

POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO: AS LACUNAS DA LEI E A QUESTÃO DOS CUIDADORES

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte¹
Marília Anselmo Viana da Silva Berzins²
Karla Cristina Giacomin³

1 INTRODUÇÃO

A partir da segunda metade do século XX, com a redução da mortalidade infantil e das taxas de fecundidade, a sobrevivência democratizou-se em grande parte do mundo, o que contribuiu para o envelhecimento populacional dos países, inclusive no Brasil. No nosso meio, essa transição demográfica e o expressivo ganho em expectativa de vida, inclusive para a população idosa, tiveram início na metade do século XX e devem continuar a progredir. Dados recentes apontam que a esperança de vida para quem nasceu em 2013 era de 70 anos para os homens e de 79 anos para as mulheres. Aos 60 anos, os homens podiam viver mais 18,5 anos e as mulheres, 24,5 anos, havendo margem ainda para o crescimento deste indicador (Camarano, 2015).

Além disso, o ganho no tempo de vida é acompanhado pela transição epidemiológica, ou seja, pelo aumento progressivo da prevalência de doenças e agravos crônicos não transmissíveis (Dant), responsáveis por uma crescente demanda por cuidados contínuos. A presença de multimorbidades (duas ou mais doenças simultâneas) é observada em quase 60% do segmento idoso, mas destaque especial deve ser dado às síndromes demenciais, consideradas a epidemia do século XXI, pois exigem cuidados prolongados e específicos (Burlá *et al.*, 2013). Em nosso meio, os cuidados a pessoas idosas portadoras de demência são oferecidos, basicamente, pelas famílias, com pouco ou nenhum apoio institucional, ou mesmo políticas específicas para este fim (Camarano, 2015).

1. Professora livre docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).

2. Doutora em saúde pública pela Universidade de São Paulo (USP); pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa do Envelhecimento da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); professora convidada do Instituto Sades Sapiential (ISS); presidente do Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento (Olhe); e consultora técnica em gerontologia.

3. Médica geriatra da Prefeitura de Belo Horizonte; pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (Nespe) do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz Minas Gerais (CPqRR-Fiocruz Minas).

Contudo, vale lembrar que não são apenas a idade ou as doenças, mas as condições do curso de vida individual, em um determinado contexto socioeconômico e cultural, que determinam “como uma pessoa idosa fica velha” (Augé, 2014). Daí a grande heterogeneidade do envelhecimento em todo o país, caracterizado também por importantes desigualdades sociais e de gênero, que geram demandas desiguais entre os diferentes grupos sociais.

Diante desse panorama de demandas assistenciais crescentes e de uma rede socioassistencial heterogênea e ainda precária, este capítulo busca iluminar uma questão muito relevante, mas pouco tratada no texto da Política Nacional do Idoso (PNI): quem será responsável pelo cuidado dos idosos mais dependentes?

2 CUIDADO E CUIDADORES

O cuidado deve ser compreendido como o eixo da essência humana, por isso parece razoável supor que o ato de cuidar seja uma consequência da revolução da longevidade. Trata-se de um fenômeno universal, presente na vida do ser humano desde a antiguidade e responsável por sua sobrevivência. Sem o cuidado ao longo da vida, desde o nascimento até a finitude, o homem se desestruturará, definhará. Sua vida perderá o sentido e ele morrerá. Portanto, em um mundo que envelhece progressivamente, o cuidado e o cuidar adquirem dimensões especiais.

Embora haja muitas definições e discussões propostas sobre esse tema, pode-se compreender o cuidado como um fenômeno existencial, pois ele faz parte do ser, da condição humana. Ele é também relacional, pois ocorre em relação a outro, sendo revelado na coexistência com outros indivíduos. O cuidado é também contextual, uma vez que existem variações e intensidades diversas nas formas e nas expressões de cuidar conforme o meio considerado (Pinheiro e Mattos, 2005).

Para tanto, o cuidado envolve um conjunto de atividades específicas, cultivadas pelos indivíduos para desenvolver, conservar e recuperar nossos corpos, nosso ser e nosso ambiente, ou seja, tudo o que buscamos para tecer uma rede complexa de sustentação da vida, a qual nos permite viver tão bem quanto possível. Este cuidado envolve cuidar de si mesmo (autocuidado), dos outros, e envolve a pessoa que cuida (o cuidador) assim como a pessoa que é cuidada (a pessoa idosa).

O cuidado envolve ação, sentimentos e atitude moral. Ele se concretiza por meio da ação de cuidar, que tem sempre uma conotação de prover, favorecer o bem-estar do outro. O ato de cuidar representa um movimento em direção a algo ou alguém que é inspirado por interesse ou preocupação. Trata-se de uma ação que possui direção concreta e determinada, bem como apresenta uma dimensão moral que objetiva aliviar, satisfazer, ajudar, confortar e apoiar quem necessita de cuidado (Hirata e Guimarães, 2012).

Não se restringe apenas à técnica: o cuidado diferencia-se da mera execução de um procedimento pela preocupação, pelo interesse e pela motivação expressos em uma atitude que se traduz em um impulso, uma ação voltada para fazer algo para ajudar. Esta ação é interativa, pois aproxima a pessoa que cuida da que é cuidada por meio de gestos, palavras e olhares. Há um envolvimento entre quem executa a ação e a pessoa a quem esta se destina, um ser humano que precisa de atenção e com quem se tem um compromisso e uma responsabilidade. Por isso, cuidar é sempre um compromisso entre diferentes atores envolvidos nessa ação.

O cuidado requer do cuidador responsabilidade, solidariedade, revisão dos princípios éticos, esforços que lhe permitam compreender o outro segundo suas possibilidades. Entre o cuidador e a pessoa cuidada estabelecem-se relações de cuidado, expressas pelo comportamento de cuidar e por sentimentos compartilhados entre os envolvidos, como confiança, respeito, consideração, interesse, atenção, entre outros. Nesse sentido, o cuidado somente ocorrerá de fato se a pessoa cuidada se sentir bem, reconhecida e aceita como ela é, conseguindo se expressar de forma autêntica, apesar de suas limitações. Ao cuidador cabe oferecer apoio, ajuda, informações e trocar ideias. Além disso, ele deve se responsabilizar e se comprometer com a manutenção de um clima harmônico de cuidado (ambiente de cuidado).

Ademais, cumpre lembrar que o desejo de se sentir cuidado é particularmente importante quando os problemas e as suas soluções são complexos, algo frequente na vida das pessoas idosas mais dependentes. O cuidado integral pode não suprimir o sofrimento, mas pode eliminar os seus motivos, as condições de sua produção, alterando as formas e o peso dos modos de vida de sujeitos, famílias e comunidades (Mattos, 2006).

Em toda ação de cuidado existe ou deve existir a intenção de promover o bem-estar, de manter a pessoa cuidada segura e confortável, oferecendo-lhe apoio para minimizar seus possíveis riscos e, na medida do possível, a sua vulnerabilidade. Na área da saúde, a tendência é caminhar na direção das práticas de cuidado que enfatizem o gerenciamento da saúde mais que o da doença, e que estas ocorram em redes de proteção integradas, formadas por um conjunto de serviços organizados capazes de prover um cuidado coordenado e contínuo à população necessitada.

