
SER Social

CRISE, FLUXOS MIGRATÓRIOS E POLÍTICAS SOCIAIS

Brasília, v. 23, n. 49, julho a dezembro de 2021

Modelos de cuidados de longa duração para idosos em países capitalistas centrais

Long term care models for elderly in central capitalist countries//Atención a los mayores en el capitalismo central: modelos liberales, social democráticos y conservadores

Luana Corrêa de Araújo¹

Joseana Maria Saraiva²

Evandro Alves Barbosa Filho³

1 Graduada em Economia Doméstica pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE) e em Tecnologia em Petróleo e Gás pela Universidade Salgado de Oliveira (Univero). Pesquisadora do projeto ‘Desafios do enfrentamento da AIDS em Pernambuco, em tempos de ajuste neoliberal e desmonte do Sistema Único de Saúde’ pelo Departamento de Serviço Social – Centro de Ciências Sociais Aplicadas (CCSA) da UFPE. E-mail: luana.c.87@hotmail.com.

2 Graduada em Economia Doméstica pela Universidade Federal do Ceará (UFC); mestre em Nutrição e doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora Associada da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE) – Departamento de Ciências do Consumo. E-mail: joseanasaraiva@yahoo.com.br.

3 Graduado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), mestre e doutor em Serviço Social também pela Universidade Federal de Pernambuco, com Estágio Doutoral no Exterior realizado no Programa de Pós-Graduação em Sociologia da University of Cape Town (UCT), África do Sul. Atualmente é pós-doutorando, com

Emanuel Saraiva Carvalho Feitosa⁴

Resumo: O aumento da longevidade e do envelhecimento populacional faz parte de uma grande conquista nas sociedades contemporâneas, apesar das contradições, especialmente da ausência e/ou déficit de condições necessárias para atendimento digno que a idade exige. Neste sentido, o artigo analisa os princípios e a atuação dos modelos de seguridade social liberal, social-democrata e conservador na provisão de cuidados aos idosos em países capitalistas centrais. O estudo é qualitativo e resulta da combinação entre pesquisas bibliográfica, documental e de campo. Para a classificação dos modelos de bem-estar social, utilizou-se a estrutura conceitual elaborada por Gosta Esping-Andersen (1990). Foi possível identificar como a atuação na provisão de cuidados, de curta ou longa duração aos idosos, varia significativamente de acordo com os modelos de bem-estar social, e que os serviços de longa duração vêm sofrendo com as ofensivas neoliberais de mercantilização, subfinanciamento, desfinanciamento e desmonte do sistema de bem-estar social.

Palavras-chave: idoso; cuidados de longa duração; seguridade social.

Abstract: The increase in longevity and population aging are part of a major achievement in contemporary societies, despite the contradictions, especially the absence and / or deficit of conditions necessary for dignified care that age requires. From this perspective, the study analyzes the principles and the performance of the social liberal, social democratic and conservative social security models in the provision of care to the elderly, principally the long-term care in central capitalist countries. The study is qualitative and results from the combination of bibliographic, documental and field research. The conceptual structure elaborated by Gosta Esping-Andersen (1990) was used for the classification of the models of social welfare. It was possible to identify how the performance in the provision of short – and long-term care varies significantly according to the social welfare models and that long-term services have been suffering with the neoliberal offensives of commodification, underfunding, de-funding and dismantling of the social welfare system.

Keywords: elderly; long-term care; social security.

bolsa PNPd – Capes/Facepe, atuando como docente colaborador e pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPE. E-mail: evealves85@yahoo.com.br.

4 Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: emanuelsfeitosa@gmail.com.

Resumen: El aumento de la longevidad y el envejecimiento de la población son parte de un gran logro en las sociedades contemporáneas, a pesar de las contradicciones, especialmente la ausencia y/o déficit de las condiciones necesarias para el cuidado digno que requiere la edad. En ese sentido, el artículo analiza los principios y la actuación de los modelos de seguridad social liberal, social democrático y conservador en la provisión de cuidados a los más mayores, sobre todo los cuidados de larga duración en países capitalistas centrales. El estudio es cualitativo y resulta de la combinación entre pesquisa bibliográfica, documental y de campo. Para la clasificación de los modelos de bienestar social, fue utilizada la estructura conceptual elaborada por Gosta Esping-Andersen (1990). Fue posible identificar como la actuación en la provisión de cuidados de corta o larga permanencia a los ancianos cambia significativamente de acuerdo con los modelos de bienestar social y que los servicios de larga permanencia vienen sufriendo con las ofensivas neoliberales de mercantilización, falta de fondos, desfinanciación y desmonte del sistema de bienestar social.

Palabras clave: anciano; cuidado a largo plazo; seguridad social.

Introdução

O aumento da longevidade e do envelhecimento populacional é um processo social contemporâneo, tanto nos países de capitalismo periférico como nos centrais. Mais atual ainda é o surgimento de um número crescente de idosos que demandam cuidados de longa duração. Diante disso, ressalta-se a importância de analisar os formatos e as tendências que têm assumido o provimento desses cuidados no atendimento aos idosos, inserido no *Welfare State* dos países desenvolvidos.

Em relação aos cuidados voltados para a pessoa idosa, compreendidas nos países de capitalismo central, como os homens e mulheres com 65 anos ou mais, os sistemas de bem-estar social atuam de forma específica em cada país. Desta forma, é importante compreender como se estabelece a responsabilidade pela produção do cuidado residencial e institucionalizado de longa duração e, por conseguinte, o bem-estar da pessoa idosa, a partir da relação entre Estado, mercado e família.

