

VIDAS IDOSAS IMPORTAM, MESMO NA PANDEMIA^{1,2}

Ana Amélia Camarano³

1 APRESENTAÇÃO

No Brasil, a universalização da seguridade social, estabelecida na Constituição Federal de 1988, tem sido capaz de diminuir a pobreza entre os idosos, beneficiando também os não idosos. Cumpre uma função de proteção social moderna, permitindo, no âmbito da família e da sociedade, uma valorização das pessoas idosas. Estas com a renda obtida pela seguridade social⁴ assumem uma salvaguarda de subsistência familiar, invertendo seus papéis sociais de dependentes para provedoras. Isso ocorre também porque a família de idosos não é um ninho vazio.

A pandemia da Covid-19 está trazendo consequências devastadoras em termos de perdas de vidas humanas e de emprego, afetando as famílias de várias formas. Uma delas é a diminuição da renda de seus membros, seja pela morte ou pela perda de emprego em um momento de difícil acesso a um trabalho remunerado.

Além disso, a pandemia realçou não só para as famílias mas também para o Estado e a comunidade a importância do cuidado com idosos. Colocou em evidência a sua fragilidade: a idade avançada associada às múltiplas morbidades, causadas pelas doenças crônicas. Estas levam a uma maior exposição ao risco de os idosos contraírem a Covid-19 de forma grave – a literatura recente, por exemplo, aponta para um aumento de mortalidade no grupo de pacientes hipertensos infectados pelo coronavírus (Gao *et al.*, 2020).

A Covid-19 tornou visível uma população que vivia “retirada” nas instituições de longa permanência para idosos (ILPIs). Ressaltou, também, as enormes desigualdades sociais e raciais que marcam o país, que afetam tanto os idosos como também os cuidadores, que têm desempenhado as suas tarefas muitas vezes

1. DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/bps28/notadepoliticassocial1>

2. *In memoriam* dos 143.438 idosos mortos precocemente pela pandemia da Covid-19 em 2020.

3. Coordenadora da área de gênero, raça e geração na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea. E-mail: <ana.camarano@ipea.gov.br>.

4. Por benefícios da seguridade social, estão sendo considerados aposentadorias, pensões por morte e benefícios de prestação continuada (BPC).

sem condições mínimas de segurança e proteção.⁵ Chama-se, então, a atenção do Estado brasileiro, que tem deixado essa responsabilidade totalmente entregue às famílias – na maioria das vezes, sem condição – e/ou ao mercado privado.

Os desafios que a família brasileira já enfrentava antes da pandemia para cuidar dos idosos dependentes aumentaram devido ao confinamento e ao aumento do preconceito em relação a eles.⁶ Embora a crise provocada pela pandemia tenha reforçado a necessidade de cuidados, esta teve um impacto negativo na oferta de cuidadores formais por questões como:

- a dispensa do trabalho dos empregados, diaristas e mensalistas pela necessidade do isolamento social e pela queda na renda dos empregadores;
- as condições precárias de trabalho, que incluem o deslocamento para a casa dos empregadores em transportes públicos lotados e sem higienização e proteção contra a pandemia; e
- a própria natureza do trabalho, que expõe essas pessoas ao risco de contaminação ao estarem em domicílios com pessoas doentes (Camarano, 2020a). Isso exclui os trabalhadores idosos dessa função, como será visto na quinta seção.

Soma-se a isso o fechamento das escolas e creches, que fez com que as crianças também passassem a exigir mais atenção por parte da família.

Os idosos brasileiros são duplamente afetados pela pandemia:

- 76,6%⁷ dos óbitos pela Covid-19 em 2020 ocorreram entre eles, o que já levou a uma redução no tempo médio a ser vivido por todos os idosos de 1,9 ano;
- em relação ao trabalho, foram os que mais sentiram a sua perda. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre o último trimestre de 2019 e o terceiro de 2020, observou-se uma redução de 9,3% na força de trabalho idosa e de 10,2% no número de idosos ocupados. Para os não idosos, as respectivas reduções foram de 4,8% e 6,0%.

Este texto discute o impacto da pandemia nos idosos brasileiros e a sua interface com a família e as políticas públicas. Este foi dividido em mais cinco seções, além

5. Esta preocupação levou a que a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) elaborasse orientações para as pessoas que são cuidadoras, visando à prevenção do contágio, à promoção da saúde e à proteção aos direitos sociais tanto de quem é cuidado como de quem cuida (Groisman *et al.*, 2020). Além disso, a fundação foi a campo para levantar informações sobre as condições de saúde dos cuidadores de idosos, mas até a publicação deste periódico os resultados não foram divulgados. Ver: <<https://bit.ly/34401jp>>.

6. Disponível em: <<https://bit.ly/3yy13Nk>>. Acesso em: 14 nov. 2020.

7. Informações atualizadas em 29 dez. 2020. Ver: <<https://bit.ly/3ys2QmN>>.

desta apresentação. A segunda apresenta um breve perfil da morbidade e mortalidade dos idosos brasileiros, discutindo algumas diferenças por raça. A terceira apresenta um panorama sobre os idosos e suas famílias na pandemia. Por sua vez, as quarta e quinta seções discutem a questão dos cuidados e dos cuidadores. Por fim, a sexta tece os comentários finais.

Por população idosa, considera-se aquela composta por pessoas com 60 anos ou mais de idade, conforme estabelecido pela Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso.

As informações utilizadas são provenientes das Estatísticas do Registro Civil, da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 do IBGE, da PNAD Contínua e da PNAD Covid-19, também do IBGE, de 2020.⁸

2 OS IDOSOS E A PANDEMIA

2.1 A multimorbidade

Taxas de mortalidade são fortemente afetadas pela idade, o que se acentua no caso da síndrome da Covid-19. Embora esta atinja populações de qualquer idade, em 2020, a doença incidiu de forma mais grave entre os idosos, pois a idade avançada é fortemente associada a doenças crônicas e incapacidades, embora esta relação não seja linear. Além disso, condições epidemiológicas, sociais, ambientais e políticas públicas também afetam essas taxas. Já existem evidências de que indivíduos com doenças crônicas pré-existentes estão mais expostos ao risco de contrair a síndrome da Covid-19 de forma grave, o que sugere impactos diferentes da doença entre os idosos brasileiros.

Vários estudos mostram a alta prevalência de múltiplas morbidades na população idosa brasileira, o que sempre foi considerado um problema grave de saúde pública. Essa preocupação acentuou-se com a emergência da pandemia do coronavírus. Utilizando-se do Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso (Elsi-Brasil), Nunes *et al.* (2020) encontraram uma associação entre a ocorrência de múltiplas morbidades e o risco de desenvolvimento de formas clinicamente graves da Covid-19 entre a população com 50 anos ou mais. Estes autores estimaram que pelo menos 34 milhões de indivíduos nessa faixa etária (cerca de 52%) experimentavam alguma das morbidades avaliadas, apontando para um contingente elevado de pessoas em risco de Covid-19 grave. Doenças cardiovasculares e obesidade foram as condições mais frequentes em ambos os sexos.

Isso foi observado em todas as regiões do país, apesar de diferenças relativas e absolutas na ocorrência dos problemas. Os grupos de menor escolaridade apresentaram uma prevalência mais alta de doenças crônicas e multimorbidade, o que

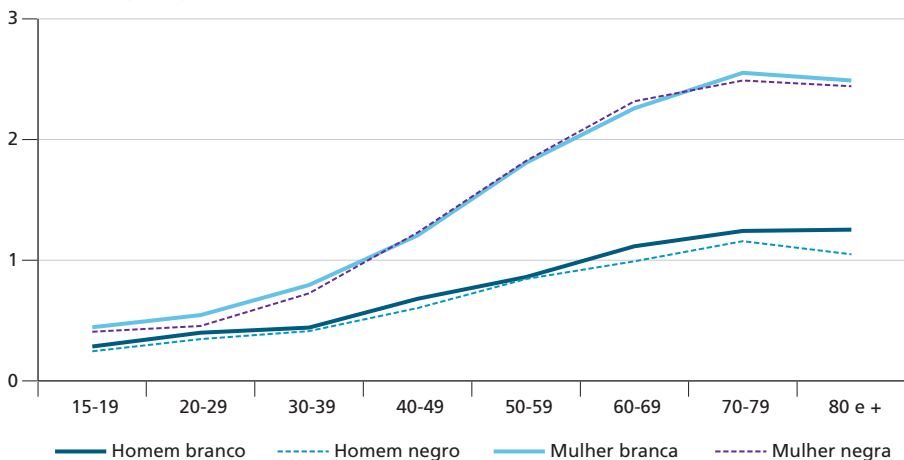
8. Para mais informações sobre a metodologia desta pesquisa, consultar IBGE (2020).

ressalta os efeitos das desigualdades sociais na saúde dos idosos brasileiros. Essas desigualdades tendem a aumentar no processo de pandemia e a afetar diferentemente as taxas de mortalidade. De acordo com o último Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (MS) de 2020 (Brasil, 2020), referente à 52ª semana epidemiológica, cardiopatia e diabetes foram os principais fatores de risco para mortalidade por Covid-19 entre os idosos brasileiros até então.

