

Pasinato, Maria Tereza de M.; Kornis, George E. M.

Working Paper

Cuidados de longa duração para idosos: Um novo risco para os sistemas de segurança social

Texto para Discussão, No. 1371

Provided in Cooperation with:

Institute of Applied Economic Research (ipea), Brasília

Suggested Citation: Pasinato, Maria Tereza de M.; Kornis, George E. M. (2009) : Cuidados de longa duração para idosos: Um novo risco para os sistemas de segurança social, Texto para Discussão, No. 1371, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/91355>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

TEXTO PARA DISCUSSÃO N° 1371

SÉRIE SEGURIDADE SOCIAL

CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO PARA IDOSOS: UM NOVO RISCO PARA OS SISTEMAS DE SEGURIDADE SOCIAL

**Maria Tereza de M. Pasinato
George E. M. Kornis**

TEXTO PARA DISCUSSÃO N° 1371

SÉRIE SEGURIDADE SOCIAL

CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO PARA IDOSOS: UM NOVO RISCO PARA OS SISTEMAS DE SEGURIDADE SOCIAL*

Maria Tereza de M. Pasinato
George E. M. Kornis*****

Produzido no programa de trabalho de 2008

Rio de Janeiro, janeiro de 2009

* Os autores agradecem os comentários e sugestões dos professores e colegas: Sulamis Dain, Ana Amélia Camarano, Cid Manso, Jaques Lewin, Milko Matijascic e Fernando Gaiger, isentando-os, certamente, dos erros e omissões remanescentes.

** Da Diretoria de Estudos Sociais do Ipea.

*** Do Instituto de Medicina Social da Uerj.

Governo Federal

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

**Secretaria de Assuntos Estratégicos
da Presidência da República**



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

Presidente

Marcio Pochmann

Diretor de Administração e Finanças

Fernando Ferreira

Diretor de Estudos Macroeconômicos

João Sicsú

Diretor de Estudos Sociais

Jorge Abrahão de Castro

Diretora de Estudos Regionais e Urbanos

Liana Maria da Frota Carleial

Diretor de Estudos Setoriais

Márcio Wohlers de Almeida

Diretor de Cooperação e Desenvolvimento

Mário Lisboa Theodoro

Chefe de Gabinete

Persio Marco Antonio Davison

Assessor-Chefe de Comunicação

Estanislau Maria de Freitas Júnior

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

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

ISSN 1415-4765

JEL: J14, I38, H53

TEXTO PARA DISCUSSÃO

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

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

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

APRESENTAÇÃO

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

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

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

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

O presente volume, correspondente ao Texto para Discussão nº 1371 (*Cuidados de Longa Duração para Idosos: um novo risco para os sistemas de seguridade social*, de Maria Tereza Pasinato e George Kornis), faz parte de uma reunião que inclui ainda outros nove títulos sobre a matéria, a saber:

- *Pobres, Pobreza e Cidadania*: os desafios recentes da proteção social, de Luciana Jaccoud
- *Projeções de Longo Prazo para o Regime Geral de Previdência Social* – o debate no Fórum Nacional de Previdência Social, de Helmut Schwarzer, Eduardo da Silva Pereira e Luis Henrique Paiva

- *A constituição de um modelo de atenção à saúde universal: uma promessa não cumprida pelo SUS?*, de Carlos Octávio Ocké-Reis
- *Os Idosos em Situação de Dependência e a Proteção Social no Brasil*, de Analía Sória Batista, Luciana Jaccoud, Luseni Aquino e Patrícia Dario El-Moor
- *Proteção das Pessoas Idosas Dependentes: análise comparativa da experiência internacional*, de Analía Sória Batista, Luciana Jaccoud, Luseni Aquino e Patrícia Dario El-Moor
- *Aposentadorias, Pensões, Mercado de Trabalho e Condições de Vida: o Brasil e os mitos da experiência internacional*, de Milko Matijascic, Stephen Kay e José Olavo Ribeiro
- *Tributação, Previdência e Assistência Sociais: impactos distributivos*, de Fernando Gaiger Silveira
- *A Reforma da Previdência na Hora da Verdade: o Brasil no contexto da América Latina*, de Milko Matijascic e Stephen Kay
- *Benefícios por incapacidade: uma análise do auxílio-doença previdenciário*, de Luciana Servo e Sérgio Piola

Jorge Abrahão de Castro

Diretor de Estudos Sociais do Ipea

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	7
2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO: A EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL	8
3 O SISTEMA DE SEGURIDADE SOCIAL E A EVOLUÇÃO DA LEGISLAÇÃO VOLTADA PARA A PROTEÇÃO DOS IDOSOS BRASILEIROS	14
4 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS DOS POTENCIAIS IDOSOS BRASILEIROS DEMANDANTES DE CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO	15
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	23

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional – ainda que amplamente reconhecido como uma das principais conquistas do século XX – engendra o desafio, expresso nas declarações políticas e no Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento, da Organização das Nações Unidas (ONU), de “assegurar que o contínuo processo de desenvolvimento ocorra com base em princípios capazes de garantir a dignidade humana e a eqüidade entre os grupos etários na partilha dos recursos, direitos e responsabilidades sociais”.¹ Com esse pano de fundo, o cuidado dos idosos que perderam, total ou parcialmente, sua independência e autonomia, reveste-se de especial importância. Em países em desenvolvimento, como o Brasil, essa questão é agravada por se somar a outras questões complexas com que se deparam os sistemas de segurança social, tais como a pobreza, a exclusão de crescentes contingentes da população e o nível de desigualdade vigente.

A situação econômico-financeira, o padrão de vida e a qualidade e disponibilidade das políticas de proteção social afetam a independência e a autonomia dos idosos. Para os sistemas de segurança social, a mudança na estrutura etária apresenta implicações sobre a viabilidade intergeracional dos atuais mecanismos existentes. No plano econômico, tem-se o agravamento da relação de dependência dos sistemas previdenciários, estabelecidos em grande parte com base em acordos intergeracionais e em regras de funcionamento datadas de meados do século passado. No que se refere aos aspectos de saúde, pode-se dizer que as últimas décadas apresentaram importantes avanços na qualidade de vida, principalmente, dos idosos mais jovens. No entanto, o envelhecimento da população implica a exposição dos idosos aos novos riscos decorrentes da possibilidade de desenvolvimento de doenças crônicas e da perda de autonomia e independência por parcelas cada vez mais significativas da população. À medida que crescentes contingentes de idosos vivem mais tempo, possivelmente crescentes também serão as demandas por políticas voltadas para os cuidados de longa duração que os auxiliem na realização das Atividades da Vida Diária (AVD) – instrumentais e/ou funcionais.

Se, por um lado, a provisão dos cuidados familiares para com seus idosos tem se tornado cada vez mais precária, em função da redução do tamanho das famílias e da crescente participação da mulher no mercado de trabalho, por outro, os atuais sistemas de segurança social, estabelecidos no pós-guerra, enfrentam crescentes dificuldades de adaptação às novas formas de organização da produção e suas implicações para o mercado de trabalho – especialmente no que se refere ao aumento do desemprego e da informalidade dos contratos de trabalho.

As principais questões a serem analisadas no presente trabalho referem-se: à forma como os atuais sistemas de segurança social têm lidado com a complexidade das novas demandas impostas pelo processo de envelhecimento da população; e a como articular as políticas voltadas para os cuidados de longa duração com o atual arcabouço do sistema de segurança social brasileiro.

