

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E ÔNUS SOCIAIS DA FAMILIARIZAÇÃO DOS CUIDADOS: O CASO BRASILEIRO EM PERSPECTIVA COMPARADA

Graciele Pereira Guedes¹

Celia Lessa Kerstenetzky²

I – INTRODUÇÃO

Historicamente, por razões variadas, é atribuída à mulher a responsabilidade por prover cuidado aos membros dependentes de sua família, entre os quais se incluem os idosos. A esta se delega tal responsabilidade não se considerando que também incorre no custo, implícito, que o ato de cuidar gera (Goldani, 2004). Ademais, a mulher cuidadora submete-se muitas vezes à exclusão quase integral da vida externa ao lar.

Este quadro, em que o principal *locus* de cuidado é a família (Burlá et al., 2010) e em que este último é atribuído, majoritariamente, às mulheres, tende a se modificar em decorrência de transformações ocorridas no século XX no âmbito da família e no que diz respeito à independência feminina. Entre essas mudanças se incluem a constituição de arranjos familiares uninucleares, novas dinâmicas da nupcialidade – aumento no número de divórcios –, níveis de fecundidade de sub-reposição e o aumento da participação feminina na força de trabalho (Wajman, 2010).

Em trajetória oposta se encontra a demanda por cuidados. Diante do atual cenário de envelhecimento populacional, estima-se que uma população cada vez mais idosa demandará maiores níveis de cuidados. Frente a este quadro, e levando-se em consideração o progressivo esvaziamento dos reservatórios de cuidado representados pela família tradicional, em especial, pela mulher dentro da família, coloca-se a questão da “desfamiliarização” do cuidado aos idosos como estratégia de garantia de bem-estar social. Na atualidade, em muitos países desenvolvidos, existe um consenso de que cabe ao Estado a responsabilidade de prover cuidados de longa duração e apoio social para as pessoas com alguma limitação severa. Entende-se que este seria um direito humano fundamental (Camarano, 2010). Em alguns países, a provisão desses cuidados faz parte do pacote de políticas de conciliação da vida familiar com o trabalho (Kerstenetzky 2012).

A despeito do exemplo internacional, do aumento progressivo na demanda por cuidados e da possível queda na provisão familiar, o que se assiste no Brasil é à ainda baixa cobertura da população idosa que necessita de cuidados de longa duração, na medida em que o cuidado aos

¹ Mestranda em Economia da Universidade Federal Fluminense, Pesquisadora do CEDE-UFF.

² Professora Titular de Ciência Política da Universidade Federal Fluminense, diretora do CEDE-UFF.

idosos que, por conta própria, não conseguem executar as chamadas atividades da vida diária (AVDs) ainda é relegado à esfera familiar. Esta norma implícita está expressa nos dispositivos jurídicos sobre direitos da população idosa – a Constituição Federal de 1988, a Política Nacional do Idoso (1999) e o Estatuto do Idoso (2003) --, evidenciando o enfoque essencialmente familista da política de cuidados a idosos dependentes no país. Quanto às (escassas) ações públicas referentes a serviços de cuidados de longa duração, estas se concentram no abrigamento do idoso pobre em instituições de longa permanência, na contramão de tendências que indicam ser o bem-estar dos idosos melhor atendido, e sempre que possível, em sua própria moradia.

A literatura tem sinalizado que a desfamiliarização dos cuidados aos idosos, além de exercer efeitos benéficos sobre o seu bem-estar e sobre as relações intrafamiliares, teria consequências abrangentes: sobre a reivindicação de emancipação das mulheres, a equidade entre gêneros e a atividade econômica em geral, ao possibilitar às mulheres maior participação econômica fora do domínio doméstico.

Esping-Andersen (2009), por exemplo, chama a atenção para os ganhos econômicos decorrentes da maior participação feminina no mercado de trabalho, argumento que vem ganhando importância, no campo das políticas sociais, na chamada “perspectiva de investimento social”. Entre esses ganhos, o autor destaca o crescimento econômico, o aumento da base tributável e o consequente incremento da receita pública que contribuiria para tornar a política autofinanciável. As soluções de bem-estar centradas na família seriam contraproducentes, na medida em que colocam as mulheres (as principais cuidadoras) diante de um dilema entre prover cuidados domésticos e ofertar mão de obra no mercado de trabalho – o que seria especialmente verdadeiro para as mulheres de estratos socioeconômicos mais desfavorecidos. O grau em que a provisão de cuidados recai sobre a esfera doméstica retirando de muitas mulheres a opção de participar no mercado de trabalho dependeria, em última análise e para as mulheres mais pobres especialmente, da extensão da provisão pública subsidiada de cuidados.

Assim, se por um lado, a provisão de serviços de cuidados para os idosos implicaria em incremento das liberdades reais de suas cuidadoras na família, à la Sen (1999) -- ao facultar-lhes a opção de ingressar/reingressar no mercado de trabalho ao invés de se verem constrangidas a prover cuidados dentro da família, sem acesso a renda monetária e perspectiva de realização profissional --, por outro, repercutiria em retornos para a sociedade, sejam eles de natureza econômica ou mais diretamente social.

Nosso artigo, a partir do enquadramento da política de cuidados dentro de uma perspectiva de estado do bem-estar social e da ênfase no emergente paradigma do “investimento social”, se propõe a estimar o efeito potencial da provisão de serviços externos de cuidado sobre a participação feminina no mercado de trabalho por meio de um exercício de simulação. Seguindo a metodologia

adotada por Camarano & Kanso (2010), calculamos a *proxy* de mulheres que na presença de serviços externos de cuidado aos idosos dependentes de suas famílias poderiam optar por ingressar no mercado de trabalho. Considerando-se, ainda, que seja a literatura internacional, seja a nacional (Esping-Andersen 2009, Sorj e Fontes 2012) detectam em geral uma desigual taxa de participação de mulheres de diferentes estratos socioeconômicos (menor no caso das mulheres mais pobres), procuramos estimar também o impacto socialmente diferenciado da provisão desses serviços sobre essa participação no Brasil. Adicionalmente, simulamos o incremento potencial de renda e de tributos.

O artigo contém quatro seções, além desta introdução e da conclusão. A seção 1 retrata o atual cenário de envelhecimento populacional e as estratégias adotadas para fazer face a ele. A subseção 1.2 traça um panorama sintético dos principais regimes de cuidado a idosos dependentes existentes na Europa, o continente que envelhece mais rapidamente e onde se observam estilos claramente diferenciados de política social, e a subseção 1.3 apresenta a perspectiva do investimento social que racionaliza o regime adotado no norte da Europa. A seção 2 descreve os parâmetros normativos e empíricos do sistema de cuidados para idosos no Brasil. A seção 3 trata da metodologia da análise empírica e a seção 4 traz os resultados do exercício de simulação.

1. Envelhecimento Populacional e estratégias de resposta

1.1 Envelhecimento

O envelhecimento populacional se constitui em uma realidade mundial. O aumento na expectativa de vida da população, bem como a queda nas taxas de fecundidade, traçam um quadro futuro de desenvolvimento econômico em meio a uma população predominantemente idosa. Para os países participantes da OCDE, a taxa de fecundidade média era de apenas 1,74 em 2010, resultado já abaixo dos níveis de reposição (2,1). Em 1970, a mesma taxa era da ordem de 2,67. Em direção contrária, seguem os resultados da expectativa de vida ao nascer. Em média, os residentes em países-membros da OCDE viviam 78,3 anos em 2004. Em 2008, o mesmo indicador, para o mesmo grupo populacional, equivalia a 79,2 anos, uma variação percentual de 1,14% em quatro anos.

Para o caso específico do Brasil, tomando como referência temporal o ano de 2010, a taxa de fecundidade total foi de 1,86³. O indicador “expectativa de vida ao nascer” era da ordem de 73,8 anos para o Brasil como um todo, variando entre 70,8 anos na região Norte e 75,8 anos na região Sul, e 77,4 anos para as mulheres e 70,2 anos para os homens.

³ Os dados relativos à taxa de fecundidade e à expectativa de vida ao nascer para o Brasil têm como fonte o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

As mudanças observadas nesses indicadores são responsáveis pelo fenômeno do envelhecimento populacional. Assim, de acordo com estimativas do IBGE, em 1980, no Brasil, o grupo de idosos acima de 60 anos era de aproximadamente sete milhões de indivíduos, representando 6% da população total. Em 2012, o mesmo grupo representava 20,7 milhões de indivíduos ou 10,5% da população, sendo quase 11,5 milhões de mulheres. A previsão é que em 2050 a população acima de 60 anos represente cerca de 64 milhões de indivíduos ou 29,7% da população total, sendo 55,7% do sexo feminino e 44,3% do sexo masculino.