Diante do exposto, o artigo tem como objetivo analisar os princípios e a atuação dos modelos de seguridade social liberal,

social-democrata e conservador na provisão de cuidados aos idosos em países fora da periferia capitalista. Para Pasinato e Kornis (2010), os cuidados de longa duração podem ser conceituados como aqueles demandados pelos idosos com dificuldades e/ou limitações para a realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária (ABIVDs) em estágios mais avançados do processo de envelhecimento.

O presente artigo é de natureza qualitativa, realizado a partir de uma reconstrução teórica e documental, baseada em levantamentos e análises de dados secundários sobre a problemática – coletados durante pesquisa de campo realizada em decorrência de estágio doutoral no exterior, financiado com bolsa Capes do Programa de Doutorado Sanduíche, e durante a realização de projetos universais de pesquisa financiados pelo CNPq, realizados entre os anos de 2015 e 2019. Por questões de ética em pesquisa e de transparência dos dados, os pesquisadores trabalharam com documentos de domínio público. Dentro desse universo, foram selecionados: legislação, políticas e programas sociais dos países analisados, que abordassem o cuidado de longa duração de idosos, que estivessem em vigor durante a realização da pesquisa, que fossem de cobertura nacional e que explicassem sobre a relação entre Estado, mercado e família na provisão desse tipo de cuidado e, por fim, que estivessem publicados em português, espanhol ou inglês. Os documentos selecionados foram traduzidos e submetidos à análise documental. Três questões orientaram a análise do *corpus* documental: 1) Como ocorre o compartilhamento da responsabilidade na provisão de cuidados de longa duração para idosos entre Estado, família e mercado? 2) Quais as origens históricas e racionalidades dominantes na organização e gestão dos cuidados de longa duração para idosos? 3) Em cada país analisado, as evidências apontam para modelos hegemonicamente social – democratas, liberais ou conservadores de oferta e responsabilidade dos cuidados de longa duração para idosos?

Para responder estas questões de pesquisa, durante o processo de análise, os pesquisadores também realizaram revisões bibliográficas e integrativas, no intuito de se aproximarem do estado da arte sobre o tema, em cada um desses países, e de terem acesso a outras

narrativas, que não aquelas produzidas pelo Estado ou presentes nos documentos oficiais.

Neste trabalho, os três modelos de seguridade social: liberal, social-democrata, conservador, tomam como base o referencial teórico-conceitual de *welfare state*, formulado por Gosta Esping-Andersen na obra *The three worlds of welfare capitalism* (1990), amplamente utilizado em estudos sobre os regimes de bem-estar social, mas ainda pouco aplicado em análises sobre as novas demandas sociais relacionadas ao envelhecimento. Portanto, no artigo, é problematizado como esses regimes de bem-estar social se adequam (ou não) às demandas por cuidados, impostas pelo envelhecimento da população, adotadas por países da América do Norte e na Europa Ocidental.

Benevides (2011) e Kerstenetzky (2006) ressaltam que os sistemas de seguridade social nos países desenvolvidos são compreendidos como os responsáveis pela produção do bem-estar social, mas que a provisão de cuidados nessas sociedades é alocada entre Estado, mercado e família, sendo a caracterização da menor ou maior participação desses atores como fundamental para se apropriar das categorias propostas por Esping-Andersen.

É compreensível que a tipologia construída por Esping-Andersen (1990), empiricamente, seja confrontada por situações diversas e contrárias, na medida em que Estados liberais, por exemplo, podem apresentar características conservadoras ou social-democratas e vice-versa. Isso porque não há uma diferenciação rígida ou bem definida, visto que a proposta do autor baseia-se principalmente em um exercício teórico de comparação de modelos a partir de um índice de desmercantilização do bem-estar social, *decommodification index* (BENEVIDES, 2011). Por isso, nas discussões sobre cada um dos modelos de bem-estar social realizadas neste artigo são apresentados casos nacionais para apontar os elementos comuns, mas também as diferenças e a pluralidade de experiências de aplicação dos três modelos.

Modelo liberal: centralidade do mercado nas respostas ao envelhecimento

Os princípios liberais podem ser caracterizados em termos de políticas sociais residuais, responsabilidade financeira do beneficiário e peso do setor privado e do indivíduo na provisão de bem-estar social. Além disso, o Estado subsidia e incentiva esquemas de previdência privados para encorajar a atuação do mercado na provisão de bem-estar social. Na convergência de apoio às soluções de mercado, este regime favorece um mercado de trabalho desregulamentado sob a alegação de que esse estimularia o crescimento do emprego e aumento da renda real dos trabalhadores, ainda que venha acompanhado de elevação da insegurança e desigualdade social.

Segundo o modelo liberal, o Estado somente intervém quando o mercado torna-se incapaz de prover assistência a determinados segmentos e grupos sociais e onde os canais “considerados naturais de satisfação das necessidades, ou seja, o esforço individual, a família e o mercado, mostram-se insuficientes”. (BENEVIDES, 2011, p. 21).

Nesta concepção, conforme estudos (BENEVIDES, 2011; CARVALHO, 2012; PASINATO, KORNIS, 2010), o mercado funciona como o principal espaço de distribuição, do que resulta a prevalência de esquemas privados e ocupacionais de seguro social. O Reino Unido, por exemplo, apresenta um universalismo mais residual, fazendo com que os mais pobres dependam do Estado e a população restante recorra ao mercado.

