

Dependência e Pessoas idosas: significado e políticas

Dependence and the elderly: meaning and policies

*Dependencia y personas mayores: significado y
políticas*

Jurilza Maria Barros de Mendonça

RESUMO: O presente artigo aborda aspectos sociodemográficos referentes ao envelhecimento populacional e ao aumento da expectativa de vida, destacando-se a população com 80 anos e mais de idade - grupo etário que mais cresce atualmente, e as fragilidades que levam à dependência. Para esse grupo, a dependência é reconhecida como um risco social, que demanda cuidados de longa duração, tema que vem sendo discutido há mais de duas décadas nos países desenvolvidos.

Palavras-chave: Dependência; Cuidados; Pessoa idosa; Risco social; Proteção social.

ABSTRACT: *This article discusses social and demographic aspects related to population's ageing and the increasing of life expectancy, in particular the population aged 80 and older, which is the fastest growing, as well as their weaknesses, which lead to dependency. The dependence in the elderly is recognized as a social risk, requiring long-term care, an issue that for over three decades has been discussed in developed countries due to the high costs of social protection strategies in this social segment.*

Keywords: *Dependency; Care; Elderly; Social risk; Social protection.*

RESUMEN: *El presente artículo aborda aspectos sociodemográficos referentes al envejecimiento poblacional y al aumento de la expectativa de vida, destacándose la población con 80 años y más de edad - grupo de edad que más crece actualmente, y las fragilidades que conducen a la dependencia. Para ese grupo, la dependencia es reconocida como un riesgo social, que demanda cuidados de larga duración, tema que viene siendo discutido hace más de dos décadas en los países desarrollados.*

Palabras clave: *Dependencia; Cuidados; Persona mayor; Riesgo social; Protección social.*

Introdução

A dependência é um tema amplamente abordado no contexto sociodemográfico e da política social nos países europeus. Isso ocorre porque esses países abrigam maior número de idosos em sua população. Conforme Rodriguez Cabrero (2005), do total de pessoas que é afetada com certa severidade em sua autonomia para atividades de vida diária na Espanha, em torno de 15% tem entre 65 e 79 anos e, ao redor de um terço, 80 anos e mais de idade.

Com as sociedades mais envelhecidas e o crescimento do número de pessoas idosas em situação de dependência, houve, na Europa, a necessidade de realizar mudanças nos sistemas assistenciais que, de acordo com Rodriguez Cabrero (2005), ocorreram da seguinte forma:

a) primeiro, iniciou-se, na década de 1980, o trânsito do modelo assistencial residencial para outro, do tipo comunitário, devido a alterações culturais (viver em casa), financeiros (contenção e reestruturação do Estado de Bem-estar) e assistenciais (transformação da atenção desde a centralidade dos recursos residenciais aos do tipo comunitários básicos e intermediários, buscando-se maior qualidade de vida das pessoas em situação de dependência). O desenvolvimento de um modelo de intervenção social comunitário se constitui em característica dominante dos sistemas de intervenção; e, nele, destacam-se a atenção domiciliar e os espaços intermediários entre domicílio e instituição de longa permanência.

b) No âmbito dos modelos gerais de atenção, as situações de dependência, nos anos 1990, sofreram, em diferentes países da União Europeia, mudanças em profundidade que se aceleraram na presente década, na forma de modelos integrais de atenção às pessoas dependentes sob os quais se articulam as intervenções comunitárias. As tendências favorecedoras dos sistemas públicos universais de proteção às pessoas dependentes não podem ocultar a persistência das tradições nacionais em matéria protetora, assim como as tendências de freio dos governos diante das vias crescentes de gasto social como as derivadas do envelhecimento da população (2005, p. 43, de nossa tradução).

Além do crescimento populacional de idosos, a Europa já vinha experimentando mudanças no tamanho e na organização familiar, com a inserção, cada vez mais elevada, da mão-de-obra feminina no mercado de trabalho. Esse cenário sociodemográfico e social pautou as mudanças no padrão assistencial à pessoa idosa. Isso porque as transformações indicadas no texto assinalam não só a emergência da proteção social aos idosos na agenda da política social europeia, como chama a atenção para a dependência como um risco social, haja vista o aumento do número de pessoas idosas em idade mais avançada. Foi a partir desse contexto que, em 2003, a Comissão Europeia definiu a importância de se garantirem sistemas universais de atenção à dependência contemplando serviços de saúde e pensões.

Para Rodriguez Cabrero (2005), a proteção social da dependência passou a ser considerada, pela grande maioria dos países da União Europeia, objeto de análise do debate político, científico, e do campo das políticas sociais públicas.

