

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

Cuidados de longa duração para idosos. Um novo desafio para os sistemas de seguridade social.

Maria Tereza de Marsillac Pasinato y George Edward Machado Kornis.

Cita:

Maria Tereza de Marsillac Pasinato y George Edward Machado Kornis (2009). *Cuidados de longa duração para idosos. Um novo desafio para os sistemas de seguridade social. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1541>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Cuidados de longa duração para idosos

Um novo desafio para os sistemas de seguridade social

Maria Tereza de Marsillac Pasinato¹

George Edward Machado Kornis²

Introdução

O envelhecimento populacional é hoje uma tendência global que atinge tanto os países desenvolvidos quanto os países em desenvolvimento. Em comparação com os países desenvolvidos, pode-se dizer que o processo de envelhecimento populacional na América Latina está ocorrendo de forma mais acelerada. Isso se deve especialmente à queda da fecundidade mais tardia e acentuada. Por outro lado, a progressiva queda da mortalidade, fruto dos avanços na área médica e das melhorias na qualidade de vida de forma geral, em todas as idades, faz com que o próprio contingente idoso também envelheça. Isso implica novos desafios para os sistemas de seguridade social, pois além dos desafios impostos aos já tradicionais programas, acrescenta um novo desafio: os cuidados de longa duração para idosos com perda de autonomia ou independência para lidar com as atividades do cotidiano.

¹ Pesquisadora do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)
mtpasinato@brfree.com.br

² Professor do Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ)
gkornis@gmail.com

As demandas por cuidados foram tradicionalmente supridas pelas famílias. A atual conformação das famílias, no entanto, mudou e, conseqüentemente, sua capacidade de cuidar de seus entes mais frágeis também. À medida que a mulher entrou para o mercado de trabalho o tradicional modelo de família, formada pelo homem provedor e a mulher cuidadora, foi rompido. A nova configuração familiar requer a rearticulação dos tradicionais pilares que compõem os sistemas de seguridade social – famílias, Estado e mercado – para a conformação de uma nova divisão de responsabilidades pelos cuidados dos membros mais frágeis da família.

Partindo da tipologia de regimes de bem-estar social proposta por Esping-Andersen (1990), o trabalho procura analisar, primeiramente, como os países desenvolvidos tem lidado com a complexidade das novas demandas sociais impostas pelo processo de envelhecimento populacional. Nesse sentido, na primeira seção são ressaltadas as experiências de três países desenvolvidos, com processos de envelhecimento já bastante avançados, de forma a abarcar os diferentes modelos teóricos, quais sejam: Alemanha (conservador), Dinamarca (social-democrata) e Estados Unidos (liberal). Em um segundo momento o exemplo do caso Brasileiro é utilizado como ilustração para a emergente questão nos países latino-americanos, qual seja: como articular as políticas voltadas para os cuidados de longa duração em sistemas de seguridade social híbridos como os vigentes na América Latina. Dessa forma, a situação dos idosos brasileiros, tanto no que se refere a sua situação socioeconômica e familiar, quanto ao atendimento pretendido pelas políticas sociais vigentes, é analisada na segunda seção. Por fim, os comentários finais procuram sintetizar os desafios que se vislumbram para o já grande e crescente contingente de idosos brasileiros, especialmente os com algum comprometimento de sua capacidade funcional ou instrumental para a realização das AVD.

1 EXPERIENCIA INTERNACIONAL: OS CASOS NORTE-AMERICANO, ALEMÃO E DINAMARQUES

O processo de envelhecimento populacional é mundialmente reconhecido como um dos principais fenômenos demográficos da segunda metade do século XX. Sua importância implica entender as transformações na distribuição da população por grupos etários como um determinante para a demanda por políticas públicas e serviços sociais. Como enfatizado pelos Planos de Ação para o Envelhecimento da Organização das Nações Unidas (ONU, 1982 e 2002), o envelhecimento populacional engendra o desafio de assegurar que o contínuo processo de desenvolvimento ocorra com base em princípios capazes de garantir a dignidade humana e a equidade entre os grupos etários na partilha dos recursos, direitos e responsabilidades sociais.

