

Título do capítulo	CAPÍTULO 21 QUANTO CUSTA CUIDAR DA POPULAÇÃO IDOSA DEPENDENTE E QUEM PAGA POR ISTO?
Autores (as)	Ana Amélia Camarano
DOI	-

Título do livro	NOVO REGIME DEMOGRÁFICO: UMA NOVA RELAÇÃO ENTRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO?
Organizadores (as)	Ana Amélia Camarano
Volume	-
Série	-
Cidade	Brasília
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	2014
Edição	-
ISBN	978-85-7811-229-5
DOI	-

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea 2014

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: <https://www.ipea.gov.br/portal/coluna-5/central-de-conteudo/busca-publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

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

QUANTO CUSTA CUIDAR DA POPULAÇÃO IDOSA DEPENDENTE E QUEM PAGA POR ISTO?¹

Ana Amélia Camarano²

1 INTRODUÇÃO

Não há dúvidas de que o novo paradigma demográfico, bastante discutido neste livro, está colocando novas questões na agenda das pesquisas acadêmicas e das políticas públicas, bem como trazendo novas demandas de recursos humanos. Uma das questões refere-se aos cuidados de longa duração para a população que, devido à idade avançada, perde a autonomia para o desempenho das atividades da vida diária (AVDs).

No Brasil, o novo regime demográfico está resultando em um crescimento acentuado da população muito idosa, que é mais exposta às fragilidades típicas da idade, ou seja, que demanda cuidados (capítulo 5 deste livro e Camarano e Kanso, 2010). Isto ocorre a despeito de as pessoas estarem vivendo mais e desfrutando de melhores condições de saúde. Esse novo padrão demográfico vem acompanhado por uma mudança no perfil de morbimortalidade, como visto nos capítulos 4 e 16 deste livro.

Ao longo do século XX, a proporção de óbitos por doenças infectocontagiosas diminuiu e a de óbitos por doenças crônicas aumentou.³ Esses novos padrões estão resultando em uma proporção crescente de pessoas que experimentam um conjunto de doenças crônicas não letais. Por exemplo, hoje, mais pessoas convivem com doenças cardiovasculares, e um menor número morre por ataque cardíaco.

1. A autora agradece a Solange Kanso pelo processamento dos dados aqui utilizados.

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

3. Esta mudança no padrão de causas de morte é chamada de transição epidemiológica e está bem discutida no capítulo 16 deste livro.

As doenças crônicas representam um dos maiores entraves à qualidade de vida dos indivíduos, especialmente dos idosos. Acarretam um declínio lento e gradual na sua autonomia e independência, sendo alguns declínios administráveis; e outros, não. Isso é reforçado pelos contextos de pobreza e desigualdade social, que predominam na maioria dos países em desenvolvimento. Algumas das doenças crônicas típicas da população idosa são hipertensão, diabetes, artrite, doenças cardiovasculares, entre outras. O prognóstico dessas doenças, bem como o de demências, é difícil de ser obtido. Por demandarem tratamento prolongado, resultam em custos financeiros elevados e exigem cuidados específicos e contínuos (Burlá *et al.*, 2013).

Já que mais pessoas estão sobrevivendo às idades elevadas, o número das que não conseguirão manter a sua independência e autonomia tende a aumentar, o que implica um crescimento da demanda por cuidados. Projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam para um incremento de aproximadamente 400% na demanda por cuidados de longa duração para a população idosa residente nos países em desenvolvimento. Camarano e Kanso (2010) projetaram que o número de idosos brasileiros que deverá necessitar de cuidados prolongados poderá crescer de 30% a 50% entre 2010 e 2020, dependendo de melhorias (ou não) nas condições de saúde e autonomia.

Além disso, mudanças no perfil familiar e o aumento da participação feminina no mercado de trabalho também estão em curso na sociedade brasileira e resultando em uma redução acentuada da oferta de cuidadores familiares (capítulos 3, 5 e 13 deste livro e Camarano e Kanso, 2010). Essas mudanças na constituição dos arranjos, na nupcialidade e no papel social da mulher em um contexto de níveis de fecundidade de sub-reposição, levam a se pensar que, dificilmente, a família poderá continuar desempenhando o seu papel tradicional de cuidadora.

Ao mesmo tempo, reconhece-se que não se pode abrir mão do cuidado familiar e nem assumir que ele está garantido. A legislação brasileira estabelece que o idoso seja cuidado preferencialmente nos seus lares. Isto está expresso na Constituição Federal de 1988 (CF/1988), que estabelece que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas” (Brasil, 1988).⁴ Dispõe, também, no parágrafo 1º do mesmo artigo, que “os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares”. O texto

4. Artigo 230 da CF/1988.

constitucional deixa claro que apenas na impossibilidade de a família cuidar do idoso é que instituições específicas devem ser consideradas uma alternativa de atendimento. Esta recomendação também está expressa na Política Nacional do Idoso (Brasil, 1994) e no Estatuto do Idoso (Brasil, 2003) e perpassa a maior parte das normas no âmbito da saúde e da assistência social.