Essa tendência induz à reflexão de que a situação da dependência e o cuidado sempre existiram. A diferença é que, antes, os cuidados ficavam sob a responsabilidade da família, em especial, das mulheres. Contudo, com o envelhecimento populacional, também tem aumentado, em ritmo considerável, as doenças degenerativas, como Alzheimer e outros tipos de demência, as decorrentes dos acidentes de trânsito e de trabalho, e enfermidades incapacitantes, como a AIDS. Esses fatos, para Rodriguez Cabrero (2005), fizeram com que a dependência deixasse de ser um problema individual e da família para configurar-se um problema social e, portanto, objeto de políticas sociais que se veem obrigadas a organizar sistemas de solidariedade coletiva para enfrentar esse novo risco social. Ou, nas palavras de Rodriguez Cabrero (2005),

A tendência geral dominante nos países da EU, a respeito da proteção social da dependência, se orienta nos modelos de natureza universal, se bem que são modelos limitados, que prestam serviços ou concedem ajudas financeiras que cobrem uma parte do custo dos cuidados de longa duração cujo co-financiamento é uma característica comum de todos os países em maior ou menor medida. O assistencialismo neste campo está em certo retrocesso a favor da universalização do direito social à proteção das situações diversas de dependência, o que supõe que a acessibilidade não dependa do critério de recursos do beneficiário, mas sim da necessidade pessoal de cuidados (p. 68, de nossa tradução).

De acordo com o Conselho Europeu (Recomendación n.º 98), a dependência "trata-se de um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda da autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou ajudas importantes, a fim de realizar os atos correntes da vida diária" (1998, p. 13). Sua existência, portanto, implica cuidados que formam com ela um todo unitário.

A questão da dependência na Espanha

A Espanha, que é um dos países mais envelhecidos da EU, em 2006 aprovou a Lei de Promoção da Autonomia Pessoal e Atenção às Pessoas em Situação de Dependência, de n.º 39, que, para os espanhóis, representou uma grande conquista dos movimentos sociais. No entanto, um dos pontos negativos dessa Lei foi o de não assegurar recursos para sua implementação.

A Lei da Dependência da Espanha define dependência incorporando parte do conteúdo explicitado, e acima indicado, pelo Conselho Europeu, a saber: "o estado de caráter permanente em que se encontram as pessoas que, por razões derivadas da idade, enfermidade ou deficiência, ligadas à falta ou à perda da autonomia física, mental, intelectual ou sensorial, precisam da atenção de outra ou outras pessoas ou ajudas importantes para realizar atividades básicas de vida diária ou, no caso de pessoas com deficiência intelectual ou enfermidade mental, de outros apoios para sua autonomia pessoal".

Além disso, contemplam serviços de tele-assistência, de atenção domiciliar, centros-dia e residências (ILPI).

Todos os serviços prestados têm uma parte de contribuição do beneficiário, que é chamada de "co-pago", a não ser que o beneficiário tenha renda muito baixa.

Os cuidados de longa duração das pessoas em situação de dependência são, por sua natureza, de assistência social e de saúde (sócio-sanitário). Na Espanha, a dependência é classificada em três graus: moderada (Grau I), severa (Grau II) e grande dependência (Grau III). Para as pessoas terem acesso ao atendimento pela Lei da Dependência, devem, em primeiro lugar, procurar o serviço de assistência social de suas Províncias, para fazer avaliação de seu caso, que tem um prazo de seis meses para reconhecer a dependência. A definição do serviço a ser prestado é feita de acordo com o grau de dependência, a vontade do beneficiário e de seus familiares.

No entanto, com a crise econômica financeira de 2008, o governo, para cortar gastos com a atenção à dependência, limitou o atendimento somente às pessoas em estado de grande dependência (Grau III). O tempo de espera para ingressar em um dos serviços como centro-dia é de 2 anos e, para Instituição de longa permanência, ILPI, chega a 4 anos em algumas Comunidades Autônomas. Já as pessoas com dependência moderada, que não estão sendo atendidas, deverão esperar por um atendimento (isso ocorreu a partir de julho de 2015), para ter acesso a um dos serviços oferecidos pela Lei da Dependência, vez que a prioridade do atendimento como já citado, é a dependência grave.

Serviços oferecidos: especificação e análise

Os serviços prestados, na Espanha, de acordo com a Lei da Dependência, são: tele-assistência, atenção domiciliar, centro-dia e centros-noite, e residências (ILPI). Quando não há disponibilidades de nenhum desses serviços são concedidas prestações econômicas (que não constam no catálogo de serviços, todavia respondem pelo maior percentual de atendimento, 43,21%). O tele-assistência atende atualmente 116.387 pessoas e consiste em uma central telefônica que atende as chamadas dos usuários cadastrados, que utilizam um tipo de colar ou relógio e, na hora que necessitam de ajuda, acionam o dispositivo de chamada.

Os prestadores de serviços, dentre eles, a Cruz Vermelha, contam com pessoal capacitado, carros e motos, e, no momento em que o serviço é acionado, a pessoa informa do que necessita. Na mesma hora, uma pessoa com formação em primeiros socorros desloca-se até a casa da pessoa para verificar a situação e, caso necessite de médico ou ser transferida para um hospital, o socorrista toma todas as providências.

O sistema conta com todos os dados da pessoa cadastrada e com uma cópia das chaves de sua casa com códigos. É um serviço de baixo custo; mesmo assim, as pessoas beneficiárias contribuem com uma parte.

O serviço de tele-assistência tem por finalidade atender aos beneficiários mediante o uso de tecnologias da comunicação e da informação e o apoio dos meios pessoais necessários. Visa a dar resposta imediata às situações de emergência, de insegurança, solidão, e isolamento, bem como possibilitar a permanência dos usuários em seu meio habitual. Pode ser um serviço independente ou complementar ao de ajuda em domicílio, o SAAD.