Os idosos brasileiros declararam ter, em média, 1,8 doença crônica, sendo esta média mais elevada entre as mulheres, de 2,4 doenças. Assume-se que ter mais de uma doença significa múltipla morbididade; estima-se, portanto, que 16,8 milhões de idosos estavam nessa condição em 2019. Apresenta-se, no gráfico 1, o número médio de doenças crônicas investigadas pela PNS de 2019 para a população brasileira, por sexo e grupos de idade, segundo a cor/raça (população branca e negra, aqui incluídos os pretos e pardos). Chama-se a atenção para o fato de essa informação ser afetada pelo acesso aos serviços de saúde, o que provavelmente leva a uma subestimação do número de doenças reportadas pela população negra e pelos homens. Para um indivíduo saber que tem uma doença crônica, é preciso que um profissional de saúde lhe informe. Como as mulheres frequentam mais os serviços de saúde do que os homens, elas são mais propensas a serem diagnosticadas e a relatarem mais doenças. O mesmo raciocínio deve valer para brancos e negros.

GRÁFICO 1

Número médio de doenças crônicas, por sexo e grupo de idade, segundo cor/raça – Brasil (2019)



Fonte: PNS/IBGE, 2019.

Ressalta-se que a diferença mais expressiva nesse número é provocada pela idade e sexo, e não pela cor/raça. O número médio de doenças cresce com a idade e é significativamente maior entre as mulheres, independentemente da

raça. Poucas diferenças foram observadas quando esta variável foi considerada. É possível que a população negra tenha menos acesso a serviços de saúde, o que dificulta o seu diagnóstico.

As principais doenças crônicas que afetavam os idosos brasileiros, segundo a PNS de 2019, foram hipertensão, doença de coluna ou costas e diabetes. A tabela 1 apresenta essas informações desagregadas por sexo e cor/raça. Em relação aos indivíduos que reportaram ter hipertensão e diabetes, as maiores proporções foram observadas entre as mulheres não brancas. Na verdade, as mulheres, independentemente da cor, apresentam proporções mais elevadas de experimentar alguma doença crônica e, como se viu anteriormente, um número maior de doenças. A literatura aponta que elas, apesar de viverem mais que os homens, passam por um período maior experimentando doenças e fragilidades, quando comparadas aos indivíduos do sexo oposto.⁹

Ressalta-se, no entanto, que elas frequentam mais os serviços de saúde. O maior acesso a esses serviços pode lhes proporcionar maiores chances de manter as doenças sob controle – e, no caso de contraírem a Covid-19, estas ficam menos expostas ao risco de morte e de hospitalização.¹⁰ Comparando-se os homens por cor, observa-se que os negros apresentam uma prevalência mais elevada que os brancos de hipertensão e doenças de coluna e costas. Hipertensão e diabetes são doenças que atingem mais as mulheres negras, comparativamente às brancas.

TABELA 1
Proporção de idosos com doença crônica, segundo as cinco principais doenças, por sexo e raça – Brasil (2019)

	Homens		Mulheres	
	Branco	Negro	Branca	Negra
Hipertensão	48,0	50,6	57,0	65,5
Doença de coluna ou costas	24,1	27,0	35,4	35,2
Colesterol alto	20,4	19,3	33,6	32,1
Diabetes	19,6	18,1	19,2	23,7
Doença do coração	15,2	11,1	13,8	12,4

Fonte: PNS/IBGE, 2019.

9. Ver, por exemplo, Camarano, Pasinato e Lemos (2007); Camarano (2017); Guimarães e Andrade (2020), entre outros.
10. Segundo o Boletim Epidemiológico do MS nº 43 (Brasil, 2020), 56,1% das internações por Covid-19 no Sistema Único de Saúde (SUS) foram de homens, proporção semelhante à observada para os óbitos por Covid-19.

Esses dados vão ao encontro dos obtidos por Santos, Bessa e Xavier (2020) no que diz respeito às altas prevalências de hipertensão arterial e diabetes entre a população preta e parda. Esse estudo ressaltou, também, a importância dos derrames/acidentes vasculares cerebrais (AVCs) entre esse segmento populacional. Além disso, mostrou que as doenças cerebrovasculares e hipertensivas e a diabetes *mellitus* são as causas mais importantes de mortalidade em pessoas de cor negra no Brasil e nos Estados Unidos. Entre os brasileiros, as doenças cerebrovasculares foram mais associadas à pobreza em períodos precoces da vida; por sua vez, entre os norte-americanos, parecem estar associadas às situações de subdiagnóstico e subtratamento às quais eles estiveram submetidos. Esses dados sugerem que o fato de a hipertensão afetar mais os não brancos pode explicar a maior letalidade da Covid-19 nesse grupo. Em 2020, a mortalidade dos negros brasileiros foi 15,9% mais elevada do que a de brancos (Brasil, 2020).

Além das doenças crônicas, outros determinantes importantes para a incidência da síndrome da Covid-19 são: a densidade populacional; o tamanho e a composição do domicílio; as condições sanitárias; o acesso a serviços de saúde e testagem; as desigualdades regionais e sociais; a estrutura do mercado de trabalho; os programas sociais; a imunosenescência etc. (Nepomuceno *et al.*, 2020).

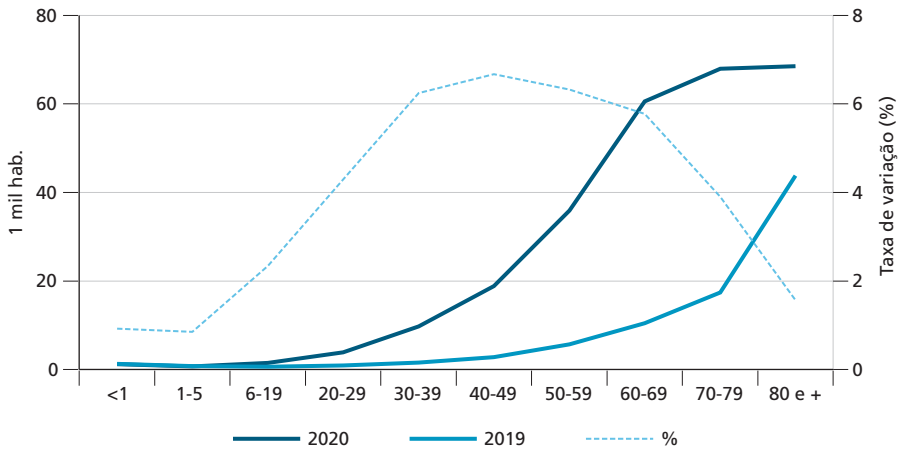
2.2 A sobremortalidade

É sabido que a população idosa é desproporcionalmente muito mais exposta a riscos de morte por síndromes respiratórias agudas graves (SRAGs) e, conseqüentemente, pela Covid-19 do que os demais grupos etários. Por exemplo, em 2019, de acordo com os dados do Datasus, cerca de 84% dos óbitos por SRAG ocorreram entre a população de 60 anos ou mais. Em 2020, essa proporção diminuiu para 73,9%, o que indica um crescimento de mortes por essa causa entre os mais jovens. Destes óbitos, 71,8% foram atribuídos à Covid-19 (Brasil, 2020).

Conforme mostra o gráfico 2,¹¹ observa-se um crescimento no número de óbitos por SRAG entre 2019 e 2020, em todas as idades, a partir dos 6 anos. O maior crescimento ocorreu no grupo etário de 30 a 59 anos, cerca de 6,5 vezes, como se pode ver na linha pontilhada, que mostra a taxa de variação. A partir dos 60 anos, a variação diminuiu, pois, conforme já se mencionou, a mortalidade dos idosos por SRAGs, como pneumonia, gripe, entre outras, é tradicionalmente alta.

11. Essas informações não foram disponibilizadas por sexo. O total de óbitos está por 1 mil hab.

GRÁFICO 2
Número de óbitos por doenças respiratórias graves agudas, por grupos de idade e taxa de variação – Brasil

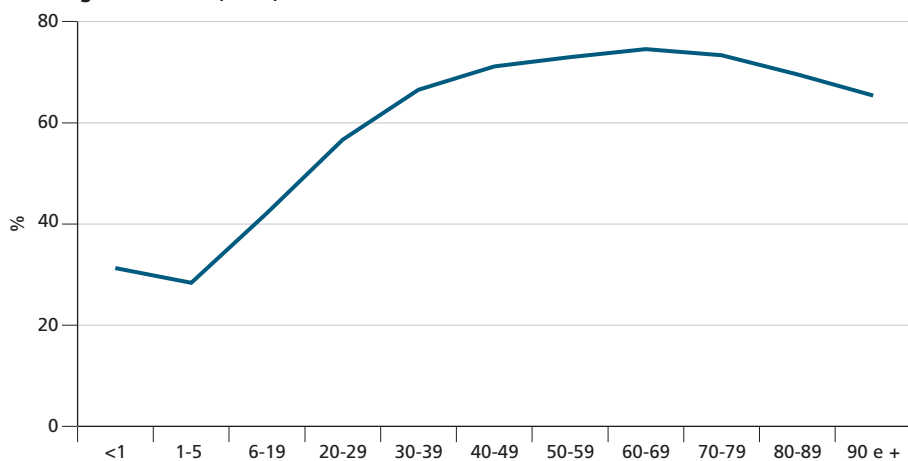


Fonte: Brasil (2020).