Essa legislação é fruto, entre outros fatores, dos preconceitos com relação ao cuidado institucional e reforça este preconceito (Camarano, 2008). A justificativa são os altos custos do cuidado formal, especialmente o institucional, e a crença de que o idoso é mais bem cuidado na sua família. Goldani (2004) sugere que essa justificativa está baseada na percepção de que os cuidadores, em especial as mulheres, não incorrem em custos financeiros e/ou emocionais para prover cuidado aos idosos nas famílias. As mulheres são as principais responsáveis pelo cuidado dos membros dependentes, seja na família ou em instituições, e não são compensadas por isso. O aumento do seu papel social requer uma maior valorização da função de cuidar.

O objetivo deste trabalho é fazer uma estimativa de quanto custa o cuidado familiar, ou, melhor dizendo, quanto as mulheres brasileiras poderiam estar ganhando se, em vez de estarem cuidando dos idosos dependentes, estivessem participando do mercado de trabalho. Estão sendo considerados apenas os custos monetários, embora se reconheça que são muitos os impactos que o ato de cuidar acarreta na saúde física e mental do cuidador (Neri, 2010; Duarte *et al.*, 2010; Duxbury, Higgins e Schroeder, 2009). Com esse pano de fundo, este capítulo foi dividido em três seções, além desta introdução. A segunda seção discute o papel da mulher no cuidado familiar. A terceira apresenta uma estimativa do custo monetário do cuidado familiar. Na quarta seção, encontram-se algumas sugestões de políticas para ajudar a família a cuidar do idoso dependente.

2 CUIDADO FAMILIAR OU INFORMAL: UMA QUESTÃO DE GÊNERO

Não existe uma definição oficial do que significam cuidados de longa duração. Uma das definições é “o apoio material, instrumental e emocional, formal ou informalmente oferecido por um longo período de tempo às pessoas que o necessitam, independentemente da idade” (UN-DESA, 2008).⁵ Em geral, significam cuidados não especializados tais como ajuda

5. *Apud* Lloyd-Sherlock, 2010, tradução da autora.

para as atividades da vida diária. Entre eles, citam-se tomar banho, usar o banheiro e se alimentar sozinho. Embora esses cuidados refiram-se a pessoas de todas as idades, cuidados de longa duração são, em geral, entendidos como destinados à população idosa, dado ser este grupo o mais exposto a doenças crônicas que podem resultar em perda de autonomia para o desempenho das AVDs.

Esses serviços podem ser oferecidos no domicílio, na comunidade e em instituições. São de dois tipos: informais, prestados pelas famílias, amigos e/ou vizinhos, e formais, ofertados por profissionais especializados, sejam por parte do estado ou do mercado privado (Camarano e Kanso, 2010). Os cuidados informais domiciliares predominam em todo o mundo. Jacobzone, Cambois e Robine (2000-2001) estimaram que, nos países-membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), eles representam aproximadamente 80% do cuidado de idosos com perda de capacidade funcional e/ou instrumental para as AVDs.⁶

Para Giacomini, Uchoa e Lima-Costa (2005), o cuidador é a pessoa que ajuda o idoso a exercer suas AVDs. Em geral, são providos pelas mulheres casadas ou filhas, às vezes idosas e com problemas de saúde. Foi o que encontraram as autoras mencionadas nos dados de uma pesquisa epidemiológica com a população idosa de Bambuí. Isso ocorria como parte de suas atribuições. Elas mostraram também que a maioria das cuidadoras informais não apresentava nenhum preparo e/ou qualificação para exercer essa atividade. Resultados semelhantes também foram encontrados por Karsch (1998), com base em uma pesquisa realizada no município de São Paulo entre 1992 e 1997. Essa autora encontrou que 98% dos cuidadores entrevistados eram membros da família e 92,8% eram mulheres. A maioria delas estava na condição de cônjuges e filhas, 44,1% e 31,3%, respectivamente. Aproximadamente 60% das cuidadoras tinham 50 anos ou mais de idade e 39,3%, entre 60 e 79 anos. O último grupo cuidava de pessoas da mesma idade. Isso significa que idosos estão cuidando de outros idosos.

Camarano e Kanso (2010) sugerem que os homens brasileiros com dificuldades funcionais são cuidados por seus cônjuges femininos, e as mulheres, por seus filhos. A maioria dos homens idosos com perda de

6. Por cuidado instrumental, considera-se preparar a alimentação, cuidar da casa, fazer compras etc.

autonomia é casada, o que não ocorre com as mulheres; estas são, em sua maioria, viúvas. Isso é consequência da sua maior esperança de vida e da sua menor probabilidade de recasamento quando comparadas aos homens. Essa situação é verificada em quase todo o mundo. Com base nisso, alguns países, como a China, têm estimulado casamentos e recasamentos entre idosos, como uma forma de reduzir a pressão sobre os cuidados formais (Sokolowsky, 2001).

Pode-se dizer, então, que o cuidado é fortemente afetado por relações de gênero. Historicamente, a atividade de cuidar, seja das crianças ou das gerações mais velhas, tem sido uma atividade predominantemente feminina (Neri, 2006). Isto se dá tanto no âmbito familiar quanto no trabalho remunerado. Para algumas mulheres, isso pode resultar em uma dupla carga do trabalho de cuidar. Elas podem estar simultaneamente envolvidas com o cuidado de filhos pequenos e pais ou sogros adultos. No entanto, o envelhecimento populacional é sempre associado à queda da fecundidade, o que pode levar a uma redução do trabalho com crianças, compensando o aumento do trabalho com idosos (Lloyd-Sherlock, 2010). Isto pode ser verdade no curto/médio prazo, mas, no longo prazo, significa uma redução da oferta de cuidadores familiares.