O Centro-dia é um serviço destinado a manter a autonomia das pessoas idosas com dependência. Trata-se de uma atenção que proporciona ao usuário passar o dia e retornar no final da tarde a seu domicílio. É um espaço que deve contar com fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social e cuidadores ou auxiliares técnicos. Todas as pessoas que estão frequentando o Centro-dia tem um Plano Individual de Atenção, PIA que, de acordo com suas necessidades, recebem estimulação de sua autonomia e, caso não haja melhora, é discutido, juntamente com a família e o idoso (caso tenha condições), um novo Plano. As pessoas idosas que frequentam o Centro-dia, quando possuem um cuidador no seu domicílio, podem receber orientações sobre cuidado e atenção. Os Centros-dia contam com serviços de transporte e alguns funcionam nos finais de semana para proporcionar descanso (respiro) do cuidador familiar. Por uma questão de otimização de recursos e compartilhamento dos recursos humanos, muitos Centros-dia funcionam no mesmo edifício de uma residência (ILPI). 85% dos usuários dos Centros dia são mulheres e existem centros para pessoas com déficits cognitivos (Alzheimer e outros tipos de demências) e para deficientes físicos.

Para Mayte Sancho, o Centro-dia é um

Serviço social, de saúde (sócio-sanitário) e de apoio familiar que oferece durante o dia atenção às necessidades pessoais básicas, terapêuticas e socioculturais das pessoas idosas afetadas por diferentes graus de dependência, promovendo sua autonomia e a permanência em seu entorno habitual¹.

¹ Sancho, M. In: Rodríguez Cabrero, G. (2005). Los Centros de Día - Aproximación a la experiencia internacional y Española. Madrid, España: Fundación Pfizer. (tradução nossa).

Os Centros-dia² desenvolvem diversas atividades lúdicas como: cultivo de hortas, jardinagem, teatro, dança, trabalhos manuais com aproveitamento de sucatas, dentre outros. Os trabalhos são desenvolvidos sob a orientação da terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e animador social. Também são utilizados animais, especialmente pássaros e cachorros, na estimulação e interação dos idosos com a natureza.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e de apoio ao entorno consiste, conforme Rodriguez (2013), em um programa personalizado, de caráter preventivo e reabilitador, que se articula com um conjunto de apoios e técnicas de intervenção profissional em prestação de serviços, atenção pessoal (física e psicossocial), gestão, funcionamento e adequação da unidade de convivências, fomento às relações sociais, e apoio familiar prestado no domicílio, e no entorno, de uma pessoa adulta em situação de fragilidade, deficiência, ou dependência.

O serviço de ajuda em domicílio constitui o conjunto de procedimentos de atenção e cuidado desenvolvidos no domicílio das pessoas idosas em situação de dependência. Tem a finalidade de atender as atividades de vida diária, bem como a atenção às necessidades de caráter doméstico, tais como: limpeza da casa, preparação de alimentos, entre outros (SAD). Esses serviços são prestados por entidades ou empresas, acreditadas para esta função.

Na Atenção Domiciliar, os cuidadores são contratados para prestar serviços na própria comunidade onde residem, para facilitar a ampliação do número de atendimentos de uma pessoa em situação de dependência. São coordenados por assistentes sociais, as quais fazem formação contínua e avaliação dos serviços prestados. Existe uma central telefônica pela qual os cuidadores são monitorados e, em caso de atrasos ou ausências, eles informam à central para que sejam tomadas as devidas providências.

A prestação econômica vinculada à aquisição de um serviço que geralmente tem sido o cuidado no entorno familiar e apoio a cuidadores não profissionais deveria ocorrer em caráter excepcional.

² Os centros-dia visitados pela autora em Madri são, na sua maioria, destinados à atenção para pessoas idosas com demência. Os serviços contam com equipe interdisciplinar, com profissionais capacitados nas áreas de Geriatria e Gerontologia.

No entanto, esse serviço tem sido recorrente, a ponto de tornar-se priorizado pelo governo, em função do seu baixo custo e não ter intermediários, uma vez que o beneficiário pode contratar diretamente o serviço e desonerar os gastos públicos com centros-dia ou residências. O problema é que esse tipo de ação, além de limitar a formalização do trabalhador, é ofertada por cuidadores que são, na maioria das vezes, despreparados.

O governo apoia com recursos financeiros para pagar o cuidador que pode ser um familiar. Esse serviço também tem a contribuição pecuniária do usuário, de acordo com sua renda. Antes da crise de 2008, o governo pagava a previdência social para mais de cento e sessenta mil cuidadores, mas, atualmente, apenas 16 mil cuidadores contribuem com sua renda a para previdência social.

O atendimento prestado em ILPI conta com atenção integral, equipe interdisciplinar, constituída de médico, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, enfermeira, e auxiliares que são chamados de *geroncultores*. Esse atendimento é o mais caro, podendo chegar até 2000 euros. Trata-se de um serviço prestado como a última opção às pessoas dependentes. No entanto, os gestores procuram transformar os espaços e locais mais humanizados: os quartos contam no máximo com duas camas, objetos pessoais dos residentes, visitação a qualquer hora do dia e aplicação de novas tecnologias para a qualidade do serviço. Das residências visitadas, algumas possuem o certificado de qualidade tipo ISO, por ser modelo de excelência. Todos os residentes têm um Plano Individual de Atenção, PIA, e algumas instituições também desenvolvem projetos de pesquisa. Uma dessas pesquisas foi pioneira na aplicação de tecnologias de reconhecimento de imagem na terapêutica das demências. Em algumas residências, são desenvolvidas atividades intergeracionais, que contam com apoio de voluntários e formação contínua dos recursos humanos.