Na perspectiva da integralidade, o cuidado consiste em uma resposta ao sofrimento da pessoa que necessita ser assistida, e não a sua redução a um aparelho ou a um sistema biológico que requer reparo. A integralidade está presente no encontro, na conversa, na atitude de todos os atores envolvidos na ação de cuidar, que devem buscar reconhecer as necessidades das pessoas para além das suas demandas explícitas (Pinheiro e Mattos, 2005).

Portanto, em se tratando da prestação de cuidados sistemáticos na rede pública, é fundamental conhecer as demandas de cuidados e os apoios com os quais se pode contar. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) evidenciam

que, no Brasil, cerca de 9 dos 26 milhões de idosos, isto é, 34,6%, necessitam de cuidados contínuos (IBGE, 2013).

Como essas pessoas estão sendo cuidadas?

3 ENVELHECIMENTO, CUIDADO E CUIDADOR

O envelhecimento é uma fase natural do desenvolvimento humano que não se restringe a um período de perdas e incapacidades. Simone de Beauvoir reconhece a velhice como resultado de um processo que envolve vários aspectos relacionados entre si e que geram mudanças contínuas no curso da vida.

Não basta, portanto, descrever de maneira analítica os diversos aspectos da velhice: cada um deles reage sobre todos os outros e é afetado por eles; é no movimento indefinido desta circularidade que é preciso apreendê-la (Beauvoir, 1990, p. 16).

Embora possam ocorrer certas limitações com o passar do tempo, elas não eliminam as potencialidades únicas e distintas dessa fase da vida. Quando estas limitações são prevenidas, compensadas e bem cuidadas, é possível uma pessoa viver com respeito, dignidade, qualidade, autonomia, dignidade e, acima de tudo, tendo seus direitos humanos preservados.

Cuidar de pessoas idosas significa um ato, uma ação, uma atitude que compreende a existência do outro. Este outro é uma pessoa com uma história, uma longa trajetória de vida e com diferentes realizações. São pessoas que contribuíram de forma significativa para a construção da sociedade atual e podem contribuir com conhecimentos e vivências peculiares advindas de sua cultura, lente através da qual elas conseguem ver o mundo.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) define o cuidador como: a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente, no exercício das suas atividades de vida diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicações de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços que requeiram no cotidiano, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área de enfermagem (Brasil, 2006b).

Outra maneira de compreender o cuidador foi dada pelo Ministério da Saúde (MS), nos *Cadernos de Atenção Básica*:

cuidador é a pessoa, da família ou não, que presta cuidados à pessoa idosa que apresenta dependência (em maior ou menos grau). Suas tarefas envolvem o acompanhamento nas atividades diárias, como auxílio na alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina entre outros; auxiliando na recuperação e na qualidade de vida dessa pessoa (Brasil, 2006a, p. 43).

Em 2007, após a realização de uma oficina em Blumenau para elaboração da proposta do curso de preparação de cuidadores de pessoas idosas com dependência

e de seus formadores, o MS definiu o que é ser cuidador. A oficina foi realizada com representantes de todo o país. Para o MS, o cuidador é:

uma pessoa que cuida de pessoas idosas com dependência, desenvolvendo ações que promovam a melhoria da sua qualidade de vida em relação a si, à família e à sociedade. Suas ações fazem interface principalmente com a saúde, a educação e a assistência social e devem ser pautadas pela solidariedade, compaixão, paciência e pelo equilíbrio emocional (Duarte, 2009, p. 18).

Essa definição foi discutida pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e aprimorada.

No ano de 2014, a SBGG, preocupada com os rumos da regulamentação da profissão de cuidador, elaborou um texto para a formação daqueles que ingressam na tarefa de cuidar. Esse material, cuidadosamente preparado em oficinas pedagógicas realizadas nos congressos estaduais de São Paulo e do Rio de Janeiro, em 2013, e em Belém, em 2014, sugere alguns pressupostos para a capacitação inicial de indivíduos que buscam qualificação antes de iniciarem a tarefa de cuidar.⁴

Fala-se do cuidado cotidiano, aquele que a pessoa idosa faz no ambiente habitual para o autocuidado ou para a manutenção de sua participação social ativa. Quando, por qualquer razão – por questões físicas, mentais ou ambas –, a pessoa idosa tem dificuldades no desempenho das atividades diárias, ou não é mais capaz de executá-las de forma independente, faz-se necessário a presença de um cuidador.

Até muito recentemente, a figura do cuidador centrava-se quase exclusivamente nos elementos familiares que voluntariamente ou por ausência de opções disponibilizavam-se a auxiliar seus parentes mais idosos. Historicamente esperava-se que, por exemplo, um filho permanecesse na casa dos pais quando estes envelhecessem. Filhos únicos e mulheres solteiras eram particularmente vulneráveis a assumir esta função. Quando um cuidador familiar está disponível, a carga sobre ele pode ser muito significativa. É o caso de muitas esposas idosas, que apesar de frequentemente exercerem esta função, não se encontram fisicamente capazes de atender à demanda constante de cuidados de seus cônjuges. Além disso, embora comunquem da realidade sociocultural da pessoa idosa, a esposa exerce esse cuidado de forma intuitiva, integral (durante as 24 horas do dia) e improvisada, sem contar com qualquer formação ou apoio (Giacomin, Uchôa e Lima-Costa, 2005).

No âmbito dos serviços de saúde, em geral, a assistência prestada pela equipe é limitada apenas à pessoa idosa, enquanto o cuidador não costuma ser visto como alguém que também precisa de cuidados. Embora, este cuidador familiar acabe sendo um aliado da equipe da saúde da família e um gerente do cuidado, faz-se

4. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/educacao-para-o-cuidado-a-distancia-entre-o-pensar-e-o-agir/>>.

necessário valorizá-lo, acolhê-lo e escutá-lo, trocando informações para a melhoria do cuidado (Louvison e Rosa, 2012).

Torna-se assim importante que outras opções assistenciais sejam oferecidas às famílias, com o objetivo de adequar a assistência às necessidades dos idosos.

4 A PNI E A QUESTÃO DO CUIDADO E DOS CUIDADORES

Indubitavelmente, a criação e a publicação de uma lei voltada à garantia dos direitos sociais dos idosos devem ser consideradas grandes conquistas. Porém, mais importante que a lei é a sua concretização efetiva.

A PNI atinge a sua maioria e embora seja importante aprimorá-la em seu conjunto, trata-se de uma legislação abrangente e completa, que tem por finalidade em seu art. 1º: “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (Brasil, 1994). Assim colocado, compreende-se que a todos os idosos estaria garantido o direito à participação social ativa, independentemente de suas condições de saúde ou funcionalidade. A questão é: este direito definido por lei está sendo respeitado ou garantido?