A mulher é a principal cuidadora não só na família, mas, também, no trabalho assalariado, em hospitais, instituições de longa permanência etc. Consequentemente, quando o papel social da mulher muda, a oferta de cuidados, especialmente a familiar, pode ficar muito afetada (Lloyd-Sherlock, 2010). Em geral, o aumento da participação feminina no mercado de trabalho aumenta a demanda por provisão de cuidado não familiar.

Mas evidências para o Japão apontam que os filhos do sexo masculino estão gradualmente assumindo a responsabilidade de cuidar de seus pais. De acordo com Hanaoka e Norton (2008), em 2001, 20% dos cuidadores familiares eram filhos homens. Em 2004, esta proporção aumentou para 25%. A atividade de cuidar, para os homens, é fortemente associada aos custos de oportunidade no mercado de trabalho. No Brasil, numa pesquisa de campo realizada em Campinas, Neri (2010) também encontrou homens exercendo a atividade de cuidar, o que, segundo a autora, é um aspecto raramente mencionado na literatura gerontológica. Ela ainda chama atenção para o fato de que os homens idosos cuidadores são mais afetados

do que as mulheres no exercício do ato de cuidar. Eles apresentaram maior descontinuidade no exercício das atividades básicas da vida diária. Várias são as razões que podem explicar este resultado, e todas apontam para a necessidade de uma atenção especial a esses homens, pois constituem um grupo de risco durante o exercício do cuidado e, também, depois, quando ficam sozinhos por motivo de morte, institucionalização ou transferência da esposa para outro domicílio.

A necessidade de cuidados afeta a oferta de trabalho das esposas e dos filhos, a habitação e coresidência, a barganha na família e as transferências intergeracionais, como herança e, mesmo, a transmissão de bens entre vivos. Apesar das recentes transformações estruturais envolvendo os arranjos familiares e o papel social das mulheres, o processo de envelhecimento populacional parece não estar sendo acompanhado, na dimensão esperada, de uma mudança na divisão sexual do trabalho de cuidar, especialmente no âmbito familiar. Isso pode ser resultado da resistência dos atores envolvidos e/ou dos baixos incentivos institucionais que as famílias recebem, o que é reforçado pelo estado conjugal.

3 CUIDAR CUSTA:⁷ QUANTO?

Não se tem dúvidas de que cuidar custa. Custa tempo, custa dinheiro, acarreta perda de oportunidades, principalmente no mercado de trabalho, acarreta riscos para a saúde, isolamento social, entre outros fatores. Como o cuidado familiar é realizado no ambiente doméstico, isto o torna socialmente invisível. Como tal, ele não é recompensado e não gera direitos sociais como o trabalho formal, considerado produtivo. Reconhece-se que o cuidado familiar gera grandes benefícios tanto no âmbito público quanto privado, mas gera custos para quem os pratica e, pode, inclusive, ser um fator gerador de discriminações contra a mulher (Markuartu e Ansa, 2004).

A decisão de cuidar de um idoso dependente é dar continuidade a uma relação de uma vida inteira, em geral, contínua e complexa. Portanto, a relação de cuidados envolve sentimentos contraditórios como amor, ódio, cooperação, rivalidade, inveja, culpa, punição e outros tipos de sentimentos que afetam e são afetados pela disponibilidade de recursos financeiros (Neri, 2010). Independentemente da motivação, a alocação do tempo entre a

7. Título de uma publicação resultado de um seminário realizado em Sare, em 2003. Ver Emakunde (2004).

provisão do cuidado familiar, a carreira e o lazer é uma questão conflitante. A consideração de que o cuidado familiar é a solução financeira mais barata não leva em conta o custo de oportunidade do não trabalho (Simonazzi, 2009; Goldani, 2004).

3.1 A experiência internacional

A correlação negativa entre a atividade de cuidar e o trabalho remunerado é bem documentada na literatura, mas a maneira como esta relação funciona não é muito clara. Por exemplo, o Eurobarometer Survey on Health and Long Term Care, realizada em 2007 em vários países europeus, encontrou que apenas 2% dos entrevistados declararam ter deixado o trabalho para cuidar de pais idosos e 3% mudaram do regime de trabalho em tempo integral para o parcial com a mesma finalidade. Essa baixa proporção é encontrada mesmo nos países onde a atividade de cuidar é centrada na família, como Itália e Irlanda (Simonazzi, 2009). Outra pesquisa feita, nos Estados Unidos, também avaliando o *trade-off* entre o ato de cuidar e o de participar do mercado de trabalho, encontrou resultados semelhantes aos do estudo europeu (Simonazzi, 2009).

De qualquer forma, o objetivo deste capítulo é fazer uma estimativa de quanto as mulheres cuidadoras receberiam se estivessem no mercado de trabalho, o que poderia vir a ser uma *proxy* de quanto custaria o cuidado familiar. A literatura aponta estimativas para alguns países. Por exemplo, nos Estados Unidos, famílias e amigos provêm cerca de 80% de todo cuidado necessário aos idosos a um custo estimado de US\$ 306 bilhões/ano, mais que o dobro do que é atualmente pago para os serviços de assistência domiciliar e o prestado pelas instituições de longa permanência naquele país (Duarte *et al.*, 2010). Colombo *et al.* (2011) estimaram, também para os Estados Unidos, que o custo dos cuidadores familiares foi de aproximadamente US\$ 375 bilhões em 2007, o que significava 2,7% do produto interno bruto (PIB) daquele ano.