Nesta perspectiva, para Benevides (2011, p. 21), esse regime “concebe os direitos sociais por meio da comprovação da condição de pobreza/indigência e, portanto, não estende plenamente os direitos de cidadania” a todos, sendo caracterizado pela garantia de determinados níveis de renda. No tocante a este aspecto, está sempre abaixo do necessário para a satisfação das necessidades humanas básicas, e uma moderação dos benefícios, devido ao receio de os mesmos levarem a uma falta de incentivo ao trabalho.

Portanto, o modelo de sistema de seguridade social liberal é marcado pela participação incisiva do mercado e caracteriza-se pelas

transferências universais básicas, pelas políticas assistenciais residuais e focalizadas. Em relação aos sistemas previdenciários, há uma previsão mínima de reposição de renda, bem como no provimento dos cuidados com a pessoa idosa. (PASINATO; KORNIS, 2010).

No que tange aos cuidados da pessoa idosa, cada país tem as suas especificidades, mas todos são alocados no mercado privado como principal provedor. O mercado, por sua vez, oferece serviços de boa qualidade e com ampla incorporação de tecnologia. Mas, ao mesmo tempo, os custos destes são altos e estão em constante crescimento, especialmente os cuidados de longa duração, inseridos diante da frágil regulação do setor em países que desenvolveram o modelo liberal.

Um exemplo de representante do sistema de seguridade social liberal, capitaneado pelo Estado, aplicado à pessoa idosa, é o dos Estados Unidos da América (EUA), que conta com uma população de aproximadamente 327,4 milhões de habitantes, dos quais 14,88% têm 65 anos ou mais, e 3,5% têm 80 anos ou mais de idade (UNITED STATES CENSUS BUREAU, 2020). A orientação liberal “reinante no sistema de proteção social norte-americano caracteriza-se pelo baixo provisionamento dos serviços sociais públicos, inclusive no que se refere aos cuidados de longa duração para idosos” (PASINATO; KORNIS, 2010, p. 48), em que grande parte da demanda é provida pelo setor privado mercantil. Este último, efetivamente, oferece amplas modalidades e opções de atendimento para população idosa.

A atuação do Estado nos EUA, na proteção social aos idosos, foi observada inicialmente em 1965, quando foram criados dois programas – o *Medicare*, e o *Medicaid*. O primeiro, voltado para as populações idosas, portadores de deficiência e doentes em fase terminal; o segundo atende os indivíduos pobres e vulneráveis, inclusive idosos. (PASINATO; KORNIS, 2010).

Ainda de acordo com os autores acima, em 1965, foi criado o Estatuto do Idoso – *Older Americans Act* (OAA), com o objetivo principal de fornecer bem-estar social e econômico para pessoas com pelo menos 60 anos de idade. Nestes termos, contemplou-se amplos benefícios à população idosa referente à aposentadoria,

moradias adequadas, serviços comunitários, acesso a atividades promotoras na saúde física e mental, sobretudo as que visam independência, autonomia e liberdade em gerenciar suas próprias vidas. Além disso, o OAA (1965) promoveu estímulos e oportunidades de trabalho e de práticas recreativas e culturais. Mas desde a sua implantação, o custo para atender todas as demandas necessárias aos idosos ultrapassou o escopo financeiro da OAA (1965), pois embora seja uma Lei Nacional, universal para todos os estadunidenses com 60 anos ou mais, sua viabilização é condicionada à existência de recursos extras por parte dos diferentes níveis do Estado: governos locais, estaduais e governo federal. Assim, apenas uma pequena proporção dos idosos, sobretudo aqueles que vivem abaixo da linha de pobreza, geralmente afro-americanos, é usuária de serviços públicos, diretamente custeados pelo Estado.

Estudo realizado por Wilmoth (2002), apresenta que, nos EUA, o percentual de idosos que vivem sós aumentou, enquanto diminuiu os que moram com parentes. Ainda assim, apesar do maior risco de utilização de serviços, o ato de viver só é amplamente aceito como um fator positivo para o bem-estar do idoso, porque lhe permite manter-se independente. Sendo assim, nos Estados Unidos, estudos interseccionais de arranjos de vida de idosos têm mostrado que apenas 5% vivem em instituições geriátricas a qualquer tempo da vida. Entre os idosos não institucionalizados, a maioria (53%) vive com o cônjuge, 30% vivem sós, 14% com parentes e 3% com não parentes.

Por definição, nos EUA e Inglaterra, as instituições de moradia geriátricas que atendem a idosos dependentes de cuidados são denominadas de *Nursing homes* ou *skilled nursing facilities*, lar de enfermagem profissional; e para o idoso independente é chamada de *Assisted living facilities*, instituição de vida assistida (POLLO; ASSIS, 2008). Nesta direção, nos países desenvolvidos, os cuidados institucionalizados da pessoa idosa são predominantes entre idosos com idades mais avançadas, com perdas funcionais e quadros severos de demência.

Conforme dados da *The American Geriatric Society (AGS) Foundation for Health in Aging*, desde 1994 tem aumentado o número de

internações em *Nursing Homes* nos EUA e a maioria delas ocorreu após alta hospitalar. Segundo projeções da AGS, o número de pessoas com 65 anos ou mais vivendo nesses espaços provavelmente aumentará genuinamente. Conforme Born e Boechat (2006), os principais fatores que incidem para a institucionalização da pessoa idosa nos EUA são: idade, diagnóstico da saúde, limitação nas ABIVDs, estado civil, etnia, pobreza e carência de suportes sociais.

A tendência afirmada por Wilmoth (2002), é que a institucionalização de idosos nos Estados Unidos, nas últimas três décadas do século XX e na passagem para a primeira década do século XXI aumentou em idosos acima de 85 anos com perdas funcionais sérias e com demência, enquanto com idades abaixo de 85 anos diminuiu.