A situação econômico-financeira, o padrão de vida e a qualidade e disponibilidade dos benefícios e serviços prestados pelos sistemas de proteção social afetam sobremaneira a vida e as decisões dos indivíduos nas sociedades. Dessa forma, o processo de envelhecimento populacional pode ser analisado de forma paradigmática, pois além dos novos desafios impostos pela mudança na estrutura etária da população aos já tradicionais programas constantes dos sistemas de seguridade social, o crescente número de idosos, especialmente dos muito idosos, acrescenta uma nova questão ou risco social: os cuidados de longa duração, demandados pelos idosos, com perda de capacidade instrumental e/ou funcional para lidar com as atividades do cotidiano. Por capacidade instrumental pode-se entender a capacidade para a realização de atividades relacionadas a, por exemplo: preparar refeições, fazer compras no mercado, ir ao banco, cuidar da casa, entre outras. Sua perda pode levar a perda de autonomia por parte do idoso para lidar com as atividades cotidianas. Capacidade funcional, por sua vez, refere-se às seguintes atividades: alimentar-se, banhar-se, caminhar distâncias curtas, vestir-se etc. A perda da capacidade funcional para a realização das AVD implica a impossibilidade de manutenção de uma vida independente. Em conjunto com as políticas previdenciárias, assistenciais e de saúde, essa nova política conformaria o quarto pilar dos atuais sistemas de seguridade social.

Pode-se pensar na criação dos sistemas de seguridade social em finais do século XIX – marcadamente o adotado por Bismark na Alemanha – voltados para a superação da perda de capacidade laboral por parte dos trabalhadores, como a primeira forma de transferência de mecanismos de proteção social da esfera privada das famílias para a esfera pública; ao passo que os programas voltados para os cuidados de longa duração criados, no fim do século XX, podem ser entendidos como uma nova transferência da esfera privada das famílias para esfera pública de uma modalidade de proteção social voltada para a perda de capacidade funcional ou instrumental dos indivíduos em lidar com as atividades do cotidiano. Nos termos de Esping Andersen (2002), enquanto, no primeiro caso, a introdução do Seguro ou Previdência Social, implicou na mercantilização da força de trabalho, esse segundo movimento em direção ao espaço público pode ser entendido como um movimento em direção à desfamiliarização da atividade de cuidar. Esse movimento em direção a desfamiliarização, no entanto, requer, em alguma medida a mercantilização de uma atividade não reconhecida ou valorizada adequadamente pela sociedade. A proteção social dos indivíduos ao longo de todo o seu ciclo de vida envolve, na atualidade, a articulação desses dois movimentos.

Enquanto o acesso à renda parece ser uma questão bem equacionada, questões envolvendo a prestação de serviços de saúde para idosos e, principalmente, sua articulação com a provisão de

bens e serviços na área assistencial e previdenciária demonstra-se bastante mais complexa. A previdência social foi pensada como um mecanismo de reposição de renda para os casos de perda da capacidade de trabalho, porém o envelhecimento de crescentes contingentes populacionais com perda de autonomia e independência impõe novas demandas financeiras não previstas, com importantes impactos para a renda dos idosos beneficiários da previdência social e, também, de suas famílias. Os sistemas de saúde, por sua vez, tendem a concentrar esforços, na maioria dos casos, para a cura dos pacientes, o que não é possível nos casos de doenças crônico-degenerativas, quando o tratamento não visa à cura e sim à promoção das melhores condições de vida possíveis na convivência com a doença. Da mesma forma, os mecanismos assistências, atuam como “coadjuvantes principais”, pois apesar de à primeira vista parecerem protagonizar as políticas voltadas para os cuidados de longa duração dos idosos, não são capazes de fazê-lo de forma isolada das políticas de renda e de assistência à saúde.

A análise das experiências da Alemanha, Dinamarca e Estados Unidos, a seguir apresentadas apontam para o entendimento da demanda por cuidados de longa duração no âmbito dos diferentes modelos. Certamente, são bastante evidentes as diferenças na conformação institucional dos sistemas de cada um dos países, porém os desafios para a articulação multidimensional das necessidades dos idosos com perda de autonomia e independência estão presentes em todos.