Bettio e Solinas (2009) encontraram que 79,6% dos idosos irlandeses e 83,1% dos italianos são cuidados por suas famílias. Em Modena, região da Itália, o custo semanal do cuidado familiar variava de aproximadamente 20 a 55 euros, dependendo do grau de fragilidade do idoso. No Reino Unido, o custo anual de se pagar aos cuidadores familiares a preço de mercado seria

de £ 8 bilhões em 1998 (Lloyd-Sherlock, 2004). Isso sugere que a redução do cuidado familiar implica uma pressão sobre os gastos públicos.

3.2 Quanto custa cuidar no Brasil

Camarano e Kanso (2010) estimaram em 3,1 milhões o número de idosos brasileiros que demandavam algum tipo de cuidado em 2008. Cerca de 550 mil pessoas, 16,8% dos idosos demandantes de cuidados, não residiam com algum familiar que poderia ser um possível cuidador. Viviam em domicílios particulares, sós ou com agregados, empregados ou em instituições para idosos. Ou seja, as famílias cuidavam ou “descuidavam” de 2,45 milhões de idosos. A proporção de idosos residentes em instituições era muito baixa, em torno de 1% (Camarano *et al.*, 2010).

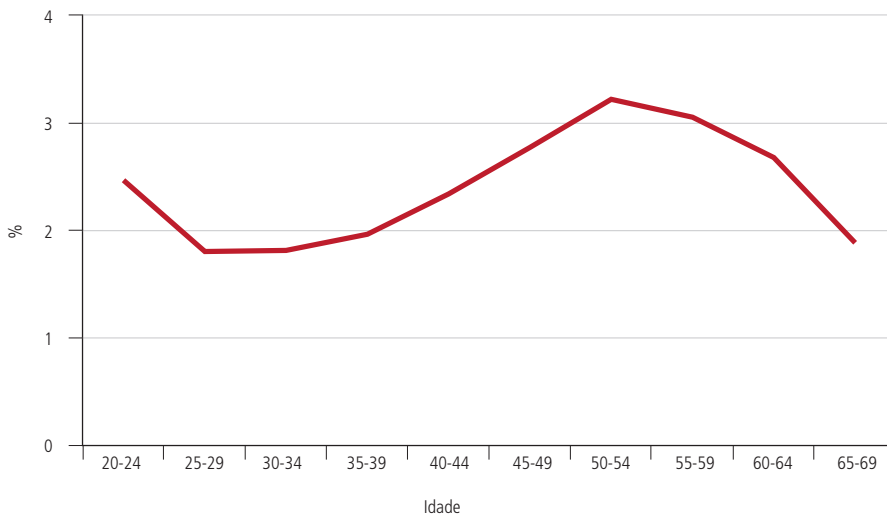
Para finalidades deste trabalho, foi feito um exercício para se estimar o custo do cuidado familiar no Brasil. Como uma *proxy* de cuidadoras, foram consideradas as mulheres de 20 a 69 anos que não estavam no mercado de trabalho, não eram aposentadas, não declararam ter dificuldades para desempenhar as AVDs e moravam em domicílios onde havia pelo menos um indivíduo com essa dificuldade. Nessa condição, foram encontradas, em 2010, 1,4 milhão de mulheres,⁸ sendo que nenhuma contribuía para a seguridade social. Como dificuldades para o desempenho dessas atividades, considerou-se quem declarou no Censo Demográfico de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), não conseguir e/ou ter grande dificuldade permanente de caminhar ou subir degraus e/ou ter deficiência mental/intelectual permanente.

O gráfico 1 apresenta a proporção de mulheres de cada grupo etário que cumpria as condições estabelecidas para ser uma cuidadora familiar, doravante chamada de cuidadora. Esta proporção cresce com a idade, dos 25 aos 55 anos, e decresce a partir daí. Entre as mulheres de 50 a 54 anos, 3,2% estavam nessa condição. Aproximadamente, um quarto das cuidadoras tinha entre 45 a 54 anos e 14,9%, entre 20 a 24 anos. A idade média dessas mulheres foi de 41,2 anos. Como esperado, entre as cuidadoras, predominavam os cônjuges femininos (40,5%), seguidas das filhas, enteadas ou noras (28,0%). Outras 22,2% eram chefes de famílias e 13,0% eram outro parente (gráfico 2).

8. É possível que este número seja ainda mais elevado, pois, provavelmente, parte das aposentadas deve se dedicar às atividades do cuidado familiar. Estas, porém, já têm a sua renda garantida, e não é originada do ato de cuidar.

