

CUIDADOS PARA A POPULAÇÃO IDOSA: Demandas e Perspectivas

1. INTRODUÇÃO

Considera-se a democratização da sobrevivência, ocorrida na maioria dos países do mundo, uma das grandes conquistas sociais da segunda metade do século XX. Por exemplo, no Brasil, em 1980, de 100 crianças do sexo feminino, nascidas vivas, 30 podiam esperar completar o aniversário de 80 anos; em 2014, este número quase dobrou; passou para 55.¹ (Camarano, 2017). Como resultado, a vida média da população brasileira aumentou cerca de 12 anos. Em 2014, a esperança de vida ao nascer alcançou 70,3 anos para os homens e 77,7 anos para as mulheres. Já a relativa aos 60 anos foi estimada em 19,4 e 22,7 anos, para homens e mulheres, respectivamente. E ainda há espaço para o crescimento destes dois indicadores.

Uma das consequências deste processo é o envelhecimento da população idosa e uma maior heterogeneidade desta. É amplamente reconhecido que a idade avançada traz perdas cognitivas, físicas e mentais que podem afetar o desempenho das atividades do cotidiano e a capacidade laborativa. Estas perdas costumam ser traduzidas pela síndrome da fragilidade, de causa multidimensional, pois envolve fatores biológicos, psicológicos e sociais. Tem como consequência, maior vulnerabilidade a desfechos clínicos adversos e demanda por cuidados de longa duração (Fries *et al*, 2011). Camarano (2017) estimou que, em média, os idosos com 80 anos ou mais vivem dependentes de cuidados mais intensivos no final de suas vidas cerca de xxxx anos.

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2013) sobre o cuidado recebido por idosos evidenciaram que cerca de 30% destes apresentavam "alguma dificuldade" para realizar pelo menos uma entre dez atividades de vida diária (AVD) selecionadas. O cuidado informal (não pago) predominou ($\cong 80\%$); uma menor proporção recebeu cuidados formais ($\cong 6\%$), 7% receberam uma combinação de cuidados informal e formal, e 6% relataram não receber nenhuma ajuda. Notou-se um forte gradiente inverso entre a capacidade física e indicadores de educação e riqueza: os estratos mais ricos foram mais

¹ Caa.

propensos a receber ajuda para realizar AVD; enquanto, para os níveis educacionais e patrimoniais menos favorecidos, residir com outra pessoa esteve associado à provisão de cuidados (formal ou informal).

Mudanças no perfil familiar também estão em curso na sociedade brasileira, resultando em uma redução acentuada na oferta de cuidadores. Isto se deve à inserção maciça das mulheres no mercado de trabalho, às mudanças na nupcialidade, na constituição dos arranjos familiares e à queda da fecundidade. Estas mudanças 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. Mesmo sociedades que sempre atribuíram à família o papel primordial na função de cuidar de seus idosos, como a japonesa, estão desenvolvendo políticas nacionais de cuidados de longa duração.² Mas por outro lado, é difícil pensar na substituição total da família mesmo no longo prazo. Isto não ocorreu no Japão.

Esse aumento na demanda por cuidados conjuntamente com a diminuição da oferta de cuidadores familiares está ocorrendo em quase todos os países e representa um grande desafio, inclusive para os desenvolvidos. Em alguns a oferta desses serviços já integra seus sistemas de seguridade social.

O objetivo deste trabalho é o de analisar as formas de cuidado recebido pelos idosos frágeis brasileiros. Os dados utilizados são os provenientes da linha de base da Pesquisa ELSI- Brasil (Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso), levada em campo em 2015-2016. Para isso, foi dividido em mais quatro seções, além desta introdução. A segunda descreve os conceitos, procedimentos e fontes dos dados utilizados, cujos resultados são apresentados na terceira seção. A quarta discute os mesmos e a quinta tece comentários mais gerais.

2- MÉTODO

2.1- Quem precisa de cuidado?

² O governo japonês está executando uma das mais abrangentes e generosas políticas de cuidados de longa duração do mundo para lidar com o envelhecimento populacional e as mudanças na família. Atualmente, o Japão é o país com uma das mais elevadas proporções de idosos institucionalizados. Ver, por exemplo, Tamiya *et al*, 2011.

A literatura considera que os grupos populacionais que demandam cuidados de longa duração são aqueles que não têm capacidade de gerir o seu cotidiano (incapacidade ou limitação funcional). Estes são compostos por crianças, idosos e pessoas com deficiências, mas em geral, os idosos constituem-se nos maiores demandantes. Por população idosa, está se considerando a composta por pessoas com 60 anos ou mais de idade, conforme estabelecido pela Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso.³ No entanto, nem toda população idosa pode ser considerada demandante de cuidados, embora se saiba que a demanda aumenta com a idade e é maior entre os muito idosos, ou seja, a população com 80 anos ou mais – grupo populacional que mais cresce (Camarano, 2014). Embora medidas de incapacidade funcional variem de pesquisa a pesquisa, ela é mais frequentemente mensurada pela auto-declaração de pessoas que alegaram experimentar dificuldades para as atividades básicas da vida diária e/ou para as instrumentais e/ou ter necessidades para o seu desempenho.⁴

Com base nas informações coletadas pela pesquisa ELSI-Brasil, define-se como a população demandante de cuidados básicos aquela com 50 anos ou mais que declarou ter alguma dificuldade para desempenhar pelo menos uma ABVD, tais como comer, tomar banho, ir ao banheiro, vestir, caminhar pelo quarto e levantar e sair da cama sem ajuda.⁵ Para efeitos deste trabalho, estas pessoas são consideradas frágeis. As informações sobre cuidadores referem-se à pessoa que mais ajuda. A pesquisa mencionada não entrevistou residentes em instituições de longa permanência.

As desigualdades sociais que caracterizam a sociedade brasileira afetam tanto as condições de saúde quanto o acesso a serviços básicos⁶.

³ Considera-se que esta definição ficou velha. Esta definição ratifica o patamar estabelecido pelas Nações Unidas em 1982. Em 1994, a esperança de vida ao nascer da população brasileira foi estimada em 68,1 anos. Entre 1994 e 2011, este indicador aumentou 6,0 anos e, entre 2003 e 2011, 2,8 anos, alcançando 74,1 anos no último ano. Isso tem sido acompanhado por uma melhoria das condições de saúde física, cognitiva e mental da população idosa, bem como de sua participação social. Ver Camarano (2013).

⁴ Vários países medem demanda por cuidados pela dificuldade de executar as AVD. Ver, por exemplo: Wittenberg *et al* (2006), Shea *et al* (2003), Freedman, Martin e Schoeni, (2008), Tanya *et al*, (2011), dentre outros. A pesquisa SABE também considera esta medida (Duarte *et al*, 2010).

⁵ Não se considerou a população que declarou dificuldades para exercer as atividades instrumentais por considerar que estas demandam um tipo de cuidado menos intenso.

⁶ Há uma vasta literatura sobre o tema. Ver, por exemplo, Lima-Costa *et al* (2016), Lafortine e Balestat (2007), Broese van Groenou *et al* (2006), entre outros.

Buscando medir o seu impacto na demanda e provisão de cuidados, utilizou-se neste trabalho, como *proxy* de grupo social, escolaridade, medida pela proporção de pessoas com curso completo. A pesquisa perguntou “o último ano da escola que foi aprovado”. Foi feita a recodificação das categorias para nível de instrução, considerando as seguintes: Sem instrução; Fundamental incompleto; Fundamental completo; Médio incompleto; Médio completo; Superior incompleto e Superior completo. Para o trabalho foram agrupadas as categorias, resultando em quatro, a saber:

- 1-Sem instrução/Fundamental incompleto.
- 2-Fundamental completo (fundamental completo e médio incompleto).
- 3-Médio completo (médio completo e superior incompleto).
- 4-Superior completo.

