

**Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Escola de Serviço Social
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social**

DANIEL GROISMAN

**“O CUIDADO ENQUANTO TRABALHO: ENVELHECIMENTO, DEPENDÊNCIA E
POLÍTICAS PARA O BEM ESTAR NO BRASIL”**

**Rio de Janeiro
2015**

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Escola de Serviço Social
Programa de Pós-graduação em Serviço Social

DANIEL GROISMAN

**“O CUIDADO ENQUANTO TRABALHO: ENVELHECIMENTO, DEPENDÊNCIA E
POLÍTICAS PARA O BEM ESTAR NO BRASIL”**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social,
Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro,
como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Myriam Moraes Lins de Barros

Rio de Janeiro

2015

G874c Groisman, Daniel
O cuidado enquanto trabalho: envelhecimento,
dependência e políticas de bem estar para o Brasil
/ Daniel Groisman. -- Rio de Janeiro, 2015.
210 f.

Orientadora: Myriam Moraes Lins de Barros.
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio
de Janeiro, Escola de Serviço Social, Programa de
Pós-Graduação em Serviço Social, 2015.

1. Idosos - Brasil. 2. Idosos - Políticas para o
cuidado. 3. Assistência à velhice - Brasil. 4.
Cuidadores. I. Lins de Barros, Myriam Moraes,
orient. II. Título.

DANIEL GROISMAN

**“O CUIDADO ENQUANTO TRABALHO: ENVELHECIMENTO, DEPENDÊNCIA E
POLÍTICAS PARA O BEM ESTAR NO BRASIL”**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social,
Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro,
como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Serviço Social.

Data de aprovação: ___/___/2015

Presidente da banca:

Profa. Dra. Myriam Moraes Lins de Barros
Escola de Serviço Social - UFRJ

Examinadores:

Profa. Dra. Andrea Moraes Alves
Escola de Serviço Social - UFRJ

Prof. Dr. Eduardo Mourão Vasconcelos
Escola de Serviço Social - UFRJ

Profa. Dra. Elaine Reis Brandão
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva - UFRJ

Prof. Dr. Carlos Eugênio Soares de Lemos
Departamento de Ciências Sociais - UFF

**Para Ana Tereza, companheira de toda uma vida,
e para Heitor, o garoto falador**

Agradecimentos

À Escola de Serviço Social da UFRJ e em especial, para Myriam Moraes Lins de Barros, minha orientadora;

Aos colegas do Laboratório de Educação Profissional na Atenção à Saúde (Laborat/EPSJV-Fiocruz) e em especial, aos membros do Grupo de Trabalho em Saúde Mental: Ariadna Patrícia Estevez Alvarez, Marco Aurélio Soares Jorge, Maria Cecília de Araújo Carvalho, Nina Isabel Soalheiro Prata e Pilar Rodriguez Belmonte. Um agradecimento também para Gustavo Correa Matta, Luciana Carvalho e Marcia Cavalcanti Raposo Lopes;

Aos companheiros de muitas lutas por uma sociedade mais tolerante, inclusiva e cuidadora: Clemente Augusto Alves, Claudia Steenhagen, Geraldo Nogueira, Eliana Faria, Fortunée Nigri, Maria Angélica Sanches, Sandra Rabello, Terezinha Monteiro Martinez, Virgínia Maffioletti, às cuidadoras Anna Lucia Alves do Santos, Ana Gilda Santos e Wilma Barbosa e, por fim, um agradecimento especial para Serafim Fortes Paz;

A Marília Berzins, Tomiko Born e Yeda Duarte, que em diferentes momentos foram interlocutoras valorosas para troca de idéias e de informações;

Aos meus alunos, cuidadores, cuidadoras e demais atores das políticas de saúde e assistência social, que sempre me inspiraram e me motivaram a seguir adiante, mesmo nos momentos mais difíceis.

Aos meus amigos e familiares, cujo afeto, compreensão e apoio foram fundamentais para amenizar as intempéries dessa longa travessia. Um agradecimento especial aos meus pais, esposa, filho, irmãos, sogros e cunhados;

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

Resumo

Esta tese toma como objeto de investigação o problema dos cuidados com os idosos na contemporaneidade. O processo de envelhecimento da população brasileira, fenômeno cada vez mais expressivo na atualidade, tende a pressionar os indivíduos, a sociedade e o Estado por soluções ao nível das políticas públicas para novas demandas desse segmento etário. Dentre os desafios elencados para a promoção do bem estar numa sociedade que envelhece, se destaca o problemática dos cuidados, ou seja; a necessidade de se garantir condições dignas de vida e bem estar para as pessoas que necessitam de auxílios no seu cotidiano, bem como para seus cuidadores. Em nossa investigação, buscamos identificar impasses e desafios para o reconhecimento dos cuidados enquanto direito social no país, fato que está atrelado à instituição de políticas destinadas a apoiar e promover os cuidados no âmbito da seguridade social. Para tanto, recorreremos a uma abordagem histórica do processo de constituição daquilo que denominamos de ‘campo’ dos cuidados, no sentido que Pierre Bourdieu emprega a este termo. Particularmente, procuramos identificar os atores e os conflitos emergentes nesse campo, no período compreendido principalmente entre as últimas décadas do século XX e o início do século XXI. Em nossa análise, buscamos situar o processo de ‘descoberta’ do problema social dos cuidados e do seu principal protagonista, o cuidador, a partir de diferentes recortes, tais como o surgimento de um discurso especializado no âmbito das disciplinas da geriatria e da gerontologia, a elaboração de políticas públicas de intervenção sobre os cuidados e cuidadores e a transformação do trabalho de cuidados em ofício ou profissão. Na discussão aqui empreendida, abordamos o viés de gênero na segregação sexual e social do trabalho de cuidados e evidenciamos as tensões e conflitos inerentes à constituição do campo, tais como a separação entre profissionais e leigos, entre a dependência e a independência e ainda, o dilema presente na sociedade entre o reconhecimento de direitos sociais e as crescentes pressões pela privatização da responsabilidade pelo bem estar, num cenário de fortalecimento da ideologia neoliberal. Na conclusão do trabalho, buscamos situar o breve da história dos cuidados aqui circunscrito num contexto mais amplo da problemática social do envelhecimento e elencamos contradições e impasses a serem superados para a consolidação das políticas sociais destinadas a contemplar o problema dos cuidados.

Palavras-chave: envelhecimento, políticas públicas, cuidadores

Abstract

The object of research of this thesis is the issue of care of the elderly in contemporary times. The ageing process of the Brazilian population, nowadays increasingly more significant, tends to pressure individuals, society and the State for public policy solutions to the new demands of this age bracket. Among the challenges to promoting well-being in an ageing society is the question of care, that is, the need to ensure dignified living conditions both for those who require assistance in their daily lives and for those who care for them. In our research, we have attempted to identify the challenges and obstacles to the recognition of care as a social right in Brazil, which goes hand in hand with implementing policies aimed at supporting and promoting care in the context of social welfare. To this end, we have employed a historical approach to elucidate the process of formation of what we call the “field” of care, in the sense given to the term by Pierre Bourdieu. In particular, we have attempted to identify the sector’s emerging actors and conflicts, mainly in the late 19th century and early 20th century. In our analysis, we have sought to situate the process of ‘discovery’ of the social problem of care and its main protagonist, the carer, from different perspectives. These include the emergence of a specialised discourse in the context of geriatrics and gerontology, the development of public intervention policies concerning both care and carers and the transformation of the task of caring into an occupation or profession. In the discussion presented here, we deal with the gender bias in the social and sexual segregation of the occupation and highlight the conflicts and tensions inherent to the constitution of the field, such as the separation between professionals and laypersons and between dependence and independence, as well as the dilemma between the recognition of social rights and a growing pressure to privatise the responsibility for well-being in a scenario of strengthening neoliberal ideology. In the conclusion, we attempt to situate the brief history of care in the wider context of the social problem of ageing, and detail the contradictions and impasses that must be overcome in order to consolidate the social policies aimed at addressing the issue of care.