GRÁFICO 1

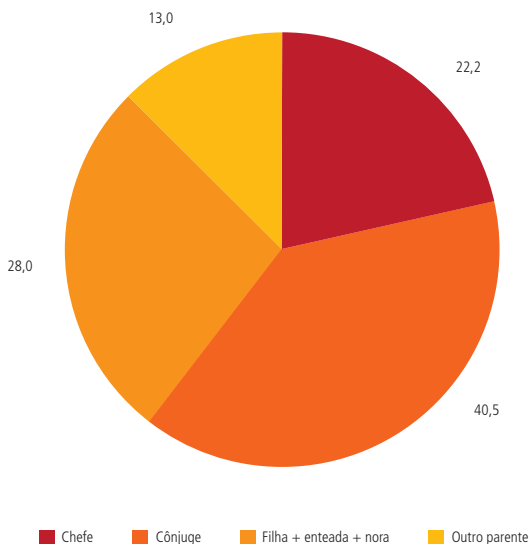
Brasil: proporção de mulheres que não fazem parte da população economicamente ativa (PEA), não são aposentadas, não têm dificuldades para as AVDs e residem em domicílios com pelo menos um indivíduo com dificuldade para as AVDs, por grupos de idade (2010)



Fonte: Censo Demográfico de 2010/IBGE.

GRÁFICO 2

Brasil: distribuição percentual das cuidadoras segundo a condição no domicílio (2010)

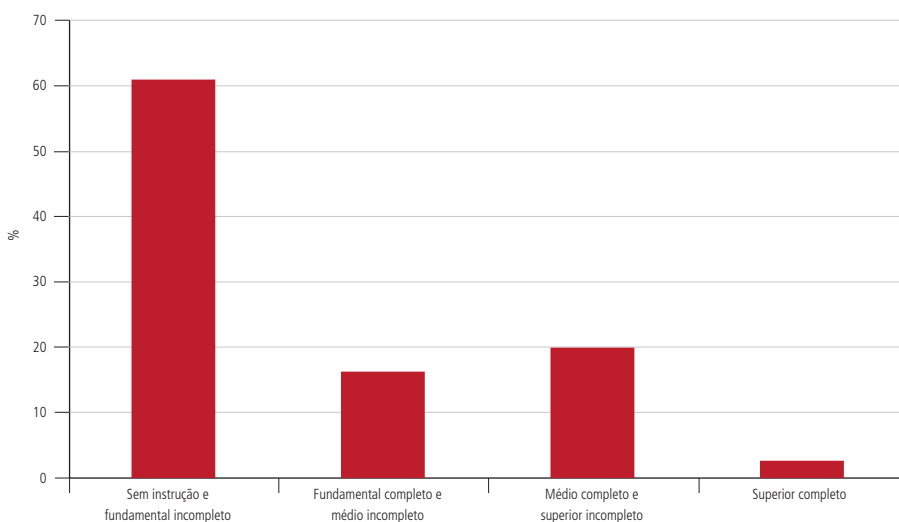


Fonte: Censo Demográfico de 2010/IBGE.

A grande maioria dessas mulheres (61,0%) apresentava uma escolaridade muito baixa. Não chegaram a completar o ensino fundamental, conforme mostra o gráfico 3. Apenas 2,7% declararam ter curso superior. Conseqüentemente, a maioria delas morava em domicílios considerados pobres. Mais da metade, 52%, desses domicílios apresentava uma renda *per capita* mensal abaixo de meio salário mínimo (tabela 1).

GRÁFICO 3

Brasil: distribuição proporcional das mulheres cuidadoras por anos de estudo (2010)



Fonte: Censo Demográfico de 2010/IBGE.

TABELA 1

Brasil: rendimento médio domiciliar *per capita* mensal e proporção de domicílios pobres onde residem mulheres cuidadoras (2010)

	2010
Rendimento médio domiciliar <i>per capita</i> (R\$)	408,40
Proporção de domicílios pobres ¹ (%)	51,7

Fonte: Censo Demográfico de 2010/IBGE.

Elaboração da autora.

Nota: ¹ Rendimento domiciliar *per capita* menor ou igual a meio salário mínimo.

O exercício realizado neste capítulo consistiu em alocar uma renda para as mulheres cuidadoras, considerando idade e nível de escolaridade equivalente aos das mulheres com mesma idade e mesma escolaridade que

participavam do mercado de trabalho. Se isso se verificasse, essas mulheres receberiam aproximadamente R\$ 1,1 bilhão mensais, o que elevaria o rendimento médio *per capita* de seus domicílios em 54,0%, conforme mostrado na tabela 2. Esse custo estimado significa 3,5% do PIB brasileiro de 2010.

TABELA 2

Brasil: características dos rendimentos médios mensais das cuidadoras e de seus domicílios (2010)

(Em R\$)

Renda alocada às cuidadoras (por 100 mil)	10.762,79
Renda dos domicílios observada (por 100 mil)	22.732,32
Renda estimada dos domicílios considerando a renda das cuidadoras (por 100 mil)	33.495,11
Renda <i>per capita</i> domiciliar observada	408,37
Renda <i>per capita</i> domiciliar estimada incluindo a renda das cuidadoras	629,40

Fonte: Censo Demográfico de 2010/IBGE.

Elaboração da autora.

Essa estimativa foi deflacionada para 2008/2009 para que pudesse ser comparada ao custo desses indivíduos em uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI). Pesquisa do Ipea apontou que o custo médio mensal de um residente em ILPI era de R\$ 744,10 (Camarano *et al.*, 2010). Se os 3,1 milhões de indivíduos com dificuldades para AVDs encontrados em 2008 estivessem residindo em uma ILPI, isto implicaria um custo total de cerca de R\$ 2,4 bilhões mensais, o equivalente a 11,0% do PIB daquele ano. Já o custo familiar seria equivalente a 3,7% do PIB. Sem dúvida, o custo do cuidado familiar é financeiramente muito mais baixo, mas acarreta outras formas de custo. Uma delas é a desproteção social.