O trabalho apresenta-se organizado da seguinte maneira: após esta introdução a segunda seção analisa o processo de envelhecimento populacional e o surgimento

1. Para maiores detalhes, consultar ONU (1982, 2002).

da demanda por cuidados de longa duração no âmbito dos sistemas de seguridade social; para tanto, foram ressaltadas as experiências de três países desenvolvidos, com processos de envelhecimento já bastante avançados, de forma a abranger os diferentes modelos teóricos, quais sejam: Alemanha (conservador/meritocrático), Dinamarca (universalista) e Estados Unidos (liberal). A terceira seção aborda a legislação de proteção aos idosos brasileiros; a situação dos idosos, tanto em termos socioeconômicos e familiares quanto no que se refere ao atendimento pretendido pelas políticas sociais vigentes, é analisada na quarta seção; em seguida, os comentários finais, na quinta seção, procuram sintetizar os avanços, as possibilidades e os desafios que se vislumbram para o já grande e crescente contingente de idosos brasileiros, especialmente aqueles com algum comprometimento de sua capacidade funcional ou instrumental para a realização das AVDs.

2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO: A EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL

O envelhecimento populacional é hoje uma tendência global que tem atingido tanto os países desenvolvidos quanto os em desenvolvimento. De acordo com as projeções do crescimento da população desenvolvidas pela ONU, a proporção relativa dos idosos com mais de 65 anos, no total da população brasileira, passará dos atuais 6% (2006) para aproximadamente 10% em 2025 e para 20% em 2050. Em números absolutos, significa dizer que a população com mais de 65 anos duplicará nos próximos 20 anos, passando dos cerca de 12 milhões de idosos em 2006 para 24 milhões em 2025. Nos países desenvolvidos, o processo de envelhecimento se deu de forma gradual ao longo de todo o século XX, porém tende a se acentuar nos próximos anos.

Concomitantemente ao crescimento acentuado do contingente de idosos verificam-se aumentos da expectativa de vida dos próprios idosos. Nos países desenvolvidos, esses aumentos resultam do declínio nas taxas de mortalidade em idades avançadas que tiveram início nas décadas de 1950/1960. Os avanços na área da saúde ultrapassaram as fronteiras dos países desenvolvidos, principalmente nas últimas décadas, o que permitiu um aumento da expectativa de vida aos 65 anos também nos países em desenvolvimento (ver tabela 1). Em 1980 a expectativa de vida dos idosos brasileiros com mais de 65 anos, principalmente das mulheres, era inferior à observada nos países desenvolvidos selecionados para a análise, o que já não se observa nos dias atuais.

TABELA 1
Expectativa de vida aos 65 anos

	1980		1990		2000	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Dinamarca	13,7	17,6	14,1	17,9	15,2	18,3
Alemanha	13,0	16,7	14,1	17,8	15,8	19,6
Estados Unidos	14,1	18,3	15,1	18,9	16,3	19,2
Brasil	12,2	14,1	14,4	16,4	15,7	18,1

Fonte: United Nations Economic Commission for Europe (UNECE), Statistical Division Database. Endereço <http://www.unece.org>. Acessado em 10 de junho de 2008.

Nota: Para o Brasil foram utilizados dados do IBGE. http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=266&id_pagina=1.

Esse aumento da expectativa de vida nas idades avançadas apresenta uma série de implicações para o convívio familiar e as relações inter e intrageracionais. Uma primeira decorrência é o maior número de anos de vida compartilhados por pais, avós, netos (e bisnetos) do que em qualquer outro momento da história da humanidade. Ao mesmo tempo se observa uma redução do número de filhos, o que torna as famílias contemporâneas mais estreitas ou verticais. Além disso, o aumento do número de divórcios e recasamentos faz da arquitetura familiar atual um fenômeno mais complexo. Se essas questões, em seu conjunto, por um lado podem restringir a amplitude da família para um escopo domiciliar formado apenas pelo núcleo familiar de pais e filhos (POPENOE, 1993 *apud* BENGTSON; MARTIN, 2001), por outro, podem sugerir uma expansão para além das fronteiras do núcleo familiar formado pelos casamentos. Nesse último caso, a construção familiar atual incorpora as relações e os vínculos para além das fronteiras domiciliares. Como ressaltado por Bengtson (*apud* BENGTSON; MARTIN, 2001), tanto a modernização quanto o aumento da expectativa de vida não apenas permitiram um aumento do individualismo e da valorização da vida independente, que resulta em maior número de domicílios unipessoais, mas também uma nova estrutura familiar estendida, formada por três, quatro e algumas vezes até mesmo cinco gerações contemporâneas, não necessariamente co-residentes.

Outra questão que se coloca é a crescente dificuldade para se definir o “idoso” nas sociedades contemporâneas. Os limites entre a idade adulta – o período ativo da vida – e a idade avançada – ou período de inatividade – é uma construção social fortemente inter-relacionada com a dinâmica etária das populações (ver, por exemplo, CAMARANO; PASINATO, 2004). Isso importa sobretudo para as políticas voltadas para os cuidados de longa duração, normalmente associados ao subgrupo dos idosos muito idosos, que perderam sua independência e/ou autonomia instrumental ou funcional para lidar com as AVDs. Walker e Maltby (1997), *apud* Lamura (2003), em estudo comparativo utilizando países europeus, identificaram que a proporção de idosos demandantes de cuidados em tempo integral passa de menos de 5% na faixa etária compreendida entre os 65 e 69 anos para aproximadamente 30% entre os idosos com mais de 80 anos de idade.

São, porém, nas transformações vivenciadas pelas diferentes coortes que residem as principais diferenças entre os países. Nos países desenvolvidos o envelhecimento ocorreu em um cenário socioeconômico favorável, em meio à expansão dos sistemas de proteção social. Ainda que se verifiquem mecanismos de apoio aos idosos ao longo de toda a história da humanidade, a novidade relacionada com a implementação dos sistemas de segurança social residiu em que os indivíduos com idade mais avançada passaram a constituir um subgrupo populacional com demandas específicas. Como salientado por Slater (1930), *apud* Philipson (1998), até fins do século XIX, medidas voltadas para a proteção dos idosos não se diferenciavam das voltadas para os doentes, todos entendidos como incapacitados para o trabalho. A introdução dos vários sistemas e políticas de bem-estar legitimou a ideia da idade avançada como um risco social a ser compartilhado por toda a sociedade. Porém, à medida que esses sistemas buscaram atender as demandas dos idosos, alteraram a própria dinâmica do avançar da idade nas sociedades contemporâneas e contribuíram para o surgimento de novas demandas e vulnerabilidades por parte desse segmento etário.

Ressalte-se ainda que a estrutura dos sistemas de seguridade social varia muito entre os países. Foi pioneira a tipologia desenvolvida por Titmus em 1958, segundo a qual seriam três as principais formas assumidas pelos Estados: residual, corporativa e redistributiva (DRAIBE; RIESCO, 2006). Admite-se que esses sistemas são construídos com base em um tripé formado pelos principais atores envolvidos com a construção do bem-estar social: família, Estado e mercado. Cada uma das formas idealizadas dos sistemas de seguridade social tende a priorizar a atuação de um desses três agentes. Esping-Andersen (1990), tendo por campo de análise os países integrantes da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), avançou no desenvolvimento dessa tipologia com base nos seguintes critérios: a relação público/privada presente nos sistemas previdenciários, o grau de desmercantilização dos bens e serviços sociais e seus efeitos sobre a estratificação social (DRAIBE; RIESCO, 2006, p. 12).