Esse cenário veio acompanhado do aumento do número de indivíduos que padecem das chamadas doenças crônicas⁴. Estas são responsáveis pela queda na qualidade de suas vidas, atingindo especialmente o grupo dos idosos. Os idosos que apresentam algum tipo de doença caracterizada como crônica experimentam perda lenta e gradual de autonomia e independência (Camarano, 2010). Esta repercute em maiores níveis de dependência para com o outro, para realizar desde atividades funcionais (por exemplo, alimentar-se, tomar banho, ir ao banheiro) a atividades instrumentais (por exemplo, empurrar mesa ou realizar consertos domésticos, subir ladeiras ou escadas). Entre estes idosos, a necessidade de um cuidador que gerencie o dia-a-dia é realidade não postergável. À medida que mais indivíduos estão sobrevivendo a idades mais avançadas, o número daqueles que não conseguirão manter sua independência e autonomia tende a aumentar, o que implica em aumento inexorável na demanda por cuidados. (Camarano, 2012).

Por cuidados de longa duração entende-se “todo o tipo de atenção prestado às pessoas com doença crônica ou deficiência que não podem cuidar de si mesmas por longos períodos de tempo, tais como apoio para a realização das atividades da vida diária (AVDs).” (Camarano, 2012, p.153). A Organização Mundial da Saúde projeta um incremento de aproximadamente 400% na demanda por tais cuidados por parte da população idosa residente em países em desenvolvimento. Para o caso brasileiro, Camarano & Kanso (2010) projetam um crescimento da demanda entre 30% e 50% entre 2010 e 2020, a depender de melhorias alcançadas nas condições promotoras da autonomia dos idosos.

Contudo, no Brasil o cenário problemático de estabelecimento de uma população envelhecida será antecedido por um bônus demográfico (Nasir, 2011). Trata-se do período em que ocorre a queda na proporção de idosos e crianças em relação à proporção representada pelo grupo de indivíduos economicamente ativos. Compreende-se que investimentos públicos em educação, cuidados e saúde têm o potencial de promover um maior produto *per capita* ao longo desse período. A implicação é que os ganhos gerados no período de bônus poderiam sustentar o aumento da razão

⁴ No grupo das doenças crônicas caracterizadas nas PNADs se enquadram problema crônico na coluna ou nas costas por enfermidades, desvios, curvaturas anormais ou deformidades na coluna vertebral; artrite ou reumatismo; câncer; diabetes; bronquite ou asma; hipertensão; doença do coração; insuficiência renal crônica; depressão; tuberculose; tendinite ou tenossinovite; e cirrose.

de dependência que deverá ocorrer no período posterior em função do rápido aumento do número de idosos (Rigotti, 2012). No Brasil, o auge do dividendo demográfico ocorrerá em meados da próxima década e deve se estender até o ano de 2030. Portanto, o estado atual (e em futuro próximo) de nossa população em idade ativa é variável crucial para determinar quão bem posicionados estaremos para garantir o bem-estar de uma população envelhecida.

1.2. Serviços de Cuidados aos idosos: a experiência internacional

A Europa é o continente mais afetado pelo envelhecimento populacional, despertando, em consequência, interesse pelas modalidades de estratégias de cuidado ali concebidas. De fato, alguns autores apontam esse fator como o responsável por uma crise do estado do bem-estar europeu. Contudo, o que se observa são adaptações dos regimes de bem-estar à demanda crescente por cuidados – adaptações, não obstante, prenhes de consequências em termos da sustentabilidade do bem-estar social nos diferentes países (Kerstenetzky 2012), como veremos.

De fato, a experiência europeia nos revela a existência de dois regimes antípodas de cuidado, familista e não familista.

O regime familista é tipicamente representado pelos países do sul da Europa -- Itália, Grécia, Espanha e Portugal --, ainda que muito de seus traços estejam também presentes em países da Europa central como Alemanha, Áustria e Holanda. Como característica principal está o fato de as políticas concebidas no interior dos estados de bem-estar desses países serem baseadas no contrato implícito entre gerações (Blackman, 2000). Com base no conceito de reciprocidade, caberia aos indivíduos da família prestar cuidados uns aos outros, em diferentes fases de suas vidas; os idosos deveriam receber na família a atenção requerida por seu estado de dependência em retribuição aos cuidados que proporcionaram a seus filhos na infância (Flaquer, 2000). Ao Estado caberia um papel subsidiário.

Contudo, é com frequência notado que este ideal do contrato intergeracional e da família como *locus* natural de afeto e prestação de cuidados reforça a percepção do trabalho doméstico como um tipo de atividade pouco valorizada e socialmente reconhecida, bem como o viés de gênero nas atividades relacionadas ao ambiente doméstico, sobretudo às de cuidado (Geissler; Pfau-Effinger, 2005), uma vez que são as mulheres as principais provedoras.

Como consequência do contrato hipotético entre gerações que orienta esse regime, a baixa provisão pública de serviços de cuidado predomina. Os benefícios públicos são quase que exclusivamente monetários e majoritariamente previdenciários, decorrentes de contribuições à seguridade social (e, em geral, são os homens os principais beneficiários). Assim, a provisão de bem-estar via benefícios se distribui de forma distinta entre diferentes segmentos da população conforme sua inserção no mercado de trabalho (Glucksman, 2012): àqueles setores incorporados no

mercado de trabalho na fase economicamente ativa de suas vidas cabem vultosos recursos previdenciários em detrimento dos demais que na mesma fase não se encontravam incorporados. De fato, aos segmentos cobertos por benefícios, a alternativa de demandar no mercado os serviços formais de cuidado se torna viável. Aos que não dispõem desses recursos, restam o cuidado informal familiar, a escassa provisão pública ou, na ausência de ambas, a busca por alternativas informais, menos dispendiosas, de cuidados externos.

Com a crescente inserção feminina no mercado de trabalho e a retração da oferta de cuidados domiciliares, a alternativa adotada em alguns países tem sido a substituição da filha/nora/esposa cuidadora pela figura da “migrante na família” (Bettio et al. 2006), sem que tenha sido desafiado, dessa forma, o ideal da família como unidade de cuidados e da mulher como a cuidadora natural (Lyon, 2006). Considera-se, assim, que, mesmo com mais mulheres trabalhando, esse regime pouco teria se afastado do modelo do homem provedor-mulher cuidadora (*male breadwinner model*) (Lewis 2001; Mínguez 2005). Itália e Grécia são os principais exemplares do modelo da “migrante na família”.

Em síntese, e a despeito da crescente participação econômica das mulheres, esses países se destacam na União Europeia e entre os membros da OECD entre os que possuem as taxas mais baixas (com a exceção de Portugal), ao lado das menores taxas de fecundidade, estas, a reação mais frequente de mulheres que trabalham à ausência de serviços de cuidado para crianças pequenas em sociedades ainda muito patriarcais⁵. Em 2011, a proporção de mulheres inseridas no mercado de trabalho foi, respectivamente, 46,5%; 45,1%; 52,8% e 60,4% em Itália, Grécia, Espanha e Portugal.

É geralmente notado que esse modelo se perpetua graças a normas culturais, como considerar a família a unidade ideal de provisão de bem-estar, e ao incipiente comprometimento público com a provisão de serviços, que de certa forma as incorpora. O baixo gasto social público e percentual do produto despendido em serviços de cuidado aos idosos evidenciam o diminuto comprometimento: Itália, Grécia, Espanha e Portugal gastaram, respectivamente, 0,14%; 0,09%; 0,45%; 0,25% de seus produtos com cuidados com idosos em 2008.

O segundo regime, não familista, reúne países do norte da Europa: Dinamarca, Suécia e Noruega. Nestes, o indivíduo é a unidade de recebimento de serviços (Blackman, 2000): os serviços de cuidado universais se incluem no conjunto de políticas públicas concebidas nos marcos do contrato indivíduo-Estado. De modo explícito, essas políticas são consideradas responsabilidade do Estado e garantia do direito das mulheres ao trabalho pago (Anttonen & Sipilä, 1996 apud Blackman, 2000). O pilar principal de provisão é, pois, o Estado.

⁵ As taxas de fecundidade em 2010 foram equivalentes a 1,41; 1,51; 1,38 e 1,37 para Itália, Grécia, Espanha e Portugal, respectivamente.