Por cuidados de longa duração entende-se todo o tipo de atenção prestada a pessoas com doença crônica ou deficiência que não podem cuidar de si mesmas por longos períodos de tempo. Embora isto se refira às pessoas em qualquer idade, a população idosa é a maior demandante. Em geral, consistem em atividades não especializadas, tais como apoio para as atividades da vida diária, tais como comer, tomar banho e ir ao banheiro sozinho. No entanto, o envelhecimento populacional está requerendo a inclusão de algum grau de cuidados de saúde nos programas de cuidados de longa duração. Isto exige profissionais qualificados para lidar com as múltiplas doenças crônicas associadas à população idosa. Podem ser fornecidos nos domicílios, na comunidade, nos centros-dia, nas instituições de longa permanência etc. Podem ser formais ou informais.

2.2 Fonte de dados

O ELSI-Brasil (elsi.cpqrr.fiocruz.br) é um estudo de coorte baseado em uma amostra representativa da população brasileira de 50 anos ou mais. A linha de base foi conduzida entre 2015 e 2016. Maiores detalhes metodológicos estão descritos em Lima-Costa *et al* (prelo). A amostra final do ELSI-Brasil foi composta por 9.412 pessoas com 50 anos ou mais, residentes em 70 municípios de diferentes regiões brasileiras.

Os participantes responderam questões separadas sobre seis atividades básicas de vida diária (ABVD) (alimentar-se, banhar-se, usar o banheiro, vestir-

se, caminhar em casa de um cômodo para outro no mesmo andar, e deitar-se ou levantar-se da cama) e o seu grau de dificuldade para fazê-lo (nenhuma dificuldade, pouca dificuldade, grande dificuldade e não pode realizá-la). A limitação funcional foi atribuída àqueles que relataram algum grau de dificuldade para realizar pelo menos uma dessas atividades. Nesse caso, foi perguntado se o entrevistado dispunha de alguma ajuda para realizar cada atividade, com respostas categorizadas como (1) sim; (2) não, embora eles realmente precisassem de ajuda para realizar a tarefa; e (3) não, porque não precisavam de ajuda. Àqueles que responderam "sim", indagou-se quem forneceu ajuda para cada tarefa. Assume-se que aqueles sem nenhuma dificuldade não precisam de ajuda para a ABVD correspondente.

Na análise atual, a necessidade de ajuda foi atribuída àqueles que relataram precisar de alguma ajuda para realizar uma ou mais ABVD, independentemente de elas receberem-na ou não (correspondendo às respostas (1) e (2) nas perguntas acima mencionadas sobre o recebimento de ajuda). Dado que o entrevistado pode ter recebido ajuda de mais de uma pessoa, foram consideradas separadamente as atividades para as quais obtiveram ajuda de pessoas não pagas (cuidados informais) e remuneradas (cuidado formal).

Para conhecer o perfil do cuidador primário, as pessoas foram perguntadas sobre quem era a pessoa que os ajudou em caso de necessidade (sexo, idade, estado civil, arranjos de habitação, condições de pagamento e tipo de relação com o destinatário do cuidado - membros da família, cuidadores ou empregados domésticos). Além disso, o entrevistado respondeu sobre a capacidade do cuidador primário de ler e cuidar de alguém (se recebeu algum treinamento e qual duração) e em quantos dias na última semana ele recebeu esses auxílios.

Todas as análises foram realizadas utilizando os procedimentos para amostras complexas do pacote estatístico Stata (versão 13.0), considerando os pesos individuais e parâmetros de amostragem.

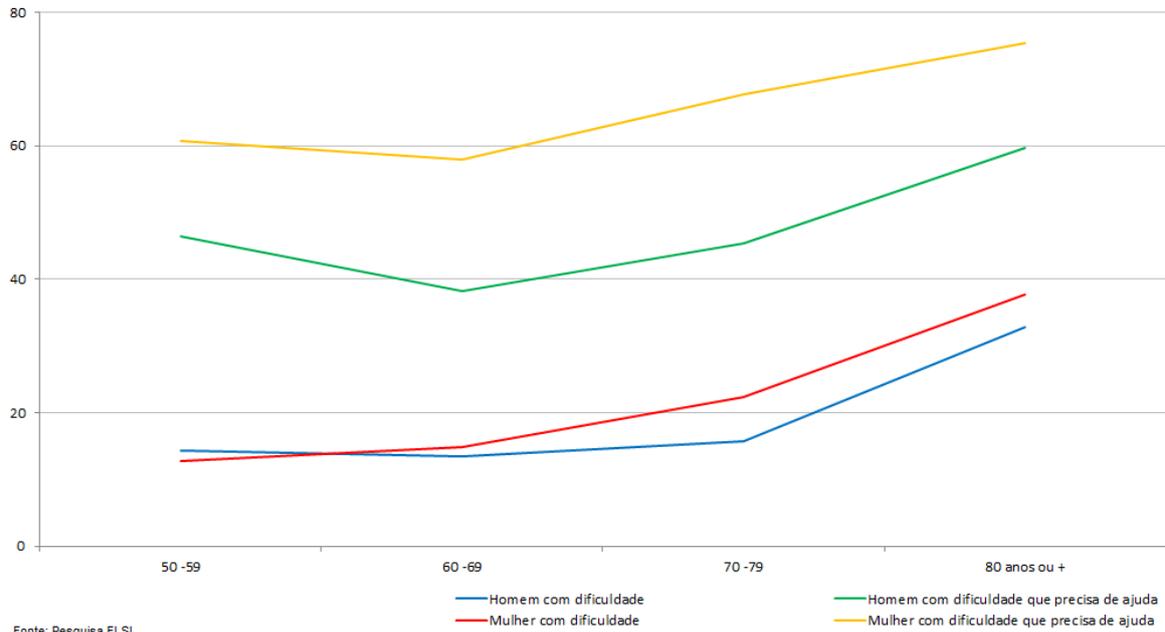
O ELSI-Brasil foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (Protocolo no. 886.754) sendo que todos os participantes que concordaram em participar, assinaram o TCLE.

3. A POPULAÇÃO QUE DEMANDA CUIDADOS

Pode-se estimar com os dados da pesquisa ELSI em aproximadamente 6,9 milhões, o número de pessoas com 50 anos ou mais de idade com alguma dificuldade em pelo menos uma das atividades consideradas. Isto corresponde a 16,2% deste grupo populacional. Destas, cerca de 3,9 milhões (56,5%) eram do sexo feminino e 15,7% tinham 80 anos ou mais. Entre as pessoas que declararam dificuldades, 3,9 milhões (56,2%) reportaram ter necessidade de cuidados, sendo a maioria, 64,5%, mulheres. As proporções correspondentes para homens e mulheres foram, respectivamente, 45,8% e 64,2%.