Em textos mais recentes, Esping-Andersen incorpora várias das críticas feitas ao seu trabalho de 1990 no que se refere à questão da família e introduz o conceito de desfamiliarização, que consiste na redução da dependência dos indivíduos em relação ao apoio provido pela família (ver, por exemplo, ESPING-ANDERSEN, 2002). Reconhece-se, dessa forma, que a implementação e o desenvolvimento dos sistemas de seguridade social implicaram a necessidade de se repensar a articulação e a divisão das responsabilidades entre a família, o Estado e o mercado.

A articulação das responsabilidades entre família, Estado e mercado determina o bem-estar dos indivíduos em qualquer que seja a sociedade. O mercado consiste na principal fonte de bem-estar para a maioria dos cidadãos ao longo de sua vida, tanto porque sua renda advém do mercado quanto por ser este a instância onde se consumam as trocas e se obtêm os insumos necessários para o bem-estar. A solidariedade intrafamiliar, por sua vez, também representa uma das principais instâncias para a geração de bem-estar e segurança, particularmente em termos da prestação dos serviços de cuidados e socialização dos riscos. O papel do Estado na produção do bem-estar reside no papel redistributivo do contrato social inerente a uma solidariedade coletiva. Como ressaltam Esping-Andersen *et al.* (2002), esses três pilares são interdependentes. Dessa forma, tanto a família como o Estado podem, em teoria, absorver as falhas do mercado; similarmente o mercado (ou o Estado) pode compensar as “falhas” na família. O problema emerge quando nenhum dos três pilares é capaz de ser substituído pelos outros dois. A participação da sociedade civil organizada apresenta aspectos de complementaridade à atuação das demais esferas, não participando independentemente na divisão das responsabilidades sociais.

O ato de cuidar de idosos com demandas especiais não é uma novidade. O que se observa em períodos mais recentes é a progressiva transferência de uma atividade tradicionalmente relacionada ao espaço privado das famílias para o espaço público ou estatal; quer na execução direta da prestação dos serviços, quer na fiscalização e regulação da atividade do setor privado (CAMARANO; PASINATO, 2004). Atualmente, os cuidados de longa duração podem ser subdivididos em três principais modalidades: cuidados institucionais, referentes à internação dos indivíduos em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), tradicionalmente denominadas asilos; cuidados formais intermediários, referentes aos centros-dia e hospitalais-dia; cuidados domiciliares formais, isto é, aqueles prestados por enfermeiros,

cuidadores formais e/ou acompanhantes etc.; e cuidados informais, normalmente entendidos como aqueles realizados pelos próprios familiares. Jacobzone, Cambois e Robine (2000), por exemplo, estimam que para os países-membros da OCDE, estes correspondem a aproximadamente 80% dos cuidados demandados pelos idosos com perda de capacidade funcional e/ou instrumental para a realização das AVDs.

O tipo de apoio provido pelas famílias, no entanto, tende a variar muito entre os países. Gregory, Gibson e Pandya (2003) compararam o que seria considerado o apoio prestado pelas filhas de idosos em dois países da OCDE. Nesse caso, enquanto na Grécia se espera que, tanto por questão de dever familiar quanto por imposição legal, as filhas auxiliem seus pais idosos na provisão dos cuidados pessoais e domésticos, na Dinamarca os cuidados esperados das filhas se referem a visitação, conversas, passeios e, ocasionalmente, auxílios para a realização de compras e lavanderia. Com isso, as comparações entre os países são, em parte, dificultadas pelas circunstâncias sociais, culturais, econômicas e políticas, e da natureza do contrato social vigente entre o Estado e seus cidadãos.

A preocupação com os cuidados de longa duração nos países com populações mais envelhecidas surgiu como uma necessidade de se separar os crescentes custos com o tratamento de longa duração dos idosos dos demais gastos com saúde. Nos países analisados parece ter havido uma conjunção de três diretrizes de política: *a)* a busca por um novo equilíbrio entre responsabilidades públicas e privadas no cuidado dos idosos; *b)* o entendimento de que as alternativas que mantenham os idosos nos próprios lares e/ou comunidades são preferíveis à sua institucionalização, tanto por causa das possíveis reduções nos custos do atendimento quanto por ser uma forma de assegurar o bem-estar deles; e *c)* ter em vista a importância dos cuidadores informais, principalmente familiares, e a urgência de se desenvolver programas informativos e de apoio voltados para eles.

Goldani (2004) ressalta que o aumento da demanda por cuidados de longa duração para idosos tem sido recorrentemente obscurecido pela ausência de um diagnóstico coerente dos diferenciais de custos incorridos pelas famílias, o Estado e o mercado. A mesma autora sugere que isso se deve, em grande parte, à suposição implícita de que as famílias, e nelas especialmente as mulheres, não incorrem em custos financeiros ou emocionais para o provimento dos idosos. Porém, como já mencionado, importantes questões da vida moderna, como o aumento da participação feminina no mercado de trabalho e a instabilidade das relações afetivas, por exemplo, fazem dos cuidados familiares informais um recurso cada vez mais escasso. Geralmente, à medida que a participação das mulheres no mercado de trabalho aumenta, aumenta também a demanda pela provisão dos cuidados.

Por outro lado, a simples transposição da prestação dos serviços para o setor privado não corresponde diretamente a um crescimento da demanda e a uma redução das disponibilidades dos familiares. Problemas relacionados com a violência e o abuso em relação aos idosos apontam para importantes demandas por regulação desse novo mercado de serviços. Ao mesmo tempo, tem-se que, para uma grande maioria de idosos, esta não parece ser uma opção viável, dada a incipiente oferta desses serviços ou devido a seus preços elevados – o que aponta para uma questão de equidade.

Entre os países analisados, a Dinamarca caracteriza-se por contar com o sistema mais amplo de seguridade social, com cobertura universal dos riscos e de sua população. A prestação dos cuidados de longa duração aos idosos é de responsabilidade das administrações locais. Em 1987 o eixo da política voltada para os idosos dependentes sofreu uma forte inflexão, passando-se a priorizar a construção de casas para idosos, onde se pode contar com a assistência profissional de enfermagem e de serviços domésticos gerais e a prestação de assistência domiciliar, em detrimento das ILPIs. De acordo com Gregory, Gibson e Pandya (2003) a porcentagem de idosos com mais de 80 anos residentes em ILPIs passou de 20% em 1982 para 9,1% em 2000 (tabela 2). O sistema de seguridade social dinamarquês conta também com programas voltados para o apoio aos cuidadores informais, prevendo o resarcimento das perdas salariais para aqueles que tenham sob sua responsabilidade idosos cujo tratamento em hospitais seja diagnosticado como “inócuo”.