Keywords: ageing, public policy, care

Lista de Siglas

AVC – Acidente Vascular Cerebral
ALERJ – Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
AMB - Associação Médica Brasileira
CBO – Classificação Brasileira das Ocupações
CIAPREVI - Centros Integrados de Prevenção à Violência Contra a Pessoa Idosa
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CIUO - Classificação Internacional Uniforme de Ocupações
CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde]
CCJ – Comissão de Constituição e Justiça
CN – Congresso Nacional
CNAE - Classificação Nacional das Atividades Econômicas
CRTS - Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde
DGR – Diretoria Geral de Estatística
DEGES - Departamento de Gestão do Trabalho na Saúde
EI – Estatuto do Idoso
ETSUS – Escola(s) Técnica(s) do SUS
FMI – Fundo Monetário Internacional
GDCC – Grupo de discussão sobre cuidados e cuidadores
GPC – Guia Prático do Cuidador (Brasil/MS, 2008a)
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos
IPCB - Idosos: problemas e cuidados básicos (Brasil/MPAS, 1999)
MAS – Ministério da Assistência Social
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MPCI – Manual do Cuidador da Pessoa Idosa (Born, 2008)
MS – Ministério da Saúde
MTE – Ministério do Trabalho e Emprego
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
PL – Projeto de Lei
PLS – Projeto de Lei do Senado Federal

PNCI – Programa Nacional de Cuidadores de Idosos (1999)
PNFCI – Programa Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos (2006)
PNI – Política Nacional do Idoso
PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006)
PROFAE - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PROFAPS - Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
PSI – Política de Saúde do Idoso (1999)
RETSUS – Rede de Escolas Técnicas do SUS
RIPSA - Rede Interagencial de Informação para a Saúde
SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SDH-PR – Secretaria Especial de Direitos Humanos / Presidência da República
SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde

Sumário

Introdução	12
Capítulo 1. O ‘problema’ da longevidade e o debate em torno do bem estar para a população que envelhece	24
1.1 A invenção da proteção social à velhice.....	25
1.2 A descoberta da velhice enquanto entidade demográfica e os novos discursos sobre o envelhecimento.....	30
1.3 A internacionalização da velhice e a gestão da ‘cidadania ativa’.....	36
1.4 Políticas sociais e expectativas sobre a família.....	44
1.5 Direitos do idoso e o estado de bem estar social.....	46
Capítulo 2. Trabalho doméstico de cuidados e questões de gênero no Brasil	50
2.1 O cuidado e a divisão sexual do trabalho.....	55
2.2 Familismo, reciprocidade intergeracional e a ética do cuidar.....	58
2.3 Os regimes do cuidado e a mercantilização da intimidade.....	60
2.4 A crise nos cuidados e o futuro próximo: possibilidades de reforma?.....	66
Capítulo 3. Do acompanhante ao cuidador: a “descoberta” dos cuidadores no cenário de políticas e discursos sobre o envelhecimento	70
3.1 Revelando cuidadores.....	71
3.2 O cuidador e as ciências do cuidado.....	81
3.3 A formação de cuidadores na agenda das políticas públicas.....	92
3.4 Cuidado e diferenças.....	103
Capítulo 4. O cuidado enquanto trabalho	105
4.1 O cuidado como ocupação.....	106
4.2 A arte e a ciência do cuidado.....	113
4.3 Os conflitos pelo cuidado: entre a mercantilização e o interesse público.....	132
Capítulo 5: Cuidado e bem estar no Brasil: impasses e desafios	144
5.1 Retomando a política nacional para cuidadores: tímidos avanços e alguns retrocessos.....	146
5.2 A profissionalização dos cuidados, entre mobilizações e utopias.....	161
5.3 Diferenças de classe, corporativismo e cuidados.....	180
Conclusão	185
Bibliografia	193

Introdução

Janeiro de 2013. Um programa semanal de grande audiência na televisão brasileira traz como reportagem de capa uma matéria sobre “crimes contra idosos”, afirmando que no último ano, haviam “triplicado” as denúncias de negligência, violência, maus tratos e abusos contra idosos (“DENÚNCIAS”, 2013). A matéria aborda um tipo de violência em particular: a violência ocorrida no âmbito domiciliar e praticada principalmente no contexto das relações de cuidado, contra idosos doentes ou dependentes. As imagens são fortes e, para registrá-las, a equipe do programa acompanha uma série de diligências policiais em diferentes cidades do país. Um dos casos exibidos é o de “Dona Felicidade”, de Belém do Pará. Negra, magra e de aparência frágil, Dona Felicidade é encontrada sozinha em um casebre de madeira, deitada em sua cama. “Segundo uma denúncia anônima, ela vive em estado de abandono, apesar de morar com o filho e com a nora”, informa o narrador da reportagem. O policial questiona uma parente que acabara de chegar no local: “ela tem problema de Alzheimer e não anda”, tenta justificar a familiar. “O problema não é esse”, retruca o policial, “o problema é que ela não está sendo cuidada (“DENÚNCIAS”, 2013). O cenário é transferido para outra cidade: nas ruas de São Paulo, as câmeras acompanham o comboio de viaturas policiais que, de sirenes ligadas, se dirige a uma comunidade em uma de suas periferias. Dessa vez, as autoridades haviam sido chamadas por um dos filhos de uma idosa, que denunciara a própria irmã. O motivo: ela estaria utilizando o dinheiro da aposentadoria para beneficiar os seus próprios filhos, ao invés de cuidar da mãe. Na frente das câmeras, os irmãos discutem. Outros casos se sucedem e retratam situações de conflitos, dificuldades e negligência nos cuidados.

A crescente publicização dos casos de violência domiciliar contra pessoas idosas e a sua espetacularização enquanto conteúdo de noticiários, novelas e demais mídias se alinham com o alerta que autores do campo da gerontologia social e áreas correlacionadas vêm fazendo a respeito de uma iminente “crise nos cuidados”, caracterizada por uma configuração de diminuição da disponibilidade da família, a tradicional instância cuidadora, num cenário de aumento do número de pessoas dependentes, fruto do processo de extensão da longevidade e envelhecimento da população. Este é o caso do texto de Born, intitulado “quem vai cuidar de mim quando eu ficar velha?” (BORN, 2001), na qual esta autora discute como as transformações na família e também no processo de envelhecimento trazem à tona a necessidade em se ampliarem os recursos e apoios para o cuidado. Dez anos depois, seu texto seria republicado, em versão revisada pela autora, sendo este um indício de como o problema enunciado no título do seu artigo mantém a sua atualidade (BORN, 2011). Para (GLENN,

2000, p.84), a transformação do cuidado, uma atividade tradicionalmente privada e pertencente ao âmbito familiar em problema de caráter público seria um dos componentes mais evidentes do que ela chama de “problema contemporâneo dos cuidados”.

O Brasil, assim como a maior parte dos países desenvolvidos ou em desenvolvimento, vem passando por um processo de transição demográfica e epidemiológica, caracterizado pelo aumento progressivo da sua população idosa, fato que vem sendo seguidamente apontado pela literatura ao longo das últimas décadas (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004; MOREIRA, 2000; VERAS, 1994). Como apontam Camarano, Kanso e Fernandes (2014, p. 109), as perspectivas de um “superenvelhecimento” da população brasileira já estariam presentes na dinâmica demográfica atual. Tal fenômeno consistiria não apenas na expansão do segmento idoso frente às demais faixas etárias como também numa redução do contingente populacional brasileiro, fruto do declínio das taxas de natalidade. Além disso, destacam essas autoras, o aumento do número de idosos mais idosos, ou seja; daqueles com 80 anos ou mais também seria uma importante tendência, associada à ampliação da longevidade. Todo esse panorama de transformações traz consigo um evidente desafio para a sociedade e, especificamente, tende a se sobressair o desafio de cuidar, já que o aumento da proporção de idosos está relacionado a uma diminuição do número de pessoas mais jovens e, portanto, de membros da família aptos a se tornarem, por opção ou necessidade, cuidadores.

Além do encolhimento das gerações mais jovens, outros fatores afetam a disponibilidade da família para os cuidados, tais como alterações na dinâmica dos casamentos, o ingresso da mulher no mundo do trabalho e o encarecimento do custo de vida, dentre outros. O debate sobre tal problemática recai frequentemente sobre a questão da divisão de responsabilidades: a quem cabe garantir o bem estar daqueles que envelhecem? No cenário de tímidos avanços e ambivalências na política social brasileira, o jogo de forças entre a publicização da velhice e a privatização do seu cuidado tende a se tornar cada vez mais acirrado, sobretudo levando-se em conta que o Brasil, não conseguiu instalar um verdadeiro Estado de Bem Estar Social, apesar da sua constituinte moderna (porém tardia) e que previa o reconhecimento de direitos sociais. Sendo assim, o aumento da demanda por políticas e programas destinados a garantir condições dignas de vida frente aos desafios trazidos pelo processo de envelhecimento, esbarra não apenas na inexistência de uma cultura de solidariedade social para a provisão de bem estar, como ainda, a um contexto onde o neoliberalismo tende a reforçar as teses que envolvem uma radicalização do individualismo, o

que se choca com as intenções e defesas da universalização de direitos e ampliação da cobertura das políticas da seguridade social.

O que é o cuidado? Pergunta Burke (2011), complementando que, hoje em dia, o termo é cada vez mais vago e possui muitos significados. Burke (2011) relembra que Foucault empreendeu uma genealogia do “cuidar de si”, demonstrando como o cuidado com a própria individualidade se instituiu ao longo da história no contexto das políticas para a governabilidade das populações. Porém, haveria outro tipo de cuidado inscrito no âmbito das instituições sociais e que mereceria uma particular atenção: o *cuidar dos outros*, sejam estes familiares ou estranhos. Para Stone (2005, p. 273), o cuidado com o outro seria uma atividade tão antiga que consistiria numa espécie de “molécula” elementar para o desenvolvimento da solidariedade social, da reciprocidade e do respeito mútuo. Apesar do seu caráter tão essencial, entretanto, o cuidado só se tornou objeto de estudo e teorização no âmbito das ciências sociais há relativamente pouco tempo. As razões para este lento processo de descoberta dessa temática se deveu, segundo Fine (2007), ao fato do cuidado tradicionalmente ter sido mantido sob a responsabilidade primária da família e, principalmente a cargo das mulheres. Nas palavras deste autor, os cuidados foram relegados à invisibilidade da esfera doméstica e privada, “e a sua importância fundamental para a vida social, ignorada” (FINE, 2007, p. 6).