Diante disso, as pesquisas revelam (BORN; BOECHAT, 2006; PASINATO; KORNIS, 2010; WILMOTH, 2002) que a institucionalização tem um efeito negativo na saúde da pessoa idosa segundo a percepção da população norte-americana, e a baixa procura por instituições de moradia geriátrica é explicada pela perspectiva das famílias, pois as mesmas consideram que estas instituições levam os idosos a uma realidade de estresse e desgaste emocional.

Apesar das normas culturais de independência e individualismo e da longa tradição liberal dos estadunidenses, evidenciam-se também fortes normas a favor da provisão de cuidados pelos membros da família, sobretudo quando se trata de pai ou mãe, uma vez que a cultura estadunidense defende que os pais sejam cuidados pela própria família.

Sendo assim, além dos preços elevados pela modalidade de cuidados institucionalizados, majoritariamente ofertados pelo mercado, e da restrita cobertura dos serviços públicos de renda e cuidados com os idosos, os países que desenvolveram modelos predominantemente liberais de bem-estar social tendem a tratar as instituições de moradia geriátrica como uma última alternativa, sobretudo em casos extremos de perda da saúde e da autonomia dos idosos.

Modelo social-democrata ou escandinavo: desmercantilizando a resposta ao envelhecimento

Diferentemente do regime liberal, amplamente instituído nos países anglo-saxões, o modelo social-democrata se fundamenta em um maior grau de desmercantilização dos serviços de bem-estar social e na universalidade da cobertura e do acesso. Neste, todos os trabalhadores desfrutam dos mesmos direitos sociais, e a estratificação social presente no mercado de trabalho não é totalmente transportada para a cobertura e qualidade dos serviços sociais e de saúde.

O modelo social-democrata limita o papel do mercado ao traçar por meio de políticas sociais mecanismos de solidariedade universais, no qual os indivíduos são “ao mesmo tempo beneficiários e dependentes do sistema, construindo com isso uma obrigação coletiva para o funcionamento do sistema” (PASINATO; KORNIS, 2010, p. 58). Desta forma, a opção escandinava busca emancipar as famílias das atividades de cuidado e valoriza a autonomia dos idosos ao reconhecê-los como cidadãos que devem ser assistidos pelo Estado por meio de políticas sociais. Portanto, além de promover a desmercantilização, busca-se, ao máximo, “desfamiliarizar” as responsabilidades sobre o bem-estar pessoal, por meio de serviços públicos abrangentes e de uma provisão privada de bem-estar apenas residual e fortemente regulada. A característica mais comum desse modelo é que ele foca na redução da dependência do indivíduo em relação ao mercado. (BENEVIDES, 2011; ESPING-ANDERSEN, 1990).

Os países que adotam o referido modelo estão localizados no Norte da Europa: Finlândia, Islândia, Noruega, Suécia e especialmente a Dinamarca. Na última década do século XX, o Estado, nesses países, imprimiu investimentos elevados em práticas e serviços de cuidados com idosos e crianças. Isso permitiu uma intensificação das mulheres no mercado de trabalho, favorecendo a atuação de políticas ativas, voltadas para a família e o mercado de trabalho, junto com uma redução das desigualdades de gêneros e de gerações, enfatizam Pasinato e Kornis (2010).

Entre os países escandinavos, o gasto social público, em 2018, contabilizou 29% do PIB, em comparação a 20,1% nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD). Dentre esses gastos, os serviços de proteção e assistência social são responsáveis por 49% dos gastos nos países nórdicos, frente a 20% nos países da OECD. Dessa forma, no modelo social-democrata, o Estado é provedor máximo da produção e distribuição de serviços sociais, advindos de impostos gerais da população. (BENEVIDES, 2011; KERSTENETZKY, GUEDES, 2018).

Dentre os países que adotaram este modelo, um exemplo é a Dinamarca – pioneira na universalização da proteção e assistência à pessoa idosa vulnerável, desde 1891. Este país conta com aproximadamente 5,7 milhões de habitantes, dos quais 1,5 milhão são idosos, com expectativa de vida média de 80,5 anos, constituindo uma das sociedades mais igualitárias. O sistema de seguridade social dinamarquês baseia-se na apreciação da “cidadania plena, financiado por impostos gerais, sendo sua associação com o mercado de trabalho bastante tênue e secundária” (PASINATO; KORNIS, 2010, p. 59). Desta forma, todos os indivíduos, de ambos os sexos, com idade igual ou acima dos 67 anos têm direito aos serviços de atenção à saúde e a uma renda básica adequada.

Na Dinamarca, as políticas voltadas para os cuidados de longa duração para idosos são reconhecidas internacionalmente como referência. Nesse sentido, no que tange à relação Estado-idoso, cabe ao Estado realizar a busca ativa pela pessoa idosa em seus lares, e não o contrário. O sistema conta ainda com a realização das visitas domiciliares por profissionais qualificados, principalmente da área de enfermagem, que adotam cuidados comunitários com adoção de medidas que facilitam o atendimento dos idosos em seus próprios lares em detrimento das instituições de moradia geriátrica, oferecendo um conjunto de serviços e benefícios especialmente desenhados para satisfazer as necessidades específicas de cada idoso demandante de cuidados de longa duração. (BENEVIDES, 2011; PASINATO; KORNIS, 2010).