A Alemanha exemplifica a tradição corporativa, baseada em mecanismos securitários, como os adotados em finais do século XIX para a cobertura dos riscos de saúde, acidentes de trabalho e idade avançada. Em 1994 foi incorporado ao sistema um programa voltado para os cuidados de longa duração, co-financiado, a exemplo dos demais programas constantes, pelos empregados e empregadores através de uma alíquota de 1,7% sobre os salários. Até a aprovação do novo programa, a prestação dos cuidados de longa duração era de responsabilidade das administrações locais, focalizada nos idosos com restrições de renda. O novo programa estendeu os serviços voltados para os cuidados de longa duração a todos aqueles que necessitem de alguma assistência para a execução das AVDs. A avaliação das condições dos demandantes e a extensão das necessidades de tratamento são responsabilidade dos seguros-saúde aos quais os indivíduos estão vinculados. São previstas três modalidades de serviços a serem prestados: auxílios de enfermagem; auxílios para tratamentos domiciliares; e pagamento de cuidados institucionais integrais (asilos). Também se percebe na Alemanha a preocupação com os prestadores de cuidados. Estes contam com o reconhecimento, por parte do Estado, da prestação dos cuidados para fins previdenciários. As contribuições previdenciárias são previstas para os cuidadores que dedicam mais de 14 horas semanais a cuidados de longa duração de idosos e que trabalham menos de 30 horas por semana. Além disso, os cuidadores contam com a possibilidade de gozar um período de descanso de quatro semanas por ano, sendo então rendidos por cuidadores formais.

O caso do sistema norte-americano é aqui registrado por exemplificar um sistema liberal, com ampla participação do mercado. Nos Estados Unidos, a participação dos seguros de saúde privados convivem com a provisão dos serviços públicos de saúde para os grupos sociais mais vulneráveis, quer por critérios de renda (*medicaid*), para os indivíduos sem capacidade contributiva, quer por critérios de idade (*medicare*), como no caso da atenção aos idosos. Porém, especificamente no caso dos cuidados de longa duração, grande parte das demandas é provida pelo setor privado, que oferece uma gama de opções e modalidades. Isso se deve ao fato de o *medicare* não cobrir os riscos de tratamentos domiciliares prolongados, pois as opções disponíveis são bastante restritivas. Por outro lado, o *medicaid*, que atende aos idosos de baixa renda, prevê o pagamento por alguns serviços domiciliares e a possibilidade

de institucionalização do idoso. Uma característica da sociedade norte-americana é seu alto grau de associativismo e articulação do voluntariado. Bastante conhecido é o programa *meals on wheels*, em que voluntários entregam refeições nas residências cadastradas, para indivíduos com limitações instrumentais. Este é apenas um dos exemplos de cuidados domiciliares prestados voluntariamente pela comunidade.

As diferentes opções de políticas resultam em configurações de atendimento dos idosos e patamares de gastos diferenciados, como ilustrado na tabela 2.

TABELA 2

Aspectos relacionados com a população idosa (65 anos ou +) e cuidados de longa duração em países selecionados

Países	% da população com mais de 65 anos	% da pop. de 65 anos e + residente em ILPI ¹	% da pop. de 65 anos e + recebendo cuidados domiciliares formais	% do PIB gasta com CLD ²	Gasto mensal <i>per capita</i> com CLD em US\$ PPC ³
Alemanha (2000)	16,2	3,5	7,0	1,23	324
Dinamarca (2001)	14,9	9,1	25,0	2,12	610
Estados Unidos (2000)	12,6	4,2	8,7	1,29	445

Fonte: Gregory, Gibson e Pandya (2003).

¹ Instituições de longa permanência.

² Cuidados de longa duração.

³ Paridade do poder de compra.

Certamente, cada uma das alternativas de políticas apresenta seus prós e contras. A política adotada nos Estados Unidos privilegia a participação do mercado como forma de suprir as crescentes demandas. A alternativa adotada na Dinamarca reflete a opção histórica pela provisão estatal universal da prestação dos serviços sociais. A alternativa adotada na Alemanha aprofunda o modelo securitário das políticas sociais, de caráter compulsório, ao mesmo tempo em que busca uma melhor integração da gerência desse novo risco entre os pilares do sistema – família, Estado e mercado. Essas opções refletem-se na estrutura de gastos dos países. A opção dinamarquesa pelo atendimento universal dos serviços de cuidados incorre em maior participação desses gastos na renda nacional, comparativamente aos dois outros países analisados, o que pode sinalizar a inviabilidade dessa escolha nos países em desenvolvimento, como o Brasil. A opção norte-americana pelo mercado, comparativamente à alternativa alemã, de introdução de um seguro social compulsório, demonstra-se mais dispendiosa.

A breve análise das políticas implementadas coloca uma importante questão no que diz respeito à identificação desse novo risco e à eventualidade de ser ele programável ou não. Seriam os cuidados de longa duração um novo risco não programável a ser incorporado e tratado na esfera dos serviços de saúde? Ou assistenciais? Se assim o aceitarmos, as opções adotadas pela Dinamarca, com enfoque na área assistencial, e a opção norte-americana, com enfoque na área de saúde, parecem ser as mais adequadas. Porém, dado o expressivo contingente de idosos que passam por essa situação, poder-se-ia considerá-lo um novo risco programável, identificado como uma contingência típica da idade avançada nas sociedades contemporâneas. Se esse for o caso, apenas o sistema alemão procurou incorporá-lo

em uma modalidade de seguro. Assim, a compulsoriedade do sistema de seguridade social alemão é essencial para assegurar a solidariedade do mesmo.

3 O SISTEMA DE SEGURIDADE SOCIAL E A EVOLUÇÃO DA LEGISLAÇÃO VOLTADA PARA A PROTEÇÃO DOS IDOSOS BRASILEIROS

O atual sistema de seguridade social brasileiro foi concebido em meados dos anos 1980, em meio ao período de redemocratização que sucedeu a duas décadas de ditadura militar, durante as quais o país se urbanizou e industrializou. A crença à época era de que, com o fim do período autoritário, as demandas sociais pautassem a agenda das políticas nacionais. Com esse pano de fundo, a atual Constituição, promulgada em 1988, estabeleceu o sistema de seguridade social brasileiro como constituído por um conjunto integrado de ações (do Estado e da sociedade) com o objetivo de proteger e amparar a sociedade contra uma gama de riscos sociais, tais como: assegurar a renda dos trabalhadores para os casos de perda da sua capacidade de trabalho – previdência social; prover condições mínimas de subsistência para os segmentos da sociedade mais necessitados – assistência social; e prestar serviços de assistência à saúde para toda a sociedade.

No tocante à previdência social, fazem parte das principais medidas adotadas a eliminação de quaisquer distinções entre trabalhadores urbanos e rurais para fins de concessão de benefícios; a equiparação do valor mínimo dos benefícios ao salário mínimo (SM) vigente na economia; e a obrigatoriedade de reajustes que lhes preservem os valores reais. No campo da saúde, a atual constituição assegurou “o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (ver art. 196); rompeu com o modelo de financiamento anteriormente vigente; empreendeu uma reestruturação político-administrativa através da descentralização; e definiu como complementar a participação dos prestadores de serviços privados (UGÁ; MARQUES, 2005). A preocupação com as especificidades do atendimento aos idosos foi incorporada apenas em 1999, praticamente uma década após a criação do sistema, com a implantação da Política Nacional do Idoso (PNI). Esta apresenta dois eixos norteadores – medidas preventivas e atendimento multidisciplinar específicos para esse contingente – tendo resultado do entendimento de que os altos custos envolvidos no tratamento médico dos pacientes idosos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não cobriam as necessidades específicas desse segmento populacional.