Segundo Burke (2011), historicamente, na sociedade ocidental, alguns grupos tenderiam a ser designados como principais destinatários do cuidado, tais como as crianças, os velhos, os doentes e os pobres. Embora a família sempre tenha desempenhado um papel primordial no cuidar, o cuidado de estranhos, ou seja; daqueles que não pertencem aos círculos imediatos de parentesco ou de amizade também é algo cuja existência é muito antiga. Mesmo na idade média a comunidade de um vilarejo podia cuidar coletivamente de determinados indivíduos, tais como órfãos ou loucos. Nesse sentido, uma instituição importante para o processo de desenvolvimento dos cuidados foi a Igreja, já que as paróquias e, posteriormente, as obras destinadas à caridade costumavam organizar as assistências que eram fornecidas para os indivíduos e grupos necessitados. Posteriormente, os cuidados passaram por um processo de institucionalização, dando origem a diversos tipos de instituições, tais como asilos, abrigos, hospitais, manicômios, escolas, orfanatos e outros. O processo de especialização das instituições dedicadas ao cuidado, ao longo dos séculos, foi acompanhado do surgimento de profissões, bem como pela criação de mecanismos de

regulação, burocratização, organização e controle sobre os cuidados e ainda, pela criação de um mercado onde se pode comprar e vender esse tipo de serviços.

Se o cuidado de estranhos tornou-se objeto de políticas e instituições, tendo prosperado e se desenvolvido ao longo da história, o cuidado de familiares, prestado no âmbito da privacidade e intimidade dos lares, permaneceu por muito tempo oculto da esfera pública. Para Fine (2007), a descoberta do ‘problema dos cuidados’ só ocorreria como consequência das intensas mudanças sociais decorrentes do processo de modernização e industrialização das sociedades ocidentais, quando transformações em diferentes âmbitos, tais como a organização do trabalho, a constituição e organização das políticas de saúde e seguridade social e a saída da mulher do “confinamento” da esfera doméstica para o mundo do trabalho remunerado, alterariam as relações de cuidado e a disponibilidade dos cuidadores tradicionais para provê-los. Entretanto, ainda assim tenderia a persistir a valorização, muito tradicional em algumas culturas, do papel da família na provisão de cuidados, uma solução muitas vezes tida como idealizada.

No Brasil, a ‘crise dos cuidados’ aparenta emergir cada vez com maior força e, como aponta Vasconcelos (2012), estaria relacionada com uma problemática que perpassa a sociedade contemporânea em diversas de suas instâncias e se agravaria pela situação de desemprego estrutural e precarização geral do trabalho, pelos processos de desarticulação comunitária e enfraquecimento da estrutura familiar, pelo aumento dos quadros de marginalidade e desfiliação social, violência e criminalidade, dentre outros, num contexto crescente de difusão de uma cultura da indiferença. As contradições do capitalismo conviveriam, entretanto com um cenário de incontáveis avanços na ciência, na tecnologia, nos bens de consumo e na organização de diversos aspectos da vida social. Talvez nenhum fenômeno possa ilustrar com tanta propriedade o enorme desenvolvimento científico e tecnológico que alcançamos como a extensão da longevidade dos homens e mulheres. Paradoxalmente, são esses indivíduos, os idosos de hoje, que em seus diversos e cada vez mais constantes desamparos no fim da vida, seguem também ilustrando, junto com outros grupos vulnerabilizados e marginalizados, a permanência das desigualdades e da injustiça social.

Esta tese toma como ponto de partida o problema dos cuidados na contemporaneidade, a partir de um recorte específico dessa questão: a questão dos cuidados com os idosos. Como se apresenta esse problema hoje e quais serão as soluções buscadas pela sociedade brasileira? Adotamos aqui como pressuposto o fato de que a velhice é uma construção social ou, melhor

dizendo, que as formas como as etapas da vida são divididas variam conforme o tempo e a cultura, estando esse processo relacionado a saberes, instituições e valores de ordem social. Nesse sentido, nos remetemos a Bourdieu (1983a, p. 114), quando este afirma que “a idade é um dado biológico socialmente manipulável e manipulado”, e que as diferenças entre grupos com características ‘etárias’ é fruto de lutas por prestígio e poder na sociedade. A velhice brasileira vem sendo, ao longo das últimas décadas, construída enquanto problema social: um processo que envolve elaboração de políticas, reconhecimento de direitos e disseminação de estilos para o (bom) envelhecimento, dentre outros fatores.

No processo de elaboração da velhice enquanto ‘problema’ social no país, uma questão vem se destacando nos últimos anos: a adoção de um modelo de envelhecimento ‘bem sucedido’, baseado num ideal de independência e autonomia, e que valoriza a preservação da capacidade, física, mental, social e também financeira dos indivíduos. Tal ideal, personificado no conceito de “envelhecimento ativo” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 2005), vem norteando a elaboração de políticas, serviços e discursos destinados ao segmento idoso. A ideia de que a velhice pode ser uma etapa de preservação e manutenção dos atributos que permitem que um indivíduo se mantenha produtivo na sociedade se contrapõe, entretanto, à formulação, mais tradicional nos estados de bem estar social, de que a velhice é merecedora de políticas para a sua proteção social, como por exemplo, aquela que é provida pelas pensões e aposentadorias. No choque entre novas e antigas visões sobre o envelhecimento ou, melhor dizendo, na contradição entre o reconhecimento de direitos e necessidades e a imputação de obrigações e valores morais, o peso social e econômico dos idosos tende a ser utilizado como pretexto para questionamentos aos ideais de solidariedade social e intergeracional que erigiram a seguridade social moderna. É nesse contexto que o problema dos cuidados surge como uma questão aparentemente ‘insolúvel’ no Brasil, já que ampliar a cobertura das políticas de previdência, assistência social ou saúde parece ser algo fora inalcançável frente ao receituário neoliberal que associa a austeridade ao desenvolvimento econômico. Tal discussão ocupa o primeiro capítulo deste trabalho.

Na problemática contemporânea da velhice, a questão dos cuidados emerge com facetas dramáticas. Por um lado, o aumento da demanda por cuidados, num contexto de baixa participação do Estado, vem alimentando o crescimento do mercado, que passa a oferecer um variado leque de produtos, serviços, saberes e discursos. Desenvolve-se a especialização de profissões, ofícios e ocupações voltadas para prover atendimentos ou serviços de apoio direto

ou indireto às pessoas e famílias demandantes de cuidados. O aumento da demanda, entretanto, esbarra nas limitações da seguridade social brasileira, já que tradicionalmente os cuidados sempre foram delegados privilegiadamente para a família e considerados, dessa forma, um problema de ordem privada. Por outro lado, ganha força a defesa, por militantes do cenário gerontológico e representantes de movimentos sociais, pela criação de políticas públicas que contemplem o cuidado, visando a diminuição das iniquidades ao seu acesso e a sua universalização enquanto direito social. Tal agenda, entretanto, esbarra nas ambivalências e contradições do Estado de bem estar social brasileiro e tem também o seu avanço atravancado por ferozes disputas, lastreadas por interesses de ordem corporativista profissional, e que possuem como alvo a delimitação de monopólios e domínios no lucrativo mercado de cuidados.

Na construção do problema dos cuidados, algumas oposições são erigidas, tais como a diferenciação entre os idosos independentes e os dependentes, entre aqueles que cuidam e aqueles que recebem os cuidados e ainda, entre os profissionais e os trabalhadores leigos do cuidado. Tais oposições, ao mesmo tempo em que contribuem para fazer com que a questão dos cuidados se destaque no âmbito da problemática do envelhecimento, expressam também o jogo de forças inerente a um campo em construção: o campo dos cuidados. Para Bourdieu (1983b), todo campo expressa disputas ou lutas entre diferentes atores e interesses específicos. Eventualmente, diz esse autor, grupos divergentes podem anular antagonismos para a defesa de um interesse comum. Em nosso trabalho, consideramos a arena dos cuidados enquanto um campo em processo de construção e também em estado de disputa. Na investigação aqui realizada, buscamos identificar conflitos, atores, discursos e tentativas de imposição ou delimitação de atribuições, regras e mecanismos para diferenciação entre aqueles que estão em posição de dominância e os que aspiram por reconhecimento e pelo direito de pertencimento a este campo.

Para Bourdieu (1983b), as disputas em um campo se assemelham a um jogo, já que estão submetidas a regras, muitas vezes comuns para todos os jogadores. Nesse sentido, a história é um componente fundamental para o entendimento de um campo, já que segundo esse autor, “toda a história do jogo, todo o passado do jogo, estão presentes em cada ato do jogo” (BOURDIEU, 1983b, p. 91). Em nossa abordagem ao campo dos cuidados, temos como um de nossos objetivos centrais, a tentativa de elaboração de uma história desse campo. Uma história que se relaciona com a própria história recente do envelhecimento e com o processo de constituição das políticas sociais para os ‘cidadãos idosos’. Mas também uma história que

visa retratar, especificamente, a descoberta de um personagem singular para a constituição desse campo: o cuidador, assunto que perpassa boa parte de nossa investigação.