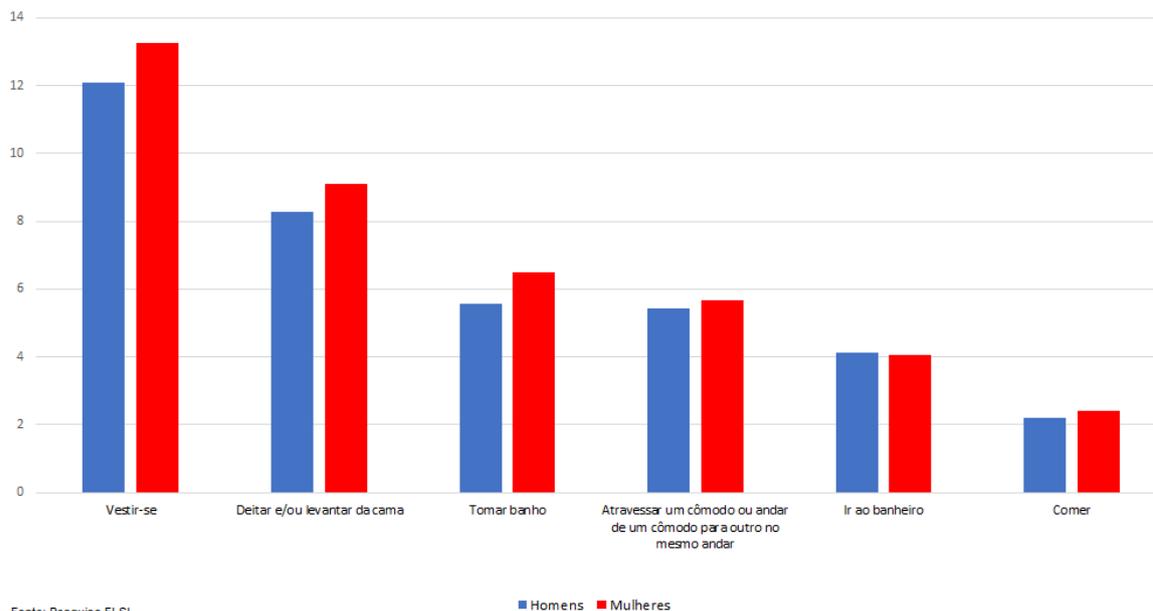
No gráfico 1, encontra-se a proporção da população que declarou alguma dificuldade para as ABVD por sexo e grupos de idade e a referente às pessoas que declararam ter dificuldades e necessitar de cuidados. Ambas as proporções crescem com a idade e são mais elevadas entre as mulheres. Chama a atenção a elevada proporção de pessoas não idosas (50-59 anos) que demandam cuidados, mais elevada, inclusive do que a de 60-69 anos. A oferta de cuidados para esta geração é, em geral, realizada pelos mais velhos ou os mais jovens. Por sua vez, ainda que se reconheça que a incapacidade e a fragilidade sejam processos dinâmicos (Faria *et al*, 2016), observou-se que quase um terço dos adultos de 50 a 59 anos que demanda ajuda no autocuidado, não recebe essa ajuda!

GRÁFICO 1
 PERCENTUAL DA POPULAÇÃO COM DIFICULDADES PARA REALIZAR AS ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA
 E PERCENTUAL DA POPULAÇÃO COM DIFICULDADES QUE DECLAROU PRECISAR DE AJUDA
 PARA AS ATIVIDADES POR SEXO E GRUPO ETÁRIO
 BRASIL, 2015



A principal dificuldade reportada, tanto por homens quanto para mulheres, foi vestir-se sozinho, seguida de deitar-se ou levantar da cama. Em todas as atividades, as mulheres reportaram maiores dificuldades do que os homens (ver gráfico 2).

GRÁFICO 2
 PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO DE 50 ANOS OU MAIS QUE DECLAROU DIFICULDADES NO DESEMPENHO DE ALGUMA
 ABVD POR SEXO E TIPO DE DIFICULDADE
 BRASIL, 2015



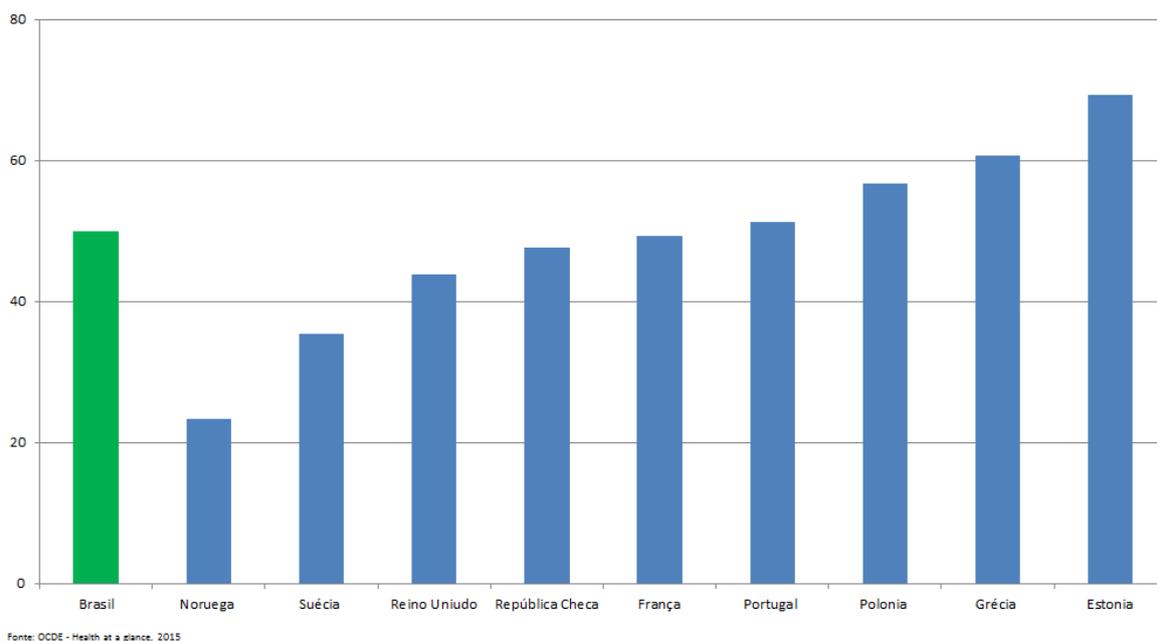
A proporção de idosos brasileiros com limitação funcional, tal como medido, situa-se num nível acima do de muitos países. Por exemplo, a Pesquisa Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) que, em 2000, pesquisou as condições de saúde dos idosos em seis capitais da América Latina, encontrou que os idosos de São Paulo possuíam o mais alto grau de incapacidade dentre os pesquisados.⁷ O gráfico 3 compara proporções de brasileiros com 65 anos ou mais que declararam dificuldades para executar as atividades básicas e instrumentais da vida diária⁸ com as de residentes em alguns países da OECD com a mesma dificuldade. Aproximadamente a metade da população brasileira com 65 anos ou mais encontra-se nesta situação, proporção semelhante à francesa e portuguesa. Por outro lado, é duas vezes mais elevada do que a observada para a Noruega e bastante superior à da Suécia. Já na Estônia, cerca de 70% de sua população de 65 anos ou mais declarou alguma dificuldade para as atividades mencionadas. Uma dificuldade nesta comparação está no fato de que os dados fornecidos pela OECD referem-se a dificuldades para as atividades instrumentais e básicas da vida

⁷ Os resultados para o ano 2000 referentes a proporção de idosos com dificuldades para as AVDs são: Buenos Aires 18,6%, Bridgetown 13,8%, São Paulo 23,7%, Santiago 22,3%, Havana, 20,5%, México, 19,4% e Montevideo 16,8%. Ver Menéndez *et al*, 2005.

⁸ Neste caso, utilizou-se a proporção calculada com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 pois os dados dos demais países referiam-se a este ano.

diária em conjunto. Não é improvável que as proporções semelhantes observadas para o Brasil, França e Portugal possam ser explicadas pelo fato de que nestes dois últimos países, a maior parcela da proporção seja devida a dificuldades para atividades instrumentais.

GRÁFICO 3
PERCENTUAL DA POPULAÇÃO DE 65 ANOS OU MAIS QUE DECLAROU DIFICULDADES EM DESEMPENHAR PELO MENOS
UMA DAS ATIVIDADES BÁSICAS OU INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA SEGUNDO ALGUNS PAÍSES
2013



As desigualdades sociais que caracterizam a sociedade brasileira afetam tanto as condições de saúde quanto o acesso a serviços básicos.⁹ Escolaridade, renda e categoria ocupacional são variáveis comumente utilizadas na literatura internacional para apontar desigualdades nas condições de saúde (Broese van Groenou *et al*, 2006). Assume-se que as três variáveis são interdependentes e tem efeito semelhante sobre estas condições.¹⁰ Outros argumentam que embora educação esteja fortemente associada à renda, a primeira é um melhor indicador como determinante da saúde, pois é mais associada à posição social (Marmot, 2002). Neste trabalho, utilizou-se a

⁹ Há uma vasta literatura sobre o tema. Ver, por exemplo, Lima-Costa *et al* (2016), LaFortine e Balestat (2007), Broese van Groenou *et al* (2006), entre outros.