Além da perda de renda, parte dessas mulheres não estava coberta pela seguridade social, o que poderá resultar em falta de renda nas fases mais avançadas da vida, quando o indivíduo cuidado vier a falecer. Devido à idade dessas mulheres cuidadoras, é pouco provável que muitas delas entrem no mercado de trabalho quando o parente cuidado vier a falecer e possam constituir um histórico de contribuições para lhes garantir uma renda na velhice.

Outro exercício foi feito para estimar o número de mulheres que poderiam vir a ficar descobertas, caso as condições de 2010 se verifiquem.

Foi visto que cerca de 580 mil cuidadoras tinham um cônjuge. Destes, 66,5% contribuía para a seguridade social ou eram aposentados, o que deverá garantir a proteção por meio da pensão por morte para aproximadamente 386 mil cuidadoras. Além dessas, das mulheres que se declararam chefes, 103 mil também declararam ter um cônjuge que contribuía para a seguridade social ou era aposentado. Com isto, 489,4 mil mulheres podem esperar uma cobertura de renda na velhice. Mas cerca de 950 mil mulheres, ficarão descobertas. A tabela 3 apresenta os resultados desse exercício.

TABELA 3

Brasil: perspectivas de as mulheres cuidadoras serem cobertas pela seguridade social (2010)

(Por mil mulheres)

	2010
Total de cuidadoras	1.433,4
Total de cônjuges	579,6
Total de cônjuges cobertas	386,1
Total de chefes cobertas	103,3
Número de cuidadoras cobertas	489,4
Número de cuidadoras descobertas	944,0

Fonte: Censo Demográfico de 2010/IBGE.

Elaboração da autora.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS: O QUE FAZER?

Apesar de se esperar uma diminuição na oferta de cuidados familiares, reconhece-se que as famílias terão de continuar a desempenhar algum papel na atividade de cuidar. É impossível, mesmo para os governos dos países desenvolvidos, arcar com os custos de prestação de cuidados institucionais para atender a toda a demanda. O cuidado familiar, contudo, não pode ser tomado como garantido. Para Lloyd-Sherlock (2004), deve-se reconhecer a importância do cuidador familiar, apoiá-lo e compensá-lo, não apenas por uma questão de justiça social:

Nós precisamos dar mais atenção ao cuidador familiar por motivos mais instrumentais – nós contamos tanto com ele que não podemos nos dar ao luxo de assumir que ele está garantido. Abordagens inovadoras que combinem cuidados informais com outras que contam com o apoio do Estado, tais como programas de descanso/respiro, devem ser desenvolvidas (Lloyd-Sherlock, 2004, p. 12, tradução da autora).

Isto significa ajudar as famílias a cuidar de seus idosos. Ou seja, o Estado e o mercado privado devem dividir com a família a responsabilidade do cuidado do idoso dependente.

Assumindo que as famílias continuarão desempenhando algum papel, algumas questões são levantadas:

- qual será esse papel?
- quais os membros da família assumirão essa responsabilidade?
- que tipo de apoio a família deve receber para tornar sua tarefa mais fácil?

É bastante discutido na literatura que já se avançou muito no Brasil no que diz respeito à garantia de uma renda mínima para a população idosa. No entanto, o cuidado com o idoso dependente continua sob a responsabilidade da família, o que está estabelecido na legislação vigente. Como consequência, a oferta de instituições brasileiras é muito baixa, o que pode ser reflexo da baixa demanda ou vice-versa.

A tendência internacional tem sido a de desinstitucionalizar o cuidado do idoso (Jenson e Jacobzone, 2000). Em vários países de renda alta, as políticas têm buscado facilitar o cuidado no ambiente familiar, onde o desenvolvimento de tecnologias assistivas tem desempenhado um papel importante (Muiser e Carrin, 2007). É provável que esta tendência se acentue no futuro próximo, o que implicará, também, um aumento na demanda por cuidadores domiciliares, sejam familiares ou profissionais.

A família brasileira tem desempenhado o papel de principal cuidadora dos seus membros. No entanto, a sua capacidade de continuar desempenhando essa função vem diminuindo. Uma projeção realizada por Camarano e Kanso (2010) aponta para uma redução de até 4 milhões de pessoas no número esperado de potenciais cuidadores familiares para os próximos dez anos. Essa projeção leva em conta a inserção maciça das mulheres no mercado de trabalho, as mudanças na nupcialidade e a queda da fecundidade.

Isso remete imediatamente à questão da valorização do cuidador, tanto do familiar quanto do formal, o que já foi salientado neste capítulo.

Para isso, requerem-se políticas específicas para esse grupo e incentivos para o aumento da sua oferta. Estas políticas devem fazer parte do rol das políticas importantes para os idosos. No caso do cuidador familiar, medidas para valorizar o seu trabalho devem incluir benefícios monetários, grupos de apoio emocional e espiritual, folga/respiro, capacitação, inclusão no sistema de seguridade social, articulação da função de cuidar de um familiar com um trabalho remunerado fora do domicílio, entre outras. Pasinato e Kornis (2009) sugerem que a previsão de benefícios pecuniários aos cuidadores deve ser pensada de forma articulada entre as áreas de previdência e assistência social. Acredita-se que é possível pensar em alternativas combinadas que levem em consideração os períodos de tempo despendidos com o cuidado de familiares dependentes para fins de aposentadoria. Isso significa uma articulação entre as políticas de previdência e assistência social.