A atenção às pessoas idosas em situação de dependência e os cuidados informais atendem 43,21% do total da população idosa (2014), seguidos de 13,80% dos que estão institucionalizados, 12,80% dos que recebem ajuda no domicílio, 7,44% deles são alvo de atenção em centros-dia ou centros-noite, e 7,62% recebem prestação econômica vinculada ao serviço (Portal da Dependência, SAAD, 2014).

O sistema público espanhol conta com vários edifícios próprios que foram reformados e equipados para atender as pessoas em situação de dependência e, posteriormente, foi feita chamada pública às instituições privadas com e sem fins lucrativos para administrar as instituições.

O Poder Público é quem regula e financia o atendimento, garantindo atenção integral e descentralizada. A atenção à dependência está enquadrada no âmbito da assistência social, porém pela sua própria natureza é também atribuição da saúde. Os valores a serem pagos são definidos pelo governo, de acordo com cada serviço, tais como: atenção em instituições de longa permanência (residências), Centro-dia, atenção domiciliar, e tele-assistência. As instituições que estiverem habilitadas firmam convênios por no mínimo cinco anos.

A avaliação dos serviços é feita pelos Conselhos Estatais (Comunidades Autônomas) das Pessoas Idosas, Conselho das Pessoas com Deficiência, Conselho Estatal (Nacional), Conselho Estatal das Organizações Não Governamentais de Ação Social e Comitê Consultivo do Sistema de Dependência.

A partir da crise desde 2008 na Espanha, o acesso aos serviços tornou-se mais difícil e, como todos os serviços exigem uma contribuição por parte do beneficiário, a não ser em caso de baixa renda, muitos familiares estão optando por tratar do idoso em casa, uma vez que a família necessita da renda dessa pessoa idosa. No entanto, com toda a dificuldade, em torno de 773.408 mil pessoas em situação de dependência estão sendo atendidas nos serviços oferecidos.

Para que se tenha uma ideia do reflexo da crise, em janeiro de 2013, de acordo com dados de Moraga e Gonzalez (2014), havia 1.636.694 solicitações para uma prestação de serviço as pessoas com dependência; destas foram avaliadas 1.536.180 (93,86%). Um total de 82,60% de beneficiários foram avaliados com direito ao serviço-(1.268.876); no entanto, somente 21,50% tiveram seus direitos reconhecidos para receber algum tipo de ajuda, e pertencem a um grau de dependência que não tem serviços no momento. Dos 996.088 beneficiários com direito à prestação, 76,80% já estão recebendo o serviço e, para os demais, está tramitando a concessão. Dos 764.969 que recebem atenção à dependência, 45,55% são grandes dependentes; 48,39% dependentes severos; e 6,06%, moderados. As mulheres representam 66% dos beneficiários e, com 80 anos e mais, são 54,05%. Os 764.969 beneficiários recebem um total de 959.903 prestações, ou seja, alguns são atendidos com mais de um serviço.

A renda média dos beneficiários atendidos é de €799,20, por ser uma renda abaixo do IPREM (Indicador Público de Renda de Efeitos Múltiplos), tipo o salário mínimo da Brasil; esses beneficiários não pagam nada.

O custo mensal de cada prestação domiciliar se situa em € 684 para o grau III; €534,31 para Grau II; e €310 para Grau I. O governo arca com 75,50%; e o beneficiário, com 24.50%. 60% dos atendimentos são destinados ao grau III (Moraga, & González, 2014).

A institucionalização é um dos serviços mais demandados, com 93.341 beneficiários idosos; destes, 43.752 são atendidos em instituições públicas; e 49.589 são atendidas em instituições privadas, mas pagas pelo governo, que são chamadas de vagas concertadas. Os valores fixados são € 1.500 para vagas concertadas; e € 2.000 para as de instituições públicas. O custo total anual de atenção à dependência estimada para o ano de 2013 foi de 6.509 milhões de euros, o que se supõe um custo médio por beneficiário de 8.695 euros (Moraga, & González, 2014).

A recomendação n.º 98 do Comitê de Ministros da União Europeia diz que as pessoas afetadas pela dependência devem ser tratadas sem discriminação de acesso aos serviços, e da importância da prevenção da dependência; no entanto, na Espanha, o acesso aos cuidados de longa duração às pessoas com dependência moderada está sendo negado e, com isso, contribuído para uma maior dependência. Praticamente não está sendo feito nada para prevenção da dependência e estimulação da autonomia e capacidade funcional. Será que não existe alternativa? Os serviços ofertados geram emprego e renda, são inúmeras as pessoas desempregadas no país; no entanto, é mais fácil conceder uma prestação econômica para que cada um que procure se adequar a sua maneira.

Seguro dependência

Alguns países, como Alemanha, Espanha, Japão, Estados Unidos, Austrália, dentre outros, criaram o seguro-cuidado ou dependência. No caso da Alemanha, foram mais de vinte anos de debate para criar, em 1994, o "Seguro-Cuidado", entrando em vigor em janeiro de 1995, como uma alternativa de atender as pessoas em situação de dependência com cuidados de longa duração. Esse seguro, no entanto, foi criado com a participação do empregado e empregador com cotizações.