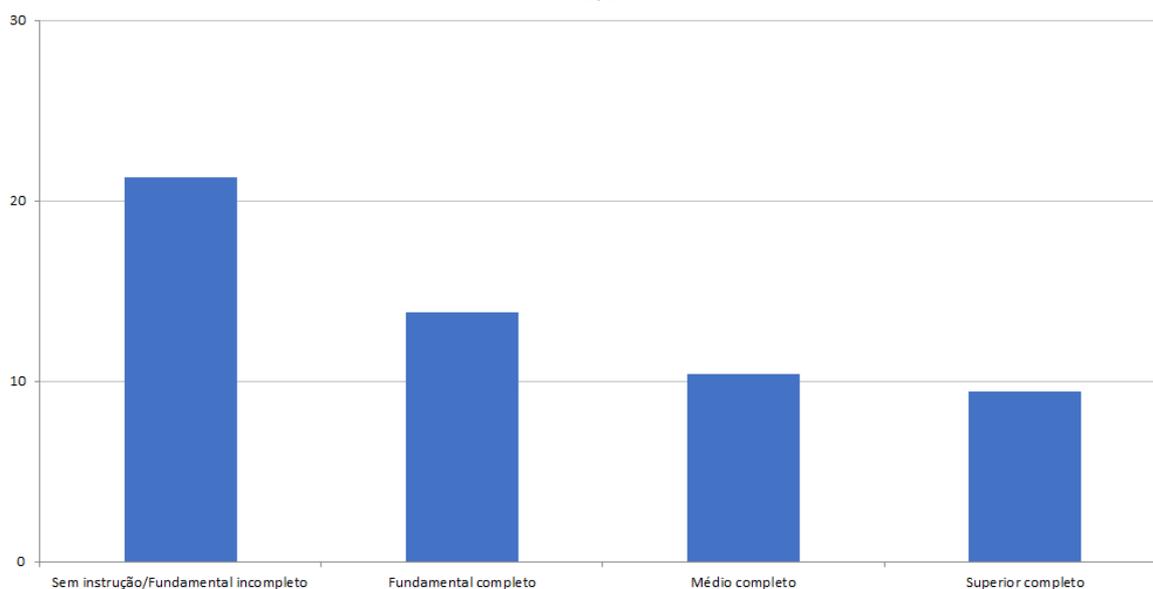
¹⁰ No entanto, alguns autores argumentam que estas variáveis produzem efeitos diferentes nas condições de saúde. Por exemplo, Geyer *et al* (2006) observou para a Suécia e Alemanha um alto risco de diabetes associado a um baixo nível educacional.

escolaridade, medida pela proporção de pessoas com curso completo, como *proxy* de grupo social.

Chama-se a atenção no gráfico 4 para o impacto que o nível de escolaridade exerce na proporção de idosos com dificuldades em pelo menos uma das ABVD. A proporção de idosos com alguma dificuldade para alguma destas sete atividades com escolaridade inferior ao fundamental foi 2,3 vezes mais elevada do que a referente à população com curso superior completo. Mesmo comparando os idosos sem nível fundamental com aqueles com fundamental completo, a primeira proporção é 55,6% mais elevada que a segunda. Este resultado sugere que a demanda por cuidados é concentrada nos estratos menos escolarizados, provavelmente mais pobres, o que pode afetar a possibilidade de recebimento de ajuda, como mostrado por Lima-Costa *et al* (2016). Isto pode comprometer ainda mais o ato de cuidar e de ser cuidado (Giacomin e Firmo 2015).

Por outro lado, como as coortes brasileiras mais novas são mais escolarizadas que as mais velhas, pode-se esperar que os futuros idosos também serão. Dado isto, acredita-se em uma redução na proporção de idosos com limitação funcional.

GRÁFICO 4
PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO COM DIFICULDADES EM ALGUMA ATIVIDADE BÁSICA DA VIDA DIÁRIA
POR ESCOLARIDADE
BRASIL, 2015



Fonte: Pesquisa ELSI.

As dificuldades para o exercício das atividades básicas do cotidiano são muitas vezes resultantes de doenças crônicas. Para os Estados Unidos, foi observado que as principais doenças crônicas relacionadas à perda de capacidade funcional eram artrite/reumatismo, doenças cardíacas e hipertensão.¹¹ Em 2013, entre os idosos brasileiros com dificuldades para as ABVD, 91,3% relataram ter pelo menos uma das 12 doenças crônicas investigadas pela PNS. Esta proporção foi de 88,7,% para homens e 93,1% para as mulheres. Entre as doenças citadas, a mais importante foi a hipertensão, que afetou 53,0% dos idosos do sexo masculino e 66,9% dos do sexo feminino. Outras enfermidades importantes relatadas foram doenças da coluna e costas, artrite ou reumatismo e colesterol alto. Ou seja, um padrão semelhante ao americano. Chama-se a atenção, também, para o fato de que estas três morbidades são as três principais causas da aposentadoria por invalidez no Brasil (Camarano, 2017).

4. COMO ESTÃO SENDO CUIDADOS OS IDOSOS BRASILEIROS?

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. O texto constitucional de 1988 deixa claro que apenas na impossibilidade de a família cuidar do idoso é que instituições especializadas devem ser consideradas uma alternativa de atendimento. Tal recomendação também está expressa na Política Nacional do Idoso (PNI), de 1994, no Estatuto do Idoso, de 2003, e perpassa a maior parte das normas no âmbito da saúde e da assistência social. Essa legislação é fruto, dentre outros fatores, dos preconceitos com relação ao cuidado institucional e resulta no seu reforço (Camarano, 2012).

No Brasil, apesar de, constitucionalmente, a assistência social ser um direito, no que tange à dimensão do cuidado, este direito não se realiza em ações governamentais consistentes e articuladas. Esta política está concentrada em programas de transferência de renda. As ações de cuidados são residuais, e têm sido pautadas pelo abrigamento do idoso pobre

¹¹Citado por Lafortune e Balestat (2007).

(Camarano e Mello, 2010; Christophe e Camarano, 2010). A sua origem não é resultado de uma política pública, é o resultado da ausência desta, o que a faz ter uma relação forte com a filantropia e a religião (Giacomin e Couto, 2010). Isto não acontece apenas no Brasil, mas em quase todo o mundo ocidental. No âmbito da caridade cristã, destaca-se o papel desempenhado pela Sociedade São Vicente de Paula, que sempre assistiu idosos carentes em seus lares e/ou em asilos (Christophe e Camarano, 2010). Como consequência, a proporção de idosos residentes em instituições é muito baixa; em torno de 1% do total de idosos e 2,5% dos que tinham alguma dificuldade para as atividades da vida diária. Além disto, cerca de um terço dos residentes têm autonomia para as AVDs. (Camarano *et al*, 2010). Consequentemente, a oferta de instituições brasileiras é muito baixa, o que pode ser reflexo da demanda reduzida.

O cuidado familiar é o mais importante para qualquer grupo populacional, especialmente crianças, idosos e deficientes. Predomina em quase todo o mundo. Ao longo da História, o cuidado com a geração mais velha tem sido atribuído aos descendentes, norma social reforçada pela legislação vigente. Além disso, as normas sociais e familiares estabelecem que o papel de cuidar seja uma especificidade feminina (Jang, Avendano e Kawachi, 2012). As jovens devem cuidar dos filhos e na meia-idade ou na velhice dos maridos doentes, pais e sogros idosos fragilizados (Neri, 2002). Isto ocorre também no trabalho assalariado em instituições residenciais, hospitais etc. Consequentemente, quando o papel econômico e social das mulheres muda, isto pode ter um efeito importante na provisão de cuidados para a população idosa, especialmente o cuidado familiar (Lloyd-Sherlock, 2010). Neri (2002) aponta que nos Estados Unidos, cerca de 80% dos idosos tem como cuidador principal a família, mesmo existindo neste país opções de apoios formais. No Canadá, 94% dos idosos contam com o apoio da família. A autora ainda cita o Brasil como um país, cuja rede de apoio formal ao idoso é muito restrita, apesar da reconhecida necessidade de algum apoio para auxiliar a família nos cuidados com a pessoa idosa.

