interdição da unidade e a suspensão do programa.

§ 2º A suspensão parcial ou total do repasse de verbas públicas ocorrerá quando verificada a má aplicação ou desvio de finalidade dos recursos.

§ 3º Na ocorrência de infração por entidade de atendimento, que coloque em risco os direitos assegurados nesta Lei, será o fato comunicado ao Ministério Público, para as providências cabíveis, inclusive para promover a suspensão das atividades ou dissolução da entidade, com a proibição de atendimento a idosos a bem do interesse público, sem prejuízo das providências a serem tomadas pela Vigilância Sanitária.

§ 4º Na aplicação das penalidades, serão consideradas a natureza e a gravidade da infração cometida, os danos que dela provierem para o idoso, as circunstâncias agravantes ou atenuantes e os antecedentes da entidade.

CAPÍTULO Das Infrações Administrativas

IV

Art. 56. Deixar a entidade de atendimento de cumprir as determinações do art. 50 desta Lei:

Pena – multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 3.000,00 (três mil reais), se o fato não for caracterizado como crime, podendo haver a interdição do estabelecimento até que sejam cumpridas as exigências legais.

Parágrafo único. No caso de interdição do estabelecimento de longa permanência, os idosos abrigados serão transferidos para outra instituição, a expensas do estabelecimento interditado, enquanto durar a interdição.

Art. 57. Deixar o profissional de saúde ou o responsável por estabelecimento de saúde ou instituição de longa permanência de comunicar à autoridade competente os casos de crimes contra idoso de que tiver conhecimento:

Pena – multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 3.000,00 (três mil reais), aplicada em dobro no caso de reincidência.

Art. 58. Deixar de cumprir as determinações desta Lei sobre a prioridade no atendimento ao idoso:

Pena – multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 1.000,00 (um mil reais) e multa civil a ser estipulada pelo juiz, conforme o dano sofrido pelo idoso.

CAPÍTULO					V
Da	Apuração	Administrativa	de	Infração	às
Normas de Proteção ao Idoso					

Art. 59. Os valores monetários expressos no Capítulo IV serão atualizados anualmente, na forma da lei.

Art. 60. O procedimento para a imposição de penalidade administrativa por infração às normas de proteção ao idoso terá início com requisição do Ministério Público ou auto de infração elaborado por servidor efetivo e assinado, se possível, por duas testemunhas.

§ 1º No procedimento iniciado com o auto de infração poderão ser usadas fórmulas impressas, especificando-se a natureza e as circunstâncias da infração.

§ 2º Sempre que possível, à verificação da infração seguir-se-á a lavratura do auto, ou este será lavrado dentro de 24 (vinte e quatro) horas, por motivo justificado.

Art. 61. O autuado terá prazo de 10 (dez) dias para a apresentação da defesa, contado da data da intimação, que será feita:

I – pelo autuante, no instrumento de autuação, quando for lavrado na presença do infrator;

II – por via postal, com aviso de recebimento.

Art. 62. Havendo risco para a vida ou à saúde do idoso, a autoridade competente aplicará à entidade de atendimento as sanções regulamentares, sem prejuízo da iniciativa e das providências que vierem a ser adotadas pelo Ministério Público ou pelas demais instituições legitimadas para a fiscalização.

Art. 63. Nos casos em que não houver risco para a vida ou a saúde da pessoa idosa abrigada, a autoridade competente aplicará à entidade de atendimento as sanções regulamentares, sem prejuízo da iniciativa e das providências que vierem a ser adotadas pelo Ministério Público ou pelas demais instituições legitimadas para a fiscalização.

CAPÍTULO

VI

Da Apuração Judicial de Irregularidades em Entidade de Atendimento

Art. 64. Aplicam-se, subsidiariamente, ao procedimento administrativo de que trata este Capítulo as disposições das Leis nºs 6.437, de 20 de agosto de 1977, e 9.784, de 29 de janeiro de 1999.

Art. 65. O procedimento de apuração de irregularidade em entidade governamental e não-governamental de atendimento ao idoso terá início mediante petição fundamentada de pessoa interessada ou iniciativa do Ministério Público.