A descoberta do cuidado como um tipo particular de trabalho remete-se num primeiro momento à denúncia do movimento feminista a respeito da segregação sexual e social do trabalho, a partir da década de 1970. A diferenciação entre trabalho produtivo e trabalho reprodutivo, divisão que segue a oposição entre o espaço público e a vida privada, produz as bases para a construção dos primeiros conceitos sobre a natureza dos cuidados e do seu principal personagem, a mulher cuidadora. Ao mesmo tempo, a emancipação da mulher, junto com outras transformações na família e na sociedade, movimenta o desenvolvimento de um mercado onde se pode comprar e vender um tipo em particular de trabalho: o trabalho de cuidados. Disso tratamos no capítulo 2 da nossa tese.

O consumo de serviço de cuidados não se dá somente por um único tipo de indivíduos ou necessidades na sociedade. Este se dá por demandas variadas de um heterogêneo número de famílias ou instituições, que englobam desde situações como as necessidades de cuidados das crianças durante a sua infância, ao auxílio de indivíduos com variados níveis de necessidades de apoios, tais como pessoas com deficiências, com doenças incapacitantes de caráter transitório ou permanente, pessoas com transtornos mentais e também idosos, os quais também são suscetíveis a situações que levam a uma necessidade de companhia e cuidados para sua segurança, saúde e bem estar. Mas talvez nenhum tipo de cuidados tenha se tornado um assunto de tanta evidência e, simultaneamente, tenha se constituído em objeto de tão grande disputa como o cuidado de idosos. Na breve história que aqui contamos, buscamos caracterizar o processo de reconhecimento de um tipo em particular de cuidador, o cuidador de idosos.

No Brasil, tal processo acompanha também a ‘transformação’ da velhice em problema social, uma transformação que é acompanhada pelo surgimento de uma série de discursos especializados, tais como a geriatria e a gerontologia e que terão um papel normativo e também de intervenção sobre o envelhecimento. Da mesma forma, o cuidador de idosos também é delineado a partir de discursos associados a saberes profissionais, os quais buscarão afirmar a sua legitimidade enquanto detentores dos conhecimentos e técnicas que devem pautar o trabalho do cuidador. O cuidador, ao mesmo tempo que se torna destinatário de uma literatura específica, tais como manuais e livros de fácil leitura, simultaneamente é transformado em objeto de pesquisa pelas mesmas ciências que produzem tais discursos. Ao mesmo tempo, a descoberta dos cuidadores representa também o desvelamento do ‘problema

dos cuidados’, no sentido de que este personagem é identificado como destinatário de ações, projetos e também políticas, voltadas para a sua instrução e apoios. Disso tratamos no capítulo 3 da nossa tese.

Para Bourdieu, um campo pode ser delimitado pela definição dos objetos de disputas e dos interesses específicos subjacentes ao próprio campo. A descoberta do problema dos cuidados também representa um processo de passagem de aspectos que eram restritos à esfera privada e da intimidade das famílias, para o âmbito público. Esse é um dos sentidos do processo de constituição de um mercado de cuidados, onde diversas profissões venderão seus serviços. Ao mesmo tempo, a identificação de um trabalhador em especial, o cuidador de idosos, que começa a se diferenciar dos demais trabalhadores domésticos, é concorrente com um processo de intensa disputa pelo monopólio de um território ocupacional, o território das ocupações do cuidado. Nessa disputa, diferentes atores assumem posição antagônica: de um lado, a profissão de enfermagem, uma profissão já estabelecida na sociedade e que reivindica uma ‘prerrogativa’ sobre as tarefas e trabalhos do cuidado. De outro, os cuidadores de idosos, oriundos de uma classe social inferior às das profissões já estabelecidas, e cuja origem histórica carrega estigmas de um dos tipos de trabalho mais desvalorizados na sociedade brasileira, o emprego doméstico. A esses dois atores, se juntarão outras vozes, as quais poderão apoiar a um ou ao outro pleito, conforme as circunstâncias. Entender essa disputa sob uma perspectiva da história da conformação dos *habitus*¹ desse campo é o que se propõe o capítulo 4.

O quinto e último capítulo de nossa pesquisa busca trazer para o debate mais contemporâneo os conflitos históricos da formação do campo dos cuidados. Este enfoca dois pontos de tensionamento: o primeiro, a oposição entre Estado e mercado na provisão de bem estar para os indivíduos e famílias que necessitam de cuidados. Esta discussão é ilustrada pela análise do Programa Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos do Ministério da Saúde (PNFCI), uma política interrompida poucos meses depois de ter sido iniciada, sob o pretexto de que não é desejável incorporar um novo tipo de trabalhador às políticas públicas, os cuidadores. O segundo tensionamento é o relativo ao reconhecimento da profissão de cuidador, um debate que vem ocorrendo no congresso nacional, e no qual se fazem presentes tanto as disputas de território profissional quanto o embate entre a responsabilização do público ou do privado pela provisão de cuidados e bem estar para a população que envelhece.

¹ Para Bourdieu (BOURDIEU, 2008, p. 21), o *habitus* seria uma “unidade de estilo que vincula as práticas e os bens de um agente singular ou de uma classe de agentes”. Aplicado ao campo dos ofícios e das profissões, o *habitus* poderia ser entendido como um capital de técnicas, conhecimentos e crenças que conferem uma identidade a um determinado agente.

Para a investigação aqui empreendida, nos propomos a desenvolver uma abordagem histórica, tendo como principal período a ser investigado a virada do século XX para o XXI, um período marcado por grandes transformações nos significados sociais da velhice e também nos cuidados. A ideia de tentar elaborar uma narrativa histórica para o ofício de cuidador se deve à constatação de ser este um assunto ainda muito pouco investigado pela produção científica nacional e que, nesse sentido, um mapeamento de caráter exploratório e inicial, com a identificação de fontes, fatos e atores representaria uma contribuição importante para futuros estudos, os quais poderão aprofundar e complementar informações ao panorama aqui retratado. Alguns autores, como Born (BORN, 2006), já abordaram trechos dessa breve história. Mas uma investigação mais extensa e aprofundada sobre a questão não havia, até onde pudemos localizar, sido empreendida.

É preciso fazer uma ressalva, entretanto, sobre o caráter da investigação aqui empreendida. Não foi a nossa intenção empreender uma historiografia formal e focada em retratar minúcias dos fatos aqui investigados. Antes disso, se trata da história de formação de um campo, no sentido em que Bourdieu (1983b) emprega esse termo e, portanto, a narrativa aqui construída se presta principalmente para tentar esclarecer como esse campo vem se estruturando e, mais do que isso, ajudar a fornecer pistas para o entendimento das motivações dos seus atores e para a análise dos sentidos e objetivos de suas lutas e conflitos. Nesse sentido, a investigação aqui empreendida pode ser compreendida como uma busca por subsídios que pudessem contribuir para o entendimento do debate contemporâneo sobre os cuidados.

Para a definição dos objetivos da nossa pesquisa tivemos que tomar algumas difíceis decisões. Primeiramente, optamos por abrir mão de uma investigação muito restrita e focalizada em um único ponto ou aspecto da questão. Ao invés disso, julgamos que era oportuno empreender um estudo que pudesse produzir um panorama ampliado da problemática dos cuidados, combinando a análise de diferentes processos, tais como o desenvolvimento da literatura científica e manuais para cuidadores, as políticas nacionais de formação desses atores e ainda, os processos de discussão sobre a sua profissionalização, dentro de uma perspectiva histórica. Talvez cada um desses elementos possa vir a ser pesquisado mais aprofundadamente em novos estudos. Entretanto, em se tratando de um campo ainda muito pouco problematizado pela literatura nacional e, sobretudo, também pouco mapeado, nos pareceu necessário conferir uma maior abrangência à nossa pesquisa. Assim, ao empreendermos o nosso estudo, pudemos perceber como diferentes elementos do processo de

emergência do campo dos cuidados se relacionavam, sendo o entendimento de tais confluências, um ganho muito positivo para a análise e discussão aqui empreendidas.

Como estratégia metodológica para coleta das informações, combinamos diferentes tipos de fonte: primeiramente, o trabalho envolveu um processo de revisão de fontes de caráter documental, tais como produções científicas e legislação, dentre outros. Quanto a isso, particularmente, nos interessaram as produções da literatura gerontológica nacional sobre cuidados e cuidadores editadas no período investigado, como por exemplo, as primeiras publicações sobre cuidados, os primeiros manuais para cuidadores, dissertações e teses do período e outros. Além disso, também nos debruçamos sobre a legislação e documentos oficiais diversos, já que a composição do campo dos cuidados não ocorre somente como objeto de investigação e intervenção científica, mas também como palco de movimentos de regulação profissional e constituição de políticas sociais. Nesse sentido, as leis sobre o trabalho doméstico e sobre o exercício profissional de algumas categorias se constituíram também em objeto de nossa investigação.