Nessa direção, a European Commission (2003) afirma que essas políticas são de inteira responsabilidade do Estado, retirando da família a responsabilidade, mesmo que acessória, pelos cuidados de seus entes frágeis, contudo não tira da família o seu protagonismo, se desejar permanecer cuidando de seus entes frágeis, mas cujas despesas são de responsabilidade do Estado.

No contexto escandinavo, os serviços de cuidado prestados pelas instituições de moradia geriátrica, foram aos poucos substituídos por residências para idosos, devido ao caráter mais humanitário. Além disso, as residências contam com a assistência permanente de profissionais interdisciplinares e de serviços domésticos gerais, que atuam de forma impessoal nos lares dos idosos.

Modelo conservador: centralidade do Estado e da família nas respostas ao envelhecimento

Dentre os modelos de bem-estar citados, o conservador é o mais diversificado em suas expressões, talvez pelo expressivo número de países que o instituíram. Neste predomina a combinação entre serviços estatais mediante a contribuição prévia de trabalhadores formais, serviços públicos básicos voltados aos trabalhadores informais e desprotegidos, o papel da família e a participação complementar do mercado.

Assim como no modelo liberal, a família se destaca no regime conservador quando se analisa a garantia dos cuidados e o bem-estar social dos idosos. Nesta direção, cabe ao Estado o papel de auxiliar os cuidados dos idosos que não conseguiram contribuir para o sistema previdenciário, especialmente quando a família e o mercado não o fazem. Em países representativos do modelo conservador – Áustria, Bélgica, França, Alemanha, Holanda, Luxemburgo, Itália, Espanha, Portugal – os indivíduos têm seus direitos sociais atendidos pelo Estado a partir de sua ocupação econômica, principalmente com as contribuições previdenciárias, apoiado pelos mecanismos de seguro do Estado-providência. (SPING-ANDERSEN, 1990; PASI-NATO; KORNIS, 2010).

Nesse modelo, o papel do mercado privado é residual, principalmente porque a seguridade social oferece extensos benefícios e uma cobertura ampla para a população inserida no mercado de trabalho formal. Por isso, o custo do emprego formal nesses países é alto, refletindo nos elevados preços dos serviços privados ofertados, em consequência o Estado abarca uma cobertura ampla dos serviços para a população desprotegida. Em função disso, parte considerável dos serviços assistenciais e da saúde são promovidos pelos setores com fins não lucrativos e públicos, sobretudo pelos níveis locais do Estado. (BENEVIDES, 2011).

De acordo com Carvalho (2012), o regime conservador se caracteriza como corporativista, classista e redistributivo; os benefícios como aposentadoria, por exemplo, são, em regras gerais, proporcionais à contribuição efetuada, não guardando relação imediata com as necessidades do beneficiário e, deste modo, condicionados à sua prévia inserção produtiva. Consequentemente, exclui da proteção e dos serviços sociais mais abrangentes os grupos mais subalternizados, sobretudo os situados à margem do mercado formal de trabalho. É nítida, nesse modelo, a reprodução da hierarquia de classes, uma vez que é forte a proteção trabalhista combinada com crescentes obstáculos para a entrada no mercado de trabalho formal. Isso aprofunda ainda mais a desigualdade entre os trabalhadores que se encontram no mercado de trabalho formal e os trabalhadores informais, ultraprecários e o crescente precariado, formado sobretudo por jovens, mulheres e imigrantes (estes são de 7% a 15% da população total desses países).

Além disso, as políticas que ajudam a conciliar a maternidade e elevar a taxa de participação feminina no mercado de trabalho são relativamente pouco desenvolvidas, diferentemente do modelo de bem-estar social democrata. Somando-se a isto, o regime conservador promove a divisão sexual do trabalho, discriminando as mulheres, tornando-as majoritariamente marginais no mercado de trabalho e, consequentemente, diminuindo as possibilidades destas usufruírem de amplos serviços de bem-estar social ao envelhecerem. (BENEVIDES, 2010; CARVALHO, 2012).

Um exemplo do modelo de seguridade social conservador é a Alemanha, país mais rico e populoso da União Europeia, com aproximadamente 83 milhões de habitantes. Sua população idosa corresponde a 20,4%, um contingente em torno de 13 milhões de idosos (STATISTA, 2019). Neste país, o papel das políticas previdenciárias voltadas à população idosa é predominante, sendo uma condicionalidade essencial de acesso ao amplo sistema público de bem-estar social. Este é complementado por políticas residuais de setores não lucrativos da economia, em muitos casos, associados às igrejas cristãs, tais como a atuação da Caritas – ligada à Igreja Católica, na Alemanha, voltando-se para os grupos descobertos pelas políticas sociais essencialmente securitárias.

Em relação às políticas voltadas para os cuidados de longa duração de idosos na Alemanha, até a década de 1990, estas eram executadas pelas áreas de saúde e assistência social, de forma desarticulada. Competia à assistência social acolher todos os idosos vulneráveis, ou seja, os que não podiam viver de maneira independente e autônoma em suas próprias residências e aqueles que não tivessem nenhuma rede comunitária de cuidados domiciliares. Os serviços da saúde ofertam apenas os cuidados preventivos e simples, excluindo os casos de dependência funcional. Para os idosos dependentes, os cuidados são prestados principalmente pela família, mas com a contratação de profissionais cuidadores. Na ausência dos cuidados familiares, bem como quando as condições financeira, física ou emocional são insuficientes, os “demandantes de cuidados são assistidos por programas empreendidos pelas administrações públicas locais, sujeitos a testes de pobreza”. (PASINATO; KORNIS, 2010, p. 54).