A assistência social, por seu turno, foi pela primeira vez colocada como um direito, independentemente de contribuição e direcionada aos segmentos carentes, com ênfase na proteção à família e à maternidade, na integração ao mercado de trabalho e no atendimento aos grupos sociais mais vulneráveis: as crianças e os adolescentes, os portadores de deficiência e os idosos. Com a aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social (Loas) em 1993, foi instituído o Benefício de Prestação Continuada (BPC) para idosos e portadores de deficiência, independentemente de sua participação prévia no mercado de trabalho, o que

garantiu o acesso a uma renda mínima a praticamente todos os idosos brasileiros a partir de sua implementação.²

Os cuidados de longa duração fazem parte das ações da política assistencial no programa de atenção aos idosos. Estas, ainda que formuladas em nível federal, são normalmente executadas de forma descentralizada, em parcerias que envolvem os estados, os municípios e a sociedade civil. O papel do Estado consiste tanto em prover os serviços para os idosos carentes quanto regular e fiscalizar as instituições privadas que prestam esses serviços. São previstas as seguintes modalidades de cuidado: família acolhedora; casa-lar; república; centro-dia; atendimento domiciliar e os centros de convivência.

Em outubro de 2003 foi aprovado o Estatuto do Idoso, que, além de aprofundar e aperfeiçoar a PNI, congregou toda a legislação pertinente aos idosos. Entre as ações previstas pela nova lei, distinguem-se duas, por estarem mais fortemente correlacionadas com as necessidades impostas pelo cuidado dos idosos dependentes: a obrigatoriedade de comunicação por qualquer cidadão e, especialmente, pelos profissionais de saúde, de qualquer ato de violência contra os idosos (art. 19) e a criminalização desses atos; e o estabelecimento de um percentual máximo (70%) da renda do idoso para o custeio das ILPIs.

Ainda que aparentemente desconexas, as ações acima elencadas apresentam implicações e, ao mesmo tempo, são o resultado de importantes transformações observadas na sociedade relacionadas à estrutura familiar. Prevenir a ameaça ou a violação dos direitos dos idosos passou a ser um dever de toda a sociedade brasileira, porém, muitas vezes, o convívio entre as gerações é imposto pelo empobrecimento da população. A sobrecarga de cuidados imposta às famílias, somada à ausência de políticas públicas que atuem como facilitadoras das relações domésticas, pode resultar em violência doméstica. Nessa mesma linha, questiona-se a validade do estabelecimento de um percentual máximo para o custeio das ILPIs. Essa preocupação reflete a preocupação dos legisladores sobre a apropriação indébita dos rendimentos do idoso de baixa renda, porém não apresenta encaminhamentos práticos para a resolução do problema, dado que o poder público não conta com um aparato regulatório mínimo para a supervisão e menos ainda para a provisão da demanda reprimida por esse tipo de política assistencial.

4 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS DOS POTENCIAIS IDOSOS BRASILEIROS DEMANDANTES DE CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO

De acordo com Saad (2004), o apoio demandado pelos idosos pode ser de três tipos: material, instrumental ou funcional. O apoio material se refere às ações que envolvem dinheiro ou artigos de necessidade, tais como comida, roupas e utensílios domésticos. Esta parece ser uma questão bem equacionada, como será visto ao longo da seção, pelo sistema de segurança social brasileiro, pois praticamente a totalidade dos idosos brasileiros recebe benefícios em pecúnia. São benefícios oriundos do sistema

2. As inovações constantes na Loas, no entanto, não foram imediatamente implementadas, tendo a concessão do BPC se iniciado apenas em janeiro de 1996.

previdenciário – que provê a manutenção da renda quando do afastamento do mercado de trabalho – ou da assistência social, através dos BPCs outorgados aos idosos que comprovem não dispor de renda própria para sua sobrevivência nem de tê-la provida pela família.

Como já mencionado ao longo das seções anteriores, os cuidados de longa duração são voltados para os idosos que não possuem condições, quer físicas ou emocionais, para a realização das atividades do cotidiano. O apoio instrumental diz respeito às AVDs, que envolvem: preparar refeições, fazer compras, executar tarefas domésticas leves, tarefas domésticas pesadas, e cuidar do próprio dinheiro. O apoio funcional representa a necessidade de auxílio para a realização das atividades mais básicas do cotidiano, as quais incluem: tomar banho, vestir-se, comer, deitar, sentar, levantar, caminhar, sair de casa, e ir ao banheiro. A identificação de limitações para a realização das atividades entendidas como instrumentais implica a necessidade do apoio de terceiros para a manutenção de uma vida independente e autônoma, já as limitações funcionais representam a perda concreta da independência e da autonomia desses idosos.

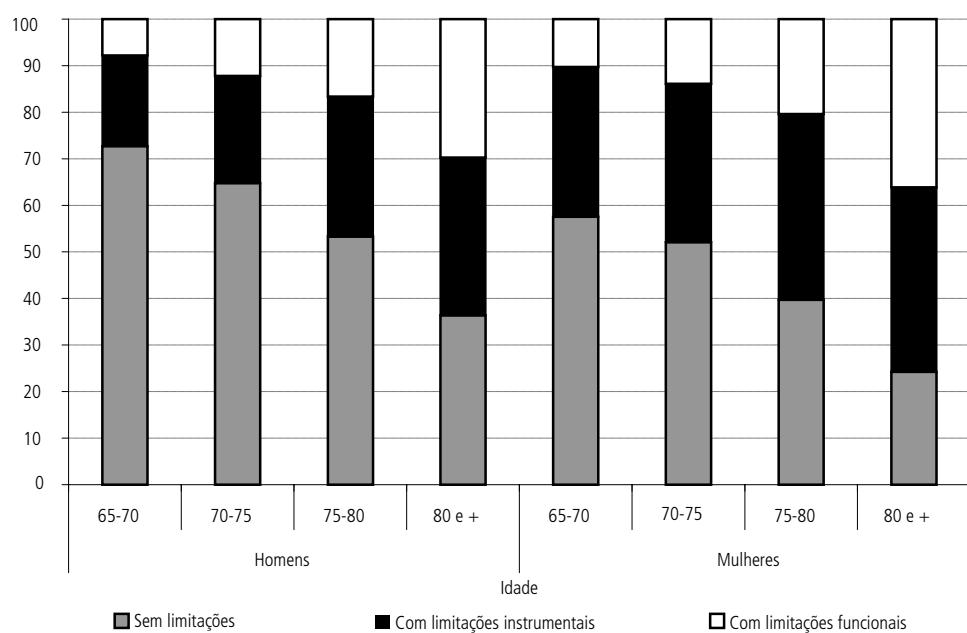
O Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 2003, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), conta com alguns quesitos voltados para a auto-avaliação dos indivíduos quanto a sua mobilidade física, capacidade instrumental e funcional para a realização das AVDs, quais sejam: o grau de dificuldade para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro; para correr, levantar objetos pesados, praticar esportes ou realizar trabalhos pesados; empurrar mesa ou realizar consertos domésticos; subir escadas ou ladeiras; abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se e andar cerca de 100 metros. Estes foram aqui utilizados como uma ilustração das crescentes limitações instrumentais e funcionais associadas ao avanço da idade.

Com base nas informações e segundo o grau de limitações funcionais e instrumentais para a realização das AVDs, foram construídas três categorias de idosos brasileiros, com mais de 65 anos, quais sejam:

- Idosos com limitações funcionais – correspondem aos idosos que apresentam qualquer grau de dificuldade no quesito “alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro”.
- Idosos com limitações instrumentais correspondem aos que não apresentam limitações funcionais, porém não conseguem ou têm grande dificuldade para a realização de pelo menos uma das seguintes atividades:
 - empurrar mesa ou realizar consertos domésticos;
 - subir ladeiras ou escadas;
 - abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se; e
 - andar cerca de 100 metros.
- Idosos sem limitações – são que não apresentam limitações funcionais ou instrumentais, como as já definidas.