Como a história aqui abordada ainda é pouco documentada, consideramos necessário recorrer a algumas entrevistas, de forma a complementar com depoimentos orais as lacunas existentes na documentação escrita. Tais entrevistas foram realizadas com alguns atores chave, sobretudo da gestão pública e que participaram, principalmente, no desenvolvimento de políticas públicas para cuidadores aqui narradas, tais como o Programa Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos e o processo de elaboração da ‘família ocupacional’² de cuidadores pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).³ Por fim, há ainda que se acrescentar que parte dos acontecimentos aqui historiados foram diretamente vivenciados por mim, ou seja; fui uma testemunha privilegiada e, simultaneamente, um participante ativo de debates, audiências públicas, reuniões e encontros relacionados ao processo de organização dos cuidadores, à defesa da sua profissão e ao debate sobre a necessidade de políticas públicas de cuidado. Particularmente, convém destacar a minha participação no Grupo de Discussão

² A Classificação Brasileira das Ocupações categoriza as diversas ocupações existentes segundo ‘grandes grupos’, ‘subgrupos’ e ‘famílias ocupacionais’. Uma família ocupacional pode comportar mais de um tipo de ocupação, porém de natureza assemelhada.

³ Esta investigação incorpora os resultados obtidos na pesquisa que desenvolvemos entre 2010 e 2014, na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio- Fiocruz, intitulada “Qualificação de trabalhadores para o cuidado ao idoso: análise de políticas”. Esta pesquisa teve como objetivo central realizar um registro da experiência realizada no Programa Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos. A mesma foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV-Fiocruz sob o número CAAE 0041.0.408.000-11. Como essa pesquisa colhia depoimentos sobre um tema considerado ‘tabú’ no período, já que a política em questão havia sido abruptamente interrompida, optamos por preservar a identidade dos depoentes, sempre que possível. Um dado a acrescentar: seria desejável ampliar, em investigações futuras, o rol de entrevistados, de forma a complementar as informações e registros da cronologia aqui proposta.

Sobre Cuidados e Cuidadores (GDCC), que se constituiu no Rio de Janeiro em 2012, com o objetivo de reunir interesses de diferentes atores do campo gerontológico sobre a temática da regulação do trabalho de cuidados e necessidades de políticas relacionadas à questão. Nesse sentido, estão aqui inseridas impressões, reflexões e dados coletados em diversos eventos, mais como participante observador, do que propriamente como observador participante.

Robert Butler, o fundador do Instituto Nacional sobre o Envelhecimento, nos Estados Unidos da América, costumava definir a gerontologia como a união da ciência com a militância (KATZ, 1996). Que o leitor desse texto não se engane ao presumir que ele possui algum tipo de neutralidade científica. Nossa abordagem inspira-se nos autores da chamada gerontologia crítica, campo do conhecimento que concilia a investigação de assuntos relacionados aos problemas sociais do envelhecimento com autores da teoria crítica contemporânea. Além disso, convém acrescentar, as polarizações no campo dos cuidados talvez não permitam uma imparcialidade. Nesse sentido, assumimos a nossa militância em favor da valorização das pessoas que cuidam e das que necessitam de cuidados na nossa sociedade e pelo reconhecimento do cuidado como direito social universal. Não estamos sozinhos, é preciso acrescentar, nesse trabalho de militância. Cada vez mais, cresce a conscientização entre trabalhadores mais engajados do campo da gerontologia, bem como entre outros atores sociais, de que é necessário um movimento de reforma sobre a maneira como os cuidados aos idosos vêm sendo prestados no âmbito das instituições públicas ou privadas e, particularmente, na constatação da necessidade de que seja instituída uma política pública que ofereça um maior suporte para os cuidados, num contexto em que a população cada vez mais envelhece e as demandas de cuidado tendem a aumentar.

O trabalho que aqui se segue está dividido em cinco capítulos, sendo o primeiro destinado a apresentar o desenvolvimento das políticas públicas voltadas para a gestão do envelhecimento no Brasil, buscando situar, especificamente, o problema da longevidade e dos cuidados no cenário contemporâneo nacional, a partir de revisão qualitativa de literatura. No segundo capítulo, que é também de revisão bibliográfica, tentamos conceituar o cuidado e, especificamente, o trabalho doméstico de cuidados, tendo por base a literatura feminista e de autores das ciências sociais que tematizam essa problemática. No terceiro capítulo, analisamos as primeiras produções nacionais sobre cuidadores, de modo a demonstrar como ocorreu a construção do conceito de cuidador na nossa literatura e retratamos o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos, uma política que se iniciou em 1999, inaugurando um tipo de intervenção específica no campo de cuidados: a formação de cuidadores. No quarto

capítulo, analisamos a dinâmica dos conflitos pelo capital social no campo de cuidados, o qual envolve uma disputa da profissão da enfermagem com outras ocupações e ofícios fracamente regulamentados. Por fim, no quinto e último capítulo abordamos a discussão sobre a profissionalização do cuidador, um assunto que traz consigo as disputas e controvérsias presentes historicamente à constituição do campo dos cuidados e que, ao mesmo tempo, é emblemático dos desafios e transformações por que passa a sociedade brasileira nos dias de hoje em seu contínuo processo de envelhecimento.

Capítulo 1. O ‘problema’ da longevidade e o debate em torno do bem estar para a população que envelhece

“No dia seguinte ninguém morreu. O fato, por absolutamente contrário às normas da vida, causou nos espíritos uma perturbação enorme.”

(SARAMAGO, 2005)

Quando Metchnikoff, o cientista russo do Instituto Pasteur, em Paris, propôs a criação da gerontologia - uma ciência para estudar o envelhecimento, no início do século XX, ele vislumbrava um futuro maravilhoso para a humanidade (COLE, 1992). Metchnikoff, nos seus trabalhos intitulados “ensaio otimistas”, perseguia o ideal da “ortobiose” – um ciclo vital perfeito, isento de doenças e de degeneração em cujo final as pessoas atingiriam uma velhice “fisiológica”. Dizia esse autor:

“a velhice é repulsiva hoje em dia por que é uma velhice desprovida do seu verdadeiro significado (...). A velhice fisiológica do futuro será diferente. Quando o homem velho não estiver mais sujeito à perda de memória ou à fraqueza intelectual, ele será capaz de aplicar a sua grande experiência para as partes mais complicadas e delicadas da vida social” (METCHNIKOFF, 1977, p. 295).

No ideal de longevidade vislumbrado pelo pai da gerontologia, a ciência resolveria não apenas os problemas individuais dos mais velhos, mas garantiria as soluções para os problemas sociais usualmente associados ao envelhecimento, tais como a necessidade do provimento de uma renda mínima em virtude afastamento do mundo do trabalho:

“quando tivermos reduzido ou abolido as causas da senilidade precoce, intemperança e doença, não será mais necessário pagarmos pensão aos sexagenários e septuagenários. O custo de sustentarmos os velhos, ao invés de aumentar, vai diminuir progressivamente” (Apud: COLE, 1992, p. 187).

Decorrido mais de um século desde as palavras proféticas de Metchnikoff, enormes são as conquistas atingidas pela humanidade, dentre elas, a extensão da longevidade e da expectativa de vida, as quais avançaram graças aos incontáveis avanços na ciência, na educação e na saúde pública, dentre outras áreas. A população idosa não apenas passou a viver mais, mas também a representar um segmento cada vez mais expressivo da população em geral, em virtude de um outro fator, não previsto pelo cientista russo: o decaimento das taxas de natalidade, decorrente do acesso aos métodos anticoncepcionais, da entrada da mulher no mercado de trabalho, no abreviamento das relações conjugais e de outras transformações diversas na família e no estilo de vida contemporâneo. O ideal de uma velhice

“fisiológica” permanece como um conceito pertencente à esfera das utopias modernas, mas é fato que muitos ganhos se deram para a qualidade de vida da população idosa. O aumento do peso populacional dos idosos, entretanto, constitui-se cada vez mais em objeto de tensão e debate, principalmente em função de argumentos que se preocupam com o custo econômico que esse grupo pode representar para as gerações mais jovens. Não por acaso, no jogo de forças entre o indivíduo, a sociedade e o Estado, uma das tendências é a responsabilização crescente dos sujeitos pela sua própria previdência. Por outro lado, cresce a pressão pela extensão da cobertura estatal para as questões novas trazidas pelo envelhecimento da população, como por exemplo, as políticas para o cuidado daqueles que não conseguem se manter indefinidamente saudáveis.

Essa forma ambígua de se tratar a velhice, ora como formidável conquista e ora como ameaça ao futuro das gerações vindouras constitui-se no ponto de partida deste capítulo. Esse talvez seja um dos pontos de impasse em torno da ampliação do debate sobre o reconhecimento dos direitos da pessoa idosa e, mais especificamente, para a busca por soluções contemporâneas para a questão dos cuidados. Neste capítulo, buscamos apresentar, através de revisão qualitativa de literatura, um breve panorama do processo de reconhecimento social da velhice enquanto detentora de direitos de cidadania. Traçamos um rápido histórico do surgimento da proteção social à velhice, na primeira metade do século XX, quando se institui o ideal de que a etapa final da vida da população trabalhadora deve ser provida de medidas destinadas à proteção social. Em seguida, discorremos sobre o surgimento de visões mais contemporâneas sobre o envelhecimento, já na segunda metade do século XX e num cenário de ‘crise’ dos estados de bem estar social, as quais tendem a privilegiar a responsabilização dos indivíduos pela provisão do seu bem estar, o que faz com que direitos sociais previamente adquiridos tornem-se alvo de questionamentos. Por fim, debatemos a problemática dos cuidados e alguns dos impasses para a ampliação de direitos sociais daqueles que envelhecem.