Art. 66. Havendo motivo grave, poderá a autoridade judiciária, ouvido o Ministério Público, decretar liminarmente o afastamento provisório do dirigente da entidade ou outras medidas que julgar adequadas, para evitar lesão aos direitos do idoso, mediante decisão fundamentada.

Art. 67. O dirigente da entidade será citado para, no prazo de 10 (dez) dias, oferecer resposta escrita, podendo juntar documentos e indicar as provas a produzir.

Art. 68. Apresentada a defesa, o juiz procederá na conformidade do art. 69 ou, se necessário, designará audiência de instrução e julgamento, deliberando sobre a necessidade de produção de outras provas.

§ 1º Salvo manifestação em audiência, as partes e o Ministério Público terão 5 (cinco) dias para oferecer alegações finais, decidindo a autoridade judiciária em igual prazo.

§ 2º Em se tratando de afastamento provisório ou definitivo de dirigente de entidade governamental, a autoridade judiciária oficiará a autoridade administrativa imediatamente superior ao afastado, fixando-lhe prazo de 24 (vinte e quatro) horas para proceder à substituição.

§ 3º Antes de aplicar qualquer das medidas, a autoridade judiciária poderá fixar prazo para a remoção das irregularidades verificadas. Satisfeitas as exigências, o processo será extinto, sem julgamento do mérito.

§ 4º A multa e a advertência serão impostas ao dirigente da entidade ou ao responsável pelo programa de atendimento.

TÍTULO V
Do Acesso à Justiça

CAPÍTULO I
Disposições Gerais

Art. 69. Aplica-se, subsidiariamente, às disposições deste Capítulo, o procedimento sumário previsto no Código de Processo Civil, naquilo que não contrarie os prazos previstos nesta Lei.

Art. 70. O Poder Público poderá criar varas especializadas e exclusivas do idoso.

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.

§ 1º O interessado na obtenção da prioridade a que alude este artigo, fazendo prova de sua idade, requererá o benefício à autoridade judiciária competente para decidir o feito, que determinará as providências a serem cumpridas, anotando-se essa circunstância em local visível nos autos do processo.

§ 2º A prioridade não cessará com a morte do beneficiado, estendendo-se em favor do cônjuge supérstite, companheiro ou companheira, com união estável, maior de 60 (sessenta) anos.

§ 3º A prioridade se estende aos processos e procedimentos na Administração Pública, empresas prestadoras de serviços públicos e instituições financeiras, ao atendimento preferencial junto à Defensoria Pública da União, dos Estados e do Distrito Federal em relação aos Serviços de Assistência Judiciária.

§ 4º Para o atendimento prioritário será garantido ao idoso o fácil acesso aos assentos e caixas, identificados com a destinação a idosos em local visível e caracteres legíveis.

CAPÍTULO
Do Ministério Público

II

Art. 72. (VETADO)

Art. 73. As funções do Ministério Público, previstas nesta Lei, serão exercidas nos termos da respectiva Lei Orgânica.

Art. 74. Compete ao Ministério Público:

I – instaurar o inquérito civil e a ação civil pública para a proteção dos direitos e interesses difusos ou coletivos, individuais indisponíveis e individuais homogêneos do idoso;

II – promover e acompanhar as ações de alimentos, de interdição total ou parcial, de designação de curador especial, em circunstâncias que justifiquem a medida e oficiar em todos os feitos em que se discutam os direitos de idosos em condições de risco;

III – atuar como substituto processual do idoso em situação de risco, conforme o disposto no art. 43 desta Lei;

IV – promover a revogação de instrumento procuratório do idoso, nas hipóteses previstas no art. 43 desta Lei, quando necessário ou o interesse público justificar;

V – instaurar procedimento administrativo e, para instruí-lo:

a) expedir notificações, colher depoimentos ou esclarecimentos e, em caso de não comparecimento injustificado da pessoa notificada, requisitar condução coercitiva, inclusive pela Polícia Civil ou Militar;

b) requisitar informações, exames, perícias e documentos de autoridades municipais, estaduais e federais, da administração direta e indireta, bem como promover inspeções e diligências investigatórias;

c) requisitar informações e documentos particulares de instituições privadas;

VI – instaurar sindicâncias, requisitar diligências investigatórias e a instauração de inquérito policial, para a apuração de ilícitos ou infrações às normas de proteção ao idoso;