Em 1994, tendo em vista a demanda crescente de idosos na Alemanha, foi incorporado no sistema de seguridade social, um seguro voltado exclusivamente para os cuidados de longa duração de idosos, seja em domicílio ou em instituições de moradia geriátrica, o *Pflegeversicherung*, ou Seguro de Assistência a Longo Prazo. A clientela assistida era formada majoritariamente em idade avançada, sendo que metade destes tinha 80 anos ou mais. Além disso, a quantidade de idosos frágeis residindo nas instituições geriátricas tem aumentado

consideravelmente, desde 1996, perfil semelhante ao encontrado nos Estados Unidos, à época, confirmam Amtz e outros (2007).

Os serviços voltados para atender às necessidades de cuidado da pessoa idosa na Alemanha são categorizados de acordo com a demanda e limitações relacionada às ABIVDs. Arntz et al. (2007) e Pasinato e Kornis (2010) corroboram que estes serviços são classificados em níveis de atenção de cuidado: Baixo: idosos que apresentam duas ou mais limitações para realizar as ABIVDs, requerendo em média 1h50min de assistência por profissionais, pelo menos uma vez ao dia; Médio: são cuidados intensivos com duração de 3h, realizado em três momentos durante o dia; Alto: atende idosos em tratamento intensivo, assistidos integralmente dia e noite, além de demandar profissional de enfermagem em pelo menos 5 horas por dia.

A legislação alemã determina que os cuidados aos idosos podem ser ofertados em duas modalidades, em domicílio ou em instituição de moradia geriátrica. Mas, a mesma atribui maior prioridade aos cuidados domiciliares, em detrimento à institucionalização. Ao optar por cuidados domiciliares, os indivíduos podem ter os benefícios em dinheiro ou serviços, ou em ambos combinados. Os custos dos benefícios dependem do grau de fragilidade e dependência para a realização das ABIVDs. A opção pelo benefício em dinheiro é sempre inferior, aproximadamente a metade, aos valores dos serviços equivalentes prestados pela seguradora. (ARNTZ et al., 2007).

A qualidade dos serviços prestados pelo seguro social de assistência aos cuidados de longa duração é garantida pela lei de seguro, ou *Pflegeversicherungsgesetz*, no qual estabelece o dever das autoridades políticas, obrigando-as a manter a qualidade dos serviços. Para tanto é necessário desenvolver “princípios e normas para a qualidade e sua garantia em asilos de idosos e assistência domiciliar, bem como para o desenvolvimento da gestão da qualidade das casas de repouso” (ARNTZ et al., 2007, p. 11). Esta garantia também passa pelos profissionais prestadores de serviços, que são constantemente avaliados, além disso cabe ao governo federal alemão fiscalizar, por meio de pesquisas comparativas, a qualidade nesses respectivos lares de idosos.

Em decorrência das mudanças demográficas, que se refletem no aumento considerável da população idosa nos países da Europa, foram modificados os cuidados e a proteção para com a pessoa idosa, ampliando-se a prestação de serviços, afirma Sanches (2012). Na Espanha, outro exemplo do modelo conservador, na última década do século XX, a população idosa cresceu consideravelmente, sendo 18,8% da população total, cerca de 8,7 milhões de habitantes, destes 15,6% vivem em risco de pobreza (CENTRO INTERNACIONAL DO ENVELHECIMENTO, 2019). Tendo em vista o modelo conservador, a centralidade da atenção de cuidados com idosos é nas famílias, em suas próprias residências, sendo a institucionalização do idoso o último recurso terapêutico e/ou social. Entende-se que a moradia nas instituições geriátricas seja estressante e dolorosa para os indivíduos de idade avançada. (BURRIEZA, 2003).

Em 1978, foi aprovada a nova Constituição Espanhola, que, no seu art. nº 50, contempla a garantia de pensões adequadas, independência das obrigações familiares para com os seus idosos, além de prover um sistema de serviços sociais, que tinham como objetivo atender as suas necessidades na saúde, moradia, cultura e lazer (BURRIEZA, 2003). Através desta, ampliou-se o sistema previdenciário e construções de residências de grande capacidade destinada para o cuidado de idosos e pessoas autônomas que sofrem de múltiplas carências socioeconômicas, dependentes do sistema público. Essas residências se caracterizavam por instalações hoteleiras de qualidade, com o objetivo principal de promover o envelhecimento ativo-produtivo, com enfoques comunitaristas. Já na década de 1990, houve a consolidação das abordagens comunitaristas que defendiam as vantagens de ofertar respostas às necessidades dos idosos nos locais onde se evidenciam as necessidades, por meio de serviços domiciliares e descentralizados. (SANCHES, 2012).

No início do século XXI, foram criados programas que favorecem o envelhecimento ativo de idosos que gozam de independência e autonomia. Dentre estes, foram reformados os antigos abrigos, que agora são espaços denominados de residências de acolhimento, que funcionam somente durante o dia, dotadas de instalações adequadas às necessidades dos seus usuários com serviços básicos de saúde,

alimentação, salões de beleza, suporte assistencial, jogos de cartas, bailes, informática, dentre outras atividades. Estes serviços têm a função social de prover o bem-estar da pessoa idosa, além disso contam ainda com a colaboração universitária e da comunidade, que participam voluntária e ativamente das atividades. (BURRIEZA, 2003; SANCHES, 2012).