O gráfico 1 apresenta a porcentagem da população idosa (com mais de 65 anos) segundo as categorias analisadas, o sexo e a faixa etária. As limitações apresentam importantes diferenças por sexo e aumentam com o avanço da idade. Enquanto 10% das mulheres idosas com idade compreendida entre 65 e 70 anos reportam limitações funcionais, entre as idosas com mais de 80 anos essa porcentagem sobe para aproximadamente 36%. Por outro lado, a porcentagem de idosas que não reportam limitações funcionais ou instrumentais para a realização das AVDs passa de 58% na faixa etária dos 65 aos 70 anos para aproximadamente 18% entre as idosas com mais de 80 anos. Perfis semelhantes, ainda que em patamares pouco inferiores, são observados entre os homens idosos. Ou seja, com o avanço da idade, são crescentes as limitações de mobilidade física e de capacidade para realização das atividades do cotidiano.

GRÁFICO 1
Porcentagem da população idosa por sexo e faixa etária segundo sua capacidade para a realização das AVDs
 (Em %)



Fonte: IBGE/Pnad de 2003.

Essas dificuldades estão normalmente associadas à ocorrência de doenças crônicas. De acordo com os dados da Pnad de 2003, aproximadamente 84% dos idosos que apresentam alguma dificuldade para a realização das atividades do cotidiano são portadores de pelo menos uma doença crônica. Dentre as principais doenças crônicas que afetam esses idosos podem-se ressaltar a hipertensão, que atinge aproximadamente metade dos idosos e mais de 60% das idosas com alguma limitação, os problemas de coluna ou costas, a artrite ou reumatismo e as doenças de coração. Vale ressaltar, também, as expressivas diferenças observadas da incidência de transtornos depressivos entre os idosos sem limitações e os idosos com alguma limitação funcional, pois a proporção parece dobrar, tanto entre os homens quanto entre as mulheres, à medida que crescem as limitações para a realização das AVDs.

Maiores limitações, concomitantes com uma também maior incidência de doenças crônicas refletem uma proporção maior de idosos que deixaram de realizar suas atividades rotineiras, nas duas últimas semanas anteriores à realização da pesquisa, em função, principalmente, de problemas de saúde (ver tabela 3). Além disso, a proporção de idosos que estiveram acamados nas duas últimas semanas anteriores à realização da pesquisa é dez vezes maior entre os idosos com limitações funcionais, em relação aos idosos sem limitações, e quase três vezes maior entre os idosos com limitações instrumentais.

TABELA 3
Incidência de doenças crônicas entre os idosos segundo sua capacidade para a realização das AVDs por sexo
(Em %)

	Homens			Mulheres		
	Sem limitações	Limitações funcionais	Limitações instrumentais	Sem limitações	Limitações funcionais	Limitações instrumentais
Coluna ou costas	24,0	40,6	43,0	28,7	47,1	48,1
Artrite ou reumatismo	12,4	35,2	28,3	20,5	45,6	40,7
Diabetes	8,1	17,5	13,0	9,7	20,9	17,5
Bronquite ou asma	3,1	12,3	9,3	4,1	11,2	8,1
Hipertensão	32,5	55,3	49,2	45,1	63,7	62,4
Coração	8,5	29,2	23,9	9,0	30,2	24,2
Depressão	3,2	14,7	7,4	7,9	20,4	14,9
Tendinite	2,4	5,4	4,9	4,7	7,2	6,7

Fonte: IBGE/Pnad de 2003.

Alguns aspectos relacionados à renda dos idosos são apresentados na tabela 4. É amplamente divulgado o fato de a incidência da pobreza ser menor entre os idosos brasileiros. Camarano e Pasinato (2007), utilizando os dados da Pnad de 2005, mostram que a incidência de pobres, com base na linha de pobreza de US\$ 2 por dia, entre os idosos brasileiros é aproximadamente seis vezes menor do que a observada para a população não-idosa. Porém, analisando-se a incidência da pobreza com base no cálculo da renda domiciliar *per capita*, utilizando-se a linha de pobreza de 1/4 do salário mínimo (SM), percebe-se a existência de diferenças substantivas entre as categorias de idosos analisadas. No contingente dos idosos, aqueles com limitações funcionais são os que apresentam maior incidência de pobreza, seguidos dos idosos com limitações instrumentais. Ou seja, parece existir uma relação direta entre aumento das limitações e incidência da pobreza. Quanto maiores as limitações para a realização das AVDs, maior a incidência de pobreza entre os idosos. Isso é reforçado pelos valores referentes à renda média dos idosos, que tende a ser menor quanto maiores forem as limitações.

A proporção de mulheres idosas que não possuíam nenhum rendimento é bastante superior à de idosos do sexo masculino que não o possuíam. Isso está relacionado com a participação menor das mulheres no mercado de trabalho, principalmente as idosas, o que tradicionalmente as tornavam mais dependentes da renda dos seus cônjuges. As menores diferenças relativas entre os idosos que perderam capacidade funcional pode ser explicada pelo maior número de idosos com idade mais avançada, estando normalmente associada a uma incidência maior de viuvez entre as mulheres, dada a maior longevidade

feminina. Por outro lado, pode-se observar a importância dos benefícios do sistema de seguridade social para a manutenção da renda dos idosos, quer através dos benefícios previdenciários (aposentadorias e pensões), quer através dos benefícios assistenciais. O número de idosos beneficiários aumenta de acordo com as limitações observadas entre eles, da mesma forma que aumenta a importância dessas limitações na composição de sua renda. Entre as idosas com limitações funcionais, a renda dos benefícios da seguridade social representa 92% de sua renda total (ver tabela 5).

TABELA 4
Algumas questões referentes à saúde dos idosos
(Em %)

	Homens			Mulheres		
	Sem limitações	Limitações funcionais	Limitações instrumentais	Sem limitações	Limitações funcionais	Limitações instrumentais
Deixou de realizar atividades nas duas últimas semanas?	4,6	37,2	15,8	5,0	36,6	15,2
Saúde	84,4	88,6	88,6	80,4	82,8	87,6
Acidentes	5,3	2,4	2,7	8,8	5,6	3,7
Outros motivos	10,3	9,0	8,7	10,8	11,6	8,7
Esteve acamado nas duas últimas semanas?	2,3	28,6	8,3	2,6	30,1	8,6

Fonte: IBGE/Pnad de 2003.