No capítulo II, art. 3º, o inciso I dos princípios e das diretrizes da PNI estabelece o seguinte: “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida” (Brasil, 1994). Observa-se aqui um tripé de “igual” responsabilidade na garantia do “melhor bem-estar” dos idosos, o qual está intimamente relacionado com a preservação da dignidade e o direito à vida. De que vida está se falando? Viver com dignidade significa, entre outras coisas, estar adequadamente assistido em suas necessidades, ou seja, o direito à vida deveria estar associado ao direito ao cuidado, sobretudo nas idades mais longevas. Esta deveria ser uma responsabilidade compartilhada pela família, pela sociedade e pelo Estado.

Infelizmente, não é isso o que acontece. Em nosso meio, ainda hoje, a principal responsável pelo cuidado da pessoa idosa é a família, e grande parte dela auxilia seus membros mais necessitados tão bem quanto pode, e pelo maior período possível. Porém, dadas as transformações que vêm ocorrendo na estrutura familiar, este recurso está se tornando cada vez mais limitado. Com base nos resultados do Censo Demográfico de 2010, as estimativas da taxa de fecundidade total mostram uma queda no número de potenciais cuidadores: o número médio de filhos por mulher, que em 2000 era de 2,38, passou para 1,90 dez anos depois (IBGE, 2010).

Quando os cuidadores familiares alegam ter chegado ao fim de todas as suas capacidades assistenciais, veem-se diante de dois desfechos possíveis: efetuar a institucionalização da pessoa cuidada; ou enfrentar a acusação de negligência e a consequente criminalização (Brasil, 2003). A sociedade e o Estado, embora bastante negligentes no cuidado à pessoa idosa, não estão sujeitos a este juízo, o que expõe uma grande injustiça.

Na PNI, cuja regulamentação foi feita pelo Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, observa-se, em especial no seu art. 2º, parágrafo único, que o texto relativo ao Ministério da Previdência e Assistência Social enfatiza o cuidado do idoso em nível familiar em detrimento de sua transferência para uma instituição, recurso que deveria ser destinado apenas aos idosos muito pobres, abandonados ou completamente sem família.

Portanto, na lei, a mudança para uma instituição decorreria da inexistência de serviços suficientes ou eficazes para assistir as necessidades tanto dos idosos dependentes quanto as de seus familiares. Contudo, no Brasil, menos de 1% dos idosos encontra-se em instituições de longa permanência para pessoas idosas – Ilpis (Camarano, 2010).

Além disso, no Brasil, as Ilpis atuam de forma e em realidades muito distintas (Camarano, 2010). Em muitas instituições conveniadas com o poder público ou de caráter filantrópico, é bastante frequente haver residentes com graves incapacidades físicas e cognitivas. Em decorrência do processo de luta antimanicomial e da falta de apoio às famílias, também não é incomum que pessoas egressas de instituições de saúde mental sejam transferidas para as Ilpis, onde não recebem o cuidado que precisam. Além disso, a população de uma Ilpi modifica-se com o tempo, sendo esperado um agravamento da dependência funcional em razão da evolução dos quadros clínico-funcionais dos internos.

Tudo isso contraria o que está previsto na seção II das diretrizes, que em seu parágrafo único estabelece ser “vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social”. Esta redação mostra-se inadequada. Possivelmente, em uma significativa parcela das Ilpis existem idosos residentes com doenças que requerem assistência especializada, como os portadores de demência, sem que haja o quadro de recursos humanos estabelecido na legislação. Estes idosos podem já ter ingressado na instituição com esse tipo de doença mais incapacitante ou tê-la desenvolvido quando já lá residiam. O que fazer neste último caso? Mudá-lo de instituição? E o caráter residencial, onde fica? E o respeito à vontade da pessoa idosa, como preservar?

Poder-se-ia lançar mão da própria PNI para interferir nessa realidade. No capítulo IV das ações governamentais, na alínea “a” do inciso I, lê-se: “prestar serviços

e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades *básicas* do idoso mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não governamentais” (Brasil, 1994, grifo nosso). Várias são as necessidades consideradas básicas: alimentação, renda mínima, moradia, cuidado à saúde etc. Elas estão presentes tanto no ambiente familiar quanto no institucional. Uma necessidade considerada básica é fundamental para desempenhar adequadamente as atividades cotidianas, ligadas à sobrevivência, por isso denominadas atividades básicas de vida diária. Caso haja qualquer comprometimento neste desempenho, a pessoa passa a necessitar de ajuda, sendo, na maioria das vezes, assistido parcial ou totalmente por algum membro familiar, um cuidador. Este é dito informal quando cuida de alguém de modo voluntário, usualmente de um familiar, amigo ou vizinho. Denomina-se cuidador formal a pessoa que é remunerada para exercer esta função, com ou sem vínculo empregatício.

A necessidade de um cuidador surgirá em função das dificuldades físicas e ou cognitivas das pessoas idosas, que requererão assistência parcial ou total para o desempenho de suas atividades cotidianas. Assim, na prática, o cuidador surge quando as necessidades de ajuda são superiores à capacidade de autocuidado das pessoas idosas.

5 PERSPECTIVAS PARA O CUIDADO DE IDOSOS

Tradicional e legalmente, a família é considerada a principal responsável pelo cuidado do idoso, juntamente com a sociedade e o Estado, conforme a Constituição Federal de 1988, a PNI e o Estatuto do Idoso. Nas últimas décadas, no entanto, ocorreram mudanças marcantes na estrutura familiar.

- 1) Queda expressiva das taxas de fecundidade. Esta mudança leva à queda da taxa de reposição populacional e, conseqüentemente, à queda no tamanho das famílias. Assim, o potencial assistencial familiar aos membros mais dependentes tenderá a ser menor. Estima-se que, dos atuais cinco potenciais cuidadores por idoso, chegaremos a 2050 com menos de dois cuidadores potenciais (IBGE, 2013).
- 2) Alterações no formato das famílias na sociedade moderna, como múltiplos casamentos, uniões homoafetivas, inseminação artificial, famílias unipessoais etc. têm impacto no futuro do cuidado.
- 3) Inserção crescente e irreversível da mulher no mercado de trabalho altera a tradição do cuidado em nossa sociedade. Entretanto, não é possível pensar na retirada da mulher do mercado de trabalho, dado o impacto econômico que isso poderia causar (Hirata e Guimarães, 2012).

Diante desse panorama de profundas transformações, resta saber como as famílias brasileiras assistiriam de fato seus membros idosos mais dependentes.

Estudo desenvolvido por Duarte, Lebrão e Lima (2005) com dados do estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (Sabe) mostrou que as famílias não são capazes de suprir mais de 50% das demandas de seus membros idosos mais necessitados, independente do arranjo familiar considerado.