Alguns trabalhos apontam que a percepção da obrigação filial depende de normas culturais específicas, dos recursos da família para pagar pelos serviços e da provisão destes por parte do Estado. A responsabilização da família pelo cuidado com os membros dependentes assume que os cuidadores,

especialmente as mulheres, não incorrem em custos financeiros ou emocionais na prestação de cuidados (Goldani, 2004). Mas na verdade, cuidar custa. Custa tempo, dinheiro, acarreta perda de oportunidades, principalmente no mercado de trabalho, riscos para a saúde, isolamento social, desestimula a reprodução, entre outros fatores. Como o cuidado familiar é realizado no ambiente doméstico, isto o faz socialmente invisível. Não é recompensado e não gera direitos sociais como o trabalho formal, considerado produtivo (Camarano, 2014). Mas gera grandes benefícios tanto no âmbito público quanto privado. Esse cuidado informal é essencial ao sistema de saúde e pode ser caracterizado como um "sistema de saúde oculto" (Levin e Idler, 1981). Dessa forma, as responsabilidades pelos cuidados informais são desproporcionalmente distribuídas em certos grupos sociais, como mulheres de meia-idade. (Notten, Grunow & Verbakel, 2017)

A necessidade de cuidados afeta a oferta de trabalho das esposas e dos filhos, a demanda por habitação, a co-residência e produz barganhas na família. Afeta as transferências intergeracionais, como heranças (Markuatu e Ansa, 2004).

Embora as mulheres predominem entre os cuidadores, evidências para o Japão apontam que os filhos do sexo masculino estão gradualmente assumindo a responsabilidade de cuidar de seus pais. Em 2001, 20% dos cuidadores familiares eram filhos homens; esta proporção aumentou para 25% em 2004. Isto é muito afetado pelos custos de oportunidade no mercado de trabalho (Hanaoka e Norton 2008). Pesquisa feita em 12 países europeus e na Coréia encontrou que em quatro países mais de 30% dos cuidadores eram homens. A mais baixa proporção de cuidadores masculinos foi encontrada na Coréia (7,1% do total) e a mais alta na Bélgica (49,1%) (Jang, Avendano e Kawachi, 2012). Néri (2010) também encontrou homens exercendo a atividade de cuidar em uma pesquisa feita no município de Campinas. Camarano e Fernandes (2018), utilizando-se dos dados da PNAD Continua de 2017, encontraram que 14,5% dos homens de 50 a 59 anos exerciam alguma atividade de cuidado. A proporção comparável para as mulheres foi de 27,3%.

O cuidado familiar é considerado um cuidado informal. É fundamentado em um contrato social, existente no âmbito familiar, baseado em normas, obrigações e trocas entre as gerações (Goldani, 2004). Já o cuidado

formal pode ser oferecido pelo estado ou setor privado; no domicílio ou nas instituições. O primeiro inclui algum tipo de assistência domiciliar, benefício monetário para os cuidadores, respiro, capacitação, grupos de apoio para os cuidadores ou outros tipos de ajuda para os idosos, que variem de acordo com as suas necessidades. O importante é levar algum alívio para as famílias, cuja prestação de cuidados pode ocorrer em condições precárias e/ou em conflito.

Historicamente, empregados domésticos sempre auxiliaram no cuidado com membros dependentes da família, sejam crianças, deficientes ou idosos. Estes cuidadores eram, em geral, trabalhadores leigos e sem uma qualificação específica. Embora a ocupação de cuidador já seja parte da Classificação Brasileira de Ocupações, a atividade de cuidar ainda não está regulamentada, ao contrário do que ocorreu com a de emprego doméstico, que está regendo a primeira. Tramitam no Congresso Nacional, dois projetos que pretendem delimitar as atribuições de cuidador, remuneração e jornada de trabalho, bem como a exigência de requisitos de escolaridade. Isto valoriza e potencializa o trabalho de cuidados, mas leva a que este tipo de serviço se torne cada vez mais caro, limitando o número de famílias que dele podem dispor (Groisman, 2015).

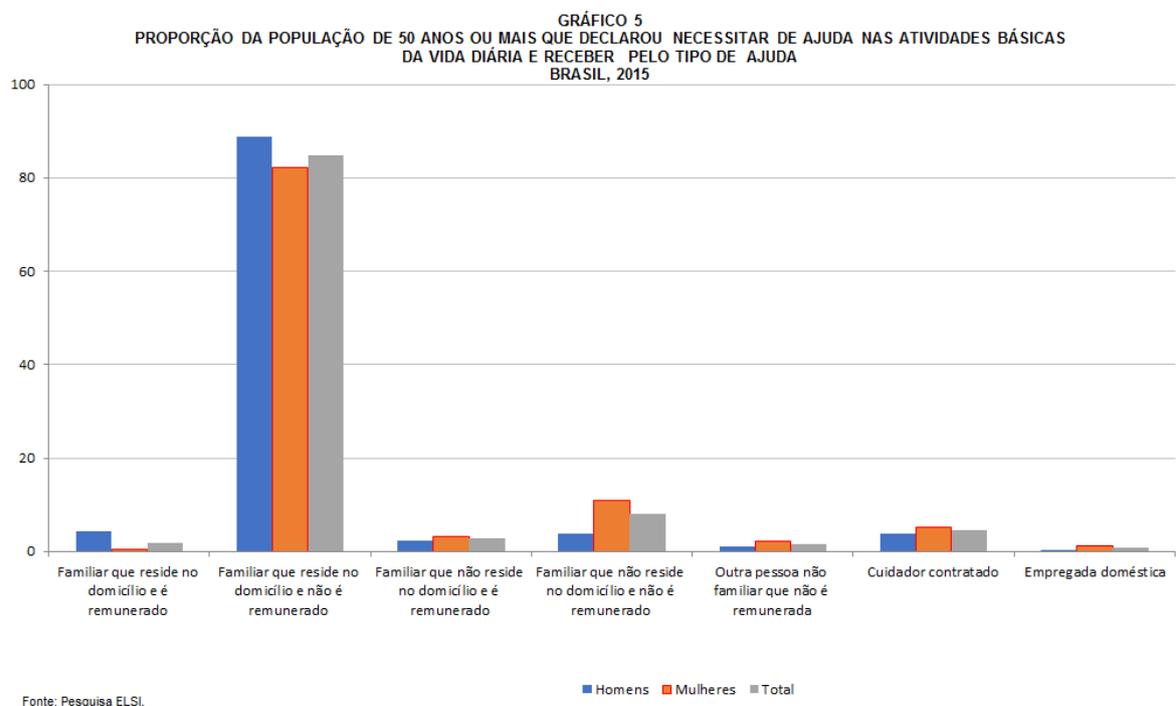
Para conhecer o perfil do cuidador primário, a Pesquisa-Elsi perguntou às pessoas que declararam necessitar de ajuda quem foi a pessoa que as ajudou em termos de algumas características: sexo, idade, estado posição no domicílio, condições de pagamento e relação com o recipiente do cuidado-membros da família, cuidadores ou empregados domésticos.