Uma das hipóteses assumidas neste trabalho é a da necessidade de se combinar cuidado formal com informal. Para Neri (2010), o desenvolvimento de serviços comunitários que complementem o cuidado familiar é um grande desafio. A autora encontrou na sua pesquisa, em Campinas, que os cuidadores familiares não contam com ajuda por parte do Estado e ainda são privados de contatos sociais, o que coloca em risco o seu bem-estar físico e psicológico. Entre os serviços comunitários que poderiam ser oferecidos, a autora sugere a oferta de ajuda instrumental constante e regular, por exemplo, para a arrumação da casa, para os cuidados físicos, higiênicos e estéticos, para alimentação, medicação e exercício físico envolvendo os pacientes. Recomenda, ainda, alguma ajuda para conduzir o paciente ao médico, fazer compras e pagar contas. O apoio deve ser regular para que o cuidador familiar possa ter algum tempo para si.

Além de reforço ao cuidador familiar, alternativas de assistência domiciliar e modalidades institucionais que permitam uma solução intermediária entre a institucionalização e a manutenção do idoso em sua casa a um custo razoável devem ser pensadas. É o caso de centros-dia, hospitais-dia e o cuidado domiciliar formal. No entanto, cada um destes serviços atende a necessidades diferenciadas e não elimina a necessidade de instituições de residência. Haverá sempre pessoas idosas totalmente dependentes, sem renda, que não constituíram família e/ou que vivem uma situação de conflito familiar e vão precisar de abrigo e cuidados institucionais. Viver em uma instituição pode representar uma alternativa

de apoio e também de proteção e segurança. Optar por uma instituição não significa necessariamente uma redução da importância da família para o apoio e o cuidado dos seus membros dependentes, mas uma nova organização e divisão de responsabilidades.

No entanto, como mostrado por Christophe e Camarano (2010) e Camarano e Scharfstein (2010) a busca por uma residência institucional é vista sempre como a última alternativa. Acontece apenas no limite da capacidade familiar de cuidar. As instituições ainda são vistas com preconceito e resistência, tanto por parte do idoso quanto de seus familiares. Portanto, é importante que, entre outros fatores, ocorra uma mudança de percepção quanto a isso. Viver em instituições residenciais, casas de repouso ou de qualquer outra denominação deve ser visto como uma alternativa para situações específicas. Isso pode incentivar o aumento da sua oferta, o que, por sua vez, pode aumentar a qualidade dos serviços. O Estado deve fornecer cuidado institucional para os que não podem ser cuidados por suas famílias e não podem pagar e, também, regular e fiscalizar as instituições privadas.

Para Giacomini e Couto (2010), as ILPIs precisam existir como um equipamento de alta complexidade do Sistema Único de Assistência Social (Suas), sob a coordenação desta política e com o apoio das demais (saúde, defesa dos direitos de cidadania, abastecimento, esportes, cultura, educação etc.) e serem fiscalizadas pelos órgãos reguladores no contexto local. Deve-se cobrar do Estado, além do cumprimento do seu papel fiscalizador, o respeito efetivo à garantia constitucional da universalidade da assistência social à população idosa.

As projeções apresentadas por Camarano e Kanso (2010) apontam para uma necessidade urgente de investimentos a fim de ampliar a oferta de leitos nas instituições brasileiras. Se as projeções se confirmarem, pode-se esperar, para os próximos dez anos, um crescimento no número de idosos demandantes de cuidados não familiares que poderá variar de 100% a 500%. Isso significa que, para atender a esta demanda, o número de leitos nas instituições terá de, no mínimo, dobrar.

Não se pode negar que a oferta de cuidados, seja formal ou informal, tem um forte componente de gênero. Esta tarefa tem sido de responsabilidade, principalmente, das mulheres, e elas não têm sido compensadas por isso. A situação ideal seria homens e mulheres poderem compartilhar igualmente

essa responsabilidade. Apesar de se reconhecer que uma divisão igualitária de tarefas não é uma proposta realista para o médio prazo, é importante que as políticas públicas definam a função de cuidar com neutralidade, com relação ao sexo do cuidador (WHO, 2002).

Espera-se que o crescimento acentuado do segmento demandante de cuidados estimule o desenvolvimento de novas tecnologias assistivas, tais como robôs, casas inteligentes, telealarque e outras. Além disso, espera-se que novas pesquisas na área de saúde encontrem alternativas para a redução da perda da capacidade funcional e diminuição da demanda por cuidados. Salienta-se a necessidade das políticas públicas, especialmente as de saúde, de priorizarem a promoção e a prevenção da saúde, ou seja, de buscarem evitar ou adiar ao máximo possível o aparecimento de doenças crônicas e a perda da capacidade funcional dos idosos. Entre as políticas necessárias para isso, são mencionados o acesso universal aos serviços de saúde pública ao longo da vida e a consideração do impacto do meio ambiente, de fatores econômicos, sociais e educacionais, entre outros, nas condições de saúde. Sendo assim, é importante garantir não apenas que mais pessoas alcancem a última fase da vida mas também que elas o façam com independência e autonomia. Isso significa uma melhor qualidade de vida para os idosos e uma redução de custos de várias ordens com cuidados.