Embora a provisão de cuidados pela família esteja decrescendo, isto não reduz sua importância no auxílio aos idosos dependentes, mas significa uma nova divisão de trabalho e a responsabilidade partilhada entre a família, o Estado e o mercado privado (Camarano, 2015). Atualmente cerca de 3,2 milhões de idosos são cuidados por suas famílias no espaço privado do domicílio (Watanabe, 2015). Segundo Camarano (2010), até 2020, cerca de 4,5 milhões de idosos terão dificuldades para realizar suas atividades cotidianas, necessitando, portanto, de cuidado. A maior parcela deste cuidado ainda será assumida pelas famílias, mas elas também necessitarão de auxílio.

Ressalte-se que, quando um membro da família precisa de cuidados, a família também precisa. Porém, se a prioridade legal é manter o idoso no ambiente familiar, resta saber como serão feitos os cuidados com a família. O que fazer quando a família não tem meios de oferecer alimentação, higiene, medicamentos e presença adequados? Institucionalizar? Onde? (Giacomin, 2015).

Embora nos últimos anos tenha havido um crescimento importante dos programas de assistência domiciliar (AD), em especial os públicos (Melhor em Casa e Estratégia Saúde da Família – ESF), e dos planos privados de saúde – os quais têm apresentado resultados muito positivos – eles se destinam mais ao monitoramento de Dants. Importante lembrar que os programas de AD preenchem uma lacuna assistencial, pois até a sua implantação as pessoas mais dependentes possivelmente não estavam sendo assistidas, em razão de dificuldades de acesso às unidades de saúde e à residência da pessoa idosa. Porém, para que os idosos sejam incluídos nestes programas, é necessária a existência de um cuidador indicado pelas famílias, o qual será responsável pela continuidade do cuidado proposto pelas equipes de AD.

Entretanto, mesmo com o apoio dos programas de AD, muitos cuidadores sentem-se sobrecarregados, pois a eles cabe o cuidado nas múltiplas dimensões do idoso mais dependente, sem que tenham recebido preparo adequado para a função. Não é incomum que os diferentes profissionais das equipes de AD forneçam informações relacionadas ao cuidado separadamente, cabendo ao cuidador a tarefa de juntá-las, transformando-as em uma ação concreta de cuidado. Isso, por si só, além de ser altamente estressante, pode comprometer a qualidade do cuidado e ou o próprio bem-estar do cuidador.

Programas voltados para o cuidador (Cuidando do cuidador) são ainda incipientes em nosso meio. Geralmente programas e atividades orientados para o bem-estar do cuidador somente são úteis à medida que se garanta, paralela e simultaneamente, o cuidado ao idoso. Infelizmente, os programas públicos de

AD não disponibilizam recursos humanos que possam permanecer 24 horas no domicílio auxiliando o idoso em suas dificuldades. Em outros países, estes recursos existem e garantem o descanso do cuidador por tempo maior, de forma a preservá-lo (Hirata e Guimarães, 2012). Este tipo de programa deve fazer parte da discussão sobre a construção de uma política de cuidados de longa duração em nosso país.

Assim, para apoiar as pessoas mais velhas com algum grau de incapacidade e evitar a sua institucionalização, além dos cuidadores domiciliares, seria necessário disponibilizar na comunidade serviços de complexidades variáveis, em especial aqueles voltados aos idosos mais dependentes. Infelizmente, mesmo tendo passado mais de vinte anos da publicação da PNI, estas iniciativas públicas de auxílio às famílias ainda são excepcionais na maioria das cidades brasileiras.

Duas capitais mantêm programas que podem exemplificar bem o previsto nesse item da PNI: São Paulo e Belo Horizonte.

Na capital paulista, desde 2004 é desenvolvido o Programa de Acompanhantes de Idosos (Berzins e Paschoal, 2009), da Secretaria Municipal de Saúde. Trata-se essencialmente de um programa de cuidadores no qual repensa-se a assistência com base nas mudanças da sociedade. Ele faz parte do que pode ser denominado “novos” serviços ante um mundo em plena mudança. Os dez acompanhantes compõem uma equipe assistencial juntamente com um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um auxiliar administrativo e um motorista, e todos são coordenados por um assistente social. Os objetivos do programa são: *i*) oferecer acompanhamento domiciliar e apoio às atividades diárias, desenvolvendo ações de cuidado e suporte a idosos em situação de dependência; *ii*) desenvolver ações de cuidado e suporte aos familiares e cuidadores; *iii*) promover a autonomia e a independência do idoso, e a sua integração social; *iv*) ampliar o acesso aos serviços de saúde; e *v*) evitar ou postergar a institucionalização e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida do idoso assistido.

Para ser incluído, é necessário que o idoso: *i*) resida na área de abrangência do programa; *ii*) tenha idade igual ou superior a 60 anos; *iii*) apresente dependência funcional para as AVDs decorrentes de agravos da saúde; *iv*) tenha mobilidade reduzida e dificuldade de acesso aos serviços de saúde; *v*) apresente insuficiência no suporte familiar ou social; e *vi*) viva em isolamento ou exclusão social e em risco de institucionalização. A equipe realiza uma avaliação multidimensional ampla do idoso, que inclui diagnósticos clínicos, medicação, avaliação da capacidade funcional, consultas, seguimentos e procedimentos, avaliação das condições de higiene pessoal e ambiental, e das condições socioeconômica e familiar, ponderação dos fatores ambientais de risco, do isolamento social e do suporte social. Após esta avaliação, conforme a complexidade da situação (baixa, média ou alta), é traçado um plano de cuidados com monitoramento sistematizado, em que conste o número

de visitas semanais dos acompanhantes, o tempo previsto em cada visita e as ações a serem desenvolvidas junto à pessoa idosa. Atualmente, existem 24 equipes que atendem 2.809 idosos.

Em Belo Horizonte, o programa Maior Cuidado destina-se ao público idoso frágil, sendo coordenado pela Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social (SMAAS) e cogerido pela Coordenação de Atenção à Saúde do Idoso (Casai). Desde 2012, a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) oferece atendimento domiciliar aos idosos frágeis em situação de semidependência e dependência funcional, e de vulnerabilidade social. Além disso, eles devem ser residentes em áreas de alto risco adstritas aos centros de referência da assistência social (Cras). O projeto Cuidador é parte do programa Maior Cuidado, uma iniciativa intersetorial coordenada pela SMAAS, com a cogestão e a participação da SMSA e o acompanhamento da Secretaria Municipal de Políticas Sociais (SMPS). Participam do projeto 53 centros de saúde e 26 Cras. Segundo dados da Casai, 127 cuidadores contratados atenderam 972 pessoas idosas (686 mulheres e 286 homens), das quais 542 semidependentes e 430 dependentes (Sartini e Correia, 2012).

Os dois programas são mantidos exclusivamente por financiamento público e representam exemplos exitosos de política pública decorrente de vontade política. Ambos, louváveis em sua iniciativa e originalidade, precisam ser apoiados, aprimorados e amplificados, para aumentar sua abrangência e eficiência. Isto estaria de acordo com o decreto de regulamentação da PNI, que define no art. 9º, inciso VIII, “desenvolver e apoiar programas de prevenção, educação e promoção da saúde do idoso de forma a (...) b) estimular o autocuidado e o cuidado informal.” (Brasil, 1996).