1.1 A invenção da proteção social à velhice

“Há neste momento, por todo o mundo civilizado, a nobilíssima preocupação de saber como a coletividade deve intervir para pôr a velhice e a invalidez ao abrigo da miséria humana” (PAIVA, 1922, p. 16)⁴. Assim começava o capítulo sobre a “Assistência à velhice”,

⁴ Durante o meu mestrado (GROISMAN, 1999b) e em pesquisas realizadas posteriormente, reuni algumas fontes documentais sobre a história da velhice no Brasil, que as quais eu não havia tido ainda a oportunidade de utilizar

organizada por Ataulpho de Paiva (1922), emérito jurista brasileiro, com o propósito de descrever a maneira como estava organizada a assistência aos pobres e necessitados na cidade do Rio de Janeiro, então capital do país.⁵ Segundo Viscardi (2011, p. 188), entre o final do século XIX e as primeiras décadas do XX, destacaram-se na sociedade brasileira inúmeras personalidades que, “preocupadas com a situação de uma crescente multidão de desvalidos, mobilizavam seus recursos (...) para amparar as vítimas do pauperismo”.⁶

O capítulo dedicado, especificamente, à “Assistência à Velhice” ocupava um espaço diminuto na publicação, mas continha interessantes formulações sobre a questão. Em seu arrazoado, Paiva (1922, p. 16) defendia a criação de “um novo e precioso regime de assistência social (...) para que os velhos” tivessem, no “crepúsculo da [sua] existência”, um destino melhor do que a “confortante, mas triste vida” que lhes estaria reservada nas instituições asilares ou hospitalares dedicadas a acolher os velhos pobres e/ou sem família naquele período. A proposta defendida por Paiva representava inequivocamente uma ruptura com o padrão de organização da assistência social até então vigente e que se desenvolvera principalmente por meio da caridade religiosa, ao longo do século XIX, sendo o símbolo desse tipo de organização a instituição asilar.

Paiva (1922, p. 16), entretanto, pondera que o abrigo nos asilos era um recurso valioso para os velhos e enfermos desprovidos de família, mas que deveria ser criado outro tipo de socorro que evitasse o “desumano” afastamento do horizonte familiar daqueles “que amam, sofrem e vivem ao lado dos filhos, da mulher e dos parentes”. Para esse autor, a sociedade deveria ter a obrigação de assistir e amparar no próprio domicílio todos aqueles que, pelo inevitável “declínio humano” trazido pelo envelhecimento não pudessem mais prover o próprio sustento através do seu trabalho: “todo velho tem direito a uma pensão, ao atingir determinada idade”, defende esse autor, referindo-se à legislação francesa. Tal princípio repousaria sobre o pressuposto de que a “assistência aos velhos, aos enfermos e aos incuráveis” constituiria não uma benesse, mas sim uma “obrigação social”, sendo, portanto uma questão de justiça e não de caridade, defende esse autor (PAIVA, 1922, p. 16).

na minha produção científica. Extratos desses documentos foram empregadas para ilustrar a parte inicial deste capítulo.

⁵ Paiva era um notório defensor da importância da assistência social e representara o Brasil em dois congressos internacionais sobre a temática, em Paris (1903) e Milão (1906).

⁶ O livro de Paiva (1922), que descreve e analisa o funcionamento das instituições assistenciais da capital federal é, para Viscardi (2011), uma importante fonte histórica de referência para o entendimento do pensamento social brasileiro a respeito da pobreza no período, uma época de questionamentos e mobilizações para uma “reforma” do modelo de assistência até então praticado.

O reconhecimento de que haveria uma “obrigação” da sociedade em amparar os mais velhos faz parte do tipo de pensamento que legitimou a organização dos sistemas para a proteção social ao longo do curso de vida, processo esse que se deu principalmente na passagem do século XIX para o século XX, acompanhando a industrialização do trabalho nos estados modernos. Para Simões (2000), o advento da aposentadoria está relacionado ao reconhecimento da noção de risco social, a qual é associada a uma redefinição do significado das condições de pobreza e miséria. Segundo esse autor, a visão liberal tradicional sobre a indigência e a miséria tendia a entendê-las como infortúnios que derivavam frequentemente da imprevidência dos próprios indivíduos.⁷ Porém, com a organização do trabalho industrial, veio a percepção de que o pauperismo tenderia a se agravar pelas próprias condições da vida moderna urbana e da forma como o trabalho estava organizado, carente de garantias e segurança, podendo se tornar, inclusive, uma ameaça para o capitalismo emergente.

É nesse contexto, portanto, que começam a ser instituídos os primeiros sistemas de pensões e aposentadorias, inicialmente organizados pelas próprias empresas ou categorias profissionais. Este é o caso das sociedades de socorro mútuo e das caixas de pensão e aposentadoria, estas últimas instituídas no Brasil na década de 1920, por meio da lei Eloy Chaves. Para Simões (2000, p. 32), este conjunto sistemático de procedimentos pode ser tratado “como a transposição para a “questão social” da concepção liberal de justiça”, na medida em que o acesso aos recursos e serviços de proteção social era condicionado à contribuição financeira empreendida pelos próprios trabalhadores. Disseminava-se, portanto, o emprego de uma nova tecnologia para a gestão dos riscos sociais, o seguro obrigatório, baseado em um modelo de interdependência e solidariedade entre os pares e as gerações (SIMÕES, 2000).

Segundo Simões (2000), a ideia de se instituir as pensões e aposentadorias estaria fundada no princípio de que a invalidez para o trabalho seria inerente à velhice, visão que seria, inclusive, corroborada pelas teorias médicas do período, as quais associavam a ocorrência de um irreversível declínio físico e mental ao processo natural de envelhecimento. Um exemplo desse tipo de visão científica pode ser encontrado nas teses defendidas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, no início do século XX. Segundo Oliveira (1908), a velhice seria um estágio de “involução” do organismo, o qual “vai se infiltrando nos indivíduos, em geral depois dos 50 anos”. “A voz perde a transparência de dantes”, descreve

⁷ Décadas depois, o neoliberalismo retomaria esse tipo de concepção, ao desestimular a manutenção e fortalecimento dos sistemas erigidos sobre bases de solidariedade social e radicalizar o individualismo (CAMPOS, 1991).

esse autor, “os cabelos embranquecem; (...) os dentes gastam-se e caem” (OLIVEIRA, 1908, p. 5). Os efeitos causados pela passagem do tempo seriam, dessa forma, desoladores: “a atrofia geral invade o organismo, que perde aos poucos a força”, conclui Oliveira (1908, p. 6).

Já para Cauduro (1928, p. 18), seria “entre os 60 e 70 anos que nos indivíduos normais, se observam as primeiras manifestações de senescência”. Entretanto, prossegue esse autor, “não é possível deixar de reconhecer que é a partir de um período correspondente à menopausa da mulher”, que se manifestam em ambos os sexos, “os primeiros sinais de decadência do indivíduo” (CAUDURO, 1928, p. 19). Ainda segundo esse autor, “desde muito cedo, entre os 40 e 50 anos, o peso do encéfalo começa a diminuir” e, quando a atrofia senil se instala, “as faculdades mentais vão enfraquecendo e a memória torna-se falha” (CAUDURO, 1928, p. 20). No que concerne ao trabalho na velhice, Oliveira (1908, p. 46) afirma que é comum se observar, em geral a partir dos 40 anos, uma diminuição da força muscular e da elasticidade respiratória “o que diminui a capacidade para o trabalho”. Para esse autor, o “ideal seria que cada velho pudesse escolher as suas ocupações”. Porém, observa Oliveira (1908, p. 45), “a realidade dos fatos é que (...) há muitos velhos que executam, pois, rudes trabalhos; isso constitui dura prova da desunião humana; e não pode estar de acordo com os preceitos científicos”.

No Brasil, as Caixas de Pensão foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), a partir da década de 1930, os quais eram autarquias de nível nacional centralizadas no governo federal. Com o novo ordenamento jurídico, a filiação passava a se dar por categorias profissionais, o que diferia do modelo das CAPs, que se organizavam por empresas. Nas décadas que se seguiram, diversas legislações versaram sobre a matéria. Nas décadas de 1960 e 1970, foi criado um sistema nacional de aposentadorias, durante o governo militar. Posteriormente, já no cenário de democratização do país, a aposentadoria foi definida enquanto direito social, a partir da constituição de 1988, com a incorporação de benefícios não contributivos com vistas à sua universalização, o que deu origem, posteriormente, à Lei Orgânica da Assistência Social (BRASIL/PR, 1993).⁸ Para Simões, uma das consequências da

⁸ Como são muitas as referências à legislação e publicações oficiais, optamos por indicar, sempre que possível, qual a instância do governo que foi a emitente do item citado. Assim, “Brasil/PR” se refere à Presidência da República, e “Brasil/MS” se refere ao Ministério da Saúde, por exemplo. Todas as siglas utilizadas estão indicadas na lista de siglas e abreviaturas constante no início deste documento. Entretanto, os nomes dos ministérios ou demais órgãos estão escritos por extenso na bibliografia ao final da tese, conforme padronização da ABNT.

modernização da gestão do trabalho na sociedade industrial foi a redefinição da velhice como um período de “inatividade remunerada” (SIMÕES, 2000, p. 40)⁹.