Dinamarca: O Modelo Social-Democrata

A Dinamarca caracteriza-se por contar com o sistema mais amplo de seguridade social, com cobertura universal dos riscos e de sua população. A prestação dos cuidados de longa duração aos idosos é de responsabilidade estatal, sendo sua operacionalização de responsabilidade das administrações locais e, alicerçada na prestação de bens e serviços não contributivos. A responsabilidade familiar pelo cuidado dos idosos é subsidiária à responsabilidade do Estado, ao contrário do observado nos demais países. Isso permitiu uma melhor assimilação de questões como a institucionalização dos idosos e, posteriormente, a sua *desinstitucionalização*. Ao longo da década de 1980, aproximadamente 20% da população dinamarquesa com idade avançada residia em ILPI, porém, em função dos seus crescentes custos, a partir de 1987, as políticas voltadas para os cuidados com os idosos passaram a priorizar a construção de uma estrutura de cuidados domiciliares. Essa nova estrutura de cuidados permite aos idosos residirem em seus próprios lares ou em casas para idosos, onde se pode contar com a assistência profissional de enfermagem e de serviços domésticos gerais. Além disso, a política dinamarquesa de cuidados de longa duração prevê programas voltados para o apoio dos cuidadores informais.

Alemanha: O modelo Conservador

A Alemanha exemplifica o modelo conservador baseado em mecanismos securitários. Em 1994 foi incorporado ao sistema um seguro voltado para os cuidados de longa duração (SCLD), co-financiado, a exemplo dos demais programas constantes do sistema de seguridade social, pelos empregados e empregadores através de uma alíquota de 1,7% sobre os salários. Até a aprovação do novo seguro, a prestação dos cuidados de longa duração era de responsabilidade das administrações locais, sendo os mesmos focalizados nos idosos com restrições de renda. Com o crescimento da população de idosos com perda de autonomia e independência e com os custos que essa perda de autonomia e independência impõe para os cuidados dos idosos, tornaram-se crescentes os constrangimentos de ordem financeira e emocional para as famílias arcarem com a responsabilidade pelos cuidados.

A ampliação da cobertura passou a fazer parte da pauta das políticas sociais, também em função da pressão dos planos de saúde por soluções que buscassem evitar internações hospitalares de longa duração. A provisão dos cuidados de longa duração pelo setor privado, por meio de seguros voluntários, por sua vez, não obteve resultados expressivos na Alemanha. Apenas a aprovação do novo seguro, em bases compulsórias possibilitou a expansão dos serviços voltados para os cuidados de longa duração para todos aqueles que necessitem de alguma assistência para a execução das AVD. A avaliação das condições dos demandantes e extensão das necessidades de tratamento é de responsabilidade dos seguros-saúde aos quais os indivíduos estão vinculados. São previstas três modalidades de serviços a serem prestados: auxílios de enfermagem; auxílios para tratamentos domiciliares; pagamento de cuidados institucionais integrais. Também se percebe na Alemanha a preocupação com os cuidadores. Estes contam com o reconhecimento, por parte do Estado, da prestação dos cuidados para fins previdenciários.

Estados Unidos; O modelo Liberal

Os Estados Unidos foram selecionados por exemplificar um sistema liberal, com ampla participação do mercado. Nos Estados Unidos, a participação dos seguros de saúde privados convive com a provisão dos serviços públicos de saúde para os grupos sociais mais vulneráveis, quer por critérios de renda – *medicaid* – para os indivíduos sem capacidade contributiva, quer por critérios de idade – *medicare* – como no caso da atenção aos idosos. Essa dicotomia é replicada para a questão dos cuidados de longa duração: idosos pobres com perda de capacidade funcional ou

instrumental são atendidos por programas assistenciais públicos de qualidade questionável, ao passo que idosos com melhores condições de renda dispõem de uma infinita gama de programas e modalidades prestadas pelo setor privado. Verifica-se nos Estados Unidos a fragmentação entre as políticas de saúde e assistência social. O *medicare* cobre apenas alguns serviços diretamente relacionados com a área de saúde: enfermagem, fisioterapia, etc. Enquanto o *medicaid*, por suas características assistenciais, pois é voltado para a população carente, provê desde a assistência médica até alguns cuidados pessoais. Nesse caso, por atender a uma população residual, os programas públicos são formulados e administrados, como característico do federalismo norte-americano, de forma completamente descentralizada. Uma característica da sociedade norte-americana que merece destaque, no entanto, é seu alto grau de associativismo e articulação do voluntariado.