VII – zelar pelo efetivo respeito aos direitos e garantias legais assegurados ao idoso, promovendo as medidas judiciais e extrajudiciais cabíveis;

VIII – inspecionar as entidades públicas e particulares de atendimento e os programas de que trata esta Lei, adotando de pronto as medidas administrativas ou judiciais necessárias à remoção de irregularidades porventura verificadas;

IX – requisitar força policial, bem como a colaboração dos serviços de saúde, educacionais e de assistência social, públicos, para o desempenho de suas atribuições;

X – referendar transações envolvendo interesses e direitos dos idosos previstos nesta Lei.

§ 1º A legitimação do Ministério Público para as ações cíveis previstas neste artigo não impede a de terceiros, nas mesmas hipóteses, segundo dispuser a lei.

§ 2º As atribuições constantes deste artigo não excluem outras, desde que compatíveis com a finalidade e atribuições do Ministério Público.

§ 3º O representante do Ministério Público, no exercício de suas funções, terá livre acesso a toda entidade de atendimento ao idoso.

Art. 75. Nos processos e procedimentos em que não for parte, atuará obrigatoriamente o Ministério Público na defesa dos direitos e interesses de que cuida esta Lei, hipóteses em que terá vista dos autos depois das partes, podendo juntar documentos, requerer diligências e produção de outras provas, usando os recursos cabíveis.

Art. 76. A intimação do Ministério Público, em qualquer caso, será feita pessoalmente.

Art. 77. A falta de intervenção do Ministério Público acarreta a nulidade do feito, que será declarada de ofício pelo juiz ou a requerimento de qualquer interessado.

CAPÍTULO

III

Da Proteção Judicial dos Interesses Difusos, Coletivos e Individuais Indisponíveis ou Homogêneos

Art. 78. As manifestações processuais do representante do Ministério Público deverão ser fundamentadas.

Art. 79. Regem-se pelas disposições desta Lei as ações de responsabilidade por ofensa aos direitos assegurados ao idoso, referentes à omissão ou ao oferecimento insatisfatório de:

I – acesso às ações e serviços de saúde;

II – atendimento especializado ao idoso portador de deficiência ou com limitação incapacitante;

III – atendimento especializado ao idoso portador de doença infecto-contagiosa;

IV – serviço de assistência social visando ao amparo do idoso.

Parágrafo único. As hipóteses previstas neste artigo não excluem da proteção judicial outros interesses difusos, coletivos, individuais indisponíveis ou homogêneos, próprios do idoso, protegidos em lei.

Art. 80. As ações previstas neste Capítulo serão propostas no foro do domicílio do idoso, cujo juízo terá competência absoluta para processar a causa, ressalvadas as competências da Justiça Federal e a competência originária dos Tribunais Superiores.

Art. 81. Para as ações cíveis fundadas em interesses difusos, coletivos, individuais indisponíveis ou homogêneos, consideram-se legitimados, concorrentemente:

I – o Ministério Público;

II – a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios;

III – a Ordem dos Advogados do Brasil;

IV – as associações legalmente constituídas há pelo menos 1 (um) ano e que incluam entre os fins institucionais a defesa dos interesses e direitos da pessoa idosa, dispensada a autorização da assembléia, se houver prévia autorização estatutária.

§ 1º Admitir-se-á litisconsórcio facultativo entre os Ministérios Públicos da União e dos Estados na defesa dos interesses e direitos de que cuida esta Lei.

§ 2º Em caso de desistência ou abandono da ação por associação legitimada, o Ministério Público ou outro legitimado deverá assumir a titularidade ativa.

Art. 82. Para defesa dos interesses e direitos protegidos por esta Lei, são admissíveis todas as espécies de ação pertinentes.

Parágrafo único. Contra atos ilegais ou abusivos de autoridade pública ou agente de pessoa jurídica no exercício de atribuições de Poder Público, que

lesem direito líquido e certo previsto nesta Lei, caberá ação mandamental, que se regerá pelas normas da lei do mandado de segurança.

Art. 83. Na ação que tenha por objeto o cumprimento de obrigação de fazer ou não-fazer, o juiz concederá a tutela específica da obrigação ou determinará providências que assegurem o resultado prático equivalente ao adimplemento.