Nesse artigo observa-se a referência ao cuidador, o qual, associado aos programas citados, deveria ser capacitado a auxiliar a pessoa idosa em suas necessidades após um programa de orientação/capacitação. Isto é reforçado de certa forma pelo art. 15 da mesma PNI, onde se lê: “compete aos Ministérios envolvidos na política nacional do Idoso, dentro das suas competências, promover a capacitação de recursos humanos voltados ao atendimento do idoso” (Brasil, 1994). Embora não esteja claramente explicitado, pode-se compreender ser uma atribuição ministerial a elaboração e a execução de programas de capacitação aos cuidadores.

Nesse sentido, diferentes iniciativas foram realizadas pelo MS, algumas em parceria com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), em nível nacional, para a capacitação de cuidadores, incluindo o Programa Nacional de Cuidadores (PNCI), de 1999. No entanto, tais iniciativas foram descontinuadas, interrompidas ou tiveram seus objetivos modificados sem qualquer justificativa. Como funcionam tais programas hoje? Como está a articulação interministerial para que os cuidadores façam realmente parte de uma política de cuidados?

Para responder a essas questões é interessante discorrer brevemente sobre a evolução das políticas públicas relacionadas aos cuidadores. A primeira portaria referente aos cuidadores foi a Portaria Interministerial nº 5153, de 7 de abril de 1999, que criou o PNCI. Esse programa voltava-se à capacitação de multiplicadores em nível nacional, os quais, ao retornarem a seus locais de residência, deveriam reproduzir o treinamento recebido, formando cuidadores locais. Após o primeiro treinamento realizado, houve descontinuidade do programa e nenhuma publicação dos resultados obtidos.

Posteriormente, foi publicada a Portaria Interministerial nº 5, de 16 de junho de 2003, que instituía a Comissão Interministerial de Coordenação do PNCI. No prazo de sessenta dias, esta comissão deveria apresentar uma proposta de implementação de uma rede formal de apoio, acompanhamento e orientação de cuidadores de idosos. Esta portaria tentava introduzir, pela primeira vez, uma rede formal de apoio voltada aos cuidadores, de forma a auxiliá-los em suas necessidades e dúvidas, e acompanhar a evolução da pessoa por eles assistida, permitindo, assim, a sua interface com outros serviços necessários. Pela primeira vez se pensou na concretização de uma política de cuidados de longa duração, com o fortalecimento e o apoio dos cuidadores informais. No entanto, apesar de publicada, a portaria nunca foi executada, e tampouco houve qualquer explicação formal para isto.

De 2003 a 2007, politicamente, nada mais aconteceu em relação aos cuidadores. Em meados de 2007, por iniciativa da Área Técnica de Saúde do Idoso e do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do MS, foi realizada uma oficina para elaboração de proposta de cursos de preparação de cuidadores de pessoas idosas com dependência e cursos de formação de formadores de cuidadores de pessoas idosas com dependência. Estes eventos aconteceram em Blumenau e contaram com representantes de todo o país. O objetivo da oficina foi formar um consenso em nível nacional sobre os eixos estruturantes dos cursos de capacitação de cuidadores a serem desenvolvidos em nível público, pelas (mas não apenas) escolas técnicas de saúde. Tais eixos deveriam orientar outras iniciativas nesta área, visando à profissionalização do cuidador num futuro próximo (Duarte, 2009).

Ao final da oficina, propôs-se a realização de cursos em projeto piloto em cinco estados brasileiros que, depois de executados, seriam reproduzidos em nível nacional, criando-se, em curto espaço de tempo, um número significativo de cuidadores adequadamente formados. A partir daí, poder-se-ia pensar na profissionalização da categoria.

Os cursos integrariam o Programa Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos, de 2008, e seriam realizados como parte da Política Nacional de Formação Permanente na Saúde, sendo executados pela rede de escolas técnicas do SUS (ETSUS). Além disso, seriam incorporados ao Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps) – um programa com recursos para a qualificação de

centenas de milhares de trabalhadores no país. Esta qualificação dos cuidadores, cujo requisito de acesso seria o ensino fundamental completo, se daria por meio de um “perfil de competências” desenvolvido para o programa, tendo carga horária de formação de 160 horas, das quais 120 horas seriam teórico-práticas e 40 horas, práticas.

Esse programa, denominado Mais Saúde, tinha como meta qualificar 66 mil cuidadores até 2012. Apesar do empenho de muitas pessoas, ele foi interrompido com a justificativa de que as pessoas formadas não seriam absorvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pois não estavam previstas no quadro de pessoal da rede pública. A partir daí, o programa voltou a ser direcionado à capacitação de cuidadores familiares pela ESF. Isso foi, sem dúvida, um grande retrocesso ainda não superado.

Importante ressaltar que, desde 2002, a ocupação⁵ de cuidador de idosos é reconhecida pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).⁶ Essa classificação funciona como um guia para formalizar os profissionais que muitas vezes já atuam no mercado, e o código correspondente ao cuidador de idosos é 5162-10. Este código confere aos trabalhadores a natureza de reconhecimento para o exercício da ocupação, incluindo-se o registro em carteira com o nome “cuidador de idosos”. A inclusão desta ocupação na CBO é extremamente importante por certificar o reconhecimento de uma atividade desenvolvida no mercado de trabalho.

Por sua vez, as profissões precisam ser normatizadas por meio de leis e normas, sendo o processo apreciado pelo Congresso Nacional (Senado e Câmara dos Deputados) e sancionado pelo Presidente da República.

O Projeto de Lei (PL) nº 6966/2006, de autoria do deputado Inocêncio de Oliveira, do Partido Republicano de Pernambuco (PR-PE), foi o primeiro a propor no Congresso Nacional a criação da profissão cuidador. Na justificativa, o projeto afirmava que “embora não reconhecida formalmente, a atividade de cuidador existe” e “cuidar do idoso ou de qualquer outra pessoa necessitada em casa não deixa de ser obrigação da família”. Entretanto, tendo em vista as condições sociais e de saúde dos cuidadores familiares, em sua maioria mulheres, sendo muitas também idosas, seria não apenas necessário, mas urgente que estas tivessem “a faculdade de dividir tais cuidados com um profissional habilitado”.⁷

Desde então, observa-se um longo período de tramitações e discussões, mas até o momento a profissão ainda não foi criada, ou seja, normatizada. Não se trata de um

5. O termo ocupação serve para identificar e classificar as diversas atividades profissionais em todas as áreas, sendo as ocupações codificadas e ordenadas por grupos.

6. A CBO é uma norma de classificação das atividades econômicas e profissionais existentes no Brasil, nos mais diferentes setores de atividade, tanto do setor público como do privado.

7. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=722692&filename=A_vulso+-PL+6966/2006>.

processo simples, pois há setores profissionais na sociedade que, historicamente, são expressamente contrários à criação da nova profissão, que substancialmente esbarra em “disputas de monopólio de mercado” atuantes com idosos (Ribeiro, 2015).