O Seguro-Cuidado criou estruturas de semi-mercado e abriu esse mercado ao setor mercantil.

Com isso, o terceiro setor perdeu seu papel de protagonista na provisão de serviços, enquanto a responsabilidade dos municípios passou a ser marginal (Lande 2014).

Atualmente, aproximadamente 2,5 milhões de pessoas recebem prestações do serviço Seguro-Cuidado na Alemanha, sendo 1.768.345 atendimentos no domicílio; 1.053.632 recebem prestações econômicas para familiares cuidadores; 181.865 são atendidos exclusivamente pelo Serviço de Atenção a Domicílio, SAD; e 312.689 recebem prestações de serviços e econômicas. Um total de 773.408 pessoas, em situação de dependência, estão sendo atendidas em um centro (Lange, 2014). São necessários, para ter acesso aos benefícios, no mínimo, dois anos de contribuição.

Das pessoas atendidas na Alemanha, 51,9% são maiores de 80 anos; 27% situam-se na faixa etária entre 65 e 79 anos; 18,1%, entre 15 e 64 anos e 3% possuem menos de 14. Esses dados evidenciam a importância de os governos buscarem alternativas de atenção às pessoas em situação de dependência antes que a situação se torne mais grave.

O motivo da criação do Seguro-Cuidado foi em função de muitos municípios se sentirem obrigados a ter que assumir os gastos gerados pela dependência, por intermédio de subsídios sociais concedidos às pessoas que não tinham renda ou patrimônio suficiente para custear seus cuidados³.

Esse seguro é um serviço independente da Previdência Social, junto com o seguro de enfermidades, pensões, desemprego e acidentes, que pertencem funcionalmente aos seguros-enfermidade (Lange 2014).

O seguro alemão financia seus serviços por intermédio das cotizações dos trabalhadores e empresários. Até 2005, a contribuição era paritária entre empregado e empregador; em janeiro de 2014 entrou em vigor, de acordo com Lange (2014), a lei que altera os valores de cotizações para 2,05% para segurados com filhos (valor este dividido entre empregado e empregador, sendo 1,025 para cada) e 2,3 para aqueles que não têm filhos. Um dos motivos de ser maior a cotização para quem não tem filhos é que se a pessoa precisar de cuidados de longa duração vai demandar mais serviços.

O seguro de cuidados alemão é regido pelo princípio parcial, ou seja, existe um limite de ajuda, de acordo com um catálogo de prestações de serviços; não há obrigação de cobertura das necessidades reais da pessoa em situação de dependência.

³ Theobald. In: Lange, M. M. (2014). Análisis Comparado de Los Sistemas de Cuidados y Atención a La Dependencia en Alemania y España. Madrid, España: Fundación Caser para La Dependencia.

O seguro basicamente oferece serviços de atenção domiciliar e em instituições de longa permanência para idosos.

Uma das peculiaridades do sistema alemão, de acordo com Lange (2014), é a existência de seguros públicos e privados. Atualmente, existem 161 seguros públicos de enfermidades e cuidado, com 69,87 milhões de segurados, e 43 seguros privados, com 9,53 milhões de segurados.

No caso da Espanha, não existe um seguro público específico para cuidados de longa duração; existe a Lei da Dependência, cuja execução é financiada pelo Governo Geral do Estado (Federal) e Comunidades Autônomas, com recursos dos impostos. A desvantagem desse sistema é que a dependência, na hora de dividir os recursos, encontra dificuldades de competir com outras demandas sociais.

Conforme o Sistema de Autonomia e Atenção a Dependência, SAAD, o financiamento varia muito entre as Comunidades Autônomas, tanto em relação à concessão de recursos, quanto à contribuição do beneficiário.

Em julho de 2012, foi editado o Real Decreto n.º 20, em que o governo tomou medidas para garantir a estabilidade econômica e o fomento à competitividade. Os cuidados de longa duração, diante essa medida, demonstram que a universalização do direito não quer dizer universalização de acesso. O cenário demográfico do envelhecimento populacional está sendo visto como grandes gastos e tendo, como uma das saídas, o aumento da contribuição dos beneficiários. Esse Decreto introduz mudanças em profundidade, dificultando o acesso aos serviços, propondo redução de 15% das quantias máximas de prestações econômicas por cuidado no entorno familiar, cuja porcentagem pode aumentar pelas Comunidades Autônomas, mas comunicando ao Órgão Central do Governo que é o IMSERSO.

Mancebo (2013) afirma que essa é uma fase de “demolição e agudiza com o Real Decreto-Lei 20/2012, que supõe a prática de destruição do SAAD e o retrocesso dos direitos das pessoas sem situação de dependência e suas famílias”⁴. As normativas sobre a lei da Dependência demonstram claramente os cortes no financiamento, as dificuldades no acesso, o aumento da contribuição dos beneficiários, diluindo sua finalidade, que é dar apoio e assistência às pessoas em situação de dependência e vulneráveis, diante as dificuldades em que se encontram, necessitando de apoio e de seus direitos assegurados.

⁴ X Dictamen del Observatorio Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales. (2013). In: Mancebo, T. V. Evolución y Reforma del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Instituto de Gobierno y Políticas Públicas (IGOP). Barcelona, España: Universidad Autónoma de Barcelona.