O gráfico 3 mostra a proporção de óbitos por Covid-19 em relação aos óbitos por SRAG, desagregados por grupos de idade. Pode-se observar que essas proporções crescem com a idade e alcançam o seu máximo nos grupos de 60 a 79 anos, que é quando se observa a maior proporção de óbitos por Covid-19 – quase a metade do total de óbitos ocorridos por esta causa em 2020. Chama-se a atenção para o fato de que a quantidade de mortes registradas por Covid-19 é subestimada, dadas as dificuldades apontadas para diagnósticos mais assertivos sobre contaminações. Por exemplo, do total de óbitos por síndrome respiratória publicado no Boletim Epidemiológico do MS nº 43, 27,6% não tinham especificação da causa e cerca de 1,0% estava sob análise.

GRÁFICO 3

Proporção de óbitos por Covid-19 no total de óbitos por síndrome respiratória aguda – Brasil (2020)



Fonte: Brasil (2020).

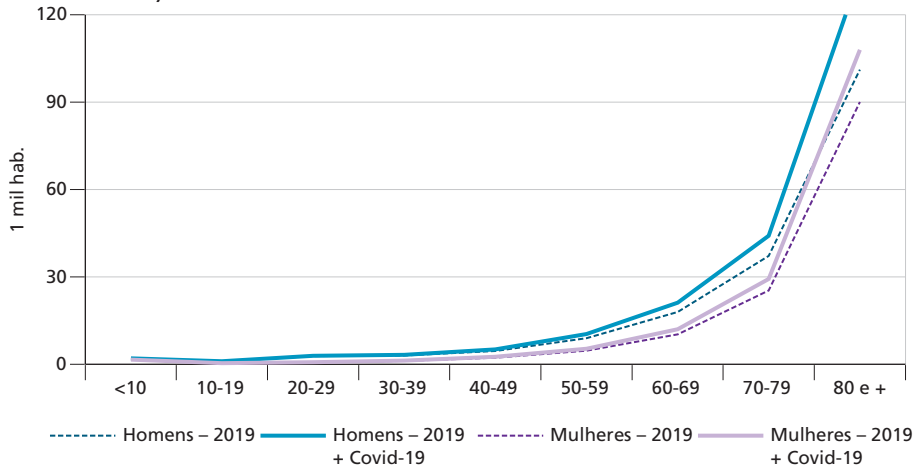
Os últimos dados de mortalidade desagregados por sexo e idade disponibilizados pelo Datasus são os de 2019. O total de óbitos apontados para todo o ano foi de 1.349.245. Em aproximados dez meses de pandemia (de 16 mar. 2020 a 29 dez. 2020), a Covid-19 matou 187.182 pessoas,¹² ou seja, cerca de 14% do total de óbitos ocorridos durante o ano de 2019. Quase dois terços desses óbitos (76,6%) ocorreram em indivíduos com 60 anos ou mais, dos quais 57,2% eram homens, apesar de as mulheres serem mais expostas a múltiplas morbidades, como já mencionado.

O gráfico 4 apresenta as taxas específicas de mortalidade por sexo e idade para 2019 e as de 2019 acrescidas das mortes provocadas pela Covid-19. Pode-se observar que as duas curvas (taxas) começam a se separar a partir dos 40 anos para homens e dos 30 anos para as mulheres. Para os homens, as diferenças crescem monotonicamente com a idade. Com relação às mulheres, esse padrão foi ligeiramente mais irregular, sendo a diferença máxima observada entre as mulheres no grupo etário de 60 a 69 anos.¹³ Essa maior diferença nas idades mais avançadas é reflexo da concentração de óbitos por Covid-19 nas idades mais avançadas.

12. Isso tudo sem contar as subnotificações. Informações extraídas do portal da Transparência do Cartório do Registro Civil, disponível em: <<https://bit.ly/3fDWOHi>>.

13. Chama-se a atenção para o fato de essas taxas serem afetadas pelo denominador (população), que é uma estimativa, e não uma contagem.

GRÁFICO 4
 Taxas específicas de mortalidade, por sexo e idade – Brasil (2019 e 2019 + Covid-19)



Fontes: Datasus/MS; e Estatísticas do Registro Civil.

Barbosa *et al.* (2020) encontraram uma maior incidência e mortalidade por Covid-19 entre idosos nos estados mais pobres do Brasil. Os autores acreditam que isso possa ser devido ao uso de transporte público, ao maior número de moradores por domicílio, ao acesso precário ao saneamento básico, à baixa eficácia dos serviços de saúde e à dificuldade dos idosos e de seus familiares em manter o isolamento social sem perda importante da renda ou do trabalho.

De acordo com o Boletim Epidemiológico do MS (Brasil, 2020), a região Centro-Oeste foi a que apresentou maior incidência da Covid-19 no país, bem como de mortalidade, ao longo de 2020. Entre as Unidades da Federação (UFs), Roraima destacou-se pela maior incidência, e Rio de Janeiro e Distrito Federal, pela maior mortalidade. A maior mortalidade nestas duas últimas UFs pode ser reflexo do maior envelhecimento de suas populações. Além disso, o Distrito Federal recebe pacientes de seu entorno (Goiás).

Baqui *et al.* (2020) também encontraram mortalidade mais elevada na região Norte (efeito região) e entre a população preta e parda (efeito raça). Os autores levantaram a hipótese de que o efeito região pode ser resultado de uma prevalência mais elevada de multimorbidade nos estados mais pobres; e o efeito raça pode ser devido a padrões de imunidade diferenciados e menor acesso a serviços de saúde. Um estudo do Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio) analisou a variação da taxa de letalidade da doença no Brasil segundo variáveis demográficas e socioeconômicas.

Eles consideraram cerca de 30 mil casos notificados como Covid-19 até 18 de maio de 2020, disponibilizados pelo MS. Além disso, encontraram que pretos e pardos morreram por Covid-19 mais do que brancos no Brasil.¹⁴

O boletim do MS (Brasil, 2020) aponta que 41,9% dos óbitos atribuídos à Covid-19 ocorreram entre os negros e 36,6%, entre os brancos, ao longo de 2020. O restante dos óbitos ocorreu entre os asiáticos, indígenas e não informados. Dado que grande parte dos negros está localizada nos segmentos de renda mais baixa, suas condições de vida são mais precárias, com menos acesso a saneamento e habitação adequados que permitam a adoção de medidas mínimas de higiene e de isolamento social, quando necessárias. Além disso, em função do tipo de trabalho que realizam e pela necessidade de renda, muitos não podem deixar de trabalhar, tendo que usar o transporte público, o que os faz mais expostos ao vírus.

Chama-se a atenção para o fato de que grande parte da população negra é formada por pessoas que mantiveram o Brasil funcionando para que outras pudessem manter o isolamento e distanciamento, e foi a população mais afetada pela Covid-19. Essa situação também foi observada nos Estados Unidos e no Reino Unido, segundo matéria da BBC.¹⁵

Os óbitos pela Covid-19 já estão afetando o tempo vivido pelos brasileiros e o crescimento da população idosa no curto e médio prazo. Embora esses óbitos estejam concentrados nas idades avançadas, o aumento das taxas de mortalidade da população idosa já está provocando um impacto tanto na expectativa de vida ao nascer como na das demais idades, como se pode ver na tabela 2. Esta tabela apresenta os valores da expectativa de vida ao nascer, aos 50 anos, aos 60, aos 70 e aos 80 anos. Assumindo-se que o total de óbitos de 2020 é o mesmo de 2019, bem como a sua distribuição por sexo e idade, e considerando-se os óbitos registrados por Covid-19, estima-se uma redução na expectativa de vida ao nascer da população masculina de 2,0 anos. Essa redução só não foi mais elevada porque cerca de três quartos dos óbitos ocorreram entre a população com 60 anos ou mais; no entanto, ela afetou todos os grupos etários, inclusive o de 80 anos ou mais, cuja perda estimada é de cerca de 1,4 ano. O efeito medido para a população feminina é menor do que aquele para a masculina, pois, como se viu, as mortes por Covid-19 afetam mais os homens. Mesmo assim, a perda estimada para a expectativa de vida feminina ao nascer é de 1,8 ano e, entre as mulheres com 80 anos ou mais, é de 1,1 ano.

14. Disponível em: <<https://bbc.in/3hGsRjS>>. Acesso em: 8 fev. 2021.

15. Disponível em: <<https://bbc.in/3hGsRjS>>. Acesso em: 8 fev. 2021.

TABELA 2
Expectativa de vida ao nascer e nas várias idades – Brasil (2019 e 2019 + Covid-19)

Idade	Homens				Mulheres			
	2019 (anos)	2019 + Covid-19 (anos)	Diferença		2019 (anos)	2019 + Covid-19 (anos)	Diferença	
			Absoluta	Relativa (%)			Absoluta	Relativa (%)
0	73,2	71,2	2,0	2,8	80,5	78,7	1,8	2,2
50	29,6	27,6	2,0	6,7	33,9	32,2	1,7	4,9
60	21,9	20,1	1,8	8,3	25,3	23,7	1,5	6,1
70	15,2	13,6	1,6	10,4	17,5	16,1	1,3	7,7
80	9,9	8,5	1,4	13,8	11,1	10,0	1,1	10,2

Fontes: PNAD Contínua/IBGE; Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do MS (disponível em: <<https://bit.ly/3vxhGwo>>); Central de Informações do Registro Civil.