Groisman (2015) relata que em 2008 outro projeto (PL nº 2.880/2008) com objeto semelhante foi proposto pelo deputado Otávio Leite, do Partido Social da Democracia Brasileira do Rio de Janeiro (PSDB-RJ), um político identificado com o setor empresarial, porém com uma agenda associada à defesa das pessoas com deficiência. O PL nº 2.880/2008 visava regulamentar a profissão de cuidador de pessoas, mas trazia em sua redação uma compreensão distinta sobre os cuidados e a relação da atividade com as profissões da saúde. Como o primeiro, este projeto ainda não foi aprovado.

Em 2011, o Senador Waldemir Moka, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro do Mato Grosso do Sul (PMDB-MS), protocolou no Senado Federal o PL nº 284/2011, o primeiro sobre o exercício da profissão de cuidador de idoso no Senado. Em sua justificativa, a casa destacou que o PL determina as condições mínimas para o exercício da profissão, e discrimina as funções principais e o campo de atuação profissional dos cuidadores de idosos oferecendo-lhes o amparo legal já concedido a outras profissões consolidadas. O PL proposto pelo senador Waldemir Moka tramitou no Senado por um período brevíssimo: protocolado em 25 de maio de 2011, em 10 de junho do mesmo ano teve a senadora Marta Suplicy, à época representante do Partido dos Trabalhadores de São Paulo (PT-SP), designada como relatora da Comissão de Assuntos Sociais (CAS) para analisá-lo.

Após a realização de duas audiências públicas (20 de outubro de 2011 e 1ª de junho de 2012) e uma consulta pública (de 1ª de dezembro de 2011 a 25 de fevereiro de 2012), o PL nº 284/2011 foi aprovado pelo Senado Federal em 12 de setembro de 2012 por comissão em decisão terminativa. Após a aprovação no Senado, foi encaminhado para a Câmara dos Deputados no dia 9 de novembro de 2012, mas, infelizmente, até o presente não foi aprovado. Segundo o *site* da Câmara dos Deputados, que informa a tramitação dos projetos de lei, desde 25 de março de 2015, o PL nº 4.702/2012 (novo número do projeto) encontra-se na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), sob a relatoria da Deputada Benedita da Silva (PT-RJ).

Ao final de 2015, o PL nº 4.702/2012 passou por uma audiência pública realizada na cidade do Rio de Janeiro. A audiência foi liderada pela própria deputada Benedita da Silva, relatora que está analisando o assunto na CSSF. A audiência contou com a participação de diversos segmentos da sociedade. Este encontro teve como novidade a discussão sobre a renomeação da profissão, de cuidador de idosos para cuidador social, uma maneira de atender a outros grupos também necessitados de cuidados, como pessoas com deficiência ou sofrimento mental. A discussão,

embora não tenha sido conclusiva, recebeu apoio de diversos participantes. Sendo assim, é necessário que o assunto continue em pauta, para avançar e efetivar a profissionalização dos cuidadores de idosos, haja vista a urgente necessidade destes profissionais do cuidado.

Importante ressaltar que a audiência pública que tratou do PL nº 4.702/2012, realizada no Rio de Janeiro, não foi oficializada no *site* da Câmara, conforme consulta realizada em abril de 2016. Até esta data, nada constava na página a respeito. Desta feita, o PL está parado nesta comissão sem dela obter nenhum pronunciamento ou parecer.

Em síntese, considerando-se a data de entrada, o PL que cria a profissão de cuidador de idosos está há pelo menos três anos na Câmara dos Deputados, segunda casa legislativa que tem a responsabilidade de aprová-lo, modificá-lo ou arquivá-lo. O Brasil tem pressa na aprovação da profissão, mas não parece ser esta a compreensão da Câmara dos Deputados.

Para Ribeiro (2015), a regulamentação da profissão de cuidador de idosos gera outras discussões importantes, como sobre condições de trabalho, esclarecimento amplo à sociedade sobre as funções, os direitos trabalhistas dos profissionais e a importância de sua inserção nas políticas públicas, tendo em vista o crescimento da população idosa no Brasil. Sem dúvida, os profissionais que já exercem a ocupação estão no mercado de trabalho desenvolvendo suas atividades com distintas habilidades e competências, e nossas casas legislativas, especialmente a Câmara dos Deputados, não parecem dar a devida importância às mudanças demográficas, ao perfil epidemiológico da população brasileira e às mudanças estruturais da família brasileira.

O diálogo está aberto com a sociedade. Os profissionais que desempenham a função de cuidador de idosos ainda não têm alcançando a devida visibilidade e representatividade.

Outra questão a ser superada diz respeito ao real número de cuidadores em nosso meio. Até o presente, tal número é desconhecido, pois muitos não são sequer registrados; outros o são como empregados domésticos, o que mascara a realidade da ocupação e conseqüentemente a necessidade de criar, no aspecto de lei, a sua existência e respeitabilidade.

Segundo Groisman (2015):

a busca pela longevidade sempre fez parte, de alguma forma, dos anseios da humanidade. À medida, entretanto, em que essa longevidade se faz real – não na utopia de uma juventude eterna, mas dentro das possibilidades que o progresso pode proporcionar, tal “realidade” inspira o debate acerca do modelo de sociedade que almejamos para acomodar aqueles que passaram a viver mais. A dificuldade em tornar

público este debate, no entanto, resvala não apenas na aproximação quanto a temas considerados “tabus”, tais como a doença, a invalidez e a morte, mas também no choque entre modelos e concepções acerca do papel que o Estado deve ter, enquanto provedor de bem-estar para a sua população.

No caso brasileiro, o olhar para o presente e para o futuro – necessário em função do tema aqui abordado – sugere que se insista na questão para que haja o avanço no debate.

6 A NECESSIDADE DE UMA POLÍTICA DE CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO

A mais recente derivação da PNI é a discussão sobre a necessidade de se criar uma política de cuidados de longa duração para as pessoas idosas. Este tema há muito vem sendo discutido por Camarano (2010), que sugere sua inclusão como um novo pilar no sistema de seguridade social.

Parece ser consenso entre os especialistas que o melhor para os idosos mais fragilizados seria receber os cuidados de que necessitam em seus lares, dado que os custos do cuidado formal são ainda muito elevados. No entanto, há várias questões que precisam ser levantadas, pois, segundo Debert (2012), para refletir sobre um envelhecimento digno, é importante priorizar o ponto de vista dos idosos. Isto significa rever a visão dominante na gerontologia segundo a qual os velhos *desejam* ser cuidados por seus familiares.

Quando a velhice é colocada como um problema das famílias, devendo ser ajudadas pelo poder público, isto pode incorrer no risco de não reconhecer a pessoa idosa como um sujeito de direitos. Além disso, a demanda por cuidadores em países europeus envelhecidos é de tal monta que há até tráfico de pessoas para assumir a função. Assim, Debert (2012, p. 231) alerta:

apostar que o bem-estar da velhice está na reclusão do lar e que a família nessa tarefa terá o auxílio do Estado para contratar o empregado doméstico nacional ou imigrante é adiar inconsequentemente a reflexão e as propostas de práticas inovadoras para uma experiência de envelhecimento bem-sucedida.