O advento das aposentadorias e a sua posterior universalização teve um enorme impacto para a criação de uma imagem pública para o segmento dos idosos, ao reunir, sob uma mesma regra institucional, pessoas que anteriormente compunham um segmento heterogêneo da população. É a partir da invenção da aposentadoria que os (trabalhadores) idosos passam a existir politicamente, tanto como sujeitos de direitos como grupo populacional, para os quais políticas específicas passam a ser formuladas. Entretanto, quando as aposentadorias começaram a se instituir de uma forma mais abrangente, o peso numérico e econômico dos aposentados ainda era muito pequeno, já que não apenas o valor dos benefícios era muito baixo como a própria expectativa de vida na classe operária era também reduzida (CASTEL, 1998). Esse quadro iria se modificar a partir da segunda metade do século XX, quando diversas melhorias nas condições de saúde das populações fazem com que a longevidade humana comece a se estender. Tal fenômeno, num contexto em que as taxas de natalidade também começam a decair, faz com que a proporção de idosos nas sociedades comece cada vez mais a aumentar. Dessa forma, é justamente a partir do aumento do peso do número de aposentados nos sistemas de seguridade social que a velhice começa a ser caracterizada enquanto um problema social (PEIXOTO, 2007).

Para Stone (1984), a essência dos Estados de Bem Estar Social consistiu no estabelecimento de categorias e mecanismos institucionais para definir que grupos ou indivíduos são considerados aptos a requisitar o auxílio do Estado. Dessa forma, a infância, a velhice, a doença e a invalidez foram legalmente habilitadas como condições de acesso para a proteção e a assistência social. Para essa autora, as sociedades teriam dois sistemas de distribuição, um baseado no trabalho, no qual o ganho individual está relacionado à capacidade laboral e produtiva do indivíduo e um baseado nas necessidades, nos direitos e na redistribuição de renda. A coexistência desses dois sistemas, um fundado no liberalismo e no direito de propriedade e outro, relacionado aos direitos políticos e sociais sempre passou por tensionamentos, os quais tenderiam a se agravar, no cenário de “crise” que os Estados de Bem Estar Social viriam a sofrer a partir dos anos 1980.

⁹ Para Faleiros (2007), a constituição de 1988 representaria a transição de um sistema de proteção social que condicionava o acesso à seguridade à inserção do trabalhador no sistema produtivo, para um sistema de proteção social de caráter mais universalizado e baseado em direitos. Conforme afirma esse autor, desde a década de 1930 as constituintes nacionais trataram de questões relacionadas ao envelhecimento, porém sob a perspectiva do trabalho. Seria somente a partir da legislação que se seguiu à constituição de 1988 que o Brasil estaria passando por uma “transição jurídica” para o reconhecimento, no contexto democrático, “dos direitos da pessoa idosa” (FALEIROS, 2007, p. 58).

1.2 A descoberta da velhice enquanto entidade demográfica e os novos discursos sobre o envelhecimento

Nos primeiros estudos censitários realizados no Brasil, ao longo do século XIX, a medição das idades não era considerada importante e apenas era realizada de forma rudimentar. Nas contagens populacionais realizadas no Rio de Janeiro em 1838 e 1856, por exemplo, só eram empregadas duas classes de idade: os “menores” e os “maiores” de 21 anos, um sinal de que a velhice não representava um assunto com relevância suficiente para ser investigado enquanto característica social, até mesmo porque, naquele período, o número de idosos na população era baixo, tendo em vista a também baixa expectativa de vida, se comparada aos padrões atuais (RIO DE JANEIRO, 1907, p. 48). Somente a partir dos estudos empreendidos já no período republicano é que a idade e, posteriormente, a velhice, receberiam uma atenção mais detalhada.

Na contagem populacional de 1906, a importância da medição das idades foi descrita como fundamental: “as informações relativas às idades são, talvez, as mais úteis de quantas nos fornecem os recenseamentos, pois sem elas é impossível estudar a mortalidade, a natalidade e a nupcialidade, ou qualquer outro capítulo da demografia”, dizia o texto. Além disso, tal investigação era justificada, sob uma argumentação que associava as características etárias de uma população à sua capacidade produtiva:

o estudo da composição da população por idades encerra ensinamentos importantíssimos, tanto sob o ponto de vista econômico, como sob o político (...), porque uma sociedade será tanto mais produtiva quanto mais preponderarem nela os habitantes em idade de aplicar suas forças no trabalho fecundo” (RIO DE JANEIRO, 1907, p. 45. Grifo nosso).

A respeito desse assunto, o censo de 1920 agregava também a seguinte observação:

as crianças e os velhos, sendo forçados pela idade a viver na dependência dos adultos, constituem um peso morto na coletividade, o que não acontece com os adultos, que representam a parte mais ativa, isto é, os elementos que trabalham e produzem (BRAZIL/DGR, 1923, p. 84. Grifo nosso).

O paulatino crescimento do interesse sobre as idades da população, posteriormente agrupadas em faixas etárias, ilustra como a idade foi se tornando cada vez mais relevante enquanto elemento de diferenciação e estratificação social, como reflexo das intensas transformações sofridas pela sociedade ao longo do seu processo de modernização, industrialização e escolarização, dentre outros. Tal fenômeno vem sendo abordado na literatura que tematiza a história das idades, como por exemplo, nos trabalhos de Ariès

(1981), Hareven (1995) e Katz (1996), dentre outros. Para Katz (1996, p. 51), “para alguém ser velho, apenas é necessário que envelheça. Entretanto, para se tornar parte de uma população de pessoas idosas, se requer que essa pessoa seja absorvida por um discurso específico de diferenciação”. Segundo Hareven (1995, p. 123),

existem muitas indicações de que uma nova consciência da “velhice”, concomitante com definições institucionais e reconhecimento social, emergiu nos fins do século XIX e início do século XX. A convergência de um crescente volume de literatura gerontológica, a proliferação de estereótipos negativos (...) e o estabelecimento da aposentadoria obrigatória representam os primeiros movimentos na direção de uma formulação pública e institucional da “velhice” como um estágio distinto da vida.

No Brasil, o paulatino processo de diferenciação e atribuição de novos significados para a velhice, marcado pela ‘modernização’ do curso da vida ocorreria de diferentes formas ao longo do século XX, tendendo a se acentuar conforme o avançar do século. Particularmente, a necessidade de se tomar o envelhecimento da população como um problema a ser enfrentado pela sociedade e pelo Estado começa a se fazer notar de forma mais enfática a partir de meados da década de 1980, por meio de publicações de autores das ciências sociais, da saúde pública e do emergente campo da gerontologia social. Para Magalhães (1989, p. 17), o envelhecimento no Brasil seria caracterizado pela passagem de um regime de “forte natalidade e forte mortalidade para um regime de frágil natalidade e frágil mortalidade”. Segundo Haddad (1986), o crescimento numérico da população idosa traria também um aumento do interesse sobre esse segmento, fazendo com que os velhos se tornassem, simultaneamente, objeto de estudo e objeto de intervenção do Estado. Haveria, para essa autora, uma incorporação pelo Estado do discurso geriátrico/gerontológico, cuja tônica seria a preocupação com o ônus que o aumento do número de idosos representaria para os cofres públicos.

Dentre as publicações de autores da área de epidemiologia e saúde pública, destaca-se na década de 1980 o editorial para os Cadernos de Saúde Pública, cujo texto era assinado pelo médico brasileiro Alexandre Kalache (1987), que posteriormente assumiria a coordenação do Programa de Envelhecimento e Ciclo de Vida da OMS. Neste artigo, o autor manifestava o intuito de alertar a “todos os interessados em saúde pública” para uma “realidade nova” para o país, trazida pelo fenômeno do envelhecimento populacional. Num cenário de recursos limitados e com a existência de necessidades e prioridades muito diferentes no âmbito da

população, Kalache (1987, p. 220) sugere a realização de um planejamento adequado, sob pena de caminharmos para uma “competição por (escassos) recursos”.

A emergência da preocupação com o peso populacional da velhice representou uma espécie de ruptura na identidade de um país que sempre se viu como um país jovem e onde a velhice era retratada apenas eventualmente, como questão mais relacionada ao âmbito privado. Leibing (2005) faz referência a essa mudança, em seu texto intitulado “A velha senhora de Ipanema” – uma alusão à famosa canção dos anos 1960 e que retratava a juventude do país. Analisando o modo como o tema da velhice aparece em jornais e periódicos nacionais na segunda metade do século XX, esta autora identifica alguns enfoques recorrentes nessas produções, como por exemplo, a tendência, nas décadas de 1960 e 1970, a retratar a velhice como uma fase da vida caracterizada pelo recolhimento social, eventual adoecimento e ausência de vida sexual, dentre outros atributos.