Elaboração da autora.

3 PANDEMIA, IDOSOS E SUAS FAMÍLIAS

Não se tem dúvidas de que a pandemia do coronavírus está trazendo consequências devastadoras em termos de perdas de vidas humanas e de emprego, afetando as famílias de várias formas. Uma delas é a diminuição da renda de seus membros, seja pela morte ou pela perda de emprego em um momento de difícil acesso a um trabalho remunerado. A tendência esperada é a de um crescimento do número dessas mortes e do desemprego – neste último caso, mesmo depois da pandemia, o que terá um grande impacto nas famílias. Ainda que muitas atividades que ficaram suspensas voltem a funcionar com o fim da pandemia, dado o avanço tecnológico observado durante esta, o nível de emprego não deverá retomar patamares pré-pandemia.¹⁶

Vários estudos já mostraram a importância da renda dos idosos na renda das famílias brasileiras (Camarano, 2020b; 2017; Teixeira e Rodrigues, 2009; Camarano e Kanso, 2003; Barros, Mendonça e Santos, 1999; Saboia, 2004; Travassos, Coelho e Arends-Kuenning, 2020). De acordo com dados da PNAD Covid-19 de novembro de 2020, naquela data, em um terço dos 68,6 milhões de domicílios brasileiros se encontrava pelo menos um idoso residindo. Nesses domicílios moravam 65,9 milhões de pessoas – em média, 2,9 pessoas por domicílio –, das quais 35,3 milhões eram não idosos – número mais elevado do que o de idosos residentes – e 6,2 milhões tinham menos de 15 anos. Entre os não idosos, 15,2 milhões não trabalhavam, ou seja, 43,1% dos adultos residentes.

Chama-se a atenção para o fato de que as formas esperadas de arranjos familiares para famílias com idosos são do tipo casal sem filhos¹⁷ ou famílias unipessoais, ou seja, idosos morando sós. O estado conjugal é um determinante importante desses

16. Cita-se como exemplo o avanço do *e-commerce* e do teletrabalho.

17. Neste caso, um dos cônjuges pode ser não idoso.

arranjos, bem como a independência dos filhos, expressa pela saída de casa. Outro determinante é a autonomia física, mental e financeira, pelo menos dos chefes de família ou cônjuges. Quando essas situações não acontecem, a coresidência ou a ampliação das famílias pode ser uma estratégia utilizada para beneficiar tanto as gerações mais novas como as mais velhas.

Como mostra a tabela 3, 55,4% dos idosos brasileiros moravam com filhos, parentes, agregados ou empregados domésticos – estes três últimos estão classificados como outros. Essa proporção é ligeiramente mais alta entre as mulheres, 58,0%. Esses arranjos são chamados de continentes, porque têm uma estrutura familiar/domiciliar que teoricamente pode oferecer algum tipo de cuidado.¹⁸ A tabela 4 apresenta a distribuição etária dos moradores nos domicílios de idosos considerados continentes por tipo de arranjo. Observa-se que naqueles arranjos em que moram filhos, as pessoas de 15 a 59 anos constituem-se em mais da metade dos moradores. Essas seriam, supostamente, os “cuidadores” de idosos. Além disso, é expressiva a proporção de moradores nessa faixa etária em domicílios sem filhos. Nesse caso, acredita-se que se trate de cuidadores/empregadas domésticas, além de outros parentes, como irmãos, sobrinhos etc. Com exceção do arranjo homem ou mulher sozinhos e outros, a proporção de crianças aí residentes ultrapassa os 10%. Estas podem ser netos, sobrinhos ou mesmo filhos dos moradores adultos.

TABELA 3
Distribuição proporcional da população idosa, segundo o tipo de arranjo, por sexo – Brasil (nov. 2020)

Arranjos	Homem	Mulher	Total
<i>Não continentes</i>	21,1	23,4	44,6
Unipessoal	4,9	10,0	15,0
Casal sem filhos	16,2	13,4	29,6
<i>Continentes</i>	23,0	32,5	55,4
Casal sem filhos e outros	3,1	3,4	6,5
Casal com filhos e outros	14,4	11,1	25,6
Mãe com filhos e outros	0,8	10,9	11,7
Pai com filhos e outros	2,5	0,3	2,8
Mulher sozinha e outros	0,8	5,2	6,0
Homem sozinho e outros	1,4	1,4	2,8
Total	44,1	55,9	100,0

Fonte: PNAD Contínua/IBGE.

18. Se um dos cônjuges for não idoso, este arranjo deveria entrar no grupo de famílias não continentes; no entanto, os dados não permitiram essa desagregação.

TABELA 4
Distribuição proporcional das pessoas em domicílios continententes com idoso, por sexo e grupo de idade, segundo tipos de arranjo domiciliar – Brasil (nov. 2020)

Arranjo	< 15 anos		Entre 15-59 anos		60 anos e mais		Total
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	
Casal sem filhos	5,6	5,3	21,1	20,7	22,3	25,0	100,0
Casal com filhos	6,6	6,0	27,5	28,9	17,6	13,6	100,0
Mulher sozinha e outros	4,3	5,1	17,0	26,0	6,3	41,3	100,0
Mãe com filhos	6,8	6,8	29,5	27,9	1,9	27,1	100,0
Homem sozinho e outros	2,9	1,9	38,3	11,5	22,6	22,7	100,0
Pai com filhos	6,4	7,4	32,3	24,0	26,6	3,2	100,0

Fonte: PNAD Covid-19/IBGE.

Dois pontos são levantados aqui. O primeiro diz respeito ao fato de que cerca de 45% dos idosos moravam sozinhos ou apenas com o cônjuge, o que são arranjos chamados de “não continententes”, mais vulneráveis do ponto de vista de oferta de cuidados domiciliares. As mulheres predominam entre os idosos que moram sozinhos, o que pode ser atribuído ao fato de viverem mais que os homens e terem mais dificuldades para se recasarem no caso de viuvez ou divórcio. O outro ponto diz respeito aos outros 55% de idosos que residem em domicílios com não idosos, para quem o isolamento vertical para conter a difusão do coronavírus não teria eficácia.

O boletim Mercado de Trabalho nº 68 do Ipea (2020) mostrou que os rendimentos médios efetivos dos trabalhadores brasileiros apresentaram uma retração de 11,3% entre o primeiro e o segundo trimestres de 2020. Mostrou, também, uma alta de 17,4% na população de 14 anos ou mais sem renda de trabalho entre fevereiro e junho (*op. cit.*). Isso, durante o período de interrupção do auxílio emergencial, tornou o orçamento das famílias mais dependente da seguridade social,¹⁹ ou seja, dos idosos. Esta provê uma renda mensal vitalícia e, em 2019, beneficiava 77,2% dos idosos brasileiros²⁰ – em outras palavras, a seguridade reforçou a importância destes no sustento das suas famílias.

A principal fonte de renda dos domicílios estudados, aproximadamente 50%, vinha de pensões, aposentadorias e do BPC, conforme mostra a tabela 5. Outros 3,5% vinham do auxílio emergencial e 43,7%, da renda do trabalho. Está sendo considerada neste trabalho a unidade domiciliar como uma família, ou seja, a renda média domiciliar *per capita* representa a renda de uma família. Levando-se isso em conta, a eliminação da renda do trabalho pelo desemprego ou morte da pessoa que trabalhava leva a uma redução dessa renda para quase a metade, para R\$ 831,1.

19. Aqui considerados aposentadorias, pensões por morte e BPC.

20. Essa informação não está disponível para o ano de 2020.

Assim sendo, 83,7% da renda domiciliar passa a depender da seguridade social. O impacto da morte de um idoso aposentado ou pensionista leva a uma redução ainda maior na renda do domicílio, que cairia para R\$ 760,4 – cerca de 50%. A eliminação do auxílio emergencial resulta em uma redução da renda mensal domiciliar *per capita* de aproximadamente R\$ 52,00 reais, como visto na tabela 5.²¹ A contribuição do auxílio emergencial e do Programa Bolsa Família (PBF) nesses domicílios é baixa, provavelmente devido à estabilidade da renda da seguridade social e dos valores mais baixos do auxílio emergencial e do PBF.

TABELA 5
Composição da renda dos domicílios com idosos e renda mensal domiciliar *per capita* (RMDpc) – Brasil (nov. 2020)

Composição dos rendimentos	%	RMDpc da fonte (R\$)	RMDpc eliminado (R\$) ¹
Trabalho	43,7	644,5	831,1
Aposentadoria/pensão	47,1	695,6	780,0
PBF	0,1	11,1	1.464,5
BPC	1,3	1,4	1.474,2
Auxílio emergencial	3,5	19,5	1.456,1
Outros rendimentos ²	4,2	52,0	1.423,6
Total	100,0	1.475,6	N.A.³

Fonte: PNAD Covid-19/IBGE.

Notas: ¹ RMDpc eliminado refere-se a R\$ 1.475,6 menos os valores da coluna RMDpc da fonte.