§ 1º Sendo relevante o fundamento da demanda e havendo justificado receio de ineficácia do provimento final, é lícito ao juiz conceder a tutela liminarmente ou após justificação prévia, na forma do art. 273 do Código de Processo Civil.

§ 2º O juiz poderá, na hipótese do § 1º ou na sentença, impor multa diária ao réu, independentemente do pedido do autor, se for suficiente ou compatível com a obrigação, fixando prazo razoável para o cumprimento do preceito.

§ 3º A multa só será exigível do réu após o trânsito em julgado da sentença favorável ao autor, mas será devida desde o dia em que se houver configurado.

Art. 84. Os valores das multas previstas nesta Lei reverterão ao Fundo do Idoso, onde houver, ou na falta deste, ao Fundo Municipal de Assistência Social, ficando vinculados ao atendimento ao idoso.

Parágrafo único. As multas não recolhidas até 30 (trinta) dias após o trânsito em julgado da decisão serão exigidas por meio de execução promovida pelo Ministério Público, nos mesmos autos, facultada igual iniciativa aos demais legitimados em caso de inércia daquele.

Art. 85. O juiz poderá conferir efeito suspensivo aos recursos, para evitar dano irreparável à parte.

Art. 86. Transitada em julgado a sentença que impuser condenação ao Poder Público, o juiz determinará a remessa de peças à autoridade competente, para apuração da responsabilidade civil e administrativa do agente a que se atribua a ação ou omissão.

Art. 87. Decorridos 60 (sessenta) dias do trânsito em julgado da sentença condenatória favorável ao idoso sem que o autor lhe promova a execução, deverá fazê-lo o Ministério Público, facultada, igual iniciativa aos demais legitimados, como assistentes ou assumindo o pólo ativo, em caso de inércia desse órgão.

Art. 88. Nas ações de que trata este Capítulo, não haverá adiantamento de custas, emolumentos, honorários periciais e quaisquer outras despesas.

Parágrafo único. Não se imporá sucumbência ao Ministério Público.

Art. 89. Qualquer pessoa poderá, e o servidor deverá, provocar a iniciativa do Ministério Público, prestando-lhe informações sobre os fatos que constituam objeto de ação civil e indicando-lhe os elementos de convicção.

Art. 90. Os agentes públicos em geral, os juízes e tribunais, no exercício de suas funções, quando tiverem conhecimento de fatos que possam configurar crime de ação pública contra idoso ou ensejar a propositura de ação para sua defesa, devem encaminhar as peças pertinentes ao Ministério Público, para as providências cabíveis.

Art. 91. Para instruir a petição inicial, o interessado poderá requerer às autoridades competentes as certidões e informações que julgar necessárias, que serão fornecidas no prazo de 10 (dez) dias.

Art. 92. O Ministério Público poderá instaurar sob sua presidência, inquérito civil, ou requisitar, de qualquer pessoa, organismo público ou particular, certidões, informações, exames ou perícias, no prazo que assinalar, o qual não poderá ser inferior a 10 (dez) dias.

§ 1º Se o órgão do Ministério Público, esgotadas todas as diligências, se convencer da inexistência de fundamento para a propositura da ação civil ou de peças informativas, determinará o seu arquivamento, fazendo-o fundamentadamente.

§ 2º Os autos do inquérito civil ou as peças de informação arquivados serão remetidos, sob pena de se incorrer em falta grave, no prazo de 3 (três) dias, ao Conselho Superior do Ministério Público ou à Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público.

§ 3º Até que seja homologado ou rejeitado o arquivamento, pelo Conselho Superior do Ministério Público ou por Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público, as associações legitimadas poderão apresentar razões escritas ou documentos, que serão juntados ou anexados às peças de informação.

§ 4º Deixando o Conselho Superior ou a Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público de homologar a promoção de arquivamento, será designado outro membro do Ministério Público para o ajuizamento da ação.

TÍTULO
Dos Crimes

VI

CAPÍTULO
Disposições Gerais

I

Art. 93. Aplicam-se subsidiariamente, no que couber, as disposições da Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985.