Para finalizar, salienta-se que, apesar de o Estado brasileiro ter avançado no que diz respeito à provisão de uma renda mínima para a população idosa, a oferta de serviços de saúde e de cuidados formais ainda é uma questão não equacionada. No caso de cuidados, a sua provisão ainda depende muito da caridade cristã. Portanto, um passo importante é que o cuidado com a população idosa se desvincule da caridade e se constitua em um direito do cidadão. A concretização disso, num país como o Brasil, onde tantas necessidades sociais ainda estão por ser atendidas, terá de ser uma decisão política, alimentada por um amplo debate. Como fazer isso é um desafio para os formuladores de políticas. Não existe uma solução única que se adéque a todos os países.

REFERÊNCIAS

BETTIO, F.; SOLINAS, G. **Which European model for elderly care?** Equity and cost-effectiveness in home based care in three European countries. 2009. (CAPPaper, n. 64).

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

_____. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>.

_____. **Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>.

BURLÁ, C. *et al.* Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciência e saúde coletiva**, v. 18, p. 2.949-2.956, 2013. Impresso.

CAMARANO, A. A. Cuidados de longa duração para a população idosa. **Sinais sociais**, v. 3, p. 10-39, 2008.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADS. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CAMARANO A. A.; SCHARFSTEIN, E. A. Instituições de longa permanência para idosos: abrigo ou retiro? *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CAMARANO A. A. *et al.* As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CHRISTOPHE, M.; CAMARANO, A. A. Dos asilos às instituições de longa permanência: uma história de mitos e preconceitos. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

COLOMBO, F. *et al.* Help wanted? Providing and paying for long-term care. **OECD health policy studies**. OECD Publishing, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>>.

DUARTE, Y. A. O. *et al.* Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo? A visão mostrada pelo estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento). *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

DUXBURY, L.; HIGGINS, C.; SCHROEDER, B. **Balancing paid work and caregiving responsibilities: a closer look at family caregivers in Canada.** Human Resources and Skills Development Canada, 2009. (Research Report).

EMAKUNDE – EMAKUMEAREN EUSKAL ERAKUNDEA - INSTITUTO VASCO DE LA MUJER (Org.). **Congreso Internacional Sare 2003: “Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado”.** Vitoria-Gasteiz: Emakunde, 2004. (Jornadas, n. 18).

EUROPEAN COMMISSION. **Health and long-term care in the European Union.** European Commission, Dec. 2007. (Special Eurobarometer, n. 283). Disponível em: <http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf>.

GIACOMIN, K. C.; COUTO, E. C. A fiscalização das ILPIs: o papel dos Conselhos, do Ministério Público e da Vigilância Sanitária. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

GIACOMIN, K. C.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cadernos de saúde pública**, v. 21, n. 5, 2005.

GOLDANI, A. M. Relações 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. 211-250.

HANAOKA, C.; NORTON, E. C. Informal and formal care for elderly persons: how adult children's characteristics affect the use of formal care in Japan. **Social science & medicine**, v. 67, n. 6, p. 1.002-1.008, Sept. 2008.

JACOBZONE, S.; CAMBOIS, E.; ROBINE, J. Is the health of older persons in OECD countries improving fast enough to compensate for population ageing? **OECD economic studies**, Paris, n. 30, 2000-2001.

JENSON, J.; JACOBZONE, S. **Care allowances for the frail elderly and their impact on women care-givers.** OCDE, 2000. (Labour Market and Social Policy – Occasional Papers, n. 41).

KARSCH, U. M. S. (Org.). **Envelhecimento com dependência**: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC, 1998.

LLOYD-SHERLOCK, P. Ageing, development and social protection: generalizations, myths and stereotypes. *In*: _____. (Org.). **Living longer**: ageing, development and social protection. London/New York: United Nations Research Institute for Social Development/Zed Books, 2004.

_____. **Population ageing and international development** – from generalization to evidence. United Kingdom: Policy Press, 2010.

MARKUARTU, J. J. I.; ANSA, T. A. Inauguración. *In*: EMAKUNDE (Org.). **Congreso Internacional Sare 2003**: “Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado”. Vitoria – Gastriz: Emakunde, 2004. (Jornadas, n. 18).

MUISER, J.; 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. (Discussion Paper, n. 6).

NERI, A. **Desenvolvimento e envelhecimento**. Campinas: Papirus, 2006.

_____. Desafios ao bem-estar físico e psicológico enfrentados por idosos cuidadores no contexto da família: dados do Fibra Campinas. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

PASINATO, M. T. de M.; KORNIS, G. E. M. **Cuidados de longa duração para idosos**: um novo risco para os sistemas de seguridade social. Rio de Janeiro: Ipea, 2009. (Texto para Discussão, n. 1.371).

SIMONAZZI, A. Home care and cash transfers. Effects on the elderly care-female employment trade-off. *In*: INTERNATIONAL CONFERENCE AT THE DANISH NATIONAL CENTRE FOR SOCIAL RESEARCH (SFI), 2010. **Anais...** Copenhagen, 21-23 June 2009.

SOKOLOWSKY, J. Living arrangements of older persons and family support in less developed countries. **Population bulletin of the United Nations** – Special Issue, p. 42-43, 2001.

UN-DESA – UNITED NATIONS DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS. **Guide to the implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing**. UN-Desa, 2008.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ethical choices in long-term care**: what does justice require? World Health Organization Collection on Long-Term Care, 2002.