Síntese da Experiência Internacional

Apesar das marcantes diferenças entre as opções de políticas assumidas por cada um dos modelos, é possível perceber algumas tendências comuns a todos as experiências: a busca por um novo equilíbrio entre responsabilidades públicas e privadas no cuidado dos idosos; o entendimento de que as alternativas que mantenham os idosos em seus próprios lares e/ou comunidades são preferenciais a institucionalização dos idosos, em função tanto das possíveis reduções com os custos do atendimento quanto como forma de assegurar o bem estar dos idosos; a profissionalização da atividade de cuidar; a valorização do papel dos cuidadores informais, principalmente familiares; e a urgência do desenvolvimento de programas informativos e de apoio voltados para os mesmos.

2 CONDIÇÕES DE VIDA E POLÍTICAS VOLTADAS PARA OS IDOSOS COM PERDA DE AUTONOMIA E INDEPENDENCIA NO BRASIL

As profundas transformações observadas na sociedade brasileira nas últimas décadas, como a verticalização das famílias, o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho e o envelhecimento populacional colocam a questão da provisão dos cuidados para a população idosa com limitações instrumentais e/ou funcionais na agenda dos formuladores e gestores de políticas públicas.

O sistema de seguridade social brasileiro, desde sua criação – Constituição Federal de 1988 –

sinalizou para a priorização de programas e políticas voltados para a transferência de renda. No plano assistencial essa priorização se reflete na estrutura orçamentária. Em 2007, serviços voltados para o cuidado, quer de crianças, portadores de deficiência ou idosos, representaram apenas 3% do gastos assistenciais da União. Apesar de esse montante ser claramente subestimado, pois representa apenas os gastos na esfera da União, dada a diversidade dos mais de 5000 municípios brasileiros³ é razoável advogar a pouca importância dispensada a prestação de serviços voltados para os cuidados, pelo Estado brasileiro.

Não se pretende dizer com isso que a provisão de renda não seja imprescindível para o bem-estar da população brasileira. O acesso a renda é sem dúvida uma das melhores formas de atendimento das necessidades básicas dos indivíduos em qualquer idade e/ou sociedade. Barros et al (2007) observam, por exemplo, que os programas de transferência de renda no Brasil são um dos determinantes da queda dos níveis de desigualdade de renda da população brasileira na década de 2000, uma vez que a renda familiar dos estratos mais pobres cresceu continuamente, em contraposição à estabilidade ou queda dos rendimentos dos estratos de renda médios e superiores. Benefícios previdenciários voltados para a população rural também figuram como determinantes para a redução da pobreza no campo.

A nova distribuição etária que se anuncia com suas conseqüências para o aumento da demanda por cuidados, independe das condições socioeconômicas da população, estando presente em toda a sociedade brasileira. De acordo com Pasinato (2009), o contingente de idosos, com 65 anos de idade ou mais, com limitações funcionais ou instrumentais para a realização das atividades da vida diária (AVD) já é bastante significativo, tendo representando em 2003 aproximadamente 6,7 milhões de idosos (ver gráfico 1).

Analisando-se, por exemplo, a renda *per capita* das famílias com idosos com limitações - é razoável supor que essas famílias encontram-se no limite de suas condições materiais e emocionais (ver tabela 1). Vale lembrar, que o limite de renda estabelecido pelo sistema de seguridade social brasileiro, como condição de elegibilidade para o requerimento de um benefício assistencial (ou seja, condicionado a situação de pobreza), corresponde a comprovação de uma renda familiar *per capita* inferior a 1/4 do salário mínimo. Em 2003, 2,6 % dos idosos e 1,5% das idosas com perda de capacidade funcional faziam parte de famílias com renda per capita inferior a 1/4 salário mínimo. Esses idosos normalmente consomem quantidades maiores de remédio e requerem cuidados mais

³ Dos quais a maioria não possui recursos humanos ou orçamentários para o enfrentamento da questão.

intensivos. A comparação espúria dos custos médios para a manutenção de um idoso em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)⁴, em torno de R\$ 600,00 em 2007 (IPEA/SEDH, 2008), com o salário mínimo recentemente reajustado para o valor de R\$ 465,00, em fevereiro de 2009, permite imaginar o atual estado de mal-estar presente nessas famílias.