Das pessoas consideradas frágeis que declararam necessitar de ajuda, 79,1% receberam. Os homens (86,6%) recebem mais ajuda do que as mulheres (74,9%). O gráfico 5 mostra por quem são cuidados os homens e as mulheres frágeis, segundo o tipo de ajuda recebida. No caso dos homens com dificuldades e que recebem ajuda, aproximadamente 90% da ajuda vem de familiares que residem no mesmo domicílio e não são remunerados. Em segundo lugar em importância, destacam-se os cuidadores contratados ou familiares que são remunerados, 10,8%. Também para as mulheres, predominam os cuidados providos por familiares não remunerados. A maior parte deles reside no domicílio, 82,7%, e outros 14,1% não reside. A proporção de idosas que recebe ajuda remunerada é aproximadamente igual a de idosos.

Embora um terço das pessoas que cuidam deixaram de trabalhar ou estudar para fazê-lo, pouco mais de 6% receberam algum tipo de treinamento quanto aos cuidados e quando o fizeram foi de curta duração.

Dos cuidadores entrevistados, cerca de 80% destes relataram cuidar todos os dias ou a maioria dos dias da semana. De acordo com os dados do European Social Survey, coletados em 2014, em média, 34,3% da população adulta em 20 países europeus eram cuidadores informais e 7,6% eram cuidadores intensivos (atendendo no mínimo 20 horas por semana). Também na Europa, o cuidado foi mais prevalente entre as mulheres de 50-59 anos, não empregadas, especialmente as que faziam tarefas domésticas e entre pessoas religiosas (Verbakel, 2017).

Duarte, Lebrão e Lima (2005) também encontraram uma baixa proporção de idosos fragilizados que vivia com um cuidador não familiar no município de São Paulo, em 2000. Duarte *et al* (2010) mostraram que os diferentes tipos de arranjos em que viviam os idosos de São Paulo, em 2006, supriam cerca de 50% das suas demandas. Esta proporção fora de 60,6% em 2000.



Sintetizando, os dados mostram a importância da família no cuidado do idoso com limitação funcional. Mesmo assim, ainda existe uma parcela

crescente e grande de idosos com limitação sem ajuda. Esta ajuda vem ocorrendo sem a participação do estado.¹² Ao contrário, no caso de abandono ou negligência dos idosos pela família, esta é criminalizada. A omissão do Estado não considera as mudanças na família e o crescimento da população demandante de cuidados. Por outro lado, vários trabalhos já mostraram ¹³ que a renda do idoso tem desempenhado um papel importante na renda dos domicílios onde moram idosos frágeis. Estes mesmo na condição de fragilidade aportam uma contribuição importante no orçamento destes domicílios; 73,8% em 2013. Ou seja, necessitam de ajuda, mas provem ajuda.

Pode-se dizer que se está diante de um sistema de transferência intergeracional de duas direções, mediado pela política de seguridade social, dado que 70,3% da renda dos idosos com limitações funcionais e 77,3% da das idosas provem dos benefícios da Seguridade Social, em 2013. Estes benefícios são de aposentadoria e/ou pensões por morte. Neste ano, 1,3 milhão de idosos com limitação funcional e 2,1 milhões de idosas recebiam pelo menos um dos benefícios mencionados.

5 SÍNTESE DOS RESULTADOS E COMENTÁRIOS FINAIS

Os resultados do presente estudo são importantes por se tratar do primeiro estudo brasileiro a desvelar a população envolvida no cuidado de pessoas com dependência em ABVD e as reais demandas e lacunas existentes na oferta destes cuidados. No entanto, existem limitações. Primeiro, a medida da incapacidade e do cuidador principal devem ser interpretados com cautela devido ao design do estudo transversal. O prosseguimento da pesquisa longitudinal poderá examinar comportamento da demanda e da oferta de cuidados na população brasileira maior de 50 anos.

O trabalho revelou que a principal fonte de cuidado para pessoas de 50 anos ou mais com dificuldades em ABVD é a família – em sua maioria mulher, casada, que sabe ler, não recebeu treinamento, não é remunerada e cuida todos os dias da semana. Embora 96% dos cuidados sejam ofertados pelas

¹² Pesquisas entre famílias economicamente desfavorecidas apontam que 90% destas não recebem ajuda de nenhuma espécie para cuidar dos seus idosos, nem financeira, emocional ou orientação. A situação se agrava nas famílias nos extratos socioeconômicos mais baixos. (Barbosa, 2008).

¹³ Ver, por exemplo, Camarano e Kanso, 2010.

famílias, ainda assim, o cuidado familiar não é capaz de suprir um terço das demandas de cuidado em ABVD. Isto reflete não insuficiência familiar, mas insuficiência de políticas de cuidados que apoiem as famílias na sua necessidade de cuidar. Isto leva à necessidade de se refletir sobre a excessiva confiança que o Estado brasileiro deposita na figura do cuidador familiar, enquanto desconsidera a sobrecarga física e emocional que o cuidado permanente de pessoas em situação de dependência impõe. Esta condição de invisibilidade, solidão e despreparo está na gênese de conflitos pessoais e familiares, que poderiam ser evitados caso houvesse uma política que apoiasse as pessoas e as famílias ao longo de todo o curso da vida. Além disto, a capacidade da família cuidar tem se reduzido acentuadamente.

Os dados da ELSI reforçam a importância da mulher no cuidado familiar não obstante a sua maior participação no mercado de trabalho sem uma maior participação dos homens universo dos cuidados. O trabalho diretamente remunerado tem sido uma categoria privilegiada da análise econômica e social, enquanto outras formas de trabalho não remunerados - como é o caso do cuidado – têm permanecido por muito tempo na penumbra (Tobio, 2012; Kleinman, 2015). O engajamento diferencial de gênero com o trabalho não remunerado passa por fatores institucionais, políticas e ainda os estereótipos de função de gênero, que resultam em amplas variações nas situações de homens e mulheres nas diferentes culturas. Além disto, entre o que se diz querer (compartilhar a responsabilidade de sustentar a família e cuidar de seus membros) e o que é feito em termos de igualdade de gênero, há uma distância notável (Tobio, 2012).

Chamou-se a atenção para a grande proporção de pessoas não idosas que demandam cuidados. Quando esta geração demanda cuidados, ou são os mais velhos ou os mais jovens que o farão. Essa situação aponta dois grupos potencialmente vulneráveis para a seguridade social: o de pessoas dependentes para o autocuidado, porque possivelmente encontra-se alijado da vida produtiva e o de familiares que não são remunerados para cuidar, mas precisaram deixar o trabalho ou o estudo para fazê-lo. A continuar assim, os cuidadores familiares permanecerão sem qualificação para o trabalho, não conseguirão contribuir para a seguridade social, terão comprometido sua vida

profissional e não contarão com qualquer tipo de apoio para prosseguir cuidando de outrem. A questão que se coloca é: quem cuidará deles no futuro?

O debate em torno da questão do cuidado continua incipiente no Brasil. A resistência em ampliá-lo pode ser resultado não só da sua proximidade com temas considerados “tabus”, tais como doença, invalidez, fragilidade e morte, mas também nas contradições entre modelos e concepções acerca do papel que o Estado deve ter, enquanto provedor de bem-estar para a sua população, num momento de desequilíbrio fiscal. A pressão sobre o envelhecimento ativo e o culto à juventude leva a se considerar o demandante de cuidados um perdedor, um negligente.

Pensar em perspectivas futuras para o Brasil significa avançar no debate dessas questões. Até o presente momento, as políticas de cuidados têm tido um caráter residual e segmentado bem como a oferta de serviços por parte do mercado privado. Portanto, é importante que o Estado brasileiro assuma parte da responsabilidade com o cuidado do idoso frágil como assumiu a da perda da capacidade laborativa acarretada pela idade e invalidez. Vários países já assumiram esta responsabilidade. Um projeto de lei instituindo uma política de cuidados para quem dela necessitar, independente da renda e da idade, está em tramitação no Congresso Nacional. Embora este represente um grande avanço ao se estabelecer cuidados como uma política própria está ainda muito vago, por não definir fontes de financiamento e nem os serviços a serem oferecidos, entre outros fatores.