A modalidade de prestação de serviços predominante é o cuidado domiciliar formal (*home help services*). Os serviços dessa natureza estão a cargo de um cuidador qualificado, responsável pela provisão de atenção especializada; o número de horas diárias ofertadas depende da necessidade individual e de critérios adotados por cada país. Os serviços institucionais, apesar de existentes, não são referência importante porque além de mais caros não são considerados a melhor maneira de garantir o bem-estar dos idosos. Um terceiro modelo, o “cuidado na intimidade” (Ungerson, 2000 apud Glucksman, 2012), é opção que as famílias têm de cuidar de seus idosos por meios próprios e no núcleo familiar e ao mesmo tempo ser elegíveis a reembolsos salariais. Os reembolsos visam a ressarcir perdas salariais; os indivíduos que a eles recorrem são também elegíveis a serviços de qualificação. Essas medidas visam a evitar que o cuidado domiciliar seja totalmente não pago ou desqualificado. Esse modelo apresentou forte expansão na década de 1990, sobretudo na Suécia (Trydegard, 2004; Bergh, 2010).

A provisão, implementação, alocação de recursos e realização dos serviços estão sob a responsabilidade das autoridades locais, sendo no geral garantidas com base nos princípios de gratuidade e igualdade de acesso. O financiamento é compartilhado entre impostos locais, *block grants* do governo central e co-pagamentos variáveis, a depender da renda do beneficiário e do horizonte temporal do cuidado (temporário *versus* permanente).

À exemplo do elevado gasto público com serviços sociais universais, os serviços de cuidados aos idosos consomem parcela significativa do PIB desses países. Em 2008, o gasto com cuidados aos idosos representava, respectivamente, 1,7%; 2,3% e 1,6% do produto da Dinamarca, da Suécia e da Noruega. O comprometimento público com serviços dessa natureza, em conjunto com os cuidados para as crianças pequenas e a educação infantil, têm gerado (ao lado da recuperação das taxas de fecundidade⁶) elevadas taxas de participação feminina no mercado de trabalho (Glucksman, 2012). De acordo com dados da OCDE, para o ano de 2011, essa participação alcançava 70,4%, na Dinamarca, 71,9%, na Suécia e 73,4%, na Noruega. Resultado este que não se distanciava muito do observado para os indivíduos sem desagregação por sexo: 73,1%; 74,1% e 75,3%, respectivamente, neste mesmo ano. Estimativas presentes em Kolstad et al. (2012) mostram que a ampliação dos serviços públicos de cuidados na Noruega geraram diminuição na frequência de ausências de mulheres em seus empregos bem como aumento na participação feminina no mercado de trabalho.

A Tabela 1 resume alguns dos principais indicadores discutidos ao longo da seção para os dois regimes.

⁶ Em 2010, depois de um período de queda nos anos 1990, as taxas de fecundidade eram equivalentes a 1,88; 1,98 e 1,95 para Dinamarca, Suécia e Noruega, respectivamente, provavelmente em resposta à universalização da oferta de serviços de cuidados.

Tabela 1 - Indicadores Seleccionados Regimes de Cuidados aos Idosos

Países	População 65 anos ou mais /População 15 - 64 anos (4)	Gasto público Social com idosos/PIB (2)	Gasto com Cuidados aos Idosos/PIB (1)	Tx. Emprego Feminina(4)	Taxa de Fecundidade (3)
Regime Familista					
Itália	30,6	13,0	0,14	46,5	1,41
Grécia	29,4	10,9	0,09	45,1	1,51
Espanha	25,4	7,7	0,45	52,8	1,38
Portugal	28,4	10,6	0,25	60,4	1,37
Regime Não Familista					
Dinamarca	26,3	8,2	1,68	70,4	1,88
Suécia	28,8	10,2	2,33	71,9	1,98
Noruega	23	7,1	1,61	73,4	1,95

Fonte: Elaboração Própria a Partir dos dados da Eurostat e OCDE.

- (1) Dados referentes ao ano de 2008.
- (2) Dados referentes ao ano de 2009.
- (3) Dados referentes ao ano de 2010.
- (4) Dados referentes ao ano de 2011.

1.3.A perspectiva do investimento social

A experiência nórdica encontra uma racionalização na recente “perspectiva do investimento social”, um paradigma emergente na literatura sobre política social (Morel et al. 2012, Esping-Andersen 2009). Essa perspectiva representa uma nova compreensão do papel da política social, cuja preocupação central seria a conciliação entre objetivos económicos e sociais. Sob esta abordagem, a política social não teria unicamente um papel redistributivista e redutor de desigualdades, mas poderia ser concebida de modo a gerar retornos económicos (emprego, renda, receita pública) e sociais abrangentes (equidade de género, redução da desigualdade entre as mulheres, minimização do processo de transferência intergeracional da pobreza), e de longo prazo que, ao fim e ao cabo, contribuiriam para a sua própria sustentabilidade (Kerstenetzky 2012). Nesse entendimento, a política social ganha uma nova racionalidade, diante da necessidade de respostas às transformações económicas e sociais em curso, dentre as quais se destaca a necessidade de prestação de serviços de cuidados a idosos dependentes, desafio posto pelo cenário de envelhecimento populacional iniciado no século XX e que se estende pelo século XXI (Morel et al. 2012).

Tal concepção confere à política social o *status* de investimento, em contraste com a tradicional abordagem de custos. No cerne desta perspectiva se situa o Estado social. A este caberia contribuir para o desenvolvimento do potencial produtivo individual, via políticas de educação, incorporação ao mercado de trabalho, qualificação e/ou requalificação (meios de expansão e preservação do valor das habilidades adquiridas), mas também de apoio às famílias para permitir a conciliação da vida familiar com o trabalho, como as políticas de cuidado. Tais medidas apostam na

capacidade do investimento em “capital humano” de aumentar a capacidade produtiva *per capita*. Como consequência, a renda e a receita pública seriam também incrementadas, o que poderia seguir financiando políticas sociais dispendiosas, como são os serviços de cuidado.

As políticas de conciliação entre as esferas produtiva e reprodutiva da vida fariam, pois, parte do núcleo de políticas gestado no interior desse novo paradigma. Essas políticas possibilitariam às mulheres -- que na ausência de serviços de cuidados enfrentam *o tradeoff* entre trabalhar e cuidar, se vendo muitas vezes constrangidas a exercer um trabalho não pago e pouco valorizado -- seu ingresso ou reingresso no mercado de trabalho e a possibilidade de construção de carreiras. Ademais, tais políticas teriam como resultante a redução da desigualdade entre os gêneros e entre as mulheres. Isso ocorreria porque, de um lado, o acesso a serviços de cuidado possibilitaria um rompimento da tradicional divisão sexual do trabalho (homem provedor - mulher cuidadora) e a redução da desigualdade econômica entre homens e mulheres, ao permitir a participação econômica, e, por outro, a diminuição da desigualdade entre as mulheres, uma vez que são as mais pobres as que mais se veem aprisionadas ao espaço doméstico.

O momento de aumento relativo da população economicamente ativa, o “bônus demográfico”, em curso no Brasil até 2030, aparece como oportunidade para que se concebam estratégias de investimento que aumentem a capacidade produtiva *per capita* dos que ingressarão no mercado de trabalho, bem como medidas que permitam o ingresso efetivo no mercado de trabalho, particularmente as políticas de cuidado. Esta seria uma adaptação racional para o período posterior, quando se espera um aumento da razão de dependência (Lindh, 2012).

Os países do regime não familista de cuidados, discutidos na subseção 1.2, são aqueles que apresentam maior comprometimento de recursos com políticas alinhadas ao paradigma do investimento social – notadamente políticas ativas de mercado de trabalho, de educação, sobretudo aquelas focadas na primeira infância, e políticas de cuidados a idosos. De fato, os resultados econômicos e sociais apresentados por estes países, como apontado por Morel et al. (2012), Kerstenetzky (2012) e Morgan (2012) se destacam positivamente. O comprometimento com políticas sociais ativas ou economicamente orientadas (Kerstenetzky, 2012) tem repercutido em taxas positivas de crescimento econômico, competitividade internacional, alta participação feminina no mercado de trabalho e baixos níveis de pobreza.

2. Serviços de Cuidado aos idosos no Brasil

À exemplo da experiência dos países pertencentes ao regime familista, visto na seção 1, no Brasil, entende-se que a responsabilidade pelos cuidados aos membros dependentes da família cabe às famílias, notadamente às mulheres da família. O cuidado familiar informal é a principal

modalidade de provisão de cuidados aos idosos dependentes. Este quadro se deve, ademais da difundida concepção da família como um núcleo natural e ideal de provisão de cuidados, à baixa provisão pública e à inviabilidade, para parte significativa da população, de que se recorra ao mercado como provedor de cuidados especializados (Küchemann, 2012).