Para se ter noção dos cortes efetuados com as medidas governamentais, segundo Prieto (2013), os cortes da Lei da Dependência foram de 1.600 milhões de euros (0,14% do PIB, a preços de mercado de 2011).

Atenção à dependência no Brasil

No Brasil, de acordo com a Pesquisa Nacional de Amostra a Domicílio, PNAD (2015), já são 29,384 milhões de pessoas com 60 anos e mais, correspondendo a 14,3% da população total.

De acordo com a PNAD (2008), precisam de cuidados aquelas pessoas que declararam alguma dificuldade para realizar as atividades da vida diária (AVDs), como alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro.

Para o Censo de 2010, as pessoas que precisam de cuidados são aquelas que declararam grande dificuldade ou não conseguem caminhar ou subir escadas, ou têm deficiência mental/intelectual permanente. Entre os idosos com 60 anos ou mais, 13,6% deles possuem uma dessas características.

No Brasil, a atenção à população idosa caminha a passos lentos. O tema da dependência nem sequer entrou na agenda governamental. A proteção social deve garantir cuidados de longa duração, tanto no âmbito da saúde como da assistência social, às pessoas em situação de dependência.

O Estatuto do Idoso assegura, no seu art. 15, a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde, SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

O Ministério da Saúde tem uma política específica para a pessoa idosa que, dentre suas diretrizes, destacam-se: a promoção do envelhecimento ativo e saudável; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; garantia da participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais do SUS em gerontologia.

E na agenda estratégica do Ministério da Saúde para o período 2011-2015, contempla-se dentre suas prioridades a garantia *da* “atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas em todos os níveis de atenção”.

No entanto, o Ministério da Saúde não dispõe de serviços específicos para as pessoas em situação de dependência; apesar de promover o atendimento domiciliar caracterizado por ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, a continuidade do cuidado fica a cargo das redes de atenção à saúde. As atividades são executadas pelas equipes de Atenção Básica e pelos Serviços de Atenção Domiciliar.

A coordenação-geral de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde desenvolve a atenção no domicílio com equipe multiprofissional destinada a pacientes de todas as idades com problemas de saúde, e que necessitam de um acompanhamento contínuo. Essa ação evita sobrecarga dos leitos hospitalares e torna mais humanizado o atendimento. No entanto, é uma atenção que não é específica para as pessoas idosas em situação de dependência.

No que diz respeito à assistência social, o art. 33 do Estatuto do Idoso dispõe: "A assistência social aos idosos será prestada, de forma articulada, conforme os princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, na Política Nacional do Idoso, no Sistema Único de Saúde, e demais normas pertinentes". E de acordo com a Política Nacional do Idoso, no seu art. 10, inciso I, na área de promoção e assistência social dispõe:

a) prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não-governamentais;

b) estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros.

No entanto, o Ministério responsável pela Política de Assistência Social não tem incentivado, nem apoiado à criação ou revitalização dos serviços propostos em lei. Sua atuação tem sido direcionada mais em programas de transferências de renda e recentemente (junho, 2017) publicou o **Caderno de Orientações Técnicas dos Serviços do Serviço de Proteção Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosos**. O suporte assistencial é fundamental às pessoas em situação de dependência, e a ação conjunta desse Ministério com a área de saúde é imperiosa para que essas pessoas possam ter apoio no desenvolvimento de suas atividades de vida diária e melhor qualidade de vida.

Como já explicitado nos tópicos anteriores, os países desenvolvidos vêm discutindo, propondo, e desenvolvendo políticas para atender a dependência há mais de 20 anos. O desenho dessas políticas tem demonstrado a importância da ação intersetorial. A dependência já considerada pelos europeus como um risco social não será diferente nos países que atravessam acelerado processo de envelhecimento populacional como o Brasil, o que justifica a emergência do tema na agenda das diferentes políticas públicas brasileiras e a implementação de ações efetivas para atender a dependência.

Para Camarano (2010), o envelhecimento populacional requer inclusão, em algum grau, de serviços de saúde nos programas de cuidados. Para isso, é necessário maior investimento na capacitação em Geriatria e Gerontologia, conforme as legislações em vigor.

O cenário mostra a necessidade de implantar os serviços assegurados na Política Nacional do Idoso e no Estatuto do Idoso. Estas são duas legislações que asseguram direitos programas, projetos, e serviços destinados às pessoas idosas, sendo os centros-dia, atenção domiciliar e as instituições de longa permanência específicas para pessoas que apresentam algum grau de dependência.

Com o aumento da expectativa de vida, a população acima dos 80 anos está aumentando significativamente. Essa longevidade potencializa o acometimento das enfermidades crônicas não transmissíveis, destacando-se as demências como Alzheimer, deficiências físicas, dentre outras, que incidem sobre a situação de dependência, e, por conseguinte, demandam cuidado e atenção de diferentes graus de complexidades. Além do próprio dependente, a atenção deve alcançada também para quem cuida.

As pessoas em situação de dependência necessitam de cuidados que estimulem a sua autonomia e qualidade de vida. Para tanto, o Estado e a sociedade devem refletir sobre este tema, que é complexo e necessita da intervenção de diferentes áreas da política pública, em especial da assistência social e da saúde.