Art. 94. Aos crimes previstos nesta Lei, cuja pena máxima privativa de liberdade não ultrapasse 4 (quatro) anos, aplica-se o procedimento previsto na Lei nº 9.099, de 26 de setembro de 1995, e, subsidiariamente, no que couber, as disposições do Código Penal e do Código de Processo Penal. (Vide ADI 3.096-5 - STF)

CAPÍTULO
Dos Crimes em Espécie

II

Art. 95. Os crimes definidos nesta Lei são de ação penal pública incondicionada, não se lhes aplicando os arts. 181 e 182 do Código Penal.

Art. 96. Discriminar pessoa idosa, impedindo ou dificultando seu acesso a operações bancárias, aos meios de transporte, ao direito de contratar ou por qualquer outro meio ou instrumento necessário ao exercício da cidadania, por motivo de idade:

Pena – reclusão de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

§ 1º Na mesma pena incorre quem desdenhar, humilhar, menosprezar ou discriminar pessoa idosa, por qualquer motivo.

§ 2º A pena será aumentada de 1/3 (um terço) se a vítima se encontrar sob os cuidados ou responsabilidade do agente.

Art. 97. Deixar de prestar assistência ao idoso, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, em situação de iminente perigo, ou recusar, retardar ou dificultar sua assistência à saúde, sem justa causa, ou não pedir, nesses casos, o socorro de autoridade pública:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

Parágrafo único. A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte.

Art. 98. Abandonar o idoso em hospitais, casas de saúde, entidades de longa permanência, ou congêneres, ou não prover suas necessidades básicas, quando obrigado por lei ou mandado:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 3 (três) anos e multa.

Art. 99. Expor a perigo a integridade e a saúde, física ou psíquica, do idoso, submetendo-o a condições desumanas ou degradantes ou privando-o de alimentos e cuidados indispensáveis, quando obrigado a fazê-lo, ou sujeitando-o a trabalho excessivo ou inadequado:

Pena – detenção de 2 (dois) meses a 1 (um) ano e multa.

§ 1º Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena – reclusão de 1 (um) a 4 (quatro) anos.

§ 2º Se resulta a morte:

Pena – reclusão de 4 (quatro) a 12 (doze) anos.

Art. 100. Constitui crime punível com reclusão de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa:

I – obstar o acesso de alguém a qualquer cargo público por motivo de idade;

II – negar a alguém, por motivo de idade, emprego ou trabalho;

III – recusar, retardar ou dificultar atendimento ou deixar de prestar assistência à saúde, sem justa causa, a pessoa idosa;

IV – deixar de cumprir, retardar ou frustrar, sem justo motivo, a execução de ordem judicial expedida na ação civil a que alude esta Lei;

V – recusar, retardar ou omitir dados técnicos indispensáveis à propositura da ação civil objeto desta Lei, quando requisitados pelo Ministério Público.

Art. 101. Deixar de cumprir, retardar ou frustrar, sem justo motivo, a execução de ordem judicial expedida nas ações em que for parte ou interveniente o idoso:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

Art. 102. Apropriar-se de ou desviar bens, proventos, pensão ou qualquer outro rendimento do idoso, dando-lhes aplicação diversa da de sua finalidade:

Pena – reclusão de 1 (um) a 4 (quatro) anos e multa.

Art. 103. Negar o acolhimento ou a permanência do idoso, como abrigado, por recusa deste em outorgar procuração à entidade de atendimento:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

Art. 104. Reter o cartão magnético de conta bancária relativa a benefícios, proventos ou pensão do idoso, bem como qualquer outro documento com objetivo de assegurar recebimento ou ressarcimento de dívida:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos e multa.

Art. 105. Exibir ou veicular, por qualquer meio de comunicação, informações ou imagens depreciativas ou injuriosas à pessoa do idoso:

Pena – detenção de 1 (um) a 3 (três) anos e multa.

Art. 106. Induzir pessoa idosa sem discernimento de seus atos a outorgar procuração para fins de administração de bens ou deles dispor livremente:

Pena – reclusão de 2 (dois) a 4 (quatro) anos.

Art. 107. Coagir, de qualquer modo, o idoso a doar, contratar, testar ou outorgar procuração:

Pena – reclusão de 2 (dois) a 5 (cinco) anos.