De fato, a oferta de cuidados informais dentro da família no Brasil possui um viés feminino e está concentrada nos estratos mais baixos de renda, onde o custo de oportunidade do cuidado doméstico é baixo (o que também ocorre em países desenvolvidos (Esping-Andersen 2009)). Diante do dilema trabalhar ou cuidar, muitas mulheres se desvencilham de vínculos profissionais ou assumem trabalhos com vínculos mais frouxos para se dedicar às tarefas de cuidado⁷. Ademais, de acordo com análise feita por Sorj e Fontes (2012) para outra categoria de serviços sociais (creches), a participação feminina no mercado de trabalho -- mulheres de 25 anos ou mais, chefes ou cônjuges, em domicílios com crianças de até 6 anos de idade -- difere consideravelmente entre o 1º e o 5º quinto de renda, variando de 52,3% no primeiro a 79,7% no último.

Tais evidências sugerem que a acessibilidade a serviços de cuidados faculta às mulheres oportunidades mais equitativas de ingresso no mercado de trabalho, contribuindo para suavizar desigualdades econômicas. Contudo, o quadro presente, como já mencionado, é de escassez quase absoluta de serviços públicos.

Com base em dados do financiamento público das ILPIs brasileiras, constantes da Pesquisa “Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos”, estimamos o gasto público com cuidados aos idosos no Brasil em 0,0005% do PIB de 2007 – quase nada. Esta estimativa não deve estar muito longe da realidade, uma vez que a diminuta estrutura de cuidado formal está representada em sua quase totalidade pelas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

A referida pesquisa (IPEA/CNDI/SEDH) revela que o baixo número de ILPIs, 3548 instituições para todo o país, está concentrado nas regiões sul e sudeste. Há presença residual de instituições públicas (6,6% do total, variando entre 2,5% no sudeste e 31% no norte) e predominância de filantrópicas⁸ (65%). O gasto médio mensal por residente é muito baixo, refletindo a escassez de certos tipos de serviços. Serviços indispensáveis à condição de fragilidade em que se encontram os idosos institucionalizados, como os de médicos, fisioterapeutas e

⁷ Do total dos homens de 15 a 64 anos, 1,2 milhões de indivíduos viviam em domicílios com idosos dependentes de cuidados e não estavam inseridos no mercado de trabalho (desocupados ou não economicamente ativos). Este resultado é equivalente a 1,9% dos homens nesta mesma faixa etária. Para as mulheres em idade potencialmente ativa (15 a 64 anos), cerca de 2,2 milhões delas estavam fora do mercado de trabalho e possuíam pelo menos um idoso dependente de cuidados em seu domicílio. Estas 2,2 milhões de mulheres representam 3,3% das mulheres de 15 a 64 anos. Na outra ponta, o grupo dos inseridos no mercado de trabalho (ocupados), 80,6% dos homens de idade potencialmente ativa estavam ocupados em 2008. Para as mulheres, este percentual era cerca de 56,8%.

⁸ A origem das ILPIs está ligada aos asilos, de cunho caritativo e dirigidos à população carente que não encontrava outro tipo de auxílio à sua sobrevivência. Como apontado por Araújo et al. (2010), os asilos constituem a modalidade extrafamiliar mais antiga de prestação de cuidados a idosos. A origem do primeiro asilo no Brasil remete ao Brasil Colônia. Este foi fundado em 1794, no Rio de Janeiro, e se denominava Casa dos Inválidos.

psicólogos, não existem em muitas dessas instituições. O mesmo ocorre com atividades de lazer. Nessas instituições, como seria de esperar, predominam indivíduos do sexo feminino, com grau de dependência variável, cabendo às mulheres, mais longevas, a maior proporção entre os fisicamente dependentes.

A baixa responsabilização pública ganha respaldo nos dispositivos jurídicos que versam sobre direitos da população idosa, particularmente a Constituição Federal (1988), a Política Nacional do Idoso (1994) e o Estatuto do Idoso (2003), de onde podemos inferir as normas prevalecentes.

No artigo 230 da Constituição Federal, a responsabilidade pelos cuidados aos idosos é compartilhada entre a família, a comunidade e o Estado:

Art. 230 –

A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

A política nacional do idoso acrescenta ao princípio do compartilhamento de responsabilidade, “a priorização do atendimento ao idoso por sua própria família”. É apenas na impossibilidade de a família prestar os cuidados requeridos ao idoso, e deste, por meios próprios, prover os seus próprios cuidados, que os serviços institucionais específicos devem se fazer presentes. A questão foi enquadrada nos marcos de ação subsidiária do Estado, na opção família ou instituição, e no âmbito da problemática da pobreza. O Estatuto do Idoso corrobora esta orientação normativa, em seu artigo 3º, V:

Art. 3º

V- priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência.

Desta forma, os princípios norteadores das políticas públicas de cuidados aos idosos no Brasil são a focalização (indivíduos que não encontram na família nem em meios próprios a provisão dos cuidados necessários) e o familismo (a família seria o principal pilar de provisão de cuidados, apenas na sua ausência, o cuidado formal institucional deveria ocorrer). Em termos práticos, como já dito, tais orientações têm se materializado em incipiência da atuação do Estado e lacunas no provimento de serviços de cuidado à população idosa (Fernandes & Soares, 2012).

Ademais de normativamente questionável, a orientação jurídica baseada na visão da família como uma “instituição natural, universal e imutável” é algo irrealista, frente às transformações na estrutura familiar em curso desde o século XX e as diferentes configurações de família na

atualidade, como salientam Debert & Simões (2006). Os autores estão se referindo ao crescente número de arranjos compostos por mulheres sozinhas com filhos e arranjos “não-familiares”, constituídos por pessoas sem relações de parentesco ou indivíduos sozinhos -- muitas das vezes, por jovens e mulheres idosas. O impacto que o processo de envelhecimento populacional pode acarretar nestas novas configurações de família não está sendo devidamente aquilatado (Debert & Simões, 2006).

3. Metodologia

O exercício empírico tem por objetivo, em primeiro lugar, estimar o número de potenciais cuidadoras informais familiares. Com isso, estaremos tentando quantificar, por assim dizer, o grupo das “mulheres ausentes” do mercado de trabalho, a quem não teria sido dada a opção de participar do mesmo por estarem confinadas aos cuidados aos idosos. Com base em metodologia desenvolvida por Camarano & Kanso (2010), considera-se que toda mulher com idade entre 15 e 64 anos⁹ que apresente um idoso¹⁰ dependente no domicílio¹¹ e não esteja inserida no mercado de trabalho nem apresente dificuldades para a realização das atividades da vida diária é uma potencial cuidadora informal familiar. Este grupo é identificado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/2008 (PNAD/2008), especificamente no Suplemento de Saúde desta pesquisa publicado naquele ano. Nesse suplemento é também possível conhecer as dificuldades individuais para exercer as atividades da vida diária (AVDs) e, assim, distinguir os idosos com necessidades de cuidados.

Como *proxy* para as dificuldades de exercer atividades da vida diária foram considerados seis quesitos¹² constantes da PNAD. Para cada um desses quesitos é possível identificar quatro possibilidades de resposta: não consegue; possui grande dificuldade; possui pequena dificuldade; e não possui dificuldade. Para esta análise, foram considerados todos os indivíduos que responderam possuir uma grande dificuldade ou não conseguir executar suas atividades cotidianas¹³.

Foram construídos quatro cenários para a estimativa das mulheres ausentes. Os três primeiros englobam mulheres em idade potencialmente ativa (15 a 64 anos), sem dificuldades na

⁹ Diferentemente de Camarano e Kanso (op.cit.) que adotam a faixa de 20 a 69 anos de idade, optamos pela adoção dessa faixa etária, pois, segundo definição da OIT, é neste intervalo que se concentram os indivíduos potencialmente ativos.

¹⁰ Caracteriza-se como idoso todo indivíduo de 60 anos ou mais de idade, de acordo com o Estatuto do Idoso (2003).

¹¹ Por idoso dependente, compreende-se aquele que pelo menos apresente dificuldade para realizar as AVDs consideradas.

¹² Os seis quesitos analisados foram: 1) Normalmente, por problema de saúde, tem dificuldade para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro; 2) Normalmente, por problema de saúde, tem dificuldade para correr, levantar objetos pesados, praticar esportes ou realizar trabalhos pesados; 3) Normalmente, por problema de saúde, tem dificuldade para empurrar mesa ou realizar consertos domésticos; 4) Normalmente, por problema de saúde, tem dificuldade para subir ladeira ou escada; 5) Normalmente, por problema de saúde, tem dificuldade para abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se; 6) Normalmente, por problema de saúde, tem dificuldade para andar mais do que um quilômetro.

¹³ A análise constante em Camarano e Kanso (op.cit.) se refere apenas ao primeiro dos quesitos, para indivíduos que possuem pelo menos uma pequena dificuldade.

execução das atividades cotidianas e que possuíam pelo menos um idoso dependente no domicílio. A diferenciação entre os cenários adotados se dá pela definição de inserção no mercado de trabalho. Para tal, foram criados três grupos: desocupadas (pessoas que procuraram emprego na semana de referência), desalentadas (indivíduos que já não buscam trabalho, mas já buscaram sem obter sucesso) e não economicamente ativas (desalentadas, aposentadas, pensionistas e estudantes). O grupo das desalentadas é, portanto, um subconjunto do conjunto das não economicamente ativas. O quarto cenário diz respeito apenas a mulheres ocupadas em tempo parcial. Foram consideradas cuidadoras/trabalhadoras em tempo parcial todas as mulheres com idosos dependentes na família que se encontravam ocupadas e cuja jornada semanal de trabalho não ultrapassava o total de 25 horas – definição incorporada à CLT desde 2001. Para estes cenários buscou-se investigar como se concentram as cuidadoras informais por faixa etária bem como o grau de instrução mais alto por elas alcançado.

A partir disto, com base em metodologia similar à adotada por Esping-Andersen (2007), por meio do nível de escolaridade tentamos identificar o salário médio que as mulheres poderiam receber caso ingressassem no mercado de trabalho, se suas famílias pudessem, por exemplo, dispor de um serviço de cuidados externos. Esping-Andersen, em seu exercício, atribui o salário mediano às mulheres ausentes; em nosso exercício, optamos por identificar o salário correspondente ao nível de escolaridade. A percepção de salários por essas mulheres gera maior independência econômica, incrementa a renda familiar, afeta a renda agregada da economia e os tributos arrecadados. Estimamos de maneira simplificada e conservadora o acréscimo do PIB (por meio da massa salarial adicional) e da arrecadação (contribuições à seguridade e impostos indiretos, seguindo método adotado em Afonso 2011).

Ademais, com o objetivo de compreender de que forma a insuficiência na estrutura de cuidados aos idosos no Brasil compromete a criação e conservação de capital humano individual, calculamos o número de mulheres de 15 a 25 anos (fase em que especialmente o investimento em educação visando à entrada no mercado de trabalho deveria ser estimulado) que nem se encontram inseridas no mercado de trabalho nem tampouco estudam.

Cabe observar que a estimativa de cuidadoras potenciais é apenas uma tentativa de aproximação de nosso objeto de estudo. Como destacado na literatura, o cuidado ao idoso dependente pode ser prestado por outros indivíduos que não aqueles residentes no mesmo domicílio, bem como por jovens (Medeiros, 1998 apud Karsch, 2003, p. 864). Apenas questionários específicos poderiam precisar e corroborar nossos pressupostos – assim como os de outros. Na ausência destes, nos voltamos para a utilização de bases pré-existentes, imperfeitas, porém fidedignas.

4. Resultados: Necessidades de cuidados e oferta potencial de cuidado familiar informal

Nesta seção, registramos inicialmente a evolução da demanda por cuidados de longa duração no Brasil entre 2003 e 2008, com base nos respectivos Suplementos de Saúde da PNAD, publicados nesses anos. Posteriormente são analisadas algumas características das mulheres que se isentaram de atividades remuneradas com a provável causa de prestar cuidados a um idoso dependente.

Em 2003, 8,6 milhões de idosos (51% da população idosa total) não conseguiam ou possuíam grande dificuldade para executar pelo menos uma das atividades da vida diária consideradas. Destes, 5,4 milhões, ou 63% da população idosa dependente, eram mulheres. Em 2008, já são mais de 10,6 milhões de indivíduos idosos com pelo menos uma grande dificuldade para exercer ao menos uma das atividades cotidianas investigadas, sendo 63,3% representados por mulheres. Ou seja, em cinco anos houve um salto de quase um quarto no contingente de idosos dependentes.

A Tabela 2 resume a distribuição destes indivíduos por faixa etária. Podemos observar que o grupo mais idoso foi o que apresentou o maior crescimento entre os dois anos e é justamente neste grupo onde a incidência de dependência é a maior, além de crescente. Neste grupo, se destaca ainda o alto percentual de mulheres acometidas por pelo menos uma das dificuldades analisadas.

Por último, a análise da distribuição dos idosos dependentes por quintos de renda domiciliar per capita evidencia que eles se concentram em maior número no 3º quinto da distribuição – 32,2% dos idosos com dificuldades nas AVDs se encontram neste quinto, e estão em menor percentual no 1º quinto de renda, perfazendo 5,2% do total.

Tabela 2 – Evolução do número de idosos dependentes de cuidados 2003/2008 (Valores absolutos em mil) e %

	2003						2008					
	Valores Absolutos			Percentual			Valores Absolutos			Percentual		
Faixa Etária	H	M	H+M	H	M	H+M	H	M	H+M	H	M	H+M
60 a 69 anos	1.374	2.460	3.834	32,2	48,1	40,8	1.713	3.011	4.724	32,5	47,1	40,5
70 a 79 anos	1.212	1.948	3.159	51,4	63,6	58,3	1.423	2.306	3.729	49,7	62,8	57,0
80 anos ou mais	594	1.050	1.644	72,0	82,0	78,0	755	1.420	2.175	69,8	81,4	76,9
Total	3.179	5.458	8.637	42,6	57,7	51,1	3.891	6.737	10.628	42,2	57,0	50,5

Legenda: H - Homens; M – Mulheres

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados das PNADs 2003 e 2008.

A partir deste crescente quadro de dependência, cabe analisar as características das prováveis provedoras de cuidados – as chamadas cuidadoras potenciais. A tabela 3 resume os resultados para o quantitativo absoluto de cuidadoras potenciais, o relativo às mulheres de 15 a 64 anos e o relativo às mulheres em idade ativa nas diferentes situações de desocupadas, não

economicamente ativas, desalentadas e ocupadas em tempo parcial. Presume-se que estas mulheres são as responsáveis pela prestação de cuidado informal no interior do domicílio.

Como se pode verificar, a depender de como consideramos a questão da inserção no mercado de trabalho, se como desocupação, desalento ou inatividade, o número de mulheres, entre as cuidadoras potenciais, não inseridas no mercado de trabalho se altera. Cerca de 334 mil dessas mulheres se encontravam desocupadas, representando 8% do total de desocupadas em idade potencialmente ativa – é, pois, provável que a desocupação tenha relação com os cuidados. Entre as inativas, esse número se eleva a 1,8 milhão (ou 7,6% desse grupo) – no interior desse grupo se destaca o subgrupo das desalentadas, com mais de um milhão de mulheres (restariam pouco mais de 700 mil mulheres, divididas entre o grupo menor de aposentadas e pensionistas – cerca de 288,4 mil - e o maior de estudantes - 465,2 mil). Ao todo, entre desocupadas e inativas, mais de dois milhões de mulheres em famílias de idosos dependentes não exerciam trabalho pago.

Considerando a escolaridade média destes grupos¹⁴, há indicação de não aproveitamento de potencial produtivo, especialmente entre as desocupadas (9,7 anos) e as não economicamente (7,1). Mas também entre as desalentadas, com 6,4 anos de estudo, pode-se alegar a dificuldade de conciliação entre estudo e cuidado que as fez permanecer poucos anos na escola. Esse subaproveitamento pode ser estimado, de modo conservador, em termos de perdas salariais potenciais dados os níveis de escolaridade. Uma avaliação mais ampla requereria que se levasse em conta também a “escolarização perdida”.

A última coluna da tabela 3 estima o salário médio mensal que estas mulheres poderiam receber caso tivessem um emprego remunerado. Este variou entre dois salários mínimos e pouco mais de um, em valores de 2008. A maior escolaridade das desocupadas (pessoas que procuraram emprego recentemente) e a menor escolaridade das desalentadas (pessoas que desistiram de procurar emprego) mostra que estar orientada para o mercado de trabalho se relaciona positivamente com o nível de escolaridade, e que o mercado recompensa bem os anos adicionais na escola: a diferença salarial entre um fundamental quase completo e um secundário quase completo é de quase 100%. Além de agregar renda, o ingresso de cuidadoras potenciais no mercado de trabalho incrementaria a base tributável, sob a forma de arrecadação de contribuições e impostos indiretos, em especial se considerarmos que, para os três cenários, o salário médio a que seriam remuneradas é superior ao salário mínimo de 2008. O cálculo simples de crescimento potencial do PIB e da arrecadação, sem levar em conta efeitos multiplicadores e ampliação da escolarização, encontra-se nas Tabelas 7.1 e 7.2, no Anexo: variação positiva de 0,4% do PIB e do equivalente a 0,18% do PIB em termos de arrecadação.

¹⁴ Em 2008, a escolaridade média das mulheres ocupadas equivalia a 8,6 anos de estudo. Para os homens ocupados, este resultado era equivalente a 7,5 anos.

O quarto cenário trata unicamente das trabalhadoras/cuidadoras em tempo parcial. Salienta-se a relação trabalhista mais precária ¹⁵ à qual muitas delas acham-se submetidas, em situação de informalidade e baixa proteção social, além de escassa chance de progresso ocupacional. Trata-se, possivelmente, de mulheres que lidam com uma dupla situação de precariedade: cuidadoras não reconhecidas e trabalhadoras com baixas perspectivas e escassos direitos. Este grupo apresenta resultado para o indicador “escolaridade média” inferior ao encontrado para os outros grupos – 5,1 anos de estudo –, e remuneração potencial equivalente a meio salário mínimo. Mulheres ocupadas em tempo integral e com a mesma escolaridade média recebiam o equivalente a um salário mínimo em 2008.

A tabela 4 retrata a distribuição dos grupos abordados pelos graus de instrução mais altos frequentados. Nos três primeiros grupos, apesar de se tratarem de mulheres não inseridas no mundo do trabalho, grande parte possui ensino fundamental ou ensino médio, completo ou incompleto. O grupo das desocupadas se destaca com quase 54% detendo ensino médio completo ou incompleto e cerca de 16% com curso superior completo ou incompleto. No grupo das cuidadoras/trabalhadoras em tempo parcial, a maior concentração está entre as que possuíam ensino fundamental completo ou incompleto, mas 10% delas tinham ensino superior, o que, com jornada integral, lhes conferiria uma renda superior a quatro salários mínimos.

A distribuição entre grupos etários (Tabela 5) revela predominância na faixa de 15 a 25 anos para as desocupadas e na faixa de 36 a 64 anos para as não economicamente ativas, desalentadas e ocupadas em tempo parcial. Contudo, quase 35% das não economicamente ativas e mais de 21% das desalentadas pertenciam ao grupo etário de 15 a 25 anos.

Examinando mais detidamente o grupo de jovens mulheres, 800 mil das quais podem ser consideradas cuidadoras potenciais, encontramos mais de 330 mil (ou mais de um terço) sem estudar ou trabalhar. Em torno de 96 mil estavam no grupo das desocupadas; as demais 242 mil pertenciam ao grupo das não economicamente ativas. Em termos percentuais, 59,5% das jovens desocupadas de 15 a 25 anos não trabalhavam ou estudavam. Para as não economicamente ativas este resultado é equivalente a 37,4%. No total da população jovem de 15 a 25 anos que não trabalha elas são cerca de 3,4%. Esses dados nos dão uma noção do desperdício de talentos e potencial produtivo das jovens que compõem segmento importante da população em idade ativa, no qual seria desejável investir com vistas ao enfrentamento do envelhecimento populacional.

¹⁵ Gallie (2002) aponta evidências de que ocupações em tempo parcial seriam em geral ocupações mais precárias e que concederiam menores perspectivas profissionais ao trabalhador.

Tabela 3 - Mulheres Não Inseridas no Mercado de Trabalho - Valor Absoluto, proporções, escolaridade média e salário médio - Valores Absolutos em 1.000.000

Descrição	Valor Absoluto	% em relação às mulheres de 15 - 64 anos	% em relação às mulheres do cenário	Escolaridade Média	Salário Médio
Cenário 1 - Mulheres Desocupadas	0,3	0,5%	8,2%	9,7	R\$ 830,0
Cenário 2 - Mulheres Não Economicamente Ativas (Aposentadas/Pensionistas/Estudantes e Desalentadas)	1,9	2,8%	7,6%	7,1	R\$ 437,3
Cenário 3 - Mulheres Desalentadas	1,1	1,7%	7,2%	6,4	R\$ 417,9
Somatório Desocupadas + NEA	2,2	3,3%	7,7%	7,4	R\$ 437,3
Cenário 4 - Ocupadas Tempo Parcial	1,7	2,6%	15,7%	5,1	R\$ 224,1
Somatório Desocupadas + NEA + Ocupadas Tempo Parcial	3,9	5,9%	9,9%	6,4	R\$ 417,9

Nota: Salário Mínimo Nominal 2008 - R\$ 415,00

Nota: NEA - Não Economicamente Ativas

Fonte: Elaboração Própria a Partir dos dados da PNAD 2008.

Tabela 4 - Cuidadoras por Grau de Instrução mais alto alcançado/salário médio referente ao grau de instrução - Valores Absolutos em 1.000

Cenários	Desocupadas		NEA		Desocupadas + NEA		Desalentadas		Renda Média	Ocupadas Tempo Parcial		Desocupadas + NEA + Ocupadas Tempo Parcial		Renda Média
Descrição	Valor Absoluto	%	Valor Absoluto	%	Valor Absoluto	%	Valor Absoluto	%	Valor em reais	Valor Absoluto	%	Valor Absoluto	%	Valor em reais
Sem Instrução	8,5	2,5	209,3	11,3	217,8	9,9	144,8	13,0	R\$ 337,7	457,1	26,5%	674,9	17,2%	R\$ 45,0
Ensino Fundamental Completo ou Incompleto	91,2	27,3	931,2	50,0	1.022,4	46,6	592,7	53,0	R\$ 445,9	816,0	47,2%	1.838,5	46,9%	R\$ 128,9
Ensino Médio Completo ou Incompleto	179,5	53,7	574,4	30,9	753,9	34,3	333,7	29,1	R\$ 668,3	275,4	15,9%	1.029,3	26,2%	R\$ 286,4
Ensino Superior Completo ou Incompleto	53,0	15,9	136,3	7,3	189,3	8,6	46,5	4,2	R\$ 1.734,7	174,6	10,1%	363,9	9,3%	R\$ 1.057,0
Não Determinado	1,8	0,6	10,1	0,5	11,9	0,5	0,0	0,0	-	4,9	0,3%	16,7	0,4%	-

Nota: Salário Mínimo Nominal 2008 - R\$ 415,00

Nota: NEA - Mulheres Não Economicamente Ativas

Fonte: Elaboração Própria a Partir dos dados da PNAD 2008.

Tabela 5 - Cuidadoras potenciais por faixa etária e posição na ocupação – Valores absolutos (em mil) e percentuais

Cenários	Desocupadas		NEA		Desalentadas		Ocupadas Tempo Parcial	
Descrição	Valor Absoluto	Percentual	Valor Absoluto	Percentual	Valor Absoluto	Percentual	Valor Absoluto	Percentual
15 a 25 anos	161,9	48,5%	646,5	34,7%	236,9	21,2%	173,7	10,1%
26 a 35 anos	101,9	30,5%	256,1	13,8%	220,7	19,7%	171,6	9,9%
36 a 64 anos	70,3	21,0%	958,8	51,5%	660,0	59,1%	837,6	48,5%
Total	334,0	100,0%	1.861,4	100,0%	1.117,7	100,0%	1.728,0	68,5%

Nota: NEA – Não Economicamente Ativas.

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da PNAD/2008.

O último tópico de investigação é a distribuição das cuidadoras potenciais por quintos de renda domiciliar *per capita* para observar se, como no caso dos cuidados infantis, ocorre maior concentração de mulheres dedicadas ao cuidado nas camadas de renda mais baixa. Sob esta hipótese, a provisão de serviços externos de cuidados voltados a idosos dependentes se justificaria como um redutor de desigualdades e potencializador do capital humano de mulheres que têm suas opções limitadas ao cuidado de um idoso dependente. A Tabela 6 resume os resultados.

Tabela 6 - Cuidadoras potenciais por quintos de renda domiciliar per capita (Valores absolutos em mil) e % em relação às mulheres de 15 a 64 anos

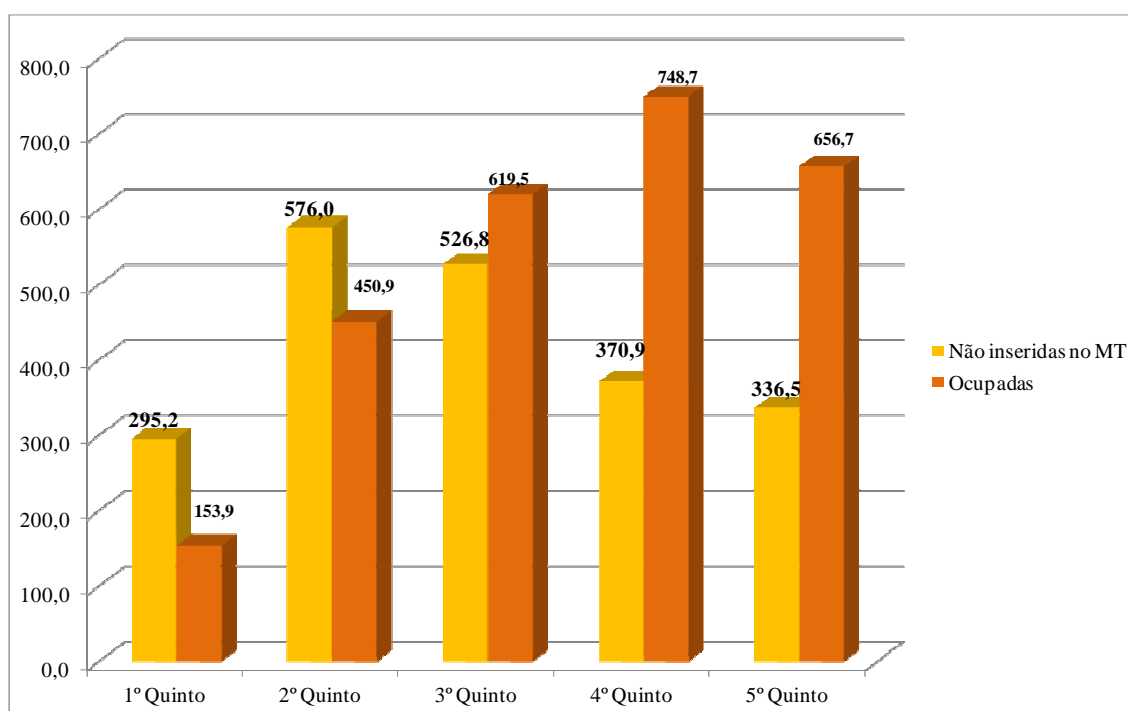
Descrição	Desocupadas	%	NEA	%	Desocupadas + NEA	%	Desalentadas	%	Ocupadas Tempo Parcial	%	Desocupadas + NEA + Ocupadas Tempo Parcial	%
1º Quinto	54,1	1,1%	241,1	0,4	295,2	0,4	171,0	0,3	141,2	0,2	436,5	0,7
2º Quinto	95,7	1,9%	480,3	0,7	576,0	0,9	331,2	0,5	333,6	0,5	909,6	1,4
3º Quinto	91,8	1,8%	435,1	0,7	526,8	0,8	263,5	0,4	488,1	0,7	1.015,0	1,5
4º Quinto	48,0	1,0%	322,9	0,5	370,9	0,6	178,5	0,3	396,0	0,6	766,9	1,2
5º Quinto	33,7	0,7%	302,7	0,5	336,5	0,5	131,2	0,2	285,8	0,4	622,3	0,9

Nota: NEA - Não Economicamente Ativas

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da PNAD 2008.

No gráfico 1, abaixo, podemos observar com clareza a desigualdade entre os quintos de renda.

Gráfico 1 - Cuidadoras potenciais e ocupadas com idosos dependentes no domicílio (Valores em mil) por quintos de renda domiciliar *per capita*



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da PNAD/2008.

Como podemos observar, as cuidadoras potenciais se concentram nos quintos inferiores de renda, sobretudo no 2º quinto. Do total de mulheres não inseridas em atividades remuneradas exteriores ao lar – isto é, as desocupadas e as não economicamente ativas -, 871 mil (ou 41,4% do total) pertenciam ao 1º ou 2º quintos da distribuição de renda. O menor número de cuidadoras potenciais no 1ª quinto pode se dever à própria distribuição dos idosos pelos quintos de renda. Como anteriormente exposto, o percentual de idosos dependentes no 1º quinto é inferior aos demais. Vale, entretanto, ressaltar que, apesar de as cuidadoras potenciais se encontrarem sub-representadas neste quinto, a proporção de cuidadoras nele é maior que a de inseridas no mercado de trabalho, evidência que pode haver sido influenciada pela necessidade de cuidados.

Contudo, se considerarmos o cenário das ocupadas em tempo parcial (tabela 6), os resultados são distintos: a predominância ocorreu no 3º quinto, superando a soma dos dois primeiros, indicando que enquanto são principalmente as mais pobres que não se inserem, o mesmo não ocorre entre as trabalhadoras em tempo parcial, que podem estar exercendo algum grau de livre escolha no modo de se inserir no mundo do trabalho.

A desigualdade entre as não inseridas, ainda que em menor grau, espelha a desigualdade entre as inseridas no mercado de trabalho, esta última, contudo, muito significativa, conforme podemos observar no gráfico 1.

E se observamos a proporção de mulheres em idade ativa com idosos dependentes na família que estão ocupadas, ela é muito maior entre os últimos quintos da distribuição de renda, quase cinco vezes maior que no primeiro quinto, em termos relativos (como proporção das mulheres ativas em cada quinto).

Conclusão

O presente trabalho teve como objetivo estimar a partir de um exercício de simulação alguns dos impactos negativos da insuficiência de cuidados externos prestados a idosos dependentes no Brasil, entre eles a possível perda de uma das janelas de oportunidade representadas pelo bônus demográfico. A opção pela familiarização do cuidado retirou milhões de mulheres em idade ativa do trabalho remunerado e deixou centenas de milhares de jovens simultaneamente fora da escola e do mundo do trabalho. Em conjunto com a dedicação aos cuidados infantis, parece significativo o contingente de mulheres que viram sua independência econômica e o acesso a oportunidades equitativas interrompidos pelas obrigações de cuidados a idosos dentro da família.

Uma das estratégias apropriadas neste sentido seria o investimento em políticas de cuidados, que ademais de aumentarem o conjunto capacitário das mulheres cuidadoras, gerariam ganhos para a sociedade. Como registrado, número considerável de mulheres em idade potencialmente ativa encontram-se desvinculadas de atividades remuneradas, subaproveitando seu relativamente alto potencial produtivo ou perdendo a oportunidade de incorporar novos conhecimentos formais e qualificações. Soma-se a isto o horizonte limitado de realizações das mulheres ocupadas em tempo parcial, sobretudo das que não tinham outra alternativa, e das jovens que não trabalham ou estudam e estão em casa provendo cuidados. O retrato como um todo é particularmente verdadeiro para as mulheres mais pobres, o que sugere que a incipiente estrutura de cuidados no Brasil se alicerça em desigualdades e as reforça. O exercício sugere a urgência do investimento em políticas de cuidados a idosos dependentes, a exemplo do observado em países de regime não familista.

Anexo

**Tabela 7.1- Alíquota INSS (empregados e empregadores) e tributos incidentes sobre bens e serviços
(2008)**

Salário de Contribuição (R\$)	Alíquota para fins de recolhimento ao INSS (%)
até R\$ 911,70	8,0
de R\$ 911,71 a R\$ 1519,50	9,0
de R\$ 1519,51 a R\$ 3038,99	11,0
Alíquota de Contribuição ao INSS (empregador)	20,0
Impostos Bens e Serviços	14,8
ICMS	7,2
IPI	1,2
COFINS	3,9
PIS/PASEP	1,0
IPMF/CPMF	0,03
IOF	0,7
ISS	0,8

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Receita Federal do Brasil; Afonso (2011) e PNAD/2008.

Tabela 7.2 - Estimativas da renda tributável 2008 (Anual) - Valores absolutos em milhão

Estimativa Renda Agregada Desocupadas	R\$ 3.326,8
Estimativa Renda Agregada Não Economicamente Ativas	R\$ 9.767,7
Renda Agregada Total ou Renda Total Tributável	R\$ 13.094,5
Renda Agregada Total ou Renda Total Tributável/PIB 2008	0,4%
Renda Total Tributada pela alíquota do INSS (empregados)	R\$ 1.047,6
Renda Total Tributada pela alíquota do INSS (empregadores)	R\$ 2.618,9
% Renda Total Tributada INSS (empregado)/PIB 2008	0,03%
% Renda Total Tributada INSS (empregador)/PIB 2008	0,09%
Renda Líquida descontada a alíquota do INSS (empregados)	R\$ 12.046,9
Alíquota de Impostos sobre bens e serviços	14,8%
Renda Total Tributada por impostos Bens/Serviços	R\$ 1.778,1
Renda Total Tributada (empregados, empregadores e Impostos Bens e Serviços)	R\$ 5.444,6
% Renda Total Tributada Impostos Bens e Serviços/PIB 2008	0,06%
Renda Total Tributada/PIB 2008	0,18%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Receita Federal do Brasil; Afonso (2011) e PNAD/2008.

Referências

- AFONSO, J. R. Fontes de Recursos para o Financiamento da Educação. Brasília: Câmara dos Deputados Comissão Especial Plano Nacional de Educação, [2011]. 38 slides, color.
- ANTTONEN, A.; SIPILÄ, J. “European Social Care Services: is it possible to identify models?” *Journal of European Social Policy*, v. 6, n.2, p. 87-100, 1996.
- BERGH, A. *Towards a New Swedish Model?* In: Bengtsson, T. (Ed.). *Population Ageing - A Threat to the Welfare State?* Springer, 2010. p. 109-119.
- BETTIO, F.; SIMONAZZI, A.; VILLA, P. “Change in Care Regimes and Female Migration: The “Care Drain” in the Mediterranean”, *Journal of European Social Policy*, v. 16, n. 3, p. 271-285, 2006.
- BLACKMAN, T. “Defining responsibility for care: approaches to the care of older people in six European countries”, *INT J SOC W*, v. 9, n.3, p. 181-190, 2000.
- BRASIL. Lei 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 da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 5 jan. 1994.
- _____. *Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>.
- _____. Constituição Federal de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>.
- BURLÁ, C.; PY, L.; SCHARFSTEIN, E. A. Como estão sendo cuidados os idosos no final da vida? In: Camarano A. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 279-302.
- CAMARANO, A.A.; KANSO S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADs. In: Camarano A. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 93-122.
- CAMARANO, A.A. Cuidados de longa duração para a população idosa: um risco social a ser assumido? In: Camarano A. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 337-349.
- _____. Cuidados de Longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? In: Helena, H., Guimarães, N. *Cuidado e Cuidadoras: As várias faces do Trabalho do Care*. São Paulo: Atlas, 2012. p. 148 - 165.
- CAMARANO, A. (Org.). *Condições de Funcionamento e Infra-Estrutura nas Instituições de Longa Permanência*. Rio de Janeiro: Ipea, 2008.

DEBERT, G. G.; SIMÕES, J. A. Envelhecimento e velhice na família contemporânea. In: Freitas, E.V. et al. (Eds.). 2.ed. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 136-147.

ESPING-ANDERSEN, G. “Investing in Children and their life chances”. Trabalho apresentado no workshop internacional Welfare State and Competitvity. Fundación Carolina, Madri, 26-27 de abril, 2007.

ESPING-ANDERSEN, G. “*The Incomplete Revolution: Adapting to Women`s New Roles*”. Cambridge: Polity Press, p. 145-166, 2009.

FERNANDES, M. T.; SOARES, S. M., 2012. O Desenvolvimento de Políticas Públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Rev Esc Enferm USP*, v. 46, n.6, p. 1494-1502, 2012.

FLAQUER L. (2000), *Family Policy and Welfare State in Southern Europe*. Working Paper 185, Barcelona, Institut de Ciències Polítiques i Socials.

GALLIE, D. The quality of working life in welfare strategy. In: ESPING-ANDERSE, G. et al. (Org.). *Why we need a new welfare state?*Oxford: Oxford University Press, 2002.

GEISSLER, B.; PFAU-EFFINGER, B. “Change in European care Arrangements”. In: GEISSLER, B.; PFAU-EFFINGER, B. (Eds.). *Care and Social Integration in European Societies*. Oxford, 2005, p. 3-19.

GLUCKSMANN, M. Rumo a uma sociologia econômica do trabalho do *care*: comparando configurações em quatro países europeus. In: Helena, H., Guimarães, N. *Cuidado e Cuidadoras: As várias faces do Trabalho do Care*. São Paulo: Atlas, 2012. p. 148-165.

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, p.211-250, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios*, Rio de Janeiro (2003).

_____. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios*, Rio de Janeiro (2008).

_____. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade – 1980 – 2050*. Rio de janeiro, 2008.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, mai – jun, 2003.

KERSTENETZKY, C. L. (2012), *O Estado do Bem-estar Social na Idade da Razão: A Reinvenção do Estado Social no Mundo Contemporâneo*. Rio de Janeiro, Campus/Elsevier.

KOLSTAD, J. R.; LOKEN, K.V.; LUNDBERG, S. Lifting the burden: State care of the elderly and the location and labor supply of adult children. Disponível em: <http://www.eea-esem.com/EEA-ESEM/2013/Prog/viewpaper.asp?pid=230>. Acesso em: 13 de abr. 2013.

KUCHEMANN, B. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. In: Sociedade e Estado. v. 27, n.1. Departamento de Sociologia. Universidade de Brasília: Brasília, jan/abr. 2012, p. 165-180.

LEWIS, J. “The decline of the male breadwinner model: implications for work and care”. *Social politics*, v.8, n. 2, p. 152-169, 2001.

LINDH, T. “Social Investment in the ageing populations of Europe”. In: Morel, N., Palier, B., Palme, J. *Towards a social investment welfare state?: Ideas, policies and challenges*. Chicago University, 2012.

LYON, D. “The Organisation of care work in Italy: gender and migrant labour in the new economy”. *Indiana Journal of Global Legal Studies*, v. 13, n. 1, 2006.

MEDEIROS, M., 1998. Impacto da Doença e Qualidade de Vida dos Cuidadores Primários de Pacientes com Artrite Reumatóide: Adaptação Cultural e Validação do Caregiver Burden Scale. Tese de Doutorado, São Paulo: Universidade Federal de São Paulo.

MÍNGUEZ, M. A. “The persistence of male breadwinner model in southern European countries in a compared perspective: Familism, employment and family policies”. *MCFA Annals*, Vol IV, 2005.

MOREL, N.; PALIER, B.; PALME, J. “Beyond the Welfare State as we Know it?”. In: Morel, N., Palier, B., Palme, J. *Towards a social investment welfare state?: Ideas, policies and challenges*. Chicago University, 2012.

_____. “The Long Road towards a Social Investment Welfare State”. *Inclusive Growth, Welfare and Development Policy: A Critical Assessment*. No prelo.

MORGAN, K. “Promoting Social Investment through work-family policies: which nations do it and why?”. In: Morel, N., Palier, B., Palme, J. *Towards a social investment welfare state?: Ideas, policies and challenges*. Chicago University, 2012.

NASIR, J. A.; TAHIR, M. H. “A Statistical Assessment of Demographic Bonus Towards Poverty Alleviation”. *Pak. J. Commer. Soc. Sci*, v. 5, n. 1, p. 01-11, 2011.

RECEITA FEDERAL DO BRASIL. Carga Tributária no Brasil 2008 – *Análise por Tributos e Base de Incidência*. Brasília, 2009.

RIGOTTI, J. I. R. Transição demográfica. Porto Alegre, *Educ. Real*, v. 37, n. 2, p. 467-490, maio/ago, 2012.

SEN, A. (1999), *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo, Companhia das Letras.

SORJ, B.; FONTES, A. O “Care” como um regime estratificado: implicações de gênero e classe social no Brasil” In: Helena, H., Guimarães, N. *Cuidado e Cuidadoras: As várias faces do Trabalho do Care*. São Paulo: Atlas, 2012. p. 103-116.

TRYDEGARD, G-T. “Welfare Services for the elderly in Sweden at the beginning of the 21st century – Still in line with the Nordic Welfare State Model?” Disponível em: <<http://www.adelphi.edu/peoplematter/pdfs/Trydegard.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2013.

UNGERSON, C. Cash in Care. In: Harrington Meyer, M. (Ed.). *Care work: gender, labour and the Welfare State*. New York: Routledge, 2000, p. 68-88.

WAJNMAN, S. Dinâmicas Demográficas e Políticas Públicas In: Machado, A. F (Cord.). *Perspectivas dos Investimentos Sociais no Brasil*. Minas Gerais, 2010.