Outro equívoco seria assumir que os cuidadores familiares, especialmente quando mulheres, não incorram em custos financeiros ou emocionais (Goldani, 2004). Quando o papel social da mulher muda, a oferta de cuidado, especialmente a familiar, pode ficar muito afetada. Como o cuidado familiar é realizado no ambiente doméstico, isso o torna socialmente invisível. Não é recompensado e não gera direitos sociais como o trabalho formal, considerado produtivo. Em geral, o aumento da participação feminina no mercado de trabalho eleva a demanda por provisão de cuidado não familiar. Projeta-se uma redução de até quatro milhões de pessoas no número esperado de potenciais cuidadores familiares para os próximos dez anos (IBGE, 2010).

Em síntese, a demanda por cuidados está aumentando, e a capacidade da família brasileira para cuidar de seus membros idosos mais dependentes está reduzindo, logo é urgente pensar em políticas de cuidados de longa duração. Neste contexto, a figura do cuidador profissional passa a ser uma força complementar urgente, necessária e indispensável na assistência a estas pessoas.

A discussão sobre o tema das políticas de cuidados de longa duração pode ser considerada uma derivação da PNI, atualizada para as demandas mais recentes. Para sua implantação, é necessário pensar na “desfamiliarização”, para ressignificar o papel protetivo da família no cuidado com o idoso e ampliar as ofertas públicas de serviços (Neris, 2015).

Na esfera internacional, tem havido um consenso crescente de que os Estados têm a obrigação de fornecer cuidados de longa duração e apoio social para as pessoas deficientes. Isto tem sido considerado um direito humano básico, sendo formalizado em acordos internacionais (Muiser e Guy Carrin, 2007). No Brasil, as políticas de cuidado devem ser construídas como um direito social e não apenas como uma ação de caridade cristã ou assistência social. Elas devem ter seu embasamento nos direitos humanos e nos direitos da pessoa idosa.

O termo cuidados de longa duração é amplamente definido como um conjunto de cuidados de saúde, pessoais e de serviços sociais geralmente fornecido no decorrer de um período longo para pessoas com condições crônicas e com limitações funcionais (Kohler e Wunderlich, p. 27, 2001). Inclui também apoio material, instrumental e emocional, formal ou informalmente oferecido, por um longo tempo, a pessoas que dele necessitam, independentemente da idade (Camarano, 2010).

Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), esse tipo de cuidado constitui uma variedade de serviços requeridos por pessoas com reduzido grau de capacidade funcional, física ou cognitiva, sendo dependentes por um período longo de ajuda para as atividades de vida diária. Este cuidado pessoal é oferecido numa combinação entre cuidados de saúde de diferentes complexidades, como prevenção de agravos, reabilitação e serviços de cuidados paliativos. Os cuidados de longa duração podem, também, ser combinados com outros serviços relacionados a cuidados domésticos ou atividades instrumentais da vida diária. Oferecidos às pessoas com restrições funcionais que residem, principalmente, em seus domicílios, eles também se aplicam, em termos temporários, às instituições que oferecem apoio para o idoso continuar a viver em casa, como centros comunitários e centros-dia, e serviços de descanso do cuidador. Incluem também cuidados assistidos, adaptações e arranjos domésticos para pessoas que necessitam de ajuda de forma regular, garantindo elevado grau de autonomia e autocontrole (Watanabe, 2015).

É incontestável a necessidade de uma política transversal de cuidados de longa duração envolvendo as políticas sociais e de saúde, e que estas sejam complementadas por um conjunto de outros setores, por exemplo, habitação, previdência e educação. A vantagem de se ter uma política específica com recursos alocados para essa finalidade é que estes não podem ser direcionados para outros objetivos (Neris, 2015). Contudo, é igualmente urgente e necessária a garantia de recursos financeiros para o estabelecimento desta política derivada de marco regulatório bem definido e voltada especificamente para este fim.

A operacionalização dessa política envolve uma rede formada por: Ilpis; centros-dia; hospital-dia; centros de convivência; cuidado domiciliar formal; abrigo e residência assistida; clínicas geriátricas; leitos de cuidados prolongados; e outros “novos” serviços que atendam às “novas” demandas. Ela deve envolver diferentes sistemas que trabalham de forma complementar e integrada.

Isso não significa em absoluto que o cuidado familiar deva ser minimizado. Pelo contrário, deve-se reconhecer a importância da família cuidadora, apoiá-la e compensá-la, instituindo-se medidas de apoio e proteção ao cuidador familiar, como capacitação, descanso, benefício monetário, inclusão no sistema de seguridade social e participação em grupos de apoio, entre outros. Este tipo de apoio logístico e financeiro possibilitará um melhor cuidado à pessoa idosa e ao seu cuidador (Hirata, 2012).

Além disso, como lembra Jorge Félix, no capítulo *O idoso e o mercado de trabalho*, a atuação do Estado também deverá valorizar novas tecnologias para auxiliar os cuidados dos idosos mais velhos e mais dependentes, criando uma infraestrutura para estimular a inovação de bens e serviços em torno do *care*, incluindo-se a teleassistência (robótica). O avanço no auxílio da tecnologia para as famílias visa apoiar a mulher, que assume majoritariamente o papel de cuidadora dos membros idosos da família e é chefe de domicílio ou apoia o orçamento familiar, tendo impacto direto na sua empregabilidade e na sua manutenção no mercado de trabalho.

Por sua vez, a pessoa idosa deve ser respeitada em sua autonomia de escolher como e onde deseja ser cuidada.

O envelhecimento populacional em um contexto de indisponibilidade de provisão de cuidados pela família, sobretudo, da mulher – antes a principal provedora de cuidados às crianças, aos doentes e aos idosos no ambiente domiciliar –, justifica a existência de uma política de cuidados, incluindo-se cuidadores formais e informais, e torna imprescindível e urgente a criação de uma rede de cuidados integrada que se alie a estas novas demandas sociais.

Nesse caminho, o MS, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde da Organização Mundial de Saúde (Opas/OMS), organizou o I Seminário Internacional

sobre Políticas de Cuidado de Longa Duração para Pessoas Idosas no Brasil. O encontro ocorreu nos dias 22 e 23 de outubro de 2015 em Brasília, e reuniu 125 pessoas, entre representantes do MS, do MDS, do Ministério do Trabalho e da Previdência Social (MTPS), do Ministério da Cidadania, do Poder Legislativo, da sociedade civil, do Controle Social (Conselhos Nacional de Direitos do Idoso e Conselho Nacional da Saúde), especialistas nacionais e internacionais, gestores das secretarias de saúde de estados, do Distrito Federal e de municípios.