Em se tratando da Espanha, os serviços sociais de assistência à saúde para idosos consistem em uma rede de atendimento em domicílios. São os Centros Dia e Teleassistência, providos pela administração pública e pela iniciativa privada com ou sem fins lucrativos. Os serviços domiciliários, chamados de Serviço de Ajuda em Domicílio (SAD), são realizados pelos poderes públicos municipais que prestam serviços de limpeza e cuidados pessoais às pessoas em situação de dependência, atendendo majoritariamente idosos acima de 80 anos homens (51%) e mulheres (66%). Tais serviços de limpeza e cuidados dos idosos são realizados por uma equipe multiprofissional que trabalha em média 18 horas semanais, complementados pelos profissionais que compõem o quadro das organizações voluntárias. Além desses serviços, existe o acompanhamento teleassistencial, utilizado majoritariamente por idosos independentes que moram sozinhos, cujo objetivo é proporcionar segurança e tranquilidade. Os Centros Dia são serviços socioassistenciais em saúde e apoio familiar que oferecem, durante o dia, atenção às necessidades pessoais básicas, terapêuticas e socioculturais de pessoas idosas afetadas por diferentes graus de dependência, promovendo sua autonomia e a permanência em seu ambiente habitual. (SANCHES, 2012).

O aumento da expectativa de vida veio com o crescente quantitativo e o aumento da complexidade das situações de dependência de idosos. Aliado a isso, houve aumento do número de idosos que vivem sozinhos, problemas em relação à moradia, diminuição das famílias, incorporação das mulheres ao mercado de trabalho e crescimento do contingente de trabalhadores informais, incapacitados de contribuir para o financiamento dos seguros. Com base nesse cenário, os cuidados de longa duração para idosos dependentes tornaram-se desafiadores para os sistemas de bem-estar do modelo

conservador, no sentido de atuarem em consonância com as necessidades de cuidados requeridos.

Ainda sobre a Espanha, em 2006, o Estado aprovou a “Lei da Dependência”, Lei Nacional nº 39 de 2006, que instituiu um sistema de proteção universal que proporciona, aos idosos e pessoas com perda de autonomia, melhorias significativas de atendimento domiciliar. Foram ampliados e criados serviços de cuidados de longa duração orientados a evitar a institucionalização. (SANCHES, 2012).

Alguns destes cuidados de longa duração são realizados por instituições de caráter majoritariamente privado (em torno de 70%), denominadas residências permanentes ou sistemas de alojamento. A ocupação desses estabelecimentos é de 4,1% no total do país, sendo de 5% o limite máximo recomendado pela Organização Mundial da Saúde (HERRERA; GÓMEZ, 2015). Com a demanda crescente por esse tipo de atendimento e as exigências dos usuários por qualidade e conforto, no sentido de atender estas exigências, estas instituições adequaram suas instalações tecnológicas, arquitetônicas e materiais em geral às demandas dos usuários.

Nessa direção, essas residências são blocos de apartamentos com serviços comuns para idosos independentes ou com baixa dependência na realização de ABVD. A maioria é dotada de serviços socioassistenciais de saúde, amplas habitações-estúdios individuais decoradas e mobiliadas, com locais para guarda dos pertences, considerando suas preferências e com respeito à sua intimidade e direitos individuais, promovendo, desta forma, modos de vida rotineiros próximos à vida habitual em suas residências (HERRERA; GÓMEZ, 2015; SANCHES, 2012). Nesse contexto, Santos, Karsch e Montañés (2010) revelam que, na cidade de Barcelona, existem cinco residências permanentes que atendem idosos em situação de risco social e que não possuem patologia aguda, sendo a maioria de caráter privado, administradas pelo Instituto Catalão de Seguridade Social (ICASS), que prestam serviços terapêuticos e sociais. O quadro de profissionais dessas instituições geriátricas é constituído por equipe multiprofissional que garante a qualidade dos cuidados prestados.

A hegemonia das diretrizes neoliberais e a forte correlação entre cobertura da seguridade social e o acesso ao mercado de trabalho formal parecem apontar para o agravamento dos desafios ao modelo conservador. Os serviços públicos de bem-estar social aos idosos com maiores limitações nas ABIVDs vêm sendo desmantelados pelas diretrizes econômicas, mesmo quando, no plano legal, são expandidas as políticas e a legislação orientadas para a sua proteção.

Considerações Finais

Vive-se o século do envelhecimento humano. O aumento da longevidade e do envelhecimento populacional faz parte de uma grande conquista nas sociedades contemporâneas, que se contrapõe na não efetivação plena das demandas sociais e de cuidados requeridos pelos idosos. Para os três modelos de bem-estar social, sobretudo para o social-democrata e para o conservador, em que, respectivamente, o Estado Providência universalista e a contribuição previdenciária são determinantes para o acesso aos serviços de cuidado de longa duração. Isso ocorre não pelo envelhecimento populacional em si ou por fragilidades programáticas desses regimes, mas pelo acelerado crescimento do trabalho precário, desprotegido, e pelo desmonte do *Welfare State*, decorrente da hegemonia do pensamento neoliberal nos centros do capitalismo global.

Mas a mudança na dinâmica demográfica também tende a pressionar o modelo liberal por reformas que ampliem a desmercantilização do acesso aos cuidados de longa duração. Caso contrário, este se tornará sinônimo de políticas para idosos pobres, o que já é uma realidade em grande parte dos EUA, já que, neste país, os históricos valores liberais, nas últimas décadas, foram combinados com orientações neoliberais, aprofundando a mercantilização e liberando aumento do preço dos serviços privados de cuidados de longa duração aos idosos e suprimindo os recursos de implementação dos serviços previstos pelo OAA.