TABELA 5
Aspectos relacionados à renda dos idosos segundo sua capacidade para a realização das AVDs por sexo

	Homens			Mulheres		
	Sem limitações	Limitações funcionais	Limitações instrumentais	Sem limitações	Limitações funcionais	Limitações instrumentais
Idosos sem renda (%)	2,1	2,9	1,9	16,1	10,2	10,8
Idosos pobres (%)	3,1	4,7	4,0	2,1	3,8	3,4
Idosos beneficiários da seguridade social (%)	93,1	97,0	97,9	83,2	90,5	89,3
Renda em salários mínimos	4,6	2,3	2,6	2,3	1,6	1,9
Composição da renda						
Trabalho (%)	30,9	10,0	13,2	6,1	1,4	3,7
Seguridade social (%)	64,4	81,4	82,1	88,5	92,3	90,9
Doações (%)	0,3	0,5	0,6	1,1	2,8	1,5
Outros (%)	4,3	8,2	4,0	4,3	3,5	3,9

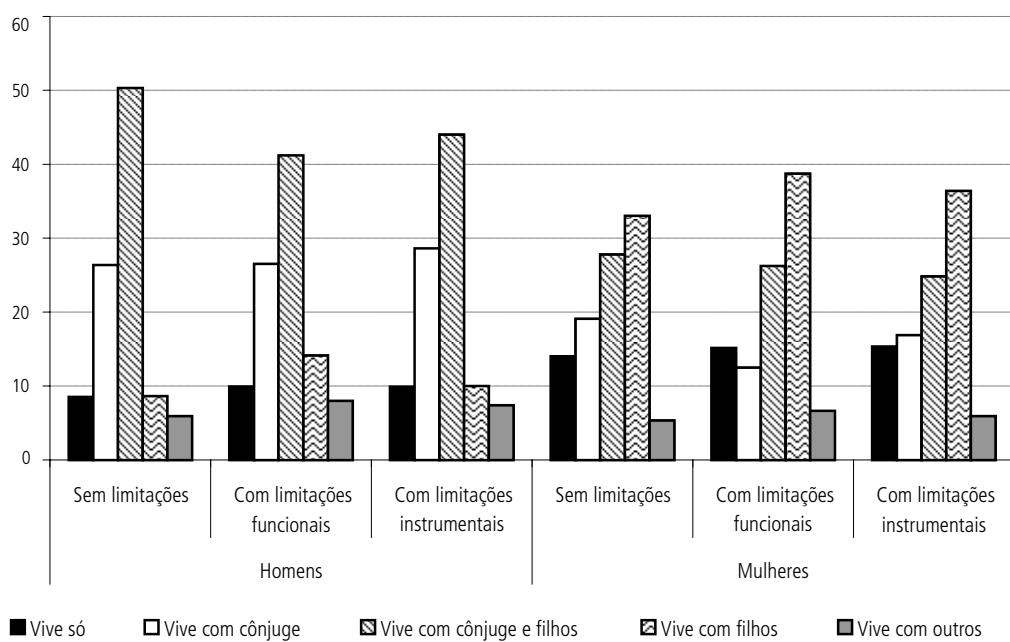
Fonte: IBGE/Pnad de 2003.

Quando se analisa a questão pela ótica dos possíveis provedores de apoio e cuidados aos idosos com perda de capacidade funcional, as diferenças por sexo passam a ser de crucial importância. A maior fragilidade das mulheres pode ser inferida a partir da análise de sua rede de apoio provida pelos co-residentes³ (gráfico 2). A proporção de idosas que vivem sozinhas é mais de 50% superior do que a observada entre os homens. Enquanto mais de 2/3 dos idosos do sexo masculino vive pelo menos com suas cônjuges, menos da metade das idosas convive com o cônjuge. Entre as mulheres idosas, é maior a proporção das que vivem com seus filhos, com a presença ou não de seus cônjuges. Ou seja, enquanto são as cônjuges a principal fonte de apoio para os homens idosos com limitações ou não para a realização das AVDs, no caso das mulheres idosas, sua principal fonte de apoio reside na convivência com os filhos. Essa proporção é duas vezes maior entre as mulheres do que entre os homens. Maiores níveis de transferências ou cooperação intergeracionais, no entanto, podem acarretar maiores conflitos, pois, muitas vezes, o idoso passa a conviver com outro núcleo familiar que não o seu.

GRÁFICO 2

Distribuição dos idosos brasileiros por tipo de rede de apoio domiciliar segundo o sexo e as limitações para a realização das AVDs

(Em %)



Fonte: IBGE/Pnad de 2003.

3. As categorias utilizadas para a identificação da potencial rede de apoio baseadas na co-residência dos idosos foi construída a partir da identificação dos componentes do domicílio segundo a sua condição no mesmo, ou seja, se: pessoa de referência, cônjuge, filho, outro parente, agregado, pensionista ou empregado doméstico ou filho de empregado doméstico (variável v0401), conforme metodologia já utilizada anteriormente em Camarano, Pasinato e Lemos (2007). A partir dessa pré-categorização foi construída a tipologia aqui utilizada para a identificação dos domicílios, quais sejam: domicílios nos quais o idoso vive só; domicílios compostos apenas pelo idoso e seu cônjuge; domicílios compostos pelo idoso, seu cônjuge e filhos com a presença ou não de outros; domicílios compostos pelo idoso e seus filhos – neste caso foram utilizados como *proxies* os domicílios em que ou o idoso era a pessoa de referência e co-habitava com seus filhos, ou domicílios em que a pessoa de referência co-habitava com parentes acima de 65 anos; e os domicílios compostos por idosos, identificados como pessoas de referência, e apenas os agregados e/ou pensionistas e/ou empregados domésticos e/ou filhos de empregados domésticos.

A situação dos idosos com limitações, e de suas famílias, como se tentou demonstrar, já parece apontar para importantes desafios, dadas suas condições socioeconômicas. A análise dos idosos residentes em ILPIs sinaliza para desafios ainda maiores. Karsch (2003) *apud* Camarano, Pasinato e Lemos (2007) ressalta que a internação de idosos em ILPIs, mesmo em famílias de baixa renda, é considerada uma opção apenas “no limite da capacidade familiar em oferecer os cuidados necessários”.

Não contamos no Brasil com informações precisas sobre o número, e muito menos as condições em que vivem os idosos institucionalizados. Camarano, Pasinato e Lemos (2007) utilizaram como *proxies* para a identificação do número aproximado desse contingente os dados referentes a idosos residentes em domicílios coletivos na condição individual, constantes do Censo Demográfico de 2000. De acordo com as autoras, em 2000, teriam sido contabilizados 107 mil idosos institucionalizados, o que representava aproximadamente 0,8% da população idosa. Os idosos institucionalizados são, em sua maioria, mulheres solitárias – viúvas ou solteiras. A proporção desses idosos com dificuldades de locomoção e ou com problemas mentais é aproximadamente cinco vezes superior à observada entre os idosos não-institucionalizados. Camarano, Pasinato e Lemos (2007) ressaltam que aproximadamente 1/3 dos idosos institucionalizados não possui condições, quer físicas ou de geração de renda, que lhes permita viver de forma autônoma e independente. Porém, ainda que os idosos mais vulneráveis, com perda de autonomia e independência, se encontrem sobre-representados nas ILPIs, ainda é a família brasileira a responsável pelo cuidado da grande maioria, como se procurou demonstrar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência internacional indica que os custos com cuidados de longa duração dos idosos tendem a assumir grandes magnitudes. Elevados, esses custos acabam por demandar uma nova distribuição de responsabilidades entre o mercado, o Estado e as famílias no tocante ao financiamento dos cuidados relativos ao novo padrão demográfico. A tendência à elevação dos gastos com o cuidado dos idosos atinge tanto os países desenvolvidos quanto os em desenvolvimento. Nesse sentido, as políticas de atenção aos idosos enfrentam em condições desiguais o problema do financiamento de um gasto em expansão, muitas vezes superior à renda e mesmo aos demais gastos em saúde. Nos países em desenvolvimento, o desafio do financiamento desse novo risco social – os cuidados de longa duração dos idosos – é agravado pelas condições socioeconômicas adversas, tais como a pobreza, a exclusão e a desigualdade.