Art. 108. Lavrar ato notarial que envolva pessoa idosa sem discernimento de seus atos, sem a devida representação legal:

Pena – reclusão de 2 (dois) a 4 (quatro) anos.

TÍTULO

VII

Disposições Finais e Transitórias

Art. 109. Impedir ou embaraçar ato do representante do Ministério Público ou de qualquer outro agente fiscalizador:

Pena – reclusão de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

Art. 110. O Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, Código Penal, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 61.

II -

.....

h) contra criança, maior de 60 (sessenta) anos, enfermo ou mulher grávida;

....." (NR)

"Art. 121.

.....

§ 4º No homicídio culposo, a pena é aumentada de 1/3 (um terço), se o crime resulta de inobservância de regra técnica de profissão, arte ou ofício, ou se o agente deixa de prestar imediato socorro à vítima, não procura diminuir as conseqüências do seu ato, ou foge para evitar prisão em flagrante. Sendo doloso o homicídio, a pena é aumentada de 1/3 (um terço) se o crime é praticado contra pessoa menor de 14 (quatorze) ou maior de 60 (sessenta) anos....." (NR)

"Art. 133.

.....

§ 3º

.....

III – se a vítima é maior de 60 (sessenta) anos." (NR)

"Art. 140.

.....

§ 3º Se a injúria consiste na utilização de elementos referentes a raça, cor, etnia, religião, origem ou a condição de pessoa idosa ou portadora de deficiência:

..... (NR)

"Art. 141.

.....

IV – contra pessoa maior de 60 (sessenta) anos ou portadora de deficiência, exceto no caso de injúria.

....." (NR)

"Art. 148.

.....

§ 1º.....

I – se a vítima é ascendente, descendente, cônjuge do agente ou maior de 60 (sessenta) anos.

....." (NR)

"Art. 159.....

.....

§ 1º Se o seqüestro dura mais de 24 (vinte e quatro) horas, se o seqüestrado é menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, ou se o crime é cometido por bando ou quadrilha.

....." (NR)

"Art. 183.....

.....

III – se o crime é praticado contra pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos." (NR)

"Art. 244. Deixar, sem justa causa, de prover a subsistência do cônjuge, ou de filho menor de 18 (dezoito) anos ou inapto para o trabalho, ou de ascendente inválido ou maior de 60 (sessenta) anos, não lhes proporcionando os recursos necessários ou faltando ao pagamento de pensão alimentícia judicialmente acordada, fixada ou majorada; deixar, sem justa causa, de socorrer descendente ou ascendente, gravemente enfermo:

....." (NR)

Art. 111. O O art. 21 do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941, Lei das Contravenções Penais, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único:

"Art. 21.....

.....

Parágrafo único. Aumenta-se a pena de 1/3 (um terço) até a metade se a vítima é maior de 60 (sessenta) anos." (NR)

Art. 112. O inciso II do § 4º do art. 1º da Lei nº 9.455, de 7 de abril de 1997, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 1º

.....

§ 4º

II – se o crime é cometido contra criança, gestante, portador de deficiência, adolescente ou maior de 60 (sessenta) anos;

....." (NR)

Art. 113. O inciso III do art. 18 da Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 18.....

.....

III – se qualquer deles decorrer de associação ou visar a menores de 21 (vinte e um) anos ou a pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou a quem tenha, por qualquer causa, diminuída ou suprimida a capacidade de discernimento ou de autodeterminação:

....." (NR)

Art. 114. O art 1º da Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 1º As pessoas portadoras de deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo terão atendimento prioritário, nos termos desta Lei." (NR)

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.

Art. 116. Serão incluídos nos censos demográficos dados relativos à população idosa do País.

Art. 117. O Poder Executivo encaminhará ao Congresso Nacional projeto de lei revendo os critérios de concessão do Benefício de Prestação Continuada previsto na Lei Orgânica da Assistência Social, de forma a garantir que o acesso ao direito seja condizente com o estágio de desenvolvimento sócio-econômico alcançado pelo País.

Art. 118. Esta Lei entra em vigor decorridos 90 (noventa) dias da sua publicação, ressalvado o disposto no **caput do art. 36**, que vigorará a partir de 1º de janeiro de 2004.