Reduzida oferta de serviços, altos custos, preconceitos e estereótipos são fatos normalmente associados com a predileção pelos cuidados familiares no Brasil. A legislação brasileira é pródiga na previsão de modalidades de atendimento voltadas para os cuidados de longa duração dos idosos, porém nada se pode dizer sobre sua aplicação prática. A questão ainda parece inconclusa quanto ao seu espaço na divisão de responsabilidades entre as áreas da saúde e da assistência social. O resultado, porém, parece levar a uma única constatação: a questão dos cuidados no Brasil não constitui uma prioridade política.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que se possa avançar no debate sobre os cuidados de longa duração voltados para uma população idosa crescente, como a brasileira, faz-se necessário rediscutir e redefinir uma série de parâmetros do atual sistema de seguridade social. O precário equilíbrio, ou resultado, do sistema de seguridade social brasileiro precisa ser revisto e sua estrutura de benefícios e serviços analisada a luz das tendências demográficas, sociais e econômicas que se vislumbram para os próximos 10, 20 ou 30 anos.

A valorização e incorporação dos cuidadores informais, especialmente os de baixa renda, demanda a articulação das três áreas de política que compõem o sistema de seguridade social brasileiro. No campo da saúde, é possível pensar na reestruturação dos programas de atenção primária, de forma a que os mesmos atuem no campo do atendimento domiciliar tanto na provisão de cuidados técnicos para os idosos quanto na preparação e apoio aos cuidadores informais. A previsão de benefícios pecuniários aos cuidadores, por sua vez, deve ser pensada de forma articulada entre áreas de previdência e assistência social, pois se podem pensar alternativas combinadas que levem em consideração os períodos despendidos com o cuidado de familiares dependentes para fins de aposentadoria, combinadas com modalidades de benefícios a serem integrados aos programas de transferência de renda. Qualquer que seja a opção, no entanto, é necessário construir um arcabouço institucional para o sistema de seguridade social brasileiro que funcione, realmente, de forma sistêmica. Somente assim será possível pensar a incorporação desta nova e latente demanda da sociedade brasileira – os cuidados de longa duração voltados para os idosos com perda de autonomia e independência.

⁴ Tradicionalmente denominadas de asilos.