As profundas transformações observadas na sociedade brasileira nas últimas décadas, como a verticalização das famílias, o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho e o envelhecimento populacional colocam a questão da provisão dos cuidados para a população idosa com limitações instrumentais e/ou funcionais na agenda dos formuladores e gestores de políticas públicas. Esse contingente, como se tentou demonstrar, é já bastante significativo, representando aproximadamente 3/4 das idosas com 80 anos ou mais e 65% dos idosos na mesma faixa etária.

A potencial fonte de apoio proporcionada pela co-residência, ainda que pouco possa ser dito em termos qualitativos, parece apontar para uma importante questão de gênero. Enquanto grande parte do apoio aos homens idosos com limitações funcionais e/ou instrumentais parece vir de suas cônjuges, normalmente idosas, no caso das mulheres

idosas esse apoio potencial parece ser principalmente provido pelos filhos. Nesse caso, dada a maior expectativa de vida das mulheres, tende a crescer a participação da provisão de cuidados por parte dos filhos e a se intensificarem as transferências intergeracionais. Por um lado, isso pode corresponder a uma alternativa positiva, dado o enxugamento do papel do Estado e suas crescentes restrições orçamentárias. Por outro, pode implicar um aumento das tensões internas na família, pois não constam do rol das políticas públicas disponíveis para a sociedade brasileira formas de apoio à família que a auxiliem no enfrentamento dessas novas demandas.

A breve análise das políticas implementadas na Alemanha, na Dinamarca e no Estados Unidos, as quais fazem parte do sistema de seguridade social desses países e apresentam distinções condizentes com os modelos e tipologias tradicionalmente associados, apresenta, sinteticamente, as possíveis opções de políticas. O abismo existente entre as políticas sociais vigentes no Brasil e as da Dinamarca, e o padrão de gastos observado neste último país com os idosos, não nos permitem identificar na política dinamarquesa uma alternativa viável para a questão no Brasil, dadas as decantadas restrições orçamentárias e fiscais com as quais se depara o Estado brasileiro.

A opção pelo mercado, como no caso norte-americano, também não parece ser a mais adequada para um país, como o Brasil, onde aproximadamente 1/3 da população vive em condição de pobreza, estando, portanto alijada da participação no mercado. Mesmo no caso dos idosos em que a incidência da pobreza é menor do que a observada para o resto da população, uma renda média de dois SMs certamente não os habilitaria a buscar serviços de cuidados de longa duração no mercado. Além disso, a disponibilidade do mercado brasileiro, principalmente no que se refere à institucionalização do idoso, se demonstra bastante precária, pois as estimativas analisadas indicam que menos de 1% da população idosa brasileira reside em ILPIs.

A opção alemã implica incorporar, e/ou construir, um novo programa ao sistema de seguridade social, com correspondentes alíquotas de contribuição, quer em regimes de capitalização ou repartição, que envolvam minimamente os preceitos de solidariedade intergeracional típicos de um sistema securitário. Esse exemplo parece sinalizar para um melhor equacionamento dos custos envolvidos no cuidado dos idosos com perdas funcionais e/ou instrumentais, porém, pelo lado das despesas e do equilíbrio das contas do sistema de seguridade social brasileiro, qualquer tentativa de incorporação de novos riscos e alíquotas incorre em inúmeros vetos e resistências por parte, principalmente, dos poucos contribuintes do sistema. Outros aspectos a ressaltar, no caso alemão, são a maior participação e a própria incorporação dos familiares enquanto cuidadores formais e reconhecidos como tal perante o sistema.

Para que se possa avançar no debate sobre os cuidados de longa duração voltados para uma população idosa crescente, faz-se necessário rediscutir e redefinir uma série de parâmetros do atual sistema de seguridade social, em especial a expressiva parcela de trabalhadores informais que estão alijados dele. A informalidade presente no mercado de trabalho brasileiro, associada a uma visão de *curto-prazo* dos membros do Executivo e Legislativo brasileiro resultou em alíquotas de contribuição para o sistema de seguridade social brasileiro já bastante elevadas, o que dificultaria a incorporação de qualquer nova alíquota ou risco ao sistema. O precário equilíbrio, ou resultado, do sistema de seguridade social brasileiro precisa ser revisto e analisado à luz das tendências demográficas, sociais e econômicas que se vislumbram para os próximos 20 ou 30 anos. Somente após o reequacionamento do sistema é possível pensar a incorporação desta nova e latente demanda da sociedade brasileira.

REFERÊNCIAS

- BENGTON, V. L.; MARTIN, P. Families and intergenerational relationships in aging societies: comparing the United States with German-speaking countries. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, band 34, heft 3, 2001.
- CAMARANO, A. A. *et al.* Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p.137-168.
- CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. de M. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004.
- _____. *Envelhecimento, pobreza e proteção social na América Latina*. Ipea, 2007 (Texto para Discussão, n. 1.292).
- CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. de M.; LEMOS, V. R. Cuidados de longa duração para a população idosa: uma questão de gênero? In: NERI, A. L. (Org.). *Qualidade de vida na velhice*. Enfoque multidisciplinar. Campinas: Alinea, 2007.
- DRAIBE, S. M.; RIESCO, M. *Estado de bienestar, desarrollo económico y ciudadanía: algunas lecciones de la literatura contemporánea*. Unicamp, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP), 2006 (Caderno, n. 77).
- ESPING-ANDERSEN, G. *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1990.
- ESPING-ANDERSEN, G. *et al.* *Why we need a new welfare state*. Oxford University Press, 2002.
- EU – European Union. *Joint report by the commission and the council on supporting national strategies for the future of health care and care for the elderly*. 2003.
- JACOBZONE, S.; CAMBOIS, E.; ROBINE, J. *Is the health of older persons in oecd countries improving fast enough to compensate for population ageing?* 2000 (OECD Economic Studies, n. 30).
- GIBSON, M. J.; GREGORY, S. R.; PANDYA, S. M. *Long-term care in developing nations: a brief overview*. Washington D.C. AARP (Working Paper, n. 13).
- GOLDANI, A. M. Contratos intergeracionais e reconstrução do estado de bem-estar. Por que se deve repensar essa relação para o Brasil? In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 353-410.
- LAMURA, G. *Supporting cares of older people in Europe: a comparative report on six European countries*. Texto apresentado na 11th European Social Services Conference, Veneza, 2-4 de julho de 2003.
- ONU – Organização das Nações Unidas. *Plan de acción internacional sobre el envejecimiento*. Viena, Austria, 1982 (Resolución, n. 37/51).
- _____. *Plan de acción internacional sobre el envejecimiento*. Madrid, Espanha, 2002 (Resolución, n. 57/167).
- _____. *World population prospects: the 2006 revision*. Disponível em: <<http://esa.un.org/unpp/p2kdata.asp>>. Acesso em: 24 set. 2007.

PHILIPSON, C. *Reconstructing old age: new agendas in social theory and practice*. London: Sage Publications, 1998.

SAAD, P. M. Transferência de apoio intergeracional no Brasil e na América Latina. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 169-210.

UGÀ, A. A. D.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. T. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

EDITORIAL

Coordenação

Iranilde Rego

Supervisão

Andrea Bossle de Abreu

Revisão e Editoração

Equipe Editorial

Livraria

SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES,

Térreo

70076-900 – Brasília – DF

Fone: (61) 3315-5336

Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Tiragem: 130 exemplares