Por outro lado, esse Estado avançou no que diz respeito à provisão de uma renda mínima para a população que perde a capacidade laborativa pela idade. Mas questões envolvendo a oferta de serviços de cuidados para idosos e, principalmente, a sua articulação com a provisão de bens e serviços assistenciais e previdenciários é bastante mais complexa. Os sistemas de saúde tendem a concentrar esforços na cura dos pacientes, o que não ocorre nos casos de doenças crônico-degenerativas. Pela legislação brasileira, políticas voltadas para os cuidados de longa duração dos idosos são de responsabilidade da assistência social. Mas elas não são capazes de fazê-lo sem a complementação de políticas de renda, de saúde e moradia. Na maioria dos países, os cuidados de longa duração costumam situar-se na interseção entre as políticas de saúde e assistenciais. Camarano e Kanso (2010) e

Camarano *et al* (2010) acreditam que o benefício da seguridade social seja um instrumento importante para garantir a provisão de cuidados para os idosos, sejam formais ou informais.

Pensar uma política de cuidados de longa duração para a população idosa brasileira significa pensar, em primeiro lugar, em garantir o seu acesso a todos os cidadãos como um direito social e não como uma ação caritativa. Para ampliar as ações de cuidado para além da filantropia e do abrigo e auxiliar a família a cuidar dos seus idosos, é necessário um sistema formal de apoio incorporando o Estado e o mercado privado, de forma a garantir uma assistência mais qualificada.

Não se tem dúvidas de que uma política de cuidados deve ser política própria, muito embora relacionada a outras, como saúde, assistência social, previdência, habitação, transportes etc. Ela requer um conjunto complexo de tais ações, associado a uma rede de cuidados, baseado em uma visão diferente das políticas setoriais e fragmentadas que compõem a seguridade social. Ou seja, deve-se pensar na construção de um arcabouço sistêmico com vistas à promoção do bem-estar para toda a sociedade. Pergunta-se se seria o caso de se adicionar um novo pilar ao sistema de seguridade social vigente no Brasil, o quarto. Vários países já fizeram isto.

Outros pontos a serem considerados por esta política seriam se os serviços oferecidos devam ser focalizados nos segmentos com maiores necessidades econômicas (por exemplo, população que recebe BPC e/ou Bolsa Família) ou universais (relacionadas ao grau de dependência para a realização das AVDs). Para Muiser e Carrin (2007), todos aqueles cuja família e/ou redes comunitárias não sejam capazes de prestar cuidados adequados devem ser cobertos pelos regimes de financiamento público. Isto remete à discussão sobre a focalização ou universalização das políticas públicas. Devem ser dirigidos só a idosos ou a pessoas com deficiências, de uma maneira geral?

O desenvolvimento de mecanismos para o financiamento dos serviços de cuidados é uma questão muito importante. Alguns países os financiam através de seguro obrigatório e outros utilizam impostos gerais. Serviços diferenciados podem ser encontrados tanto nos sistemas financiados por contribuições (seguro) quanto nos financiados por impostos gerais. Segundo

Muiser e Carrin (2007), as decisões deverão levar em conta como arrecadar recursos e como distribuí-los de forma eficiente e equitativa. Acredita-se que não se possa conceber um seguro obrigatório para os trabalhadores brasileiros, já que cerca de 50% dos trabalhadores não está no mercado de trabalho formal. Também é difícil precisar qual a alíquota que poderá ser capaz de cobrir todos os custos dos serviços prestados.

Embora as mudanças nos arranjos familiares tenham alterado a sua configuração, isto não significa, uma redução da sua importância para o apoio e o cuidado com seus membros, e sim uma nova organização e divisão de responsabilidades entre ela, o Estado, o mercado privado e também o voluntariado. Isto pode ser feito pela criação de uma rede formada por cuidado domiciliar formal, centros-dia, hospitais-dia e instituições de longa permanência. No entanto, cada um destes serviços atende a necessidades diferenciadas.

A tendência internacional tem sido a de desinstitucionalizar o cuidado do idoso.¹⁴ Em vários países de renda alta, as políticas têm buscado facilitar o cuidado no ambiente familiar, no qual o desenvolvimento de tecnologias assistivas tem desempenhado um papel importante (Muiser e Carin, 2007). É provável que esta tendência se acentue no futuro próximo, o que implicará, também, em um aumento ainda maior na demanda de cuidadores domiciliares, sejam familiares ou profissionais. No entanto, no Brasil, as estruturas de suporte social ainda se mostram frágeis e não se constituem em uma rede de apoio organizada, não proporcionando suporte às famílias cuidadoras de idosos fragilizados. Esta parece ser uma das questões mais importantes em uma política de cuidados: não se pode abrir mão da família cuidadora. Lloyd-Sherlock (2004, p 12) salienta a necessidade de 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 respiro, devem ser desenvolvidas”.

¹⁴ Ver Jenson e Jacobzone, 2000.

O ato de cuidar tem sido descrito como uma experiência estressante que pode afetar a saúde física e mental do cuidador. Em vários países, os cuidadores não escolheram cuidar. Cuidar foi o resultado de falta de alternativas, a despeito das suas condições de saúde (Jang, Avendano e Kawachi, 2012). Néri (2010) analisando a situação de cuidadores familiares para Campinas encontrou uma relação entre doenças, incapacidade, depressão e o ato de prestar cuidados, o que os torna também expostos às necessidades de cuidados de longa duração. Os cuidadores ficam privados de contatos sociais, o que coloca em risco o seu bem-estar físico e psicológico. Para isto, é importante que os serviços públicos e privados de atenção à saúde façam um acompanhamento criterioso das suas condições de saúde visando reduzir o seu grau de dependência e favorecer a sua qualidade de vida. A introdução de programas de cuidado domiciliar formal no Japão resultou em uma redução significativa no desequilíbrios emocionais, que geralmente, acometem o cuidador familiar (Tamiya *et al*, 2011).

Isso coloca o desafio de combinar cuidado formal com informal, ou seja, o desenvolvimento de serviços comunitários que complementem o cuidado familiar (Néri, 2010). 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 a alimentação, medicação e exercício físico envolvendo os idosos. Recomenda ainda ajuda para conduzir o idoso ao médico, fazer compras e pagar contas. O apoio deve ser regular para que o cuidador familiar possa ter algum tempo para si (respiro). No caso do cuidador formal, Pasinato (2009) propõe que, além da sua capacitação, se pense na reestruturação do Programa Estratégia de Saúde da Família, de forma a que os seus agentes atuem no campo do atendimento domiciliar tanto na provisão de cuidados técnicos para os idosos quanto na preparação e apoio aos cuidadores informais. Dentro desta linha, situa-se a experiência da prefeitura de São Paulo.

Não se pode negar que a oferta de cuidados, seja formal ou informal, tenha 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 gênero do cuidador (WHO, 2002).

Outra questão importante a ser considerada é o desenvolvimento de tecnologias assistivas de baixo custo e a sua disponibilização para quem apontam que dela necessitar, principalmente aqueles de renda mais baixa. Alguns autores apontam para vários países que o uso acentuado de tecnologias assistivas tem levado a uma redução das limitações severas (Manton 1982; Freedman & Martin 2000; Robine, Mormich & Sermet 1998 *apud* Lafortune & Balestat 2007). Para o Brasil, foi observado que dentre os idosos que declararam dificuldades para as ABVDs, 55,7% dos homens usuários de algum equipamento assistivos e 48,2% das mulheres declararam não precisar de ajuda para as ABVD (Camarano, 2017). Este resultado pode sugerir o efeito das tecnologias na demanda por cuidados.