Essa reflexão deve resultar em ações capazes de pôr em prática as determinações das legislações destinadas aos atendimentos dos direitos da pessoa idosa no Brasil.

Considerações Finais

A dependência e os cuidados de longa duração são uma realidade, e devem estar inseridos nas ações das políticas públicas de todo o mundo.

Note-se, como já citado, que a Alemanha criou um seguro-cuidado, mas com cotizações obrigatórias para que os custos não recaiam para o Estado. Este país realizou várias reformas do seguro-cuidado, aumentando a contribuição dos beneficiários e planejando reajustes em longo prazo, para que os custos dos cuidados de longa duração não sejam de responsabilidade do governo. Isso resultou em uma ação em que os empregados tiveram que abrir mão de um dia de férias para compensar o aumento dos custos.

O reflexo da queda da natalidade influencia de tal maneira no seguro que o segurado sem filhos deve contribuir com mais, isso já prevendo que esse segurado vai demandar por mais serviços.

A Espanha, por sua vez, criou uma lei que não assegura recursos e cobra parte deles do beneficiário. Observa-se, nestas políticas, uma tendência de privatização. Os convênios são firmados por intermédio de edital, porém participam instituições com e sem fins lucrativos.

O cenário demográfico aponta para uma tendência de aumento das contribuições do beneficiário desonerando o setor público, o que, no longo prazo, vai levar naturalmente à procura do serviço privado e o fortalecimento das parcerias público-privado.

A Espanha enfrenta sérios problemas em função da crise econômica financeira e da demanda por cuidados de longa duração, -CLD, por ser o segundo país mais envelhecido do mundo. Existe uma tendência a privatizar a saúde e os CLD pelas crescentes demandas, e o que fazer? De que maneira buscar sistemas sustentáveis para não deixar de prover cuidados às pessoas em situação de dependência?

As perspectivas demográficas apontam para maior demanda dos cuidados de longa duração, mas não é justo jogar a carga para as gerações futuras; é necessário pensar em sistemas que viabilizem, de alguma maneira, acumulação de recursos para responder às demandas da população em situação de dependência.

A maioria das famílias que possui idosos dependentes não tem condições de prestar os cuidados que, de fato, requerem equipe interdisciplinar capacitada, por se tratar de um serviço combinado de assistência social e saúde.

Logo, as ações devem ser desenvolvidas de forma integrada, devido à convergência de necessidades e de tipos de dependência, que podem ser físicas e mentais. As dependências mentais, como Alzheimer, exigem muito mais dos cuidadores que as dependências físicas (Mendonça, 2015).

Os países europeus, incluindo os do Sul do continente como Alemanha e Espanha, têm legislações específicas para atender as pessoas em situação de dependência e enfrentam dificuldades para assegurar os serviços. No entanto, os estudos, pesquisas, e discussões são constantes na busca de alternativas, dentre elas, destaca-se a utilização das poupanças, dos bens das pessoas e, somente como última alternativa, o Estado.

A União Europeia, por um lado, em suas recomendações, diz que é necessário assistir as pessoas em situação de dependência, investir na prevenção da dependência e, por outro, recomenda frear os gastos.

Esse tema ganhou tamanha relevância em nível mundial, que foi criado, no âmbito das Nações Unidas, um Grupo de Trabalho de composição aberta para se discutir sobre a criação de um documento juridicamente vinculante de defesa dos direitos humanos da pessoa idosa. A posição da União Europeia, UE, Estados Unidos e Japão são contrários, com a justificativa de que as pessoas idosas em seus países já são beneficiadas e que não necessitam de um documento para proporcionar serviços e benefícios a esse segmento populacional. A UE diz que saúde e educação são concedidas integralmente a toda população.

Com uma Convenção Internacional de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, aprovada pelas Nações Unidas, todos os países signatários teriam que segui-la, assim como o foi da criança, da pessoa com deficiência, porém a grande conquista foi a aprovação pela Organização dos Estados Americanos, OEA, em junho de 2015, a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas, que o Brasil ratificou; no entanto, até o presente momento não a encaminhou ao Congresso Nacional, vez que a tendência do atual governo vem sendo solapar os direitos adquiridos dos trabalhadores, aposentados e pensionistas.

Nos países europeus já envelhecidos e com perspectivas de maior longevidade, é imperiosa a necessidade de cuidados de longa duração.

Todavia, os Estados não querem assumir mais gastos, mas, sim, jogar essa questão para o mercado, tendo o papel do Estado de bem-estar como um estado de inversão, que cada um assuma seus riscos, buscando ajuda na família e no mercado - o beneficiário tendo que contribuir de alguma forma, o Estado não assumindo todo o risco da dependência, que recai mais na família.

O Brasil conta com legislações que asseguram direitos às pessoas idosas de forma descentralizada e intersetorial há mais de 10 anos. As leis estão em vigor;, no entanto, as barreiras estão no financiamento, que não está assegurado nas três esferas de governo.

À assistência social urge colocar o tema da dependência em sua agenda para discussões, planejamento e implementação dos programas e serviços assegurados em lei, sendo imperiosa sua integração com a saúde. Nos países desenvolvidos, o tema está inserido no pilar da assistência social. Com tantos estudos e pesquisas, já está comprovado que a dependência é um risco social, não dá mais para esperar. Um exemplo desses estudos foi publicado em 2010, pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, no livro intitulado **Cuidados de longa duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?**

As normativas nacionais de defesa dos direitos da pessoa idosa dispõem de amplas ações destinadas às pessoas em situação de dependência; porém, não assegura recursos para financiar as ações propostas.