Lins de Barros (2006, p. 109) nos traz um exemplo interessante dessa imagem estereotipada da velhice, ao relatar a história de “Afonso”, personagem de um filme brasileiro dos anos 1970 e que, em seu primeiro dia após aposentar-se, veste um pijama “e sai para dar uma volta pelo bairro com a intenção de nunca mais precisar tirá-lo”. Como sintetiza essa autora, o recém-aposentado Afonso estaria então “investido de sua nova função que, a princípio, seria uma não-função, ou o ócio” (LINS DE BARROS, 2006, p. 109). Em texto publicado na época, Filizzola (1972, p. 15), queixa-se do “preconceito” daqueles que afirmavam que “um país com tantos jovens em sua população, (...) não deverá gastar nem pensamento com os velhos”, que constituiriam uma “minoría inexpressiva”. Para Leibing (2005, p. 17) a transição demográfica brasileira está diretamente relacionada a um processo de publicização das questões do envelhecimento, representada pela descoberta dos idosos “não apenas enquanto população, mas também como consumidores e eleitores”. Segundo essa autora, a década de 1980 marca a descoberta da velhice enquanto questão nacional. Nas palavras de Leibing (2005, p. 21), o que se vê nesse momento é “uma população a necessitar de intervenções sociais”.

O movimento de reconhecimento do problema ‘demográfico’ do envelhecimento ganharia contornos de denúncia social com características alarmistas, como aponta Debert (1999). Conforme defendem Veras, Ramos e Kalache (1987, p. 225) não apenas seria importante alertar “para a potencial gravidade” do processo de envelhecimento da população brasileira “a longo prazo”, mas também “sensibilizar pessoas e instituições” para a tarefa de reverter os determinantes sociais, econômicos e culturais que tenderiam “a condenar os

cidadãos idosos a um final de vida em condições bastante adversas”. Dentre os obstáculos listados por esses autores, além de problemas como a pobreza e a falta de acesso a serviços de saúde ou assistenciais, ganhariam especial preocupação as transformações sofridas pela família, a qual passaria por transformações, como a diminuição das taxas de conjugalidade e natalidade, que impactariam na sua capacidade para prestar apoios para os idosos. Como sintetizam Veras, Ramos e Kalache (1987, p. 225), não apenas a família extensa “estaria em extinção”, mas também as redes informais de cuidado, constituídas por parentes, amigos e vizinhos e que “por muito tempo [constituíram] o referencial maior de apoio na comunidade” aos idosos, tenderiam a diminuir.

Nesse cenário de iminente falência dos recursos empregados tradicionalmente para o suporte e amparo a essa população, as sugestões de possíveis encaminhamentos e soluções não apontariam somente para uma necessidade estratégica de reforço e ampliação na oferta de políticas e serviços voltados para o segmento idoso. Haveria ainda uma outra medida apontada pelos experts do período como ainda mais importante: a adoção de estratégias que pudessem evitar que os idosos pudessem necessitar de cuidados, aspecto que se consolidaria na adoção do conceito de “*saúde funcional*” a qual expressaria a capacidade dos indivíduos de viverem com autonomia e independência.¹⁰ Segundo afirmam Kalache, Veras e Ramos (1987, p. 208), o envelhecimento em si não constituiria um problema, mas sim a perda da capacidade funcional: “quando as funções começam deteriorar é que os problemas começam a surgir”, afirmam em um de seus textos. A funcionalidade é entendida por esses autores como a capacidade que um indivíduo possui para realizar as tarefas necessárias para a sua sobrevivência cotidiana e interação social. Ela poderia ser mensurada segundo variados métodos e sofreria variações conforme o contexto sócio-econômico e cultural em que o indivíduo estivesse inserido. Para esses autores, o grau de envelhecimento funcional de uma população teria uma importância muito maior do que o seu envelhecimento cronológico.

Ao transformar-se em problema social, o envelhecimento populacional passa a ser quantificado através de uma série de índices e medidas, como por exemplo, a idade mediana, a esperança de vida ao nascer, a proporção de idosos ou ainda o “índice de idosos” e a “razão de dependência” da população (MOREIRA, 2000).¹¹ Do ponto de vista individual, a

¹⁰ Nos anos seguintes, se popularizaria no discurso geriátrico-gerontológico a ideia de uma ‘mudança de paradigma’, representada pela substituição do binômio saúde/doença pelo “paradigma da funcionalidade”. Dessa forma, um idoso seria considerado saudável quando fosse autônomo e independente, mesmo que fosse portador de algumas doenças crônicas (VERAS, 2009).

¹¹ A razão de dependência, em termos econômicos e demográficos se refere ao peso que as populações economicamente inativas representam para as gerações inseridas no mercado laboral (RIPSA, 2008). Já o índice

(in)dependência é cada vez mais tematizada e inclusive mensurada através da aplicação de instrumentos para a avaliação da performance do indivíduo no desempenho das atividades necessárias para a sua sobrevivência e autocuidado.¹² Do ponto de vista político e social, a dependência econômica do segmento idoso é igualmente medida e problematizada. A primeira, inclusive, é vista como uma necessidade para o enfrentamento da segunda, já que a perda da funcionalidade implicaria em aumento de custos econômicos e diminuição da capacidade laboral ou produtiva, seja do indivíduo ou da população. Dessa forma, se por um lado a idade se valoriza enquanto elemento de diferenciação social, a funcionalidade se constitui como fator de diferenciação entre o normal e o patológico na velhice ou, em outras palavras, em critério de separação entre o envelhecimento desejável e aquele que deve ser evitado.

Segundo Leibing (2005) o discurso especializado, vindo de geriatras, gerontólogos e outros profissionais de campos relacionados, assume um papel de protagonismo para a disseminação de prescrições e modelos para um envelhecimento ‘saudável’ ou ‘bem sucedido’, o qual é reproduzido e ampliado pela mídia. É nesse período que se populariza o uso do termo ‘terceira idade’, o qual busca trazer um sentido positivo para essa fase da vida, associando-a ao lazer, ao consumo, à fruição do tempo livre, à promoção da saúde e à busca da realização pessoal. Rompendo com as visões tradicionais que estigmatizavam a velhice associando-a preponderantemente ao declínio físico, mental e social dos indivíduos, a terceira idade se estabelece não apenas trazendo novos significados para o envelhecimento, mas

de idosos é uma medida obtida através de uma correlação entre o número de idosos e jovens numa sociedade (MOREIRA, 2000).

¹² Um dos instrumentos comumente empregados para mensurar a funcionalidade é o Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária, criado por Sidney Katz na década de 1960. Esse instrumento, mais conhecido como “escala de Katz”, consiste numa sequência de perguntas que têm como objetivo avaliar a capacidade do indivíduo para a realização de tarefas consideradas imprescindíveis para a sobrevivência, tais como a capacidade de se alimentar, fazer a sua higiene e se locomover sem auxílio (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007). Às atividades básicas da vida diária se somam as atividades instrumentais da vida diária e que são também mensuradas por outros instrumentos, tal como a escala de Lawton, que avalia a capacidade do indivíduo em realizar tarefas como lidar com dinheiro, cuidar da casa, falar ao telefone e utilizar transporte público, dentre outros. A ideia de que a vida pode ser decomposta em ‘tarefas’ e que a performance do indivíduo para realiza-las pode ser objetivamente medida tem ocupado um espaço de centralidade nos discursos, ações e políticas voltadas para a promoção da saúde da população idosa. É digno de nota que, diferente do que ocorre em outros campos, como por exemplo, o de saúde mental, a aceitação dessas tentativas de padronização e simplificação das dificuldades enfrentadas pelos sujeitos ocorra praticamente sem críticas e contestações no campo gerontológico, o que revela a hegemonia que conceitos oriundos da medicina do trabalho, como aponta Katz (2000), possuem para a atribuição de significados oriundos do mundo da ‘expertise’ sobre a realidade social dos indivíduos idosos. Tal exemplo serve ainda para indicar que, no cenário geriátrico-gerontológico e que, por autodefinição se considera multidisciplinar, as relações de dominação entre as disciplinas existentes na sociedade também se reproduzem, sendo a proeminência do saber médico na definição de alguns dos conceitos centrais do campo, um forte exemplo.

também acompanhada do desenvolvimento de todo um mercado de produtos, serviços, saberes e discursos destinados ao segmento idoso.

Segundo Debert (2011), os novos significados trazidos para a ‘terceira idade’ fariam com que a velhice perdesse a sua “*conotação negativa de perda de status social*” e ganhasse “*o caráter positivo de etapa privilegiada pela garantia de um rendimento mensal, a aposentadoria*”. Debert (2011) destaca ainda o surgimento de “um conjunto de práticas, instituições e agentes especializados encarregados de definir e atender as necessidades dos mais velhos”, como concomitante a essa nova definição para a velhice. Entretanto, essa autora considera que haveria uma contradição no processo de transformação da velhice – tradicionalmente vista como uma questão pertencente ao âmbito do privado – num problema social. Para ela, enquanto a velhice é “socializada”, ou seja, alçada ao rol das questões públicas, ocorreria uma hegemonização das ideologias que valorizam o autocuidado individual, atribuindo-se uma excessiva responsabilização dos indivíduos pela manutenção da sua saúde e bem estar social. Este movimento, a “reprivatização da velhice”, segundo Debert (1999, p. 84), ajudaria ainda a encobrir o debate público a respeito da ausência de recursos para o enfrentamