



A SRA. PRESIDENTE (Flávia Moraes. PDT - GO) - Declaro aberta a presente reunião. Informo aos Srs. Parlamentares que esta reunião está sendo transmitida ao vivo pela Internet no *site* da Câmara.

Cumprimento a Deputada Carmen Zanotto, que também participará desta audiência pública.

Esta reunião foi convocada nos termos do Requerimento nº 305, de 2016, de minha autoria, subscrito também pelos Deputados Odorico Monteiro, Erika Kokay, Adelmo Carneiro Leão, Geraldo Resende, Carmen Zanotto e Dulce Miranda, aprovado por esta Comissão.

Hoje nós discutiremos o Projeto de Lei nº 2.029, de 2015, do qual sou Relatora, que institui a Política Nacional do Cuidado e dá outras providências.

Eu convido para compor a Mesa a Sra. Maria Tereza de Marsillac Pasinato, especialista em políticas públicas e gestão governamental no Ministério do Planejamento, doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro; a Sra. Analia Soria Batista, professora doutora do Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília — UnB; e Symone Maria Bonfim, consultora legislativa da Câmara dos Deputados, nas áreas de Previdência e Direito Previdenciário.

A intenção da realização desta audiência pública, que não é a primeira sobre esse tema, é justamente promover uma discussão sobre o tema do projeto citado.

Hoje vamos ter a apresentação da realidade de outros países, que acho importantíssimo conhecermos antes de fecharmos a Política Nacional do Cuidado no Brasil. Nós precisamos discutir bastante esse tema, que é muito abrangente, muito amplo, e ainda levar a discussão para outras Comissões, para que possamos realmente ter um resultado que atenda às demandas da nossa população.

Dando início aos trabalhos, passo a palavra à Sra. Maria Tereza de Marsillac Pasinato, que, como eu já disse, é especialista em políticas públicas e gestão governamental no Ministério do Planejamento.

A SRA. MARIA TEREZA DE MARSILLAC PASINATO - Bom dia. Quero agradecer muitíssimo a oportunidade. Fui convidada para apresentar a minha tese de doutorado, que não é recente, é de 2009. Eu peço desde já desculpas por não estar atualizada. Muitas coisas eu não tive possibilidade de atualizar.

Vou pedir para colocarem os eslaides.



(Segue-se exibição de imagens.)

A tese é sobre cuidados de longa duração para idosos. Minha especificidade foi a questão dos idosos porque eu já trabalhava com seguridade social, mais especificamente com a questão do envelhecimento populacional, tanto na área previdenciária quanto na área de saúde. A questão do cuidado de longa duração me chamou a atenção, e eu descobri esse novo desafio. Fique muito apaixonada pelo tema. E um dos aspectos que mais me chamou a atenção — eu coloquei a figurinha ali — foi o filme do Benjamin Button, feito a partir de um conto do Scott Fitzgerald, em que ele fala de uma pessoa que nasce velha e vai rejuvenescendo ao longo da vida.

Eu acho importante mostrar isso, não porque haja uma infantilização do idoso, mas porque nós sempre fomos acostumados nas sociedades a pensar no cuidado com as crianças. Mas quando há um processo de envelhecimento populacional, começa-se a demandar também uma forma de cuidado para os idosos, que estão vivendo cada vez mais. E, na medida em que estão vivendo cada vez mais, é maior a probabilidade de eles desenvolverem doenças crônicas que debilitem e fragilizem a sua condição, a ponto de comprometer sua autonomia e sua independência na vida diária.

Eu sou formada em Economia, não sou formada na área de saúde. Comecei a estudar sobre isso quando me formei. Eu entrei para um grupo de pesquisa do IPEA sobre previdência social, liderado pelo Chico Previdência, que faleceu em 2001, e comecei a tentar entender esse processo.

Nós temos uma pirâmide que vem se estreitando na base com a queda da fecundidade — ali há uma representação de dados de 1980 com projeção até 2020, se não me engano. Há estreitamento da base quando se reduz o número de nascimentos e que chamamos de envelhecimento pela base, porque a representatividade dos idosos fica maior, em função da redução dos outros subgrupos populacionais. E há um segundo momento, que chamamos de envelhecimento pelo topo, quando os mais idosos começam a viver por mais tempo.

Eu sempre tento comparar os cuidados com esse contingente idoso com os cuidados com as crianças. No caso das crianças, há um período de tempo delimitado para essa necessidade de cuidado, porque elas vão crescendo e vão se independizando dos pais. O idoso, ao contrário, vai se fragilizando, e há um horizonte temporal imprevisível, no que diz respeito ao tempo que vai ser preciso cuidar desses idosos. Não



se trata de curar esses idosos, mas de cuidar de condições crônicas que estão instaladas, e cuidar da melhor forma, para que essas pessoas vivam de forma autônoma e independente. Podemos postergar o avanço de algumas doenças crônicas e podemos agir para minimizar o efeito dessas doenças.

Quando eu comecei a estudar isso, eu tinha acabado de sair da faculdade, em 1992. Eu gosto de fazer um *pot-pourri* das minhas memórias da época. O primeiro filme a que eu assisti sobre necessidades de cuidado do idoso foi um filme italiano de humor negro, que eu apresentei para minha mãe, coitada. Ela quase infartou quando vimos juntas o filme. Ela saiu apavorada. O filme era *Parente é Serpente*. Não era uma questão de renda, não era uma questão de saúde, era uma questão simplesmente de ter a vida inviabilizada e viver sozinho, sem cuidados. Era sobre uma família italiana, que se aproxima muito mais da nossa realidade latina. E a situação me chocou muito, porque para mim era simplesmente uma sátira, mas, para minha mãe, foi quase que como se eu estivesse atentando contra a pessoa dela. Foi o primeiro choque que me veio à cabeça.

Ao longo da pesquisa, surgiu uma série de estudos acadêmicos. O *Averting the Old Age Crisis*, do Banco Mundial, de 1994, foi um marco nessa área de seguridade social, porque foi um chamariz para a questão do envelhecimento.

No Brasil, existe uma diversidade de idosos convivendo, com os quais precisamos lidar. E não é porque o País tem mais idosos pobres do que idosos ricos, tem a desigualdade social que tem, que um depende do outro. Eu tentei ilustrar ali que no calçadão de Copacabana nós vemos todos os idosos hígidos, praticando exercícios e convivendo harmonicamente, tentando viver plenamente a sua idade avançada. Mas há situações como a que nós vivemos no Rio de Janeiro — a minha referência é sempre o Rio de Janeiro, porque eu sou carioca —, na Clínica Santa Genoveva, que se revelou um depósito de idosos que causou comoção nacional. Houve inclusive uma CPI aqui para investigar o caso e ver o que se faria a respeito dessas instituições de longa permanência, como lidar com esses depósitos de idosos, para dar a eles dignidade, para dar o mínimo de bem-estar a essas pessoas, dentro dos limites que nós temos em orçamentos muito estreitos.

Ao mesmo tempo, em 2006, eu me deparei, lendo o jornal, com a notícia de uma idosa no Itaim Bibi, um bairro chiquérrimo de São Paulo, que acumulou 250 toneladas de



lixo dentro de casa e foi descoberta pelos vizinhos — era uma idosa em situação de autonegligência.

Cuidado de longa duração não é uma questão relativa a renda e não é necessariamente uma questão de saúde, nem de assistência, mas uma questão transversal a todas essas políticas.

Aí eu apresento algumas definições que eu acho interessantes. Os cuidados de longa duração são geralmente definidos como uma variedade de serviços de saúde ou de assistência social, prestados de forma continuada, voltados para os indivíduos que necessitam de apoio em função das suas crescentes limitações físicas ou mentais.

Trago dois exemplos de definição, uma definição da OCDE e outra da OMS. A da OCDE menciona que os cuidados seriam uma área da política de corte transversal que reúne uma gama de serviços voltados para os indivíduos que dependem de ajuda para a realização das atividades da vida diária por longos períodos de tempo. As demandas por cuidados de longa duração são mais prevalentes no grupo etário conformado pelos muito idosos, que apresentam maiores riscos de experimentar problemas crônicos de longa duração que causem incapacidades físicas e mentais. Essa é uma definição da OCDE, de 2006.

A OMS, em 2000, defendia que os cuidados de longa duração podiam ser entendidos como um conjunto de atividades empreendidas por cuidadores informais — família, amigos, vizinhos — e/ou formais, realizadas por profissionais das áreas de saúde e assistência, voltadas para a garantia de que os indivíduos que não sejam mais plenamente capazes de assegurar sua autossuficiência possam tê-la assegurada segundo os princípios norteadores do envelhecimento ativo pregados pelas Nações Unidas: independência, autonomia, participação social, realização pessoal e dignidade humana.

Assim, eu identifiquei os cuidados de longa duração como sendo essa área de interseção entre as várias políticas que conformam o sistema de seguridade social.

Desculpem-me. Estou colocando a mão no ouvido o tempo todo porque fiquei completamente surda depois da aterrissagem. Só estou ouvindo de um lado. Está difícil.

Quando penso na questão dos cuidados, penso em uma tríade. Se a organização desses serviços tem que passar pela distribuição e alocação das tarefas entre a família, o mercado e o Estado, ao mesmo tempo tem que haver uma redivisão desses papéis,



porque a família que sempre foi instada a participar desses cuidados está cada vez menor e é alvo de novos arranjos familiares. Há famílias superverticalizadas, há recasamentos, há famílias monoparentais, e é cada vez mais difícil ter dentro da família condições de cuidar dos seus entes mais frágeis.

Quando a Constituição estabelece que o dever de cuidar do idoso é prioritariamente da família, a que família esse artigo constitucional se refere? A família Dorianana, com a mãe, o pai e os filhinhos, praticamente não existe mais. Tivemos um crescimento absurdo no número de famílias monoparentais. Hoje há casamentos e recasamentos. Quem vai ficar com a sogra? A atual mulher ou a ex-mulher? Às vezes, a sogra gosta mais da ex. Quem vai assumir? Não sei se a ex vai querer encarar a sogra. Quem vai ficar com o encargo desses cuidados, que não são fáceis? Não quero colocar de uma forma simplista como um fardo para as famílias, mas é uma coisa difícil. Numa sociedade em que a maior parte das mulheres já entrou para o mercado de trabalho, exigir que a mulher, que ainda é a maior cuidadora das famílias, também se responsabilize por isso é muito pesado e é muito sacrificante emocional e fisicamente, tanto que muitos programas de cuidados focam exatamente na capacidade de apoiar os cuidadores familiares, porque eles são geralmente os mais fragilizados.

Então, há nessa tríade um equilíbrio, uma interseção entre as políticas de seguridade social, de renda, de assistência e de saúde, e os cuidados de longa duração se localizam nessa interseção. Ao mesmo tempo, tem que haver um reequilíbrio das forças que estruturam essas relações de poder, para definir quem será responsável pela manutenção disso, se o Estado, o mercado ou as famílias, tudo isso sendo bombardeado por modificações da sociedade que não foram pensadas quando da estruturação da seguridade social.

A estrutura da seguridade social foi pensada num tempo em que as famílias eram diferentes, em que o envelhecimento populacional não era como está hoje e não existia o fator da globalização. Escrevi isso em 2009, antes do Brexit. Deem um desconto também, porque não previa a saída inglesa da União Europeia. Houve também modificações na organização da produção, e tudo isso influencia a maneira como se vai lidar com esses problemas. E esse é o desafio atual.

Eu procurei estudar, procurei analisar a experiência internacional e verifiquei que, nos países desenvolvidos em que o processo de envelhecimento já estava mais



avançado, os cuidados de longa duração surgiram como uma necessidade de separar esses custos crescentes dos demais gastos com a saúde. O cuidado de longa duração não está previsto para curar ninguém, ele é um cuidado. Cuidado não prevê cura. Não se vai ter um ponto definido no tempo em que a pessoa vai deixar de precisar dele. Quando se monta uma estrutura de cuidado de longa duração, ela vai acompanhar o idoso por tanto tempo quanto seja o tempo de sobrevivência dele. Isso pode ser 2 meses, 2 anos, 20 anos ou 30 anos.

Acabou o meu tempo?

A SRA. PRESIDENTE (Flávia Moraes. PDT - GO) - Acabou, mas nós vamos prorrogá-lo.

A SRA. MARIA TEREZA DE MARSILLAC PASINATO - Vai ser rapidinho. Eu juro que vou tentar ser rápida.

A SRA. PRESIDENTE (Flávia Moraes. PDT - GO) - Você tem mais 3 minutos, está bem?

A SRA. MARIA TEREZA DE MARSILLAC PASINATO - Está bem.

A preocupação em separar os custos dos cuidados com idosos dos custos com saúde se deu porque muitos dos gastos com esses cuidados envolviam internações desnecessárias em hospitais. Como não havia para onde encaminhar os idosos, não havia família para acolhê-los do lado de fora, eles eram internados. Aí se tinha um custo muito maior dentro de uma instituição hospitalar com os idosos que não tinham esse apoio. Então houve uma demanda de racionalização e de entendimento desse processo de cuidado.

Com relação à experiência internacional, eu tentei analisar três países, sobre os quais vou falar rapidamente: Estados Unidos, Alemanha e Dinamarca. Pela tipologia Esping-Andersen, eram bem diferentes, ou seja, um liberal, um conservador e um socialdemocrata.

Em todas as análises que fiz sobressaíram algumas tendências comuns. A primeira foi o direcionamento dos programas em favor de alternativas que mantenham os idosos nos próprios lares ou comunidades. A segunda foi a necessidade de desenvolvimento de programas voltados para os provedores de cuidados informais de idosos. Geralmente esses provedores de cuidados são idosos também e se abatem muito rapidamente. Então, pode haver até uma situação em que o cuidador acabe vindo a precisar de



cuidados mais intensivos do que o próprio idoso demandante inicial. A terceira foi a descentralização administrativa do programa. Assim como a assistência social, é ideal que esses programas sejam focados na ponta que atende essa população. É mais difícil ter um bom desempenho se se pensar nessa política por cima, numa estrutura centralizada.

No modelo liberal americano há o Medicare e o Medicaid. Não vou me aprofundar nisso porque acho que não vai dar tempo de passar pelos modelos. Vou deixar a apresentação aqui.

A SRA. PRESIDENTE (Flávia Moraes. PDT - GO) - Maria Tereza, acho importante você falar sobre os modelos.

A SRA. MARIA TEREZA DE MARSILLAC PASINATO - Mas vai dar tempo? Estou apavorada aqui.

A SRA. PRESIDENTE (Flávia Moraes. PDT - GO) - Vamos lá!

A SRA. MARIA TEREZA DE MARSILLAC PASINATO - Nos Estados Unidos, o Medicare dá uma cobertura limitada de cuidados de longa duração, que é de até 100 dias. Após esses 100 dias, pode-se contratar — o que muitos idosos fazem — um *medigap* para suprir a lacuna que não é suportada pelo Medicare. Já o Medicaid, que é o programa voltado para os pobres, tem instituições de longa permanência que podem dar conta desse cuidado, mas sempre em condições muito limitadas, porque é um programa voltado para idosos.

Lá eles têm um tipo de estatuto do idoso com as agências para envelhecimento e têm serviços paralelos, como o Meals on Wheels, programa de entrega de refeições em casa ou em ambientes para refeições, ou os programas de vacinação. Eles têm uma estrutura de políticas públicas muito mais limitada do que a que nós temos no SUS. O SUS, por mais que tenha defeitos, tem uma amplitude de cobertura populacional e de procedimentos e eventos que acho que, dentro do que nós estudamos, é incomparável ao de qualquer outro país do mundo.

Na Alemanha, também existe uma população bastante envelhecida. Vou tentar passar rapidamente por isso. Lá também se tentou, no final da década de 80 e começo da década de 90, um seguro voluntário para dar conta dessas necessidades de cuidados especiais.



Na questão de voluntários, a Alemanha tem uma estrutura securitária muito forte, que vem desde Bismarck, mas que não deu certo. No universo de 20 milhões de potenciais demandantes desse seguro, foram vendidas mais ou menos 300 mil apólices, o que era nada perto do número que eles teriam que atingir e com vários riscos de seleção adversa, várias falhas de mercado nessa seleção.

Então, em 1994, foi incorporado ao modelo alemão mais um pilar. Junto com os pilares de previdência social, de saúde, de acidentes de trabalho e de desemprego, foi estabelecido o de cuidados de longa duração, que é pago por uma alíquota compartilhada e que provê uma série de serviços para os idosos.

Normalmente, os idosos mais novos optam pelos cuidados prestados até informalmente ou no âmbito familiar, que têm a possibilidade, inclusive, de os responsáveis familiares que abdicarem de trabalhar no mercado de trabalho receberem toda a estrutura do sistema previdenciário. Eles contribuem para a previdência e têm direito a descanso remunerado uma vez por ano, por 40 dias, se não me engano. Eles têm esse descanso porque cuidar de pessoas nessas condições é muito penoso, é muito sofrido, principalmente em se tratando de uma pessoa da família. Essa foi uma questão que eles colocaram e que tem dado certo. À medida que os indivíduos vão envelhecendo e vão demandando cuidados mais intensivos, tende-se a uma procura por serviços mais formais, mais institucionalizados.

A Dinamarca é o meu país dos sonhos. Nessas horas, eu queria ser loura, de olhos azuis e morar na Dinamarca. Trata-se de um país pequeno, o que já imprime outra forma de se pensar a política, muito voltada para uma cidadania ampla e universal, em que todo mundo tem direitos. E as polícias sociais da Dinamarca são baseadas principalmente em prestação de serviços. As *day care facilities* estão presentes mesmo. Existem creches. Se a mãe vai trabalhar, dispõe de creche para deixar a criança. O idoso tem quem faça a faxina, tem quem faça a comida, tem quem vá lá dar a injeção, tem quem vá fazer tudo. Além do mais, existem projetos como o de visita. A partir do momento em que o idoso completa 60 anos, sugere-se uma visita domiciliar para averiguar a higidez do idoso, como ele está, de forma a prevenir e postergar possíveis perdas de autonomia.

É muito mais fácil trabalhar com prevenção e promoção da saúde se se dispuser realmente de uma estrutura capaz de fazer isso. Eles estão adotando isso. Por exemplo, eles chegaram a ter, na década de 80, 20% dos idosos asilados. Mas, tanto por questão



de bem-estar dos idosos quanto por questão de custos financeiros, eles acharam que a manutenção dos idosos nos próprios lares saía mais barata e era mais agradável. Eles optaram por isso e reduziram bem esse percentual, que é de menos de 10% atualmente.

A Dinamarca é um país onde, ao contrário dos demais países estudados, à medida que a pessoa vai envelhecendo, vai vivendo mais sozinha. Geralmente, quando a pessoa enfiúva, vai passando para a casa dos filhos, vai passando para a casa de parentes, para não ficar sozinha. Na Dinamarca não é assim. Lá os idosos têm condições de viver sozinhos porque têm uma série de políticas estatais que garantem a sua sobrevivência dessa forma. Eles não precisam passar para a casa de parentes e conseguem manter sua individualidade.

Aí vem o Brasil. Aqui está a nossa estrutura. Eu tentei fazer um rascunhão do nosso sistema de seguridade social. Nós temos uma seguridade social conformada pela Constituição em termos de saúde, previdência social e assistência social.

Na saúde, nós temos o SUS — Sistema Único de Saúde; os planos de saúde, que funcionam de modo praticamente sobreposto ao SUS para alguns grupos de renda; e os desembolsos diretos, que também representam boa parte dos custos com essa área no País.

Em termos de previdência, nós temos o Regime Geral de Previdência Social; os Regimes Próprios de Previdência Social; e, além disso, de forma voluntária e complementar, as entidades abertas e as entidades fechadas. As entidades abertas são os PGBLs e VGBLs que fazemos nos bancos; as entidades fechadas são os fundos de pensão a que algumas empresas dão acesso.

Em termos de assistência social, nós temos as transferências de renda, que são praticamente o BPC e o Bolsa Família — coloquei as mais importantes.

Os serviços estão divididos entre os programas de proteção básica e os de proteção especial. Os asilos, as ILPIs, estão na proteção social especial. Ainda falta muito. Se nós pegarmos o número de idosos asilados no Brasil, veremos que é um número muito, muito pequeno. Acho que existe um estigma muito grande em relação a essa institucionalização que precisa ser trabalhado, porque não é demérito asilar um parente. Asilar um pai ou uma mãe que já esteja em determinada condição pode ser a salvação inclusive para as relações interpessoais dentro daquela família. Se a família não tiver condições de cuidar com dignidade daquele idoso e se houver uma instituição que seja bem regulada e preste



o serviço com eficiência e critério, asilar é muito melhor. A família também precisa se sentir amparada.

Aqui são só uns exemplos de dados sobre a proporção da população brasileira que tem alguma dificuldade para realização das atividades da vida diária. São estes os potenciais demandantes de cuidados de longa duração. Eu peguei os dados do livro da Ana Amélia Camarano porque os meus estavam desatualizados. Como eu não tinha tempo de atualizar os dados, peguei os dela. São dados das PNADs de 1998 e 2008 — não que haja muita diferença entre os dados de 2003, que eram os meus, e os de 2008.

Vejam que há um aumento da dificuldade para realização das atividades de vida diária à medida que se envelhece.

No próximo eslaide, está essa mesma informação, só que separada por sexo. Entre as mulheres, essa dificuldade é maior. Isso traz uma série de implicações, porque a mulher é a cuidadora; mesmo a mulher idosa é a cuidadora.

Em termos de renda, como vemos no próximo eslaide, existe uma situação praticamente equacionada no País. Nós temos um sistema de previdência e assistência social que conseguiu dar conta da ausência de renda na idade avançada. Nós praticamente não temos idoso sem renda. A situação da renda está equacionada, mas isso garante o atendimento às necessidades de cuidado? Não, porque essa é uma renda capaz de suprir as necessidades básicas, e uma pessoa que demanda cuidados de longa duração precisa de muito mais do que o básico, precisa de alguém que vá fazer as coisas por ela. E essa pessoa precisa ser remunerada, porque nem sempre um familiar vai estar disponível.

O outro eslaide apresenta a inserção. Como essas políticas de cuidados são transversais, eu trouxe também alguns eslaides sobre o programa Saúde da Família e a cobertura tanto em instituições de idosos quanto em domicílios que têm idosos com dificuldade para realização das atividades da vida diária. Em ambos os casos, vemos que, no Brasil, em média, metade da população não está sendo atendida pelo Saúde da Família, por mais que ele tenha aumentado sua participação e tenha evoluído muito nos últimos anos. Trata-se de um programa que merece todo o respeito do mundo e que precisa ser aprofundado, mas ele ainda é um processo em construção que precisa atender a essa outra metade de pessoas necessitadas que não está sendo atendida.



Como eu tentei mostrar no começo, com aquelas ilustrações da sociedade brasileira, tanto os idosos ricos quanto os idosos pobres demandam cuidados. Então, tem que haver alguma solução, porque uma das violências contra o idoso é a autonegligência. Se ele não tiver família, quem vai cuidar dele? O Estado tem que ser instado a cuidar desse idoso. Se o idoso não tem família, a outra instância de divisão das necessidades deve ser otimizada.

Por fim, apresento um eslaide sobre os dados da Pesquisa de Informações Básicas Municipais — MUNIC com relação a centros de convivência e centros-dia. Aí há uma crítica que me permito fazer. Os centros de convivência promovem danças de salão, atividades lúdicas, tudo muito bacana e que merece ser feito. Mas são muito poucos os Municípios que contam com centros-dia, instituições reguladas às quais a família possa confiar o cuidado do seu idoso nos momentos em que ela tenha que ir ao mercado de trabalho e ganhar o seu sustento.

Então, não é razoável haver discrepância entre os centros de convivência e os centros-dia, principalmente se formos analisar o valor que é pago a um e a outro. A diferença é muito pequena, sendo que os centros-dia precisam de uma estrutura muito maior, porque há demanda por fisioterapeutas e toda uma infraestrutura de assistência à saúde que os centros de convivência não precisam. Essa, eu acho, também é uma questão a ser repensada.

E o último eslaide traz dados de uma pesquisa do IPEA já antiga, feita entre 2007 e 2009, que mostra que nem sequer temos instituições de longa permanência em todos os Municípios. A maior parte dos Municípios do Norte e do Nordeste não têm instituições de longa permanência. Então, é a família que está cuidando mesmo. E que família é essa? Em que condições? Se a opção que nós vamos fazer para o cuidado com idosos é a família, temos pelo menos que dotar a família de condições mínimas para prover esse cuidado. Não podemos simplesmente dizer que, constitucionalmente, isso é uma responsabilidade da família, sem apoiar essa família e sem entender de que família estamos falando.

As minhas considerações finais são no sentido de que precisamos organizar essas várias tríades, precisamos organizar as distribuições de poder entre o Estado, a família e o mercado, entre a assistência social, a saúde e a previdência. Mesmo que trabalhemos dentro da União, onde a expectativa é, supostamente, de que todos atuem em prol dos



cidadãos, ainda há divisões de tarefas: *"Isso é da minha área, aquilo é da minha área"*. Tem de haver uma atividade sistêmica dos Ministérios e das Secretarias para entender que, para cuidados de longa duração, não dá para pensar em saúde à parte de previdência e assistência social. Há que se integrarem as políticas para se evoluir a partir disso.

As várias instâncias de poder — Municípios, Estados e União — também precisam atuar conjuntamente. Por mais que as formulações possam vir da União, a implementação das políticas sempre cabe ao ente mais próximo da população, principalmente nesses casos, o Município.

Desculpem-me por me estender demais.

Obrigada.

A SRA. PRESIDENTE (Flávia Moraes. PDT - GO) - Maria Tereza, não há nada de que se desculpar. Nós queremos agradecer a você a presença, a participação e a exposição, muito importante para esse trabalho que estamos fazendo de construir, através de informações e referências de outros países, como você trouxe para nós, uma Política Nacional de Cuidado que venha realmente a ter êxito e a atender a essa demanda que hoje não tem a visibilidade que precisa ter no contexto das ações da seguridade social e da saúde.

Eu queria até acrescentar que acredito que essa intersectorialidade do cuidado requer também acessibilidade, por meio da ação dos Ministérios de Infraestrutura e das Cidades. Nós precisamos melhorar essa questão, pois isso facilita a vida do idoso. Nós também trazemos o Ministério da Educação para essa ação, quando precisamos qualificar os nossos cuidadores. Precisamos ter dentro do Ministério da Educação políticas públicas que deem condições de qualificação a essas pessoas.

Enfim, essa é uma política que envolve muitos órgãos, e essa articulação não é fácil, é um grande desafio. Fazer um plano nacional articulado exige muito de nós, porque nós precisamos envolver todos na mesma medida, para que realmente tenhamos resultado.

Quereria registrar a presença do Deputado Jones Martins, do PMDB do Rio Grande do Sul, e da Deputada Zenaide, que participam desta audiência pública conosco.



Gostaria de registrar a importância da fala da Maria Tereza com relação aos centros-dia. Nós sabemos que ainda não é reconhecida a importância desse equipamento público no atendimento a essa demanda, que ainda é grande.

Sobre as ILPIs, eu sempre deixo uma interrogação, porque acredito que, ao mesmo tempo em que elas oferecem o cuidado que a família não pode dar em determinado momento, elas também favorecem o abandono, que é uma forma de violência. Quando a família tem o conforto de recorrer a uma instituição que cuida do idoso, ela acaba não tendo mais tempo para aquele idoso. E, por mais que ele tenha todos os cuidados de higiene e saúde que precisa ter, ele acaba perdendo um pouco do vínculo familiar, o que, para ele, é muito doído e sofrido nessa fase da vida.

Acreditamos que os centros-dia precisam ter uma dimensão bem maior para que possamos tê-los como alternativa às ILPIs. Isso é perfeitamente viável para uma família que tem de fazer parte do mercado de trabalho, para que ela saia de manhã, leve o idoso para o centro-dia, trabalhe, faça todas as suas ações e, ao retornar, traga o idoso para a convivência da família, nem que seja noturna e nos fins de semana.

Isso é muito importante, é uma forma que teríamos de enfrentar essa grande dificuldade que temos hoje para manter o vínculo familiar do idoso. Eu falo que não há nada mais triste, nessa fase da vida, do que o abandono.

Quero agradecê-la muito pela presença.

Passo agora a palavra para a consultora da Câmara dos Deputados, a Symone Maria Bonfim, que tem tido uma participação estreita conosco na construção desse relatório e na articulação do grupo de trabalho. Nós ficamos feliz de ter a Symone participando conosco desta audiência pública. Na Consultoria, ela trabalha na área de Previdência Social e assistência social, mas tem se especializado muito na área do idoso.

Com relação a essa questão do cuidado, é bom lembrar que, além do idoso, existem as crianças, os bebês e as pessoas com deficiência, que necessitam de cuidado. Então, essa questão é um pouco mais abrangente, abrange mais do que esse grupo dos idosos no nosso País. Temos de ter também esse entendimento.

Passo a palavra para a Symone, que já vai começar a fazer sua exposição.

A SRA. SYMONE MARIA BONFIM - Bom dia a todos.

A Deputada gentilmente me convidou para participar desta audiência. Eu não sou muito de falar em público, mas vou tentar passar algo para vocês. Como eu faço parte da



Assessoria Técnica da Casa, vou procurar não emitir nenhum juízo de valor, até porque assessoro e respeito a opinião de todos os Deputados, que são os nossos clientes potenciais na Consultoria.

A minha apresentação é basicamente sobre tipologia de cuidados.

(Segue-se exibição de imagens.)

Eu começo a apresentação com um encarte do jornal *Valor Econômico* de março que me chamou muito a atenção: "*As centenárias*". Neste encarte são retratadas seis mulheres, que além de todas terem 100 anos, o que já é uma vitória, um trunfo, têm alguns pontos em comum: têm uma família presente que cuida delas, e não necessariamente é o filho que cuida; todas são viúvas; todas estão lúcidas. Uma delas declarou que tem problema de locomoção. Outra chama atenção porque, até 3 anos atrás, ainda fazia tradução de romances como *Bianca*, *Sabrina*, *Arlequim* e era extremamente produtiva. Outra, que disse que tem uma limitação para caminhar, é ligada em páginas do Facebook, tem *blog*, então, é uma pessoa com um acesso digital que a maioria dos idosos tem dificuldade de ter ou às vezes nem consegue.

Portanto, elas são realmente pessoas privilegiadas. A mais nova tem 100 anos e a mais velha tem 112 anos. Uma delas ia fazer 100 anos e, no aniversário de 99 anos, disse que foi assistir a um jogo do Internacional, da qual é fã, e recebeu uma faixa "*A Diva do Inter*" — o nome dela é Diva. No aniversário de 100 anos, ela estava pensando se viria conhecer Brasília ou se andaria de helicóptero. Esses são os desejos dela aos 100 anos.

Nós sabemos que essa não é a realidade da maioria das pessoas, que essas mulheres foram escolhidas. E há um detalhe nesse apanhado: eles conseguiram uma centenária de Recife, uma de Uberlândia e o restante da Região Sul, embora as centenárias, segundo o IBGE, localizem-se principalmente na Região Nordeste. A Bahia é o lugar em que há mais centenárias. E aí você começa a pensar: se a renda delas, em tese, é menor, o que faz com que consigam chegar aos 100 anos?

Eu procurei trazer alguns dados baseados inclusive nas centenárias. A taxa de fecundidade, para a qual já se chamou atenção, era, em 2000, de 2,39 por mulher; e, em 2013, de 1,77 por mulher. Então, a queda dessa taxa está avançando muito rápido.

A expectativa de vida ao nascer, segundo a última publicação do IBGE, é em média de 75,2 anos, sendo de 71,6 anos para homens e 78,8 anos para mulheres.



As nações são consideradas envelhecidas pela OMS quando mais de 14% da população tem acima de 65 anos. Nós estamos caminhando muito rápido para isso, e eu acho que, em 2020, já vamos ser considerados uma nação envelhecida, já vamos ter mais de 14% acima de 65 anos.

Em 2015, a população de idosos era de 12,5%. Aqui são consideradas pessoas de 60 anos ou mais, de acordo com o Estatuto do Idoso, embora a maioria dos países adote o limite de 65 anos.

Em 2050, 30% da nossa população será composta por pessoas com mais de 60 anos. Será um desafio enorme para o País conseguir atender, com dignidade e com qualidade, essa população que tende a crescer. O grupo que mais cresce entre os idosos é o dos *older-older*, dos acima de 80 anos.

Por que isso é bastante complicado? Eu penso sempre pelo lado da política pública — e você também chama atenção para isso. Em média, os cuidados mais intensos duram 5 anos. E quem garante que vai ser assim? Se houver qualidade de vida, esse cuidado vai se prolongar, e o Estado, a família e o mercado precisam se preparar para atender essa demanda.

Na Suécia, hoje em dia, a idade de 100 anos virou uma coisa muito comum. A Dinamarca tinha uma poupança, uma estrutura universal para atender os idosos. Lá alguns serviços visam colocar os idosos que não têm necessidade desse cuidado para participar dos cuidados daqueles que têm mais necessidade de apoio.

Neste próximo eslaide, tentei apresentar apenas definições, para esclarecer o que seriam as atividades da vida diária, que a Maria Tereza já colocou; o que seriam as atividades básicas, aquelas de higiene e vestuário; e o que seriam as atividades instrumentais, aquelas que possibilitam que sejam exercidos direitos, em que se dá muito mais um apoio ao idoso. Como ela citou, às vezes o idoso não pode mais cozinhar, então, o Estado dá esse apoio. Não necessariamente o idoso precisa daqueles cuidados de alimentação, vestuário ou relacionados à saúde.

O que seriam essas tipologias de cuidados? Os modelos de cuidados de longa duração, na verdade, derivam muito do modelo de *welfare state* que o país tenha adotado. Existe uma tendência muito forte, em que se estruturam os cuidados a partir das experiências históricas e sociais e das instituições e em que não se observa uma



mudança muito radical, como, por exemplo, passar a fazer algo completamente diferente do que era a tradição de trajetória.

Tentei citar, só para situar, o Esping-Andersen, que foi quem estabeleceu, vamos dizer assim, os modelos de *welfare state*, de Estado de bem-estar social. Esses modelos são o liberal, que a Maria Tereza já citou, em que a assistência é mais voltada para os mais pobres e em que os planos de previdência social são mais modestos; o conservador ou corporativista, em que os direitos estão ligados mais à classe, à questão do trabalho, ao *status* em termos de participação na produção, e em que o Estado tem uma ação mais subsidiária; e o social-democrata, em que o Estado tem um papel central na provisão dos direitos sociais, com igualdade e melhoria dos padrões de qualidade para todos os cidadãos.

Existem várias tipologias de cuidados de longa duração. Escolhi a de um autor espanhol, cujo nome esqueci, que classifica as tipologias em quatro, incorporando mais uma vertente aos modelos apresentados pelo Esping-Andersen. Então, além dos modelos anglo-saxão ou liberal, conservador e socialdemocrata, ele coloca também o mediterrâneo.

Eu procurei organizar os modelos de acordo com o acesso aos cuidados de longa duração. No modelo anglo-saxão ou liberal, esse é um direito misto, com cobertura universal em atenção à saúde e cobertura limitada e seletiva na proteção socioassistencial. A preferência de atendimento é das pessoas em situação de dependência severa e sem recursos financeiros. Os tipos de prestação são serviços, prestações monetárias e contribuições pessoais, pois o voluntariado participa bastante. A provisão dos serviços pode ser feita por empresas, organizações não governamentais e municipalidade. O financiamento é misto, com impostos e copagamentos por serviços sociais para os que ultrapassam determinado nível de renda. Quanto à governança, há regulação central com fragmentação institucional, e a responsabilidade pela gestão dos serviços e benefícios é municipal. O apoio ao cuidado é informal e limitado ao cuidador, com elevada responsabilidade individual ou familiar em prover o cuidado para quem necessita. Exemplos de países: Reino Unido, Irlanda, Canadá e Estados Unidos. Eu acho que os Estados Unidos até fogem um pouquinho disso porque é o país menos estruturado. Mas a literatura gosta de colocá-lo nesse grupo.



O outro modelo é o que o eles chamam de continental ou corporativo. O direito é universal, com dois níveis de acesso: contributivo e não contributivo. A preferência é por prestações monetárias, em que o dinheiro é repassado para a pessoa, para que ela pague o serviço, com limite máximo. Há serviços, mas eles não são os primeiros na ordem de oferecimento. Busca-se oferecer ajudas técnicas ou tecnologias assistivas, que seriam apoios, órteses e próteses a pessoas que, em função de uma situação de dependência para desempenhar as atividades básicas da vida diária, tornam-se, em última análise, pessoas com deficiência e, então, usam muito essa tecnologia assistiva. É claro que, quando a pessoa é muito dependente, só é possível o cuidado mesmo. Mas, em geral, procura-se ajudar essas pessoas a conservarem a autonomia, a independência o máximo possível, inclusive com tecnologias assistivas. O financiamento é misto, com impostos, contribuições e copagamentos. Há contribuições à seguridade social, para acesso aos benefícios e serviços do nível contributivo. Há impostos para quem não contribui e copagamento na prestação dos serviços. Quanto à governança, a responsabilidade da organização e gestão cabe à seguridade social, por regiões e municípios. Há uma regulação central e uma gestão regional desse cofinanciamento. O apoio ao cuidador informal é amplo porque, nesse regime, ele tem uma importância muito grande. Exemplos de países: Áustria, Alemanha, Luxemburgo, França, Holanda, Bélgica e Japão. Eu até questiono se a França se encaixa exatamente aqui, porque acho que ela mistura um pouco também o regime mediterrâneo.

O outro modelo é o nórdico. Ele é o sonho de todos nós, mas acho que não vai dar para atingirmos. (*Risos.*) Nele o direito é universal e acessível a todos, sem distinção. Os tipos de prestações são principalmente os serviços sociais e ajudas técnicas. Observa-se um crescimento de prestações monetárias e utilização de recursos pessoais, mais observado na Suécia, que é um país maior. Mas isso se dá basicamente por impostos, com acesso para todo mundo, a menos que seja um serviço muito específico. Mas o serviço prestado pelo Estado é de qualidade e, em geral, atende a necessidade do cuidado. O financiamento é por impostos gerais e locais. Na Suécia, os impostos locais é que financiam o cuidado. Quanto à governança, a regulação é central, com gestão municipal. Há substituição da família no cuidado. Ou seja, a família não é obrigada a cuidar, mas, se ela quiser, se ela fizer essa opção, o que não é muito comum, tem todo o apoio para exercer essa atividade. Exemplo de países: Suécia, Dinamarca e Finlândia.



O quarto modelo é o mediterrâneo. A acessibilidade é um direito misto: universal e sem limitação para a atenção à saúde; e seletivo, ou seja, universal e limitado para os serviços sociais. Existe uma transição para uma cobertura mais universal, porém com muita disparidade entre os países que compoem esse bloco. Quanto aos tipos de prestações, há preferência por prestações monetárias, com limite máximo, e serviços sociais para os mais pobres, de caráter regional e municipal, além de ajudas técnicas. A provisão dos serviços é mista: o terceiro setor participa bastante, há um crescimento da participação de empresas e também há participação da municipalidade. O financiamento é feito por impostos; contribuições sociais; e copagamento para quem excede determinado nível de renda. Quanto à governança, a organização é ainda fragmentada, com tendência a uma sistematização. Regiões e municípios são responsáveis pela política de cuidados de longa duração. O apoio ao cuidado informal é muito limitado ainda. O dinheiro é repassado, mas, em geral, não se desenvolve um serviço de apoio. Muitos países, ao contrário da Alemanha e da França, nem exigem que haja recolhimento para a previdência social: passa-se o dinheiro, e fica por isso mesmo. Exemplo de países: Espanha, Itália e Portugal.

Este mapa ilustra os países. Eu vou pular alguns e tratar dos que ainda não foram falados aqui. A Analia vai falar sobre a Alemanha e a Espanha, então, eu vou passar bem rápido.

A Inglaterra tem uma legislação nacional que prevê apoio aos cuidados familiares. A cobertura e o acesso são universais, mas com limitações, pois o acesso varia de acordo com a severidade da dependência e a capacidade econômica dos demandantes em relação a cuidados sociais. Mas essa capacidade econômica não considera só a renda, considera também os ativos, os bens familiares dos demandantes de cuidados. Para acesso aos serviços de saúde, não há teste de meios e há priorização de acesso aos mais dependentes e pobres. O financiamento se dá por impostos, tanto do governo central quanto dos governos locais. Os gastos públicos com cuidados de longa duração giram em torno de 1,97% do PIB. Os tipos de benefícios são monetários. Pode-se usar o benefício para pagar cuidadores, que não podem ser familiares que vivem no mesmo domicílio. Há os serviços sociais domiciliares e comunitários, que chamamos de centros-dia; e há os serviços institucionais, que chamamos de instituições de longa permanência. Há uma avaliação da necessidade do cuidado e do grau de dependência, de acordo com



critérios definidos pela municipalidade que é responsável pela coordenação dos cuidados. Há amplo apoio ao cuidador informal, o familiar, inclusive com previsão em lei específica, de alcance nacional, de substituição para descanso e recebimento de ajuda financeira. Os cuidadores familiares também têm o direito de solicitar avaliação de suas próprias necessidades.

A França tem uma legislação específica sobre cuidados de longa duração, de 2002. É uma legislação nacional, mas limitada à definição das linhas gerais da política de cuidado. A planificação, coordenação e execução são descentralizadas. Não há um sistema específico de cuidados, mas, localmente, criaram-se estruturas locais para coordenar o acesso às prestações nas áreas de saúde e previdência. Quanto à cobertura, o acesso é direcionado especificamente para pessoas com mais de 60 anos. Não há atendimento à pessoa com deficiência como acontece em países onde, quando se fala de cuidados, está se falando também da pessoa com deficiência. Na França, isso é tratado como uma política pública diferenciada. Há o copagamento quando o valor do pacote de cuidados exceder o valor do benefício monetário, de acordo com a renda do receptor dos cuidados. Há uma forte presença da família na provisão.

Existe na França um ponto interessante: como no Brasil, lá eles têm a exigência constitucional do cuidado com os pais. E, para compor essa renda, eles incluem também a renda dos filhos. Pode ser contratado o filho, o tio como cuidador familiar, mas não ser contratado o cônjuge. Há um ditado muito conhecido que diz: "*Quem come a carne que roa o osso*". Então, o cônjuge não recebe para cuidar, porque isso é um dever inerente à condição dele. Pode-se pagar ao filho. Só que a França exige a contribuição com relação a direitos trabalhistas e a contribuição previdenciária.

O financiamento é por impostos, contribuições e copagamentos, que é uma coisa bem forte no modelo francês. Existe também o Fundo Nacional de Solidariedade para Autonomia, 1% do qual vem do orçamento da assistência social, sendo o restante formado por 1 dia de trabalho de cada trabalhador francês. O gasto público dele está em 2,16% do PIB. Os tipos de benefícios são, prioritariamente, os monetários, que variam em razão do grau da dependência e da renda do demandante e são controlados e destinados exclusivamente para o pacote de cuidados. Há os serviços domiciliares, cuja coordenação cabe às municipalidades, há os serviços de cuidado em instituições e há os serviços de teleassistência e ajudas técnicas. Há um sistema formal de avaliação da necessidade de



cuidado, da condição de dependência, definido em seis graus: para quatro graus, você tem direito ao apoio, e, para dois graus, eles consideram que ainda não necessário cuidado. As horas de cuidados familiares são consideradas quando da avaliação das necessidades do demandante, pois, pela lei, o familiar tem o dever de cuidar. Por fim, há um apoio limitado ao cuidador familiar.

Em relação à Suécia, não vou me alongar, porque ela segue muito o modelo dinamarquês, com coberturas universais. Quando eu falo de possibilidade de copagamento, refiro-me àquilo que exceder, ou seja, uma coisa muito específica. O financiamento é por impostos. O gasto é muito alto e corresponde a 3,88% do PIB. Existem instituições de longa permanência, mas eles adotam uma gradação com relação àqueles totalmente dependentes e àqueles que exigem um meio termo, priorizando a permanência na comunidade o máximo que se puder. Avalia-se o grau de dependência, mas os critérios são definidos por cada municipalidade. Como o Estado presta o serviço, eles não trabalham muito com a ideia do cuidador informal. Mas, se o familiar quiser cuidar, tem realmente todo o apoio: afastamento do trabalho, com remuneração limitada, para o cuidado de familiares por até 100 dias. Por exemplo, se o seu familiar estiver em estado terminal e você prefere cuidar dele, há toda uma legislação que o ampara. Há substituição para descanso e serviços de aconselhamento.

Sobre a Espanha, eu não vou falar. Vou só terminar aqui na Itália. A Itália seria — aqui é uma opinião bem pessoal — o nosso não-modelo. O regime é universal, mas varia de acordo com o grau de dependência, com possibilidade de copagamento. O financiamento é por impostos, de acordo com a renda das famílias. O gasto em relação ao PIB é de 0,88%. Geralmente a transferência é monetária. Não se exige a contratação de cuidador com o pagamento de benefícios trabalhistas ou previdenciários. Uma coisa para a qual a literatura chama a atenção é o mercado paralelo do cuidado, em que se recebe e contrata o imigrante que, às vezes, não fala nem a língua do país. Como ele é recém-chegado e não tem ainda nenhum amparo ainda estatal, não tem nenhum preparo, passa a ser o cuidador principal dos idosos. Essa é uma coisa que a União Europeia tem criticado bastante no regime italiano. Muitos consideram que isso não seria nem um modelo. Não existe uma norma específica para avaliar o grau de dependência. A severidade é avaliada de acordo com a região, e cada um faz a sua classificação. Não há norma nacional para apoio ao cuidador, e os trabalhadores que cuidam de pessoas com



deficiência têm direito a 3 dias de afastamento por mês, de acordo com previsões em leis. Se você cuida de uma pessoa deficiência e cuida, tem direito a isso.

Para terminar, eu tentei reunir quais seriam as principais tendências nos sistemas de cuidado de longa duração. A primeira seria o universalismo focalizado, com garantia para todos, independentemente do nível de renda ou patrimônio, mas com priorização daquelas pessoas com maior restrição de autonomia e funcionalidade. A segunda seria a expansão da cobertura dos serviços domiciliares e comunitários, com restrições para a ampliação do acolhimento institucional, mas com adoção de medidas de apoio ao cuidador familiar. A terceira seria a criação de sistemas mistos de cuidados, financiados tanto pelo Estado quanto pelos indivíduos com maior renda, com oferta principalmente de prestações econômicas e serviços. A quarta tendência, que seria o quarto pilar da Seguridade Social no nosso caso, é criação de um sistema autônomo de cuidados, em que não se concentra só na política de saúde nem na de assistência. É muito difícil quebrar culturas ou meios de exercer, vamos dizer, atividades de saúde ou de assistência social se você não conseguir reunir ou organizar esses serviços de forma separada. Os países que optam por não fazer isso desenvolvem estratégias institucionais e administrativas que permitem maior articulação, mas sempre com problemas. Se já é difícil fazer o controle dos cuidados de forma separada, é ainda mais complicado fazê-lo de forma autônoma. A sexta tendência compreende um debate contínuo e ajustes periódicos nos modelos ou escolhas de cuidados de longa duração, para garantia da sustentabilidade do sistema.

Principalmente depois de 2008, com a grande crise fiscal, até o modelo nórdico teve que olhar para si e começar a se tornar mais eficiente, para não comprometer tanto os recursos, porque a realidade já havia mudado. Não há como fugir do envelhecimento, então, eles fazem revisões contínuas nos regimes adotados.

Para terminar, o último eslaide é só uma provocação. Acho que muitos de vocês conhecem a série *Família Dinossauros*. Sempre que eu leio e começo a ficar desesperada ao ver que ainda precisamos fazer muito, lembro-me do episódio *O Dia do Arremesso*, em que uma lei de 1 milhão de anos dizia que se deveria jogar os idosos de um penhasco, para caírem num poço de piche. O argumento era de que eles atrapalhavam o bando, não podiam correr dos maiores predadores e tinham um custo muito alto de manutenção. Depois de 1 milhão de anos, chega a vez de o Dino poder



jogar a sogra, a D. Zilda, do penhasco. E ele faz aquela festa! O chefe diz que é o único momento na vida em que eles terão o mesmo nível, que serão iguais, e todos os homens ficam muito felizes. A filha aceita porque aquilo é uma tradição. Mas, quando a D. Zilda chega para se despedir, o Bob, o neto, diz que não concorda e resolve fugir com ela. O Dino se desespera: *"Como a sociedade iria vê-lo se ele não conseguisse cumprir a tradição?"* Depois a D. Zilda diz que quer voltar, e o Bob argumenta: *"Mas, gente, já se passaram 1 milhão de anos! Nós não precisamos fazer isso. Nós não temos mais as mesmas ameaças, nós moramos em cavernas agora. Temos muito mais condições e podemos fazer outra coisa"*. A D. Zilda fala assim: *"Mas eu ia encontrar o meu marido"*. Mas, como ela vê que isso iria chatear o Dino, diz que vai ficar em casa. E aí termina o episódio.

Isso é só para nós pensarmos que não é pelo fato de sempre ter sido assim que não vamos ter que fazer algo. Temos que encarar que as coisas mudaram. E eu acho que este é um lugar privilegiado — a Deputada tem tomado essa bandeira com unhas e dentes — para procurarmos mudanças e realmente criarmos um sistema sustentável de cuidados dentro da nossa realidade, da nossa questão fiscal, nem que façamos isso aos poucos. Como eu serei uma cliente preferencial daqui a 20, 30 anos, espero que, até lá, isso já tenha mais ou menos caminhado.

Obrigada.

A SRA. PRESIDENTE (Flávia Moraes. PDT - GO) - Symone, nós é que agradecemos a sua participação. Você, que é uma entusiasta desse tema, dessa matéria, vai, com certeza, contribuir muito conosco, assessorando todos os Parlamentares que participarem conosco dessa construção.

Eu queria agora passar a palavra para a última expositora, a Analia Soria Batista, doutora e professora do Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília — UnB, a quem peço que inicie.

Tem a palavra a Analia.

A SRA. ANALIA SORIA BATISTA - Bom dia a todas as pessoas aqui presentes. Eu quero agradecer muito o convite para estar nesta reunião. Parece-me que esse é um tema muito importante e muito urgente também.

A minha apresentação vai se concentrar em dois modelos de proteção a pessoas idosas com problemas de dependência funcional. Escolhi, até por alguns contrastes, o



modelo alemão e o modelo espanhol. Serei bastante esquemática e, no final, discutirei alguns desafios que me parece que devemos enfrentar para proteger as pessoas idosas com problemas de dependência funcional.

A minha apresentação é baseada neste livro que elaboramos com uma equipe do IPEA, em que estudamos sete países e discutimos os modelos que eles utilizam para a proteção das pessoas idosas dependentes.

(Segue-se exibição de imagens.)

O primeiro modelo que discuto aqui é o seguro social para a dependência funcional, da Alemanha, e o segundo modelo é a oferta de serviços e benefícios não contributivos, da Espanha.

Como já foi colocado aqui repetidas vezes, enfrentou-se na Europa, assim como nós também estamos enfrentando, o aumento do grupo populacional na faixa etária de 80 e mais anos, o que leva a dois tipos de demandas específicas: os cuidados continuados para as pessoas idosas e mais ou menos dependentes; e o apoio aos cuidadores, que podem ser familiares, vizinhos e amigos.

O seguro social para dependência funcional alemão está, digamos, ancorado no sistema de seguridade social. Tratam-se de benefícios originários de contribuições obrigatórios dos trabalhadores assalariados e dos aposentados. A Lei do Seguro de Dependência, que data do ano de 1995, estabeleceu a proteção da dependência como um direito. Creio que esse elemento é de natureza fundamental e permitiu, em parte, superar a tradição de responsabilização da família pelos cuidados.

Como V.Exas. perceberam nas apresentações anteriores, a questão da responsabilização da família com relação aos cuidados teve que ser revista em todos os países por causa das mudanças que aconteceram na estrutura familiar. Houve a inserção das mulheres no mercado de trabalho, as quais, como sabemos, sempre foram tradicionalmente tidas como principais cuidadoras. A inserção da mulher no mercado de trabalho e as transformações familiares que já foram apontadas aqui, generosamente, levaram os países a pensar em estratégias de desresponsabilização da família pelo menos em parte.

O seguro de dependência alemão é obrigatório e está vinculado ao seguro de saúde. Está vinculado apenas, eles têm, digamos, formas de gestão ou administração separadas, mas que estão vinculadas. Como se estrutura o direito ao benefício? Para se



ter direito a ele, o tempo de contribuição não pode ser inferior a 5 anos, durante os 10 anos anteriores à solicitação.

E aqui abordo uma questão fundamental, um problema que me parece muito específico — ele já foi mencionado aqui, mas eu gostaria de sublinhá-lo —, que é a avaliação do nível de dependência com base num sistema de classificação da situação funcional, segundo graus e níveis de gravidade. Isso me parece que coloca um desafio extremamente importante, que é criar um sistema de classificação dos graus e dos níveis de dependência. Nós carecemos ainda desse sistema, e ele é praticamente a base de tudo, porque, se nós não conseguirmos classificar os níveis e graus de dependência das pessoas, não conseguiremos também pensar nos benefícios aos quais a pessoa tem direito, nos serviços de que ela precisa, etc. Do meu ponto de vista, esta seguramente será uma discussão muito específica e muito importante.

Com relação à cobertura, há mais uma questão importante: no seguro alemão, os benefícios não cobrem a totalidade dos custos. Os cuidadores — isto também é importante e já foi colocado aqui — são alcançados pela proteção. E o segurado privado, quem possui seguro de saúde privado, deve contratar seguro de dependência, com a mesma companhia seguradora ou com outra. Isso significa, como já apontamos aqui, que esse seguro é obrigatório. A pessoa não escolhe se o terá ou não; ela tem que realmente possuir esse seguro.

Ainda com relação aos cuidadores, já foi colocado aqui, digamos, enfaticamente — e eu gostaria de enfatizar mais uma vez —, a importância de que os próprios cuidadores sejam alcançados pela proteção. Vamos ver, depois, como esses dois países e também outros têm organizado esses apoios, essas ajudas às pessoas que cuidam.

Pois bem, vamos falar sobre os procedimentos para a solicitação do benefício. Realiza-se um pedido formal e preenchem-se dois formulários: o de cuidados assistenciais e o de solicitação do abono das contribuições, do seguro de aposentadoria para o cuidador da pessoa dependente. Então, já aparece aqui como se tenta apoiar esse cuidador. A aprovação do pedido depende de uma avaliação médica, tendo por base um sistema de classificação da dependência funcional.

Em um seguro de dependência, a definição de dependência é a seguinte: é dependente aquela pessoa que, devido a uma doença ou deficiência física, psicológica ou mental, demanda ajuda para realizar atividades recorrentes da vida diária por um período



de pelo menos 6 meses. Então, existem critérios: cuidados pessoais básicos, tais como higiene pessoal, alimentação e locomoção; e cuidados instrumentais, que seriam outras tarefas domésticas rotineiras. É feita uma avaliação domiciliar do grau de dependência pelo serviço médico do serviço de saúde. A equipe médica mede o grau de dependência da pessoa segundo suas necessidades de ajuda em relação a 24 atividades cotidianas específicas, agrupadas nas quatro áreas citadas anteriormente.

Nesse sistema de classificação do grau de dependência, nós temos três níveis. Eu não os especifiquei aqui, porque, digamos, parecem-me demasiado complexos para sintetizar em um eslaide. Vou simplesmente mencioná-los. São três graus: o primeiro grau é o nível de necessidade assistencial moderada; o segundo grau é o nível de necessidade assistencial grave; o terceiro grau é o nível de necessidade assistencial muito grave. Cada grau tem sua especificidade com relação ao tipo e ao tempo de ajuda e a questões básicas, atividades básicas cotidianas de que a pessoa precisa.

Uma questão que também me parece muito importante é que, a partir da medição do grau e do nível de dependência da pessoa idosa, confecciona-se, elabora-se um plano de atenção individual. Esse plano de atenção individual considera as condições ou necessidades de reabilitação, ajudas técnicas ou adaptações nas residências.

Creio que aqui há uma questão da maior importância, que já foi colocada. Em relação ao caso alemão, você colocou este aspecto com muita precisão. Realmente, existe a tendência, que acho que é uma tendência mais generalizada, de que aquelas pessoas permaneçam em seus próprios lares pelo maior tempo possível. Para isso, precisamos de uma diversidade. Então, deve-se proporcionar uma diversidade de apoios e, ao mesmo tempo — e isto é algo que me parece fundamental —, a adequação das residências às necessidades da pessoa neste momento de sua vida.

Eu diria que há uma diversidade bastante interessante de tecnologias que permitem essa adequação das residências. Acho que isso não é também suficientemente discutido. É muito importante, se nós pensamos em seguir essa tendência, proporcionar esse ambiente doméstico, cotidiano, para a pessoa idosa, mas também proporcionar-lhe uma diversidade de ajudas, a maior quantidade de ajudas possível, para que continue a manter tanto a sua independência quanto a sua autonomia.

Depois, ao final da minha apresentação — e esta é sua parte mais esquemática —, eu vou comentar um pouco sobre o trabalho de cuidado, que é outra questão que eu



estudo. Eu tenho muita paixão pelo estudo da natureza do trabalho de cuidado. Nós veremos que, na formação das cuidadoras, tem-se que prever a questão fundamental de se tentar fazer com que a pessoa idosa mantenha, pelo maior tempo possível, tanto sua autonomia quanto sua independência. Esse é o trabalho. O trabalho de cuidar não é simplesmente assistir; o trabalho de cuidar é algo muito mais complexo. É por isso que a formação das cuidadoras e cuidadores deve ser muito bem pensada.

Inclusive, eu gostaria de dizer que aqui nós temos uma doutoranda da UnB, a Cíntia, que tem feito importantíssimo estudo sobre o trabalho de cuidado de pessoas com diferentes níveis de Alzheimer — não é mesmo, Cíntia? — e continua se aprofundando nessa questão tão relevante.

Quais são os benefícios e serviços do seguro de dependência? Primeiro, para a pessoa dependente, há os auxílios monetários, os serviços de assistência domiciliar, com os centros dia/noite — já foi muito comentada aqui a importância que esses centros têm —, e os serviços de cuidado institucional em residências especializadas para idosos.

Eu citaria aqui pelo menos duas questões. Primeiro, os serviços de assistência domiciliar ou os centros dia/noite favorecem a pessoa dependente, além de também favorecer a pessoa que cuida. Quanto aos serviços de cuidado institucional em residências especializadas para idosos, eu acho que, em nosso caso, eles devem ser — depois vou me estender nesta questão — muito revisados.

E o cuidador informal na Alemanha, que apoio recebe? Um deles é o pagamento das contribuições do seguro de acidentes de trabalho e do seguro de aposentadoria. Mas, para ter direito a isso, existem regras: o cuidador tem que dedicar mais de 14 horas semanais aos cuidados da pessoa dependente e não pode realizar outra atividade remunerada com carga horária superior a 30 horas por semana. Há também a substituição temporária por um período máximo de 4 semanas, quando o cuidador atuou por um período mínimo de 12 meses, e a assistência institucional em regime de moradia de curta duração ou cuidados assistenciais temporários para a pessoa dependente, para descanso do cuidador, por um período de até 4 semanas e um valor máximo de pouco mais de 1.400 euros. E ainda há os cursos de formação, que são tão importantes, como já sublinhei aqui.



Também existem ajudas complementares, como o apoio monetário para adequação da residência, que é muito importante, e aparatos auxiliares que a pessoa eventualmente possa vir a necessitar.

Como se dá o financiamento e a gestão? Eu não vou me aprofundar nesta questão, mas apenas colocar, de maneira esquemática, os aspectos sobre os quais devemos refletir, e muito. Então, quanto ao financiamento e a gestão, o seguro de dependência alemão foi garantido por uma nova contribuição social. Há alguns detalhes relativos a isso, mas as partes são iguais entre o assalariado e o empresário. A lei compensou — e aqui vem uma questão interessante — o aumento de custos para as empresas eliminando um feriado do calendário trabalhista, o que fez com que a contribuição acabasse sendo assumida majoritariamente pelo trabalhador.

Outra questão relevante é que os aposentados também contribuem para esse seguro de dependência. Até 1º de abril de 2004, sua participação correspondia à metade da contribuição, ficando a outra metade sob responsabilidade do Governo Federal. Após essa data, passaram a arcar sozinhos com uma contribuição de 1,7% sobre suas aposentadorias.

A cotização máxima seria de 57,3 euros ao mês. Para a arrecadação das cotas, utiliza-se o mesmo mecanismo do seguro de saúde obrigatório: a empresa deduz o montante diretamente da folha de pagamento do empregado e o remete para as caixas de seguro.

Eu fui superesquemática, mas acho que depois teremos oportunidade de discutir isso com mais detalhes. A Maria Tereza também já apresentou um pouco essa questão.

Vamos, então, ao caso espanhol. O caso espanhol é diferente, havendo uma oferta de serviços e benefícios não contributivos.

Antes de continuar com a minha apresentação, eu queria dizer que a discussão dessas questões levou muito tempo. Acho que esse é um ponto fundamental. E eu acho que nós estamos praticamente começando, o que me parece muito importante, a discutir todos esses desafios e a pensar como isso pode ser melhor organizado. Mas todos os países discutiram muito essas questões, ouviram vários projetos de lei, e cada aspecto foi muito debatido.

Então, talvez o momento seja apropriado, mas eu mesma penso — e não sei o que Mesa pensa — que, digamos, estamos um pouco atrasados, porque o envelhecimento da



população está acontecendo de forma muito acelerada no Brasil. Digamos que, se esses outros países que estamos mencionando aqui demoraram 100 anos para fazer sua virada demográfica, nós estamos envelhecendo de maneira muito acelerada. Portanto, os desafios são muito urgentes, e nós precisamos pensar tudo muito rapidamente, com muita informação e, o que é importante, com muito bom senso também, mas de forma um pouco célere.

Na Espanha, foi elaborado o *Libro Blanco de la Dependencia*, em 2004, pela Secretaria de Estado de Serviços Sociais, Família e Deficiência. Elaborou-se um projeto de lei visando à promoção da autonomia pessoal — isto é muito importante — e da atenção às pessoas em situação de dependência.

Esse sistema, denominado Sistema para Autonomia e Atenção à Dependência — SAAD, foi criado a partir da aprovação do projeto de lei que se transformou na Lei nº 39, de 2006. O objetivo desse sistema é promover a autonomia pessoal e garantir atenção e proteção às pessoas em situação de dependência em todo o território espanhol, sem restrição de idade, o que é importante.

O SAAD constitui o quarto pilar do Estado de bem-estar espanhol. Os outros sistemas são o Sistema Nacional de Saúde, o Sistema Educacional e o Sistema de Pensões. Quais seriam as características mais importantes do SAAD? Caráter universal e público dos benefícios; acesso aos benefícios em condições de igualdade; participação de todas as administrações no exercício de suas competências.

Em decorrência dessa lei de 2006, foram criados o Conselho Territorial do SAAD, que coopera com a articulação, e o Comitê Consultivo do SAAD, que torna efetiva a participação institucional das organizações sindicais e empresariais, além das administrações públicas.

Quais são as características mais gerais desse sistema? Ele constitui uma rede pública diversificada que integra centros e serviços públicos e privados, sendo que, neste último caso, é necessário que estejam devidamente acreditados. Outra característica são a colaboração e a participação dos diversos níveis da administração pública no exercício de suas competências específicas.

Como se dá o acesso aos benefícios e serviços desse sistema? Há muitos aspectos que vão se reiterando nos diversos sistemas e que me parece serem fundamentais. O processo de avaliação da autonomia e da intensidade dos cuidados requeridos é



realizado por órgãos designados pelas comunidades autônomas. Também há, mais uma vez, a elaboração de um programa individual de atenção, o que é feito pelos serviços sociais das comunidades autônomas.

Vou falar da classificação da dependência funcional. A lei que criou o SAAD estabeleceu um único parâmetro para a caracterização da situação de dependência: as pessoas em situação de dependência — idosos e pessoas com incapacidade grave — são aquelas que necessitam de ajuda para realizar as atividades básicas da vida diária, como levantar-se da cama, realizar sua higiene pessoal ou alimentar-se.

Quanto à classificação da dependência, mais uma vez os graus e níveis de dependência são determinados mediante aplicação de uma escala que é definida pelo Conselho Territorial e regulamentada pelo Governo. Como vocês veem, o grau 1, dependência moderada, abrange aqueles que precisam de ajuda para realizar atividades básicas da vida diária pelo menos uma vez ao dia. Estou, digamos, me estendendo um pouco mais aqui só para exemplificar como opera uma escala dessa natureza. O grau II, dependência severa, inclui os que precisam de ajuda para realizar atividades básicas da vida diária duas ou três vezes ao dia, mas que não requerem a presença permanente de um cuidador. O grau 3, grande dependência, compreende os indivíduos que precisam de ajuda para realizar atividades básicas da vida diária muitas vezes ao dia e, por sua perda total de autonomia mental ou física, necessitam da presença contínua de outra pessoa. Então, simplesmente vemos que um sistema para classificar a dependência, qualquer que seja ele, é fundamental para que possamos outorgar os serviços, os benefícios, pensar nesse plano individual de atenção à situação da pessoa, etc.

Quais seriam os serviços e benefícios disponíveis no SAAD? Existem centros, programas públicos e benefícios monetários de acordo com o grau e nível de dependência da pessoa. A rede de centros de serviços é composta de instituições públicas sob responsabilidade das comunidades autônomas e das autoridades locais. Os centros estatais de referência visam a autonomia pessoal e a atenção e cuidado em situações de dependência. Além disso, há também os centros privados devidamente creditados de acordo com as condições estabelecidas em cada uma das localidades.

Que características tem essa rede de serviços? As entidades conveniadas compõem um catálogo de serviços de cinco tipos: ajuda em domicílio, que seria apoio nas atividades domésticas e nos cuidados pessoais; atenção institucionalizada, em



residências ou centros de atenção a pessoas com incapacidade mental ou física; prevenção das situações de dependência e promoção da autonomia pessoal; centros dia/noite; e teleassistência domiciliar. Essa questão da teleassistência domiciliar é muito interessante, sobretudo para as pessoas que moram sozinhas, porque lhes permite ter assistência domiciliar. A partir de uma certa tecnologia, caso necessite de ajuda, a pessoa pode solicitá-la rapidamente e ser atendida em seu próprio domicílio.

Quanto aos benefícios monetários, um deles é o Benefício Vinculado ao Serviço, para o caso de ausência de oferta pública dos serviços requeridos pelo beneficiário. Ele está disponível para casos graves, e o valor depende da capacidade financeira e do grau de dependência do beneficiário. No caso do Benefício para Cuidados no Ambiente Familiar, o beneficiário opta por ser atendido em seu ambiente doméstico. O apoio aos cuidadores informais inclui também programas de informação, formação, períodos de descanso, etc. O Benefício de Assistência Personalizada visa à promoção da autonomia de pessoas com grande dependência. Faz-se a contratação de assistência personalizada durante um determinado número de horas, e o Conselho Territorial do SAAD estabelece as condições para se ter acesso a esse benefício. Pessoas com grande dependência que optam por contratar um seguro privado recebem benefícios fiscais.

E como é o modelo de financiamento desse famoso sistema? A administração geral do Estado financia o nível mínimo de proteção garantido para cada um dos beneficiários, contando também com a assinatura de convênios com participação das comunidades autônomas, a fim de incrementar esse nível mínimo. As comunidades autônomas aportam anualmente pelo menos uma quantia igual àquela disponibilizada pela administração geral do Estado em seu território. Com relação aos beneficiários do sistema, estes participam do financiamento conforme sua renda e patrimônio, levando-se em conta que nenhum beneficiário corre o risco de não receber atenção por falta de recursos.

Enfim, eu apresentei isso bem esquematicamente. Inclusive, eu tive sorte em estar no final da fila, porque as outras expoentes apresentaram e também discutiram essas questões de maneira suficiente.

Eu gostaria agora de enumerar alguns dos desafios para estruturar uma política de proteção para idosos em situação de dependência.

A primeira questão que eu gostaria de sublinhar é a necessidade de compreender a natureza do problema da dependência de maneira muito mais profunda. E eu acho que



compreender melhor a natureza do problema de dependência é uma questão que vai estar vinculada à discussão também da classificação da dependência, da medição dos graus e níveis de dependência. Eu acho que nós precisamos nos aprofundar muito nessa questão.

Ampliar o conhecimento sobre o fenômeno da dependência entre idosos brasileiros: essa questão também está vinculada àquela ideia anterior de que necessitamos de um sistema de classificação da dependência que seja bem adequado. Hoje, os dados que foram apresentados aqui mostraram os problemas de dependência das pessoas que são coletados pelo IBGE. Só que, para nos aprofundarmos realmente nos problemas de dependência e entendermos bem esse fenômeno, nós precisamos de um sistema de classificação.

Outro desafio importante é fazer opções ou conciliar alternativas, decidindo pelo seguro social ou pela oferta pública de benefícios e serviços. Nós vimos, e aqui também já foi apontado, que os modelos estão indo para opções híbridas. Mesmo que nós possamos dizer: "*não, este é um modelo baseado no seguro, é um modelo contributivo*" ou "*não, este modelo é universalista*", nós vemos que se encaminha para modelos híbridos, que combinem diferentes opções. E eu acho que isso é um norte muito interessante.

Outro desafio é garantir a qualidade dos cuidados institucionais prestados aos idosos dependentes. Eu acho que esse tema é muito, mas muito relevante, porque, como comentávamos hoje com Maria Tereza, os estudos que têm sido feitos pelo IPEA, por Ana Amélia Camarano, e também por nós aqui, pelo grupo da UnB, com a Profa. Lourdes Bandeira, Cíntia, e outras pessoas, se aprofundam bastante em análises mais qualitativas do trabalho de cuidado e nas características das instituições asilares ou de longa permanência, e nós vimos que os déficits são muitos.

Do meu ponto de vista, entre muitos outros, eu apontaria um problema que não é suficientemente ressaltado, mencionado, que é o da organização do trabalho de cuidado dentro das instituições de longa permanência. Os estudos que nós fizemos mostram que essas instituições têm uma espécie de taylorização do trabalho de cuidado. Isso não vai dar certo nunca, até porque, quando nós avaliamos, discutimos, refletimos sobre a natureza do trabalho do cuidado, nós vemos que ele é um trabalho complexo, tem interfaces com outras dimensões, como a saúde, mas não é exatamente isso. O cuidado



tem uma complexidade e características muito peculiares. É um trabalho que comporta dimensões cognitivas, afetivas, morais, que têm que ser suficientemente discutidas. E também é um tipo de trabalho que não "admite", entre aspas, ser taylorizado. É claro que as instituições taylorizam, por uma questão de racionalização dos recursos. Então, poucas cuidadoras e características de infraestrutura deficitárias levam a que o trabalho se organize de maneira — e agora eu vou explicar um pouco melhor — que não atende as necessidades particulares das pessoas idosas com problema de dependência. É um trabalho que coisifica a pessoa idosa com problema de dependência. Eu acho que esse é um ponto que tem que ser muito, mas muito discutido. E eu diria também que talvez as grandes organizações, que agrupam uma quantidade importante de idosos, não são tão adequadas assim, não são adequadas para organizar de maneira eficiente esse trabalho de cuidado.

Outro desafio é refletir sobre a atuação das famílias no cuidado do idoso dependente, o que também foi colocado aqui. Que famílias são essas? Fala-se, às vezes, desde a perspectiva estatal, de uma família que não mais existe. Então, quando nós pensamos que a família tem que ter responsabilidade, por exemplo, com relação ao cuidado das pessoas idosas, nós não sabemos de que família se trata. Nós estamos falando de que família? Que família é essa que vai assumir o cuidado, que tem condições e também desejo de assumir o cuidado de uma pessoa idosa? Eu acho que esse é outro tema também urgente.

Outra questão é promover a formação de cuidadores, como eu já coloquei aqui, focando nos aspectos cognitivos, afetivos e morais do trabalho de cuidado. Nós temos revisado uma diversidade de cursos organizados para o cuidador. Nós sabemos que essa profissão de cuidador ainda não é considerada uma profissão — fala-se em trabalho, mas não em profissão —, e isso é muito importante, até porque a falta de profissionalização tem levado a uma espécie, por incrível que pareça, de confusão entre o trabalho doméstico e o trabalho de cuidado.

Então, nós temos necessariamente que deslindar esses conceitos. Eu acho que os esforços de profissionalização do cuidado vão colaborar para deslindar trabalho doméstico e trabalho de cuidado, mas, por enquanto, há uma grande confusão. Inclusive, quando nós analisamos, por exemplo, o perfil das pessoas que trabalham nas instituições de longa permanência, das cuidadoras, nós vemos que elas têm esta trajetória: muitas



vêm do trabalho doméstico e depois conseguem inserção no trabalho de cuidado. Eu acho que nós temos que discutir muito isso, porque o trabalho de cuidado será, após essa lei, regulamentado como profissão. Precisamos exigir e pensar cursos de formação muito sérios e complexos. Esse é um ponto fundamental.

Nós também já colocamos mais um desafio: o apoio e a atenção aos cuidadores informais. Esse tipo de apoio contempla, mas ao mesmo tempo excede, os apoios para descanso, porque o cuidador informal, assim como o cuidador institucional, precisa de um apoio psicológico muito, mas muito bem estruturado. O trabalho de cuidado, com toda a sua complexidade — por isso eu digo da importância de não confundirmos o trabalho doméstico com o trabalho de cuidado —, é muito desgastante emocionalmente e leva a uma diversidade de sofrimentos de natureza psíquica. Então, nós temos que nos perguntar quem cuida dos cuidadores. Eu acho que essa é uma questão fundamental, que deve ser colocada desta maneira: *"Quem cuida dos cuidadores e como se cuida dos cuidadores?"* Além dos períodos de descanso, os cuidadores e as cuidadoras são pessoas que precisam de um apoio muito específico para continuar a desenvolver suas atividades.

Antes da minha despedida, eu gostaria de, mais uma vez, manifestar minha alegria e minha satisfação de estar a esta mesa, nesta reunião, compartilhando temas tão importantes e tão urgentes, podendo, de alguma maneira, mesmo que humildemente, fazer uma contribuição a esta discussão, que me apaixona.

Bom dia.

A SRA. PRESIDENTE (Flávia Moraes. PDT - GO) - Muito obrigada, Profa. Analia, pela sua contribuição também muito importante. A senhora abordou o mesmo tema com informações interessantíssimas, com um foco diferenciado, que complementa a fala das outras expositoras de hoje.

Nós já estamos encerrando a nossa audiência pública, e eu queria agradecer muito a presença de todos e dizer que nós também temos muita pressa. Infelizmente, hoje é um dia em que muitos Parlamentares já estão se deslocando para os seus Estados, é um dia atípico aqui na Câmara. Nós teremos um recesso de alguns dias, mas tenham certeza de que, no retorno, já vamos relatar à Comissão o resultado desta audiência pública e a necessidade de nós avançarmos o mais rápido possível nesta discussão, apresentando esse relatório, aprovando esse projeto.



Nós temos também a perspectiva da aprovação de uma PEC que está sendo elaborada, além de dois projetos que tratam da regulamentação da profissão dos cuidadores. Um deles está num estágio bem avançado, foi bem mais debatido, já passou por diversos estágios de contribuição em várias Comissões, e nós vamos agilizar a sua votação para podermos aprová-lo.

Enfim, nós estamos numa discussão que tem chamado a atenção de todos os noticiários e que tem sido priorizada, inclusive pelo ajuste fiscal que o Governo pretende fazer com a reforma previdenciária, uma questão que nos preocupa muito. Eu acredito que sejam temas correlatos; uma coisa está muito relacionada à outra. Nós vamos continuar atuando para que possamos, diante da urgência da matéria, apresentar em breve o que seria a parte inicial de uma política de cuidados, que, como disse a Profa. Anália, precisa existir no nosso País.

Agradeço muito a disposição e a presença de todos.

Nada mais havendo a tratar, eu encerro a presente reunião.

Muito obrigada.