Além do Estado e das famílias desempenharem o seu papel na provisão desses serviços, é importante, também, que o mercado privado possa complementá-los. O desafio é a organização de serviços comunitários de alta qualidade que possam assistir às famílias no cuidado de seus parentes idosos a um custo razoável (Duarte *et al.* 2010). O Estado deve ser a peça propulsora dessa oferta, assumindo a responsabilidade por antecipar as necessidades de cuidados que extrapolem as de saúde (WHO, 2002). Salienta-se ainda que a implementação e a longevidade de projetos e programas intersetoriais exigem uma negociação política permanente, já que estão em jogo mudanças ligadas à cultura organizacional da administração pública que, por sua vez, lida com relações de poder sedimentadas no interior do aparelho do Estado, conforme apontado por Souza e Monnerat (2014).

Finalizando, para garantir uma proteção para o idoso com dificuldades para a vida diária, o que se requer é um conjunto complexo de ações, tais como renda, saúde, educação, moradia e cuidado. Além disto, duas outras vertentes precisariam ser desenvolvidas ações na promoção e prevenção da saúde¹⁵.

¹⁵ O governo japonês introduziu um programa de promoção e prevenção à saúde para a população situada no quartil de renda mais baixa (Ver Tamiya *et al*, 2011).

Num país como o Brasil, onde tantas necessidades sociais ainda estão por ser atendidas, essa deverá ser uma decisão política que precisaria ser alimentada por um amplo debate. Como fazer isto é um desafio para os formuladores de políticas. Não existe uma solução única que se adéque a todos os países.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, A. C. **O Centro-dia, seus idosos e a sua família: um olhar sobre as relações de cuidado**. 2008. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

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

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

BROESE VAN GROENOU *et al.* Socio-economic status differences in older people's use of informal and formal help: a comparison of four European countries. **Ageing & Society**, v. 26, n. 5, p. 745–66, 2006.

CAMARANO, A. A. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? *In*: HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. (Org.). **Cuidado e Cuidadoras** - as várias faces do trabalho do CARE. 1ed. São Paulo: Editora Atlas, 2012.

CAMARANO, A. A. **Estatuto do Idoso**: avanços com contradições. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. (Texto para Discussão, n. 1840).

CAMARANO, A. A. Perspectivas de crescimento da população brasileira e algumas implicações. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Novo Regime Demográfico**: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: Ipea, 2014.

CAMARANO, A. A. Quanto custa cuidar e quem paga por isto? *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Novo Regime Demográfico**: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: Ipea, 2014.

CAMARANO, A. A. **Condições de empregabilidade do trabalhador mais velho**. 2017. No prelo.

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.

CAMARANO, A. A.; FERNANDES, D. **Os homens maduros que não trabalham e nem são aposentados: um estudo exploratório da PNAD Contínua**. Mercado de trabalho (Rio de Janeiro), 2018.

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.; MELLO, J. L. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. *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.

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.

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. **Rev Panam Salud Publica**, v. 17, n. 5/6, p. 370-378, 2005.

FARIA, G. S., *et al.* Transition between frailty levels in elderly persons from Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 2, 2016.

FREEDMAN, V.; MARTIN, L. Contribution of chronic conditions to aggregate changes in old-age functioning. **American Journal of Public Health**, v. 90, n. 11, p.1.755-1.760, 2000.

FREEDMAN, V.; MARTIN, L.; SCHOENI, R. F.; CORNMAN, J. C. Declines in late-life disability: The role of early- and mid-life factors. **Social Science & Medicine**, v. 66, n. 7, p. 1588–1602, 2008.

FRIES, J., BRUCE, B; CHAKRAVARTY, E. Compression of Morbidity 1980–2011: A Focused Review of Paradigms and Progress. **Journal of Aging Research**, 2011.

GEYER, S. *et al.* Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 60, n. 9, 2006.

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.; FIRMO, J. O. A. Velhice, incapacidade e cuidado na saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, 2015.

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.

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.

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 and Medicine**, v. 67, n. 6, p. 1002-08, 2008.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas – PNS – microdados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

JANG, S-N., AVENDANO, M., KAWACHI, I. Informal caregiving patterns in Korea and European countries: a cross-national comparison. **Asian Nursing Research**, n. 6, p. 19-26, 2012.

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

KLEINMAN, A. Care: in search of a health agenda. **The Lancet**, v. 386, n. 9990, 2015.

LAFORTUNE, G.; BALESTAT, G. **Trends in severe disability among elderly people**: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications. OECD, France, 2007 (OECD Health Working Papers, n. 26).

LEVIN, L. S.; IDLER, E. L. **The hidden health care system**: Mediating structures and medicine. Ballinger Publishing Company., 1981.

LIMA-COSTA, M. *et al.* Socioeconomic inequalities in activities of daily living limitations and in the provision of informal and formal care for noninstitutionalized older Brazilians: National Health Survey, 2013. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 137, 2016.

LLOYD-SHERLOCK, P. Ageing, Development and Social Protection: Generalizations, Myths and Stereotypes. *In*: LLOYD-SHERLOCK, P. (Org). **Living Longer**: ageing, development and social protection. London/Nova York: United Nations Research Institute for Social Development/ Zed Books, 2004.

LLOYD-SHERLOCK, P. **Population Ageing and International Development**. Bristol: The Policy Press, 2010.

MANTON, K. G. Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. **Milbank Memorial Fund Quarterly Health Soc.**, v. 60, p. 183-244, 1982.

MARKUARTU, J. J. I.; ANSA, T. A. Inauguración. *In: EMAKUNDE (Org.). Congreso Internacional Sare 2003: "Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado"*, 2004.

MARMOT, M. The influence of income on health: views of an epidemiologist. *Health Aff*, mar-apr; v. 21, n. 2, p. 31-46, 2002.

MENÉNDEZ, J *et al.* Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*, v. 17, n. 5/6, p. 353–361, 2005.

MUISER, J.; CARRIN, G. **Financing long-term care programmes in health systems - With a situation assessment in selected high-, middle- and low-income countries.** Discussion paper number 6. WHO. Geneva, 2007

NERI, A. L. Avaliação subjetiva da tarefa de cuidar: ônus e benefícios percebidos por cuidadoras familiares de idosos de alta dependência. *In: NERI, A. L. (Org.). Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicossociais.* Campinas: ÁtomoAlínea, 2002.

NERI, A. L. 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.

NOTTEN, N.; GRUNOW, D.; VERBAKEL, E. Social Policies and Families in Stress: Gender and Educational Differences in Work–Family Conflict from a European Perspective. *Social Indicators Research*, v. 132, n. 3, 2017.

OCDE. **Health at a Glance.** OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, 2015.

PASINATO, M. T. de M. **Envelhecimento, ciclo de vida e mudanças socioeconômicas:** novos desafios para os sistemas de seguridade social. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2009.

ROBINE, J. M.; MORMICHE, P.; SERMET C. Examination of the causes and mechanisms of the increase in disability-free life expectancy. *Journal of Aging and Health*, v. 10, n. 2, p.171-191, 1998.

SHEA, D. *et al.* Exploring assistance in Sweden and the United States. *The Gerontologist*, v. 43, n. 5, p. 712-721, 2003.

SOUZA, R. G.; MONNERAT, G. L. Intersetorialidade e saúde: o desafio da pactuação entre políticas públicas. **Interface** (Botucatu) [online], supl. 3, 2014.

TAMIYA, N. *et al.* Population ageing and wellbeing: lessons from Japan's long-term care insurance policy. **Lancet**, v. 378, n. 9797, p. 1.183-1.192, 2011.

TOBIO, C. Cuidado e identidade de género. De las madres que trabajan a los hombres que cuidan. **Revista Internacional de Sociología**, v. 70, n. 2, 2012.

VERBAKEL, E. How to understand informal caregiving patterns in Europe? The role of formal long-term care provisions and family care norms. **Scandinavian Journal of Public Health**, 2017.

WITTENBERG, R. *et al.* **Future demand for long-term care, 2002 to 2041: projections of demand for long-term care for older people in England.** March, 2006 (PSSRU Discussion paper n. 2330).

WHO. **Current and future long care needs.** An analysis based on the 1990 WHO study. The Global Burden of Disease and the International Classification of Functioning, Disability and Health, 2002.