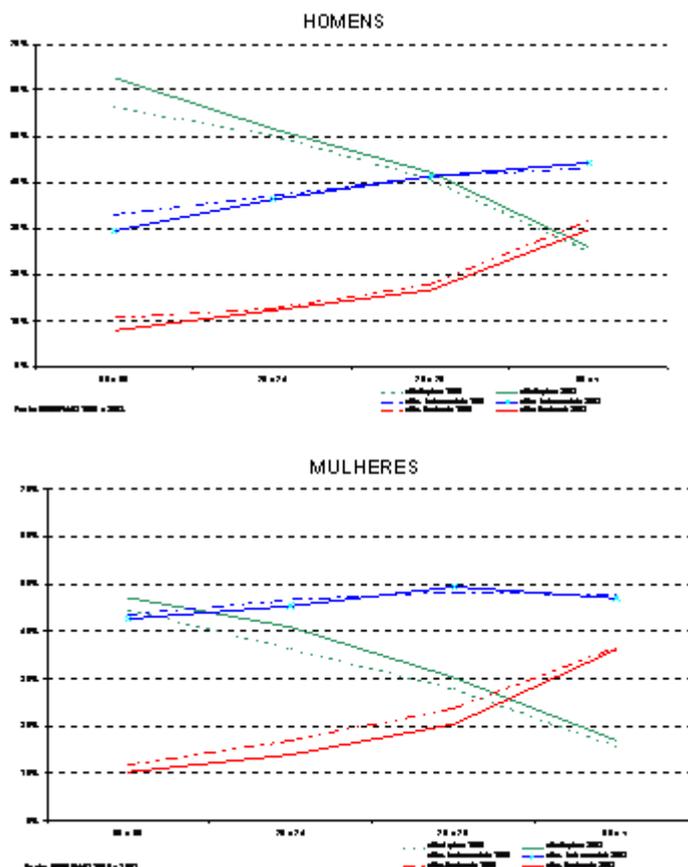
Tabela 1

ASPECTOS RELACIONADOS COM A RENDA DOS IDOSOS SEGUNDO SUA CAPACIDADE PARA A REALIZAÇÃO DAS AVD POR SEXO							
	sem limitações		limitações instrumentais		limitações funcionais		
	1998	2003	1998	2003	1998	2003	
Homens							
Distribuição dos idosos segundo sua capacidade para a realização das avd	47,1%	49,8%	37,1%	36,0%	15,7%	14,2%	
% Idosos sem renda própria	1,8%	2,0%	2,9%	1,9%	3,5%	2,8%	
% Idosos beneficiários da Seguridade Social	87,0%	88,0%	91,4%	93,9%	91,6%	93,8%	
% Idosos em famílias com renda per capita inferior a 1/2 SM	8,9%	9,0%	9,7%	10,9%	12,3%	13,2%	
% Idosos em famílias com renda per capita inferior a 1/4 SM	1,6%	1,5%	1,8%	2,0%	1,7%	2,6%	
Renda Média dos Idosos em SM	5,76	4,54	3,55	2,63	2,61	2,25	
Renda Média das famílias a que pertencem os Idosos em SM	3,17	2,72	2,06	1,74	1,68	1,61	
Mulheres							
Distribuição dos idosos segundo sua capacidade para a realização das avd	33,9%	36,5%	46,0%	45,4%	20,1%	18,1%	
% Idosos sem renda própria	18,8%	16,1%	13,7%	11,0%	10,9%	9,8%	
% Idosos beneficiários da Seguridade Social	74,8%	79,0%	82,6%	85,4%	85,9%	87,4%	
% Idosos em famílias com renda per capita inferior a 1/2 SM	6,0%	6,3%	6,9%	7,9%	8,6%	10,7%	
% Idosos em famílias com renda per capita inferior a 1/4 SM	0,9%	0,7%	1,0%	1,3%	0,7%	1,5%	
Renda Média dos Idosos em SM	3,17	2,84	2,20	1,97	1,90	1,77	
Renda Média das famílias a que pertencem os Idosos em SM	3,31	2,90	2,35	1,97	1,98	1,77	

Fonte: IBGE/PNAD 1998 e 2003.
Obs.: SM (salários mínimos). Em 1998 o valor do SM era R\$130,00 e em 2003 R\$240,00.

Gráfico 1

PORCENTAGEM DE IDOSOS POR FAIXA ETÁRIA SEGUNDO SUA CAPACIDADE PARA A REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA



Referências bibliográficas

- BARROS, R P et Al.(2007) A importância da queda recente da desigualdade para a pobreza in R. Barros, Foguel e Ulyssea (orgs.): Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente, IPEA, Rio de Janeiro.
- ESPING-ANDERSEN, G..(1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*.Princeton, NJ: Princeton University Press.
- ESPING-ANDERSEN, G. et alii. (2002)*Why we need a new welfare state*. Oxford University Press.
- IPEA/SEDH. *Características das Instituições de longa Permanência para Idosos: Região Norte*. Coordenação Geral Ana Amélia Camarano – Brasília: IPEA; Presidência da República, 2007
- IPEA/SEDH. *Características das Instituições de longa Permanência para Idosos: Região Centro-Oeste*. Coordenação Geral Ana Amélia Camarano – Brasília: IPEA; Presidência da República, 2008
- IPEA/SEDH. *Características das Instituições de longa Permanência para Idosos: Região Sul*. Coordenação Geral Ana Amélia Camarano – Brasília: IPEA; Presidência da República, 2008
- JACOBZONE, CAMBOIS e ROBINE (2000) *Is The Health Of Older Persons In Oecd Countries Improving Fast Enough To Compensate For Population Ageing?* OECD Economic Studies No. 30
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU, 1982) Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, Viena, Austria. (Resolución 37/51)
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU, 2002) Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, Madrid, Espanha. (Resolución 57/167).
- PASINATO, M. T. (2009) Envelhecimento, ciclo de vida e mudanças socioeconômicas: novos desafios para os sistemas de seguridade social/ Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).