O Estado deve garantir os direitos assegurados nas legislações vigentes; urge, portanto, maior mobilização dos movimentos sociais de defesa dos direitos das pessoas idosas, visando a pressionar o Poder Público para que cumpra seu papel na regulação e financiamento da rede de proteção e defesa dos direitos da pessoa idosa.

A dependência requer um trato especial, sendo este um dos grandes desafios para a política social de proteção à pessoa idosa.

Por quem será assumido o risco social da dependência? Se as organizações não governamentais, em especial as associações e confederações de aposentados, pensionistas e idosos não se organizarem, e se limitarem a reivindicar aumento de pensões e aposentadorias, mesmo que conquistem o percentual de aumento que almejam, não conseguirão arcar com serviços de atenção à dependência.

Está na hora de reivindicarem a aplicabilidade da Política Nacional do Idoso e do Estatuto do Idoso, no que diz respeito aos programas e serviços que atendam dignamente as pessoas idosas, que desenvolvam ações de prevenção e proteção à saúde das pessoas de todas as idades para que possam ter um envelhecimento digno e com qualidade de vida, colocando em prática os direitos assegurados e buscando as alternativas sustentáveis de atenção às pessoas em situação de dependência.

Referências

- Brasil. (1993). *Lei n.º 8742/1993. Lei Orgânica da Assistência Social*, 07/12/1993. Recuperado em 01 março, 2014, de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm.
- _____. (1994). *Lei n.º 8842/1994. Política Nacional do Idoso*, 04/01/1994. Recuperado em 01 março, 2014, de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm.
- _____. (2003). *Lei n.º 10.741. Estatuto do Idoso*, 01/10/2003. Recuperado em 01 março, 2014, de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm.
- _____. (2006). Ministério da Saúde Política Nacional de Saúde do Idoso. *Portaria GM n.º 2528/2006: PNSPI*, 19/10/2006. Recuperado em 01 março, 2014, de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html.
- Camarano, A. A. (Org.). (2010). *Cuidados de Longa Duração para População idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro, RJ: IPEA.
- Consejo de Europa. (1998). *Recomendación n.º 98 do Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a dependência, 1998*. Recuperado em 01 abril, 2014, de: <http://sid.usual.es/10476/3-3-5>.
- IBGE. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo 2010*. Recuperado em 01 janeiro, 2014, de: <http://www.ibge.gov.br>.
- IBGE. (2012). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílio, PNAD 2012*. Recuperado em 01 setembro, 2013, de: <http://www.ibge.gov.br>.
- Lange, M. M. (2014). Análisis Comparado de Los Sistemas de Cuidados y Atención a La Dependencia en Alemania y España. In: *Fundación Caser para La Dependencia*. Madrid, España.
- Mancebo, T. V. (2013). *Evolución y Reforma del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*. Instituto de Gobierno y Políticas Públicas (IGOP) Barcelona, España: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Mendonça, J. M. B. de M. (2015). *Políticas Públicas para Idosos no Brasil: à luz da influência das Normativas Internacionais*. (169 f.). Tese de doutorado em Política Social. Brasília, DF: Universidade de Brasília.

Moraga, M. D. de P., & González, L. M. B. (2014). *Una Aproximación al Coste de la Dependencia en España y su Financiación*. Valladolid, España: Universidad de Valladolid.

Prieto, C. V. (2012). *Como Afrontar los Costes del SAAD. Análisis de Reformas en Los Sistemas de Cuidados de Largo Plazo en Otros Países*. Universidad de Murcia y FEDEA. Recuperado em abril-maio, 2014, de: www.imserso.es-SAAD. Sistema de atención y autonomía. Portal de la dependência.

_____. (2013). *Valoración Económica de las Medidas de Mejora del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia aprobadas por el Real Decreto 20/2012*, de 13 de julio. Universidad de Murcia y FEDEA.

Rodríguez Cabrero, G. (Coord.), Rodríguez, P. R., & Gallego, M. (2005). *Los Centros de Día - Aproximación a la experiencia internacional y Española*. Madrid, España: Fundación Pfizer.

_____. (2005). *La Protección Social a las Personas en Situación de Dependencia en España en el Contexto de las Políticas Europeas de Cuidado de Larga Duración*. In: *Actores Sociales y Reformas del Bienestar*. Consejo Superior de Investigación Científicas, Unidades de Políticas Comparadas (UPC). Madrid, España.

Rodríguez, P. R. (2013). *La Atención Integral y Centrada en la Persona*. Madrid, España: Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

Recebido em 01/06/2017

Aceito em 30/06/2017

Jurilza Maria Barros de Mendonça - Assistente social, Mestre em Gerontologia, Doutora em Política Social, Universidade de Brasília. Servidora aposentada do Ministério da Fazenda. Consultora pesquisadora do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Política Social, Universidade de Brasília/NEPPOS/CEAM/UnB, e integrante do Grupo de Estudos Político-Sociais-POLITIZA/PPGPS/SER/UnB.

E-mail: jurilzamendonca@yahoo.com.br