² Outros rendimentos: doação, seguro desemprego, aluguel etc.

³ N.A. – Não se aplica

4 O CUIDADO COM IDOSOS

A Constituição Federal 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. Como consequência, a proporção de idosos residentes em instituições é muito baixa: cerca de 1% do total de idosos e 2,5% dos que tinham alguma dificuldade para as atividades básicas da vida diária (ABVDs). Cerca de um terço dos residentes têm autonomia para essas atividades (Camarano *et al.*, 2010).

Como consequência, a expansão das políticas de seguridade social, implementadas no país nas últimas décadas, concentrou-se nas transferências de renda, tendo a oferta de serviços de cuidados pelo Estado se restringido a ações específicas e

21. No momento da pesquisa, o auxílio emergencial era de R\$ 300,00.

pontuais de assistência à saúde. À família continua sendo atribuído o compromisso pelo cuidado prolongado no âmbito do domicílio. Inexiste uma política específica que determine os papéis atribuídos a ela e à rede de serviços públicos, tornando vulnerável tanto o idoso quanto o cuidador. Quando se pensa em cuidados para qualquer grupo populacional, observa-se que eles se dão em, pelo menos, duas esferas: a das relações interpessoais, que é ligada ao afeto e às obrigações; e a econômica, que diz respeito aos custos.

A literatura considera que os grupos populacionais que demandam cuidados de longa duração são aqueles que não têm capacidade para gerir o seu cotidiano em razão de alguma incapacidade ou limitação funcional, como crianças, idosos e pessoas com deficiência. Em geral, os idosos constituem-se nos maiores demandantes. No entanto, não é toda a população idosa que pode ser considerada demandante de cuidados – geralmente, são os muito idosos, ou seja, a população com 80 anos ou mais. Na população brasileira, este grupo é o que mais cresce, a despeito do “excesso” de mortalidade provocada pela Covid-19. Projeções populacionais apontam que esse contingente poderá passar dos aproximados quatro milhões contados pelo Censo Demográfico 2010 para valores próximos a 5,5 milhões em 2030.²²

Conseqüentemente, o número de idosos brasileiros que deverá necessitar de cuidados prolongados aumentará substantivamente. Camarano e Fernandes (2020) estimaram que 5,1 milhões de idosos estariam demandando cuidados em 2020. Traçando alguns cenários para 2030, os autores encontraram que esse número poderá passar para valores em torno de sete a oito milhões. Mesmo mantendo-se a atual capacidade de a família cuidar e a proporção de idosos institucionalizados, pode-se esperar um aumento de até 1,7 milhão de idosos que não estarão recebendo cuidado de nenhuma forma. A estimativa para 2020 é de 3,1 milhões de idosos com dificuldades para as ABVDs que não recebem cuidados (Camarano e Fernandes, 2020). Camarano (2017) mostrou que, em média, esses idosos passam 4,2 e 4,7 anos, homens e mulheres, respectivamente, necessitando de cuidados. É provável que esse tempo tenha aumentado, dadas as possíveis sequelas nos sobreviventes da Covid-19.

Quando se estima a demanda de cuidados por parte dos idosos, em geral, não se leva em conta aqueles que moram sozinhos ou que são apenas um casal de idosos, pois o critério comumente utilizado é a dificuldade para as ABVDs. Idosos que moram sozinhos podem não apresentar tais dificuldades, mas podem ter outras, como fazer compras, limpar casa, ir ao médico etc. Entre os idosos que moram sozinhos, dois terços são mulheres, em torno de cinco milhões – e a

22. Projeções da autora, incorporando os efeitos da sobremortalidade provocada pela Covid-19. As projeções do IBGE feitas em 2018 chegaram a um valor de 6,5 milhões.

pandemia está levando a que essa proporção aumente, dada a maior mortalidade masculina. Sumarizando, os idosos que moram sozinhos também devem ser alvo de políticas de cuidados.

De acordo com o Elsi-Brasil,²³ das pessoas que declararam necessitar de ajuda, 86,6% dos homens e 74,9% das mulheres a receberam. As proporções comparáveis levantadas pela PNS de 2013 foram de 80,6% e 80,0%, de homens e mulheres, respectivamente. Chama-se a atenção para o fato de que as duas pesquisas convergem ao apontar que 20% das pessoas que reportaram necessitar de cuidados não os recebem (Camarano, 2020a). As pesquisas também apontam uma proporção mais elevada de homens recebendo cuidados do que de mulheres, a despeito de as mulheres serem as principais cuidadoras, as que têm mais dificuldades para a vida diária e as que mais necessitam de ajuda.

As pesquisas PNS e Elsi-Brasil também convergiram quando encontraram que os principais cuidadores são familiares não remunerados. A PNS apontou que 88,8% dos homens e 80,2% das mulheres recebiam cuidados de familiares não remunerados, e o Elsi-Brasil encontrou que aproximadamente 90% da ajuda que os homens recebiam vinha de familiares que residiam no mesmo domicílio e não eram remunerados – no caso das mulheres, 85,1% (Camarano, 2020a). 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, 6,9%, em 2000.

Como mostra a tabela 6, dos homens que não recebiam ajuda (59,7%), aproximadamente a metade estava em arranjos do tipo casal sem filhos (29,1%), 21,1% moravam sozinhos (12,6%) e outros 27,6% moravam com filhos (16,5%). Proporcionalmente falando, ter outros no domicílio aumenta a probabilidade de cuidados. Por sua vez, de acordo com a tabela 7, entre as mulheres que não recebiam ajuda (55,5%), 45,6% moravam com filhos e 22,3% moravam sozinhas. Como no caso de homens, a presença de outros no domicílio parece aumentar a chance de receber cuidado. Sintetizando, ao contrário do que se esperaria, a não ajuda é maior nos domicílios que contavam com a presença de filhos, tanto para homens quanto para mulheres. Sendo assim, morar com filhos não é garantia de cuidados.

23. O Elsi-Brasil foi planejado e harmonizado com o *Health Retirement Study* (HRS) e seus congêneres nos diferentes continentes. Espera-se que seus resultados possibilitem avaliar a qualidade da experiência de cuidar dos outros e de si mesmo, respondendo à seguinte questão: quem são as pessoas que necessitam ou prestam cuidados aos brasileiros com 50 anos ou mais e com dificuldades em suas atividades cotidianas (Giacomin *et al.*, 2018)?

TABELA 6
Proporção de homens idosos com dificuldades nas atividades básicas, por arranjo domiciliar e tipo de ajuda recebida – Brasil (2013)

	Não recebe ajuda	Recebe ajuda	Total	Ajuda de:		
				Familiar não remunerado/outro não remunerado	Familiar remunerado	Cuidador contratado/ empregada doméstica
<i>Não continente</i>	36,2	12,0	48,2	10,2	1,2	1,6
Unipessoal	12,6	2,0	14,6	0,9	0,1	1,2
Casal sem filhos	23,6	10,0	33,6	9,3	1,1	0,4
<i>Continente</i>	23,5	28,3	51,8	25,5	3,0	1,2
Homem sozinho e outros	1,2	4,0	5,2	3,8	0,3	0,2
Mulher sozinha e outros	0,3	2,8	3,1	2,8	0,2	0,0
Casal sem filhos e outros	5,5	5,4	10,9	4,5	1,0	0,1
Casal com filhos	9,7	7,1	16,8	6,7	0,1	0,3
Casal com filhos e outros	4,1	6,3	10,4	5,0	1,3	0,0
Mãe com filhos	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Mãe com filhos e outros	0,0	1,5	1,5	1,4	0,1	0,6
Pai com filhos	2,5	0,4	2,9	0,5	0,0	0,0
Pai com filhos e outros	0,2	0,8	1,0	0,7	0,0	0,0
Total	59,7	40,3	100,0	35,7	4,2	2,8

Fonte: PNS/IBGE.

Obs.: Outros: parentes e/ou agregados.

TABELA 7
Proporção de mulheres idosas com dificuldades nas atividades básicas, por arranjo domiciliar e tipo de ajuda – Brasil (2013)

	Não recebe ajuda	Recebe ajuda	Total	Ajuda de:		
				Familiar não remunerado/outro não remunerado	Familiar remunerado	Cuidador contratado/ empregada doméstica
<i>Não continente</i>	21,1	11,5	32,6	8,6	0,3	3,1
Unipessoal	12,4	5,4	17,8	3,4	0,1	2,3
Casal sem filhos	8,7	6,1	14,8	5,2	0,2	0,8
<i>Continente</i>	34,4	33,0	67,4	30,1	1,8	2,8
Mulher sozinha e outros	5,2	9,1	14,3	7,7	0,5	1,7
Homem sozinho e outros	1,2	2,8	4,0	2,9	0,0	0,5
Casal sem filhos e outros	2,6	2,4	5,0	2,2	0,3	0,1
Casal com filhos	4,7	1,0	5,7	1,0	0,1	0,0
Casal com filhos e outros	4,0	6,7	10,7	5,9	0,8	0,1

(Continua)

(Continuação)

	Não recebe ajuda	Recebe ajuda	Total	Ajuda de:		
				Familiar não remunerado/outro não remunerado	Familiar remunerado	Cuidador contratado/empregada doméstica
Mãe com filhos	6,9	2,9	9,8	2,7	0,0	0,2
Mãe com filhos e outros	9,7	7,9	17,6	7,6	0,1	0,1
Pai com filhos e outros	0,1	0,2	0,3	0,1	0,0	0,1
Total	55,5	44,5	100,0	38,7	2,1	5,9

Fonte: PNS/IBGE.

Obs.: Outros: parentes e/ou agregados.

Lima-Costa *et al.* (2016) encontraram diferenças no recebimento de ajuda por grupos socioeconômicos. Dado que o Brasil não dispõe de nenhuma política nacional para “ajudar a família” a cuidar dos seus idosos, o custo do cuidado familiar fica a cargo da família. Isso pode explicar a menor ajuda recebida pelos idosos situados nos extratos sociais mais baixos.²⁴

Paralelamente ao aumento da demanda por cuidados, tem-se assistido a uma redução acentuada na oferta de cuidadores familiares como consequência das mudanças nos arranjos das famílias. Além dessas, outras mudanças como a da nupcialidade e a do papel social da mulher, em um contexto de níveis de fecundidade de sub-reposição, levam a se pensar que, dificilmente, a família poderá continuar desempenhando o seu papel tradicional de cuidadora (Camarano e Kanso, 2010; Camarano, 2017). No caso da pandemia, assistiu-se, também, a uma redução dos cuidadores domiciliares, conforme será visto na próxima seção.

5 OS CUIDADORES

A pandemia da Covid-19 realçou a importância do cuidado não só para os idosos mas também para o cuidador, o que significa a necessidade de se pensar em políticas de cuidado de uma forma mais global.

Como o ato de cuidar sempre fez parte das sociedades ou da história das famílias, o cuidador era, quase sempre, um familiar, mais especificamente uma mulher, que voluntariamente ou por falta de opção cuidava de parentes mais idosos. Faz parte do contrato intergeracional os pais cuidarem dos filhos e estes, dos pais,

24. De fato, há algumas iniciativas pontuais do Estado, como as ILPIs públicas e o incentivos a algumas filantrópicas, como ajuda financeira, isenção de contribuições, cessão de profissionais do setor público etc. No entanto, a contribuição mais importante é o benefício da seguridade social, que tem sido a principal fonte de financiamento das ILPIs filantrópicas, além de representar uma parcela importante no orçamento dos domicílios onde residem. Isso acontece mesmo nos domicílios com idosos frágeis. Em muitos casos, aí se encontram adultos que não trabalham, mas que podem oferecer algum cuidado, o que leva a se pensar que se está assistindo a um sistema de transferências intergeracionais, intermediado pelas políticas sociais (Camarano, 2017).

quando envelhecerem. Isso está estabelecido na Constituição Federal brasileira de 1988, no art. 299, que estabelece que “os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade” (Brasil, 1988, art. 299).

O cuidado familiar é considerado um cuidado informal. É o mais importante para qualquer grupo populacional, especialmente crianças, idosos e pessoas com deficiência. Predomina em quase todo o mundo. É fundamentado em um contrato social, existente no âmbito do grupo de parentesco ou familiar, baseado em normas, obrigações e trocas entre as gerações. Isso requer que as políticas para idosos sejam elaboradas dentro de um contexto global de políticas de proteção para as famílias (Goldani, 2004). Chama-se a atenção para a situação de que não se pode tomar a solidariedade intergeracional como garantida. Ela deve ser construída permanentemente por meio de negociações, acordos, ajustes, contradições e conflitos (Pimentel, 2013). Um fator que pode afetar negativamente essa solidariedade é o discurso do envelhecimento ativo ou saudável. Este assume que os indivíduos têm obrigação de envelhecer de forma saudável para não se tornarem um peso para a sociedade e a família.

A maioria dos especialistas acredita que é melhor para os idosos frágeis serem cuidados por suas famílias. O cuidado formal tem um custo elevado. Essa visão assume que os cuidadores, especialmente as mulheres, não incorrem em custos financeiros ou emocionais na prestação de cuidados (Goldani, 2004); no entanto, na verdade, cuidar custa. Custa tempo, dinheiro, riscos para a saúde, isolamento social, acarreta perda de oportunidades, principalmente no mercado de trabalho, entre outros fatores. Como o cuidado familiar é realizado no ambiente doméstico, isso o torna socialmente invisível. Não é recompensado e não gera direitos sociais como o trabalho formal, considerado produtivo; como consequência, grande parte dos cuidadores são pobres.²⁵

A necessidade de cuidados afeta a oferta de trabalho das esposas e dos filhos, a demanda por habitação, a coresidência e produz barganhas na família. Além disso, tal necessidade afeta as transferências intergeracionais, como as heranças. O cuidado familiar gera grandes benefícios, tanto no âmbito público quanto no privado, mas gera custos para quem os pratica e pode, inclusive, ser um fator gerador de discriminações contra a mulher, principalmente no mercado de trabalho (Markuartu e Ansa, 2004).

25. Refere-se aqui a cuidadores não remunerados, e uma parte deles é composta por mulheres de classe média, por exemplo. Estimativas de Camarano (2014) apontam que 51,7% dos domicílios onde residem mulheres cuidadoras não remuneradas são pobres. Essa situação é reforçada pela necessidade de cuidar, o que, ao limitar a sua entrada no mercado de trabalho, limita as suas possibilidades de superação da pobreza em que vivem.

Um estudo da Organização Internacional do Trabalho (OIT) feito em 2015 sobre a cobertura de cuidados de longa duração para pessoas idosas em 46 países selecionados destacou que o cuidado informal é a regra para idosos dependentes na maioria dos países avaliados. No entanto, o estudo chama a atenção para o fato de esse modelo não ser sustentável, pois, além das mudanças na família, os potenciais cuidadores informais também estão envelhecendo (Giacomin *et al.*, 2018).

É comum que as mulheres abandonem os estudos ou o trabalho para cuidar de familiares, o que pode implicar a sua baixa qualificação. O Elsi-Brasil demonstrou que um terço das pessoas que cuidam pararam de estudar ou trabalhar para cuidar e que as mulheres são as que mais prestam e as que menos recebem cuidados (Camarano e Fernandes, 2020). A combinação do trabalho fora de casa, mesmo que remoto, com as atividades de cuidar não é sustentável no longo prazo, pois afeta a produtividade das mulheres e, conseqüentemente, as possibilidades de progressão na carreira e até de manutenção do emprego.

De acordo com Giacomin *et al.* (2018), a maioria dos cuidadores familiares de idosos eram mulheres, 72,1%. Entre elas, predominavam as casadas, que sabiam ler, não receberam treinamento, não eram remuneradas e cuidavam todos os dias da semana. Isso reflete não só a insuficiência familiar, mas a insuficiência de políticas de cuidados que apoiem as famílias na sua necessidade de cuidar. As autoras também apontam que um terço das pessoas que cuidavam deixou de trabalhar ou estudar para fazê-lo, mas pouco mais de 6% recebeu algum tipo de treinamento para isso, e, quando receberam, foi de curta duração.

Essa situação aponta dois grupos potencialmente vulneráveis para a seguridade social: o de pessoas dependentes para o autocuidado, porque muito possivelmente encontram-se alijadas da vida produtiva; e o de familiares que não são remunerados para cuidar, mas precisaram deixar de trabalhar ou estudar para fazê-lo. Se esse padrão continuar, os cuidadores familiares permanecerão sem qualificação para o trabalho, não conseguirão contribuir para a seguridade social, terão comprometido a sua vida profissional e não contarão com qualquer tipo de apoio para continuar cuidando de outrem. Coloca-se, então, mais uma questão: quem cuidará deles no futuro?

A PNAD Contínua de 2019 levantou informações sobre pessoas que cuidam dentro ou fora do domicílio. Essas pessoas não cuidavam apenas de idosos. Na pesquisa, encontraram-se 45,1 milhões de pessoas, das quais cerca de 63% eram mulheres, 32,9% tinham mais de 60 anos e 22,5%, mais de 65 anos.

Dado que, historicamente e em todo o mundo, as atividades de cuidado são desempenhadas principalmente pelas mulheres desde a década de 1970, a literatura feminista analisa a questão do cuidado sob uma abordagem de gênero. A figura do cuidador não familiar ganhou destaque a partir da entrada do idoso

na agenda das políticas públicas, acadêmicas e de saberes especializados, como a disseminação/imposição de modelos para um bom envelhecimento e de discursos e manuais sobre “como cuidar” do idoso. A incorporação das ciências da saúde focou, em primeiro lugar, no próprio cuidador, considerando este um sujeito exposto a adoecimentos e a requerer apoios, cuidados e assistência à sua saúde física e mental (Groisman, 2015).

Groisman (2015) chama a atenção para o fato de que, nesse novo cenário, o cuidador aparece sem uma identidade própria, “na fronteira da formalidade e informalidade e na interseção entre a saúde e o social” (*op. cit.*, p. 82). Ele não é um profissional de saúde, mas precisa de ter uma qualificação específica diferente da de auxiliar de enfermagem. Poderia ser uma “empregada doméstica”, um “acompanhante” ou cuidadores informais, tais como familiares, amigos ou voluntários da comunidade, desde que bem orientados por cursos, palestras, manuais etc. (Caldas, 1998²⁶ *apud* Groisman, 2015).

No Brasil, dada a baixa participação do Estado nas políticas de cuidado, a formação dos cuidadores é fornecida, principalmente, por agências de prestação desse serviço e pelas instituições de longa permanência. De acordo com Guimarães e Hirata (2020), a carga horária requerida ou disponibilizada por essas instituições varia entre 25 a 90 horas, enquanto na França a duração é de cerca de um ano e no Japão, oscila entre quatro meses a três anos. Mais do que isso, neste último país, esse curso é reconhecido por instituições públicas da área de cuidado, o que certamente influi na qualidade do treinamento.

Reconhecida a necessidade de formação para a atividade de cuidar, passou-se à necessidade de definir o que seja um cuidador e lhe assegurar direitos sociais. A natureza e o conteúdo dessa ocupação foram definidos pela primeira vez em 2002, com a promulgação da nova Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). As atividades foram assim descritas: “Cuidam de bebês, crianças, jovens, adultos e idosos, a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida” (Brasil, [s.d.]). Pequenas regulações têm sido feitas, como o estabelecimento de alguns direitos trabalhistas e padrões para a jornada de trabalho, dado que a regulamentação da atividade profissional não foi feita ainda pelo Estado brasileiro. Para Groisman (2015, p. 70), “a descoberta desse tipo de trabalhador sob a ótica de discursos de regulação é mais recente, e parece se confundir com a própria história, também recente, de descoberta do idoso enquanto consumidor de serviços e objeto de políticas”.

26. Caldas, C. P. Cuidador: sua instância de experiência. In: Caldas, C. P. (Org.). *A saúde do idoso: a arte de cuidar*. 1. ed. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. p. 9-10.

A ausência de regulamentação para essa atividade leva a uma gama variada de relações e condições de trabalho. Apesar de a regulamentação ser necessária para a formalização, o fortalecimento e a valorização da atividade de cuidar, isso torna a prestação desse serviço mais onerosa para as famílias e idosos contratantes, pois estes não contam com nenhum tipo de ajuda por parte do Estado brasileiro (Groisman, 2015). Nos Estados Unidos, a legislação considera o cuidado domiciliar como uma forma de serviço doméstico sem os direitos sociais que outros trabalhadores desfrutam (Ventura-Dias, 2012). A não regulamentação implica, entre outras coisas, no desconhecimento do número total de cuidadores brasileiros.

Não obstante a não regulamentação, um estudo da OIT (2018) apontou que o trabalho de cuidado, seja de crianças, idosos ou pessoas com deficiência, constitui uma fonte importante de renda para as mulheres latino-americanas. Das 47 milhões de pessoas que desempenhavam essa atividade, cerca de 75% eram mulheres. O fato de o cuidado ser considerado um trabalho faz dele uma fonte de renda para o cuidador, diferenciando-o do cuidador familiar, que mistura as obrigações familiares com afeto e, muitas vezes, com sofrimento, pela situação de dependência do familiar. No geral, os cuidadores familiares apresentam uma escolaridade muito baixa, diferentemente dos das ILPIs (Guimarães e Hirata, 2020). Isso requer esforços para o aumento da escolaridade desse grupo.

Como já mencionado, a pandemia impactou o trabalho dos cuidadores domiciliares formais, especialmente das empregadas domésticas. Entre o último trimestre de 2019 e o último trimestre de 2020, cerca de 1,7 milhão de empregadas domésticas perderam o emprego, além de cerca de 145 mil cuidadores domiciliares.²⁷ Essa situação, além de afetar a oferta de cuidados, afeta a renda desses cuidadores. Ressalta-se também que, segundo o Boletim Epidemiológico do MS (Brasil, 2020), 5.176 cuidadores de idosos, crianças e pessoas com deficiência foram contaminados ao longo de 2020. Entre os cuidadores de idosos, quinze morreram.²⁸ Faz-se necessário, então, repensar o processo de trabalho desses profissionais.

As ILPIs, embora não tratadas aqui, também foram afetadas. Um estudo realizado no Brasil por Wachholz *et al.* (2020b) buscou informações com diversos órgãos e, diretamente, em mais de 250 instituições entre 14 de maio a 8 de setembro de 2020, encontrando uma taxa de letalidade de 23,3% entre os idosos aí residentes. Em muitas delas, os funcionários precisaram ser afastados e outros tiveram que ser contratados. Cerca de 65% dos gestores de ILPI afirmam que estão enfrentando problemas financeiros nesse período de pandemia (PAHO, 2020; Watanabe, Domingues e Duarte, 2020; Wachholz *et al.*, 2020a). As doações, no

27. São cuidadores de crianças, pessoas com deficiência e idosos, incluindo-se cuidadores do sexo masculino neste cálculo.

28. Chama-se a atenção para o fato de que estes dados devem estar subestimados, pois só entraram no levantamento aqueles cuidadores que o MS considerou como profissionais de saúde.

caso de ILPIs filantrópicas, caíram mais da metade. As ILPIs privadas lidam com a inadimplência, pois muitas pessoas perderam empregos ou rendimentos durante a pandemia. Daí a necessidade de o Estado cumprir seu papel de proteção social.

Considerando-se as taxas de transmissão e de letalidade da Covid-19 na população idosa do mundo e do Brasil e suas implicações em termos de negligência e abandono aos mais vulneráveis, um grupo de profissionais de saúde e pesquisadores se organizou em grupos de trabalho para propor à Comissão Parlamentar do Idoso na Câmara Federal dos Deputados orientações emergenciais para as ILPIs. Essas orientações devem ser dirigidas a gestores públicos, sociedade, conselhos de defesa de direitos dos idosos, conselhos de políticas públicas, órgãos profissionais de classe, mantenedores, proprietários, profissionais, familiares e residentes de ILPIs.²⁹

6 COMENTÁRIOS FINAIS: A VELHICE FICOU MAIS EVIDENTE

Preocupações com a velhice fazem parte da história da humanidade, e, embora as formas de expressá-las tenham variado no tempo e no espaço, pode-se falar de um denominador comum, que é a associação entre idade avançada e doenças, solidão, decrepitude, perda da vitalidade, da força e de papéis sociais. Essas preocupações têm ganhado mais visibilidade pelo crescimento acelerado desse grupo em curso desde a segunda metade do século XX. Chama-se a atenção para o fato de que grande parte da literatura sobre a velhice e o debate político que a acompanha são baseados em uma visão generalizada de que a população idosa é um grupo homogêneo, com experiências e necessidades comuns.

A partir dos anos 1980, a busca de uma nova visão sobre o envelhecimento ganhou força. A psicologia do envelhecimento passou a enxergar a multidimensionalidade do processo de envelhecer, incluindo a possibilidade de crescimento, recuperação e desenvolvimento de novas capacidades nas idades avançadas. As melhorias verificadas na qualidade de vida dos idosos foram acompanhadas de uma nova narrativa discursiva do envelhecimento (produtivo, saudável, bem-sucedido, positivo e ativo). Essa visão positiva ganhou ainda mais destaque com as políticas de envelhecimento ativo, que projetam ao extremo uma imagem de corpos sem idade, que podem suportar o peso de anos ou negá-los, o que chegou a ser chamado de “melhor idade”.

A pandemia está mudando vários paradigmas, e um deles foi o da velhice ativa, que, na verdade, é uma busca de negar ou encobrir o envelhecimento. Esta descortinou, novamente, a fragilidade dos idosos, tornou-os “grupo de risco”, reforçou a necessidade da solidariedade intergeracional e de cuidados para todas as pessoas que deles necessitem.

29. Disponível em: <<https://bit.ly/3unuU7v>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

No entanto, nem com a pandemia, que está resultando em altas taxas de mortalidade para essa população, o debate em torno da questão do cuidado avançou. A resistência em ampliá-lo pode ser resultado da sua aproximação com temas considerados “tabus” – como doença, invalidez, fragilidade e morte – e também das contradições entre modelos e concepções acerca do papel que o Estado deve ter, enquanto provedor de bem-estar para a sua população, em um momento de desequilíbrio fiscal.

Considerando-se que a dependência ou fragilidade de qualquer grupo populacional advém da falta de capacidade laboral e de autonomia para desempenhar as atividades do cotidiano, reconhece-se que o Estado brasileiro avançou no que diz respeito à provisão de uma renda mínima para a população que perde a capacidade laborativa pela idade. Contudo, a provisão de serviços de saúde e de cuidados formais ainda é uma questão não equacionada. Apesar disso, Camarano *et al.* (2010) e Camarano (2017) acreditam que o benefício da seguridade social seja um instrumento importante para garantir a provisão de cuidados para os idosos, sejam familiares ou institucionais. A pandemia reforçou, também, a importância dos idosos no sustento das famílias brasileiras. No caso da morte de um deles, pode-se esperar, em média, uma redução na renda mensal domiciliar de cerca de 50% (Camarano, 2020b).

Sintetizando, chama-se a atenção para a necessidade de políticas públicas que reconheçam o cuidado como uma necessidade e uma ocupação com direitos sociais. É reconhecida a importância da família no cuidado do idoso frágil, e essa ajuda vem ocorrendo sem a participação do Estado. Ao contrário, no caso de abandono ou negligência dos idosos pela família, esta é responsabilizada. Mesmo assim, ainda existe uma parcela crescente e grande de idosos frágeis que não recebem nenhuma ajuda. A omissão do Estado não considera as mudanças na família e o crescimento da população demandante de cuidados.

Reconhece-se que as pessoas demandam cuidados a vida toda; por isso, a política de cuidados deve abranger pessoas de todas as idades. Isso inclui a oferta de serviços de cuidados em ILPIs, que poderão ter diferentes graus de complexidade, mas também a possibilidade de assegurar cuidados no domicílio das pessoas, com estratégias de respiro para os cuidadores familiares, como forma de apoio às famílias que precisam continuar cuidando, mas também precisam estudar, trabalhar, viver. Salienta-se a importância de cuidados para o cuidador: de saúde, emocionais, financeiros, de inserção no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) etc.

Uma das possibilidades apontadas por Minayo (2021s) é que o cuidado ao idoso dependente deveria ser oficialmente incorporado pela saúde pública, o que requer previsão de financiamento das ações e estabelecimento de uma rede de suporte institucional. Dentro desta rede, pode-se incluir a Estratégia da Saúde da

Família. A autora também sugere que o cuidador informal deveria ser visto como um agente de saúde e receber orientações direcionadas para prestar um cuidado adequado ao idoso, incluindo medidas preventivas para evitar a dependência precoce.

Não se pode negar que a oferta de cuidados, seja formal ou informal, tem um forte componente de gênero. Essa tarefa tem sido de responsabilidade, principalmente, das mulheres, e elas não têm sido compensadas por isso. Apesar de a literatura apontar para um pequeno crescimento da participação de homens de diferentes idades na função de cuidar, no Brasil, essa participação ainda é muito reduzida em termos de horas dispendidas (Camarano e Fernandes, 2020). A situação ideal seria de 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).

Sintetizando, a pandemia está afetando a vida das famílias pela morte, pela perda de trabalho, pela diminuição da renda das famílias e está destacando o papel dos idosos e das políticas públicas, em especial, da seguridade social: previdência, assistência e saúde.

Outras pandemias virão. Espera-se que, ao terminar a atual, em face da questão de selecionar as pessoas mais relevantes para compor a sociedade, por exemplo, na escolha de ocupação de leitos das unidades de terapia intensiva (UTIs), que se considere que *vidas idosas também importam*.

Para finalizar, espera-se que a pandemia deixe como legado, como salientado por Morin (2020), um contrato social renovado e ampliado, no qual sejam consideradas as especificidades das populações vulnerabilizadas (idosas, negras, moradoras de comunidades, por exemplo), tendo a saúde no centro.

REFERÊNCIAS

- BAQUI, P. *et al.* Ethnic and regional variations in hospital mortality from Covid-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. **The Lancet Global Health**, v. 8, n. 8, p. E1018-E1026, 2020.
- BARBOSA, I. R. *et al.* Incidência e mortalidade por Covid-19 na população idosa brasileira e sua relação com indicadores contextuais: um estudo ecológico. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 1, p. 1-11, 2020.
- BARROS, R. P. de; MENDONÇA, R.; SANTOS, D. Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: Ipea, 1999. p. 221-249.

BRASIL. Ministério do Trabalho. CBO 5162-10: cuidador de idosos. **CBO MTE**, [s.d.]. Disponível em: <<https://bit.ly/3yAcwvC>>. Acesso em: 8 dez. 2020.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Câmara dos Deputados, 1988. Disponível em: <<https://bit.ly/3ytzNPO>>.

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial**, p. 77, 5 jan. 1994. Disponível em: <<https://bit.ly/2T5HlrI>>.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial**, p. 1, 3 out. 2003. Disponível em: <<https://bit.ly/3hWnpBU>>.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial**, Brasília, n. 43, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3oRyiXu>>.

CAMARANO, A. A. Quanto custa cuidar da população idosa dependente 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. p. 605-623.

_____. **Cuidados para a população idosa: demandas e perspectivas**. 2017. Mimeografado.

_____. **Cuidados para a população idosa e seus cuidadores: demandas e alternativas**. Brasília: Ipea, 2020a. (Nota Técnica, n. 64).

_____. **Os dependentes da renda dos idosos e o coronavírus: órfãos ou novos pobres?** Brasília: Ipea, 2020b. (Nota Técnica, n. 81).

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. p. 187-212.

CAMARANO, A. A.; FERNANDES, D. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara-Kogan, 2020. No prelo.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Famílias com idosos: ninhos vazios?** Rio de Janeiro: Ipea, 2003. (Texto para Discussão, n. 0950).

_____. 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. p. 93-122.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T.; LEMOS, V. R. Cuidados de longa duração para a população idosa: uma questão de gênero? *In*: NERI, A. L. (Org.). **Qualidade de vida na velhice**: enfoque multidisciplinar. Campinas: Alínea, 2007.

DUARTE, Y. A. de O.; LEBRÃO, M. L.; LIMA, F. D. de. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 17, n. 5/6, p. 370-378, 2005.

GAO C. *et al.* Association of hypertension and antihypertensive treatment with Covid-19 mortality: a retrospective observational study. **European Heart Journal**, v. 41, n. 22, p. 2058-2066, 2020.

GIACOMIN, K. C. *et al.* Cuidados e limitações funcionais em atividades cotidianas – Elsi-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 1s-12s, 2018.

GILISSEN, J. *et al.* International Covid-19 palliative care guidance for nursing homes leaves key themes unaddressed. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 60, n. 2, p. e56-e69, 2020.

GOLDANI, A. M. Relações intergeracionais e reconstrução do Estado de bem-estar: por que se deve repensar essa relação para o Brasil? *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 211-250.

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

GUIMARÃES, N. A.; HIRATA, H (Org.). **El cuidado en América Latina**: mirando los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay. Buenos Aires: Fundación Medifé Edita, 2020.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde – Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Mercado de Trabalho: conjuntura e análise**, Brasília, n. 68, abr. 2020.

LIMA-COSTA, M. F. *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. 1, p. 137-145, 2016.

MARKUARTU, J. J. I.; ANSA, T. A. Inauguración. *In*: EMAKUNDE – INSTITUTO VASCO DE LA MUJER; FSE – FONDO SOCIAL EUROPEO. (Org.). **Congreso Internacional Sare 2003**: “cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado”. Vitoria-Gasteiz: Emakunde; FSE, 2004. p. 7-11. (Jornadas, n. 18).

MINAYO, C. de S. Cuidar de quem cuida de idosos dependentes: por uma política necessária e urgente. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 7-15, 2021.

MORIN, E. Um festival de incertezas. **Espiral**, Rio de Janeiro, v. 4, p. 5-12, 2020.

NEPOMUCEMO, M. R. *et al.* Besides population age structure, health and other demographic factors can contribute to understanding the Covid-19 burden. **PNAS**, v. 117, n. 25, p. 13881-13883, 2020.

NUNES, B. P. *et al.* Multimorbidade e população em risco para Covid-19 grave no Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, p. 1-12, 2020.

OIT – ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Care work and care jobs for the future of decent work**. Genebra: ILO, 2018.

PAHO – PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Policy brief**: the impact of Covid-19 on older persons. [s.l.]: United Nations. May, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3wuY5ah>>.

PIMENTEL, L. **Filho és, pai serás...**: cuidar de pessoas idosas em contexto familiar. Lisboa: Coisas de Ler, 2013.

SABOIA, J. Benefícios não contributivos e combate à pobreza de idosos no Brasil. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 353-410.

SANTOS, C. de S. dos; BESSA, T. A. de; XAVIER, A. J. Fatores associados à demência em idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 603-611, 2020.

TEIXEIRA, S. M.; RODRIGUES, V. da S. Modelos de família entre idosos: famílias restritas ou extensas? **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, n. 2, p. 239-254, 2009.

TRAVASSOS, G. F.; COELHO, A. B.; ARENDS-KUENNING, M. P. Os idosos no Brasil: transição demográfica, perfil e condição socioeconômica. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 37, e0129, p. 1-27, 2020.

VENTURA-DIAS, V. Notes on ageing, living arrangements and elderly women in Brazil. *In*: ANNUAL INTERNATIONAL CONFERENCE, 2012, Barcelona. **Proceedings...** Barcelona: The International Association for Feminist Economists, 2012.

WACHHOLZ, P. A. *et al.* Enfrentamento a pandemia de Covid-19 por parte dos gestores de instituições de longa permanência para idosos na América Latina. **Scielo Preprints**, 24 jul. 2020a. (Health Sciences).

WACHHOLZ, P. A. *et al.* Ocorrência de infecção e mortalidade por Covid-19 em residenciais para idosos no Brasil. **Scielo Preprints. Health Sciences**, ago. 2020b.

WATANABE, H. A. W; DOMINGUES, M. A. R. da C.; DUARTE, Y. A. de O. Covid-19 e as instituições de longa permanência para idosos: cuidado ou morte anunciada? **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 14, n. 2, p. 143-145, 2020.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Current and future long care needs: an analysis based on the 1990 WHO study**. Paris: WHO, 2002.