Como produto desse encontro, foi produzido o documento *Carta de Brasília*, que contém os principais pontos debatidos e, em parte, já explicitados neste capítulo. Para a construção e a implementação da política de cuidado de longa duração, é fundamental definir os seguintes aspectos (Neris, 2015):

- de que cuidado estamos falando e a quem ele se destina;
- o tipo de cuidado que queremos estabelecer e como; e
- as estratégias de como cuidar das famílias dos idosos.

É necessário garantir um sistema que contemple os tipos e as frequências de cuidados que: *i)* conheçam e se apropriem de experiências nacionais e internacionais que contribuam para a construção de um modelo único e adequado à realidade brasileira; *ii)* tenham por base um diagnóstico situacional; e *iii)* garantam o monitoramento e o acompanhamento das ações.

Além disso, recomendam-se gestão e financiamento transversais, o que constitui um importante desafio para o controle social, demandando clareza quanto a: *i)* quem deverá coordenar e executar a política de cuidados de longa duração; *ii)* como se dará o seu financiamento, uma vez que as regras e gestão dos fundos de assistência social e saúde são próprias e específicas; e *iii)* como se dará o controle social sobre a execução e o gasto público.

Por sua vez, a institucionalização também precisa receber novo significado. Ela deve passar a ser compreendida como uma “nova” opção assistencial para os que dela necessitarem ou para os que a desejarem e não mais como uma falta de opção. Para tanto, a instituição deve ser reorganizada e adequada às demandas da população idosa que necessita residir em um lar assistido.

Uma boa forma de avaliação da qualidade dos serviços institucionais é a pessoa se perguntar se aquele é um lugar onde gostaria de morar; se colocaria alguém de quem gosta muito ali residindo; ou se aquele é o cuidado de que gostaria de receber.

Todas essas questões precisam estar na pauta de prioridades de conselhos de direitos de idosos e de conselhos e gestores da seguridade social no Brasil.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil possui um vasto arcabouço legal que assegura apoio ao cuidador e à pessoa idosa que necessita de cuidados. É fundamental a efetivação das políticas de cuidados de longa duração que ainda se mostram largamente insuficientes (Giacomin, 2015). É crucial garantir a participação dos próprios idosos, que são os que mais conhecem suas próprias necessidades.

No Brasil, a Política de Cuidados de Longa Duração necessita ser urgentemente implementada, de forma a garantir aos idosos mais fragilizados a manutenção de sua dignidade e a garantia de assistência adequada e integral. Para tanto, é essencial construí-la como política de Estado e não de governo. Isso significa: definição clara quanto a sua abrangência, competência, orçamento, monitoramento, transparência e controle social, por meio de indicadores mensuráveis de forma a serem acompanhados e avaliados não apenas pelos gestores, mas, principalmente, pela própria sociedade.

Esta política será a concretização de um direito fundamental da população brasileira que interessa a pessoas de todas as idades, pois responde a uma necessidade atual e futura de nossa sociedade. Conselhos de direitos de idosos, gestores da PNI e conselhos e gestores da seguridade social no Brasil precisam incluir esta questão em suas pautas prioritárias.

REFERÊNCIAS

AUGÉ, M. **Une ethnologie de soi: le temps sans âge**. Paris: Seuil, 2014. 176 p. (ISBN. 978-2-02-110606-0.2014).

BEAUVOIR, S. Preâmbulo. *In*:_____. **A velhice**. Tradução de Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. p. 15-48.

BERZINS, M. A. V. S.; PASCHOAL, S. M. P. Programa Acompanhante de Idosos. **Boletim Instituto de Saúde (BIS)**, São Paulo, v. 47, p. 53-55, 2009.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 5 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>.

_____. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Brasília, 3 jul. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm>.

_____. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, n. 19, 2006a. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 out. 2006b.

BURLÁ, C. *et al.* Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2949-2956, 2013. (ISSN 1413-8123). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000019>>.

CAMARANO, A. A. **Cuidados de longa duração à pessoa idosa: um novo risco social a ser assumido**. Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

_____. Política de cuidados para a população idosa: necessidades, contradições e resistências. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE POLÍTICAS DE CUIDADO DE LONGA DURAÇÃO PARA PESSOAS IDOSAS NO BRASIL, 1. Brasília: OPAS/OMS, 2015.

DEBERT, G. G. Imigrantes, estado e família: o cuidado do idoso e suas vicissitudes. *In*: HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. (Org.). **Cuidado e cuidadoras, as várias faces do trabalho do care**. São Paulo: Atlas, 2012.

DUARTE, Y. A. O. **Manual dos formadores de cuidadores de pessoas idosas**. Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social. São Paulo: Fundação Padre Anchieta, 2009.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; LIMA, F. D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 17, n. 5-6, p. 370-8, 2005.

GIACOMIN, K. C. O envelhecimento e os desafios dos cuidados de longa duração. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE POLÍTICAS DE CUIDADO DE LONGA DURAÇÃO PARA PESSOAS IDOSAS NO BRASIL, 1. Brasília: OPAS/OMS, 2015.

GIACOMIN, K. C.; UCHÔA, E.; LIMA-COSTA, M. F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1509-1518, set./out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/24.pdf>>.

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.

GROISMAN, D. **O cuidado enquanto trabalho: envelhecimento, dependência e políticas para o bem-estar no Brasil**. 2015. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. Introdução. *In*:_____. (Org.). **Cuidado e cuidadoras**: as várias faces do trabalho do *care*. São Paulo: Atlas, 2012. p. 1- 11.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**: características da população e dos domicílios – resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf>.

_____. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv65857.pdf>>.

KOHLER, P.O.; WUNDERLICH, G. S. **Improving quality in long-term care**. Washington: National Academy Press, 2001. 326 p.

LOUVISON, M. C. P.; ROSA, T. E. C. Envelhecimento e políticas públicas de saúde da pessoa idosa. *In*: BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. (Org.). **Políticas públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012. p. 157-179.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIROS, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado da saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 41-66.

MUISER, J.; GUY CARRIN, G. **Financing long-term care programmes in health systems**: with a situation assessment in selected high, middle and low-income countries. Geneva: WHO, 2007.

NERIS, M. S. M. A pessoa idosa e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE POLÍTICAS DE CUIDADO DE LONGA DURAÇÃO PARA PESSOAS IDOSAS NO BRASIL, 1. Brasília: OPAS/OMS, 2015.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado**: fronteiras da integralidade. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

RIBEIRO, R. N. **Cuidador de idoso**: discussão do processo de regulamentação da profissão pela análise discursiva de audiências públicas. 2015. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

SARTINI, C. M.; CORREIA, A. M. Programa Maior Cuidado: qualificando e humanizando o cuidado. **Pensar/BH Política Social**, n. 31, p. 10.13, mar. 2012.

WATANABE, H. A. W. Modalidades de cuidados de longa duração a pessoas idosas. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE POLÍTICAS DE CUIDADO DE LONGA DURAÇÃO PARA PESSOAS IDOSAS NO BRASIL, 1. Brasília: OPAS/OMS, 2015.