Apesar do protagonismo estatal na formulação das políticas sociais sobre envelhecimento observado nos três modelos, sendo a instituição social responsável pela quase totalidade dos idosos mais

pauperizados e desassistidos por meio de pensões mínimas ou provisão de cuidados, a família e o mercado ainda têm uma significativa participação na execução dos cuidados de longa duração. Pois, como foi dito, a supremacia neoliberal não para de fomentar a mercantilização dos serviços de bem-estar social. Nesse sentido, a crise capitalista de 2008 e suas respostas políticas de austeridade desaceleraram, principalmente em países dos modelos conservador e liberal, a expansão dos serviços públicos total ou parcialmente gratuitos de cuidados de longa duração básicos ou intensivos voltados aos idosos.

Por fim, percebe-se que a tipologia de modelos de bem-estar elaborada por Gosta Esping-Andersen guarda uma relação direta com as modalidades de oferta de cuidados de longa duração com idoso. Mas como o intelectual dinamarquês já apontava, estes modelos não abarcam a pluralidade e a diversidade dos modelos nacionais, regionais e locais de provisão de bem-estar e estão restritos aos países que experienciaram, em maior ou menor escala, a constituição de *Welfare States*.

Tais questões apontam a necessidade de novos estudos sobre o tema, mormente considerando a realidade de países e regiões de capitalismo periférico, em que a população também tem envelhecido rapidamente e a mercantilização/institucionalização dos cuidados de longa duração de idosos têm crescido substancialmente.

Aceito para publicação em: 01/10/2020.

REFERÊNCIAS

ARNTZ, M. et al. **The German Social Long-Term Care Insurance: Structure and Reform Options**. IZA Discussion Paper, Germany, n. 2625, p. 1-29, feb. 2007.

BENEVIDES, C. do V. **Um estado de bem-estar social no Brasil?** 2011. Dissertação (Mestrado em Economia). Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 2011.

BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V. de; PY, L. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 2062-2070.

BURRIEZA, A. F. **La protección constitucional de las personas mayores.** JORNADAS LOS MAYORES ANTE EL DERECHO, 2003, Universidade de Salamanca. Disponível em: <https://www.icasal.com/23355/activos/texto/wicas_test2_pdf_23355-amztZBif8KOBqcyf.pdf>. Acesso em: 12/03/2020.

CARVALHO, M. I. L. de. Modelo de Política de cuidados na velhice em Portugal. In: BERZINS, M. V.; BORGES M. C. (Orgs.). **Políticas Públicas para um país que envelhece.** São Paulo: Martinari, 2012, p. 271-300.

CENTRO INTERNACIONAL SOBRE O ENVELHECIMENTO. **Um em cada seis idosos está em risco de pobreza em Espanha.** Espanha: CENIE, 2019. Disponível em: <<https://cenie.eu/pt/noticias/um-em-cada-seis-idosos-esta-em-risco-de-pobreza-em-espanha>>. Acesso em: 9/01/2020.

ESPING-ANDERSEN, G. **The three worlds of welfare capitalism.** Grã-Bretanha: Polity Press, 1990.

EUROPEAN COMMISSION. **Families, Work and Social Care in Europe:** A qualitative study of care arrangements in Finland, France, Italy, Portugal and the UK. Luxembourg. Brussels, 2004. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/283541538_Families_Work_and_Social_Care_in_Europe/link/563ddcf608ae45b5d28be852/download>. Acesso em: 29/01/2020.

HERRERA, L. E.; GÓMEZ, J. Á. R. Situaciones de dependencia en personas mayores en las residencias de ancianos en España. **ENE Revista de Enfermería**, Santa Cruz de La Palma, v. 9, n. 2, 2015. Disponível em: <<http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/546>>. Acesso em: 20/03/2020.

KERSTENETZKY, C. L. Políticas Sociais: focalização ou universalização? **Revista de Economia Política**, v. 26, n. 4, p. 564-574, out/dez. 2006.

KERSTENETZKY, C. L.; GUEDES, G. P. O Welfare State resiste? Desenvolvimentos recentes do estado social nos países da OCDE. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2095-2106, jul./2018.

PASINATO, M. T. de M.; KORNIS, G. E. M. A inserção dos cuidados de longa duração para idosos no âmbito dos sistemas de seguridade social: experiência internacional. 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. 39-67.

POLLO, S. H. L.; ASSIS, M. de. Instituições de longa permanência para idosos (Ilpis): desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 11, n. 1, p. 29-43, jan/abr. 2008.

SANCHES, M. Políticas de atenção às pessoas idosas na Espanha – A Lei de Dependência. In: BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. **Políticas Públicas para um país que envelhece.** São Paulo: Martinari, 2012, p. 253-270.

SANTOS, Á. da S.; KARSCH, Ú. M.; MONTAÑÉS, C. M. A rede de serviços de atenção à saúde do idoso na cidade de Barcelona (Espanha) e na cidade de São Paulo (Brasil). **Serviço Social & Sociedade**, n. 102, p. 365-386, abr/jun. 2010.

STATISTA. **Population of germany as of december 31, 2018, by age group**. Nova York, 2019. Disponível em: <<https://www.statista.com/statistics/454349/population-by-age-group-germany/>> Acesso em: 9/01/2020.

UNITED STATES CENSUS BUREAU. **A changing nation**: population projections under alternative immigration scenarios. Population estimates and projections. United States of America, 2020. Disponível em: <<https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2020/demo/p251146.pdf>>. Acesso em: 13/02/2020.

WILMOTH, J. Arranjos de vida de idosos nos Estados Unidos. **Sociologias**, v. 4, n. 7, p. 136-155, jan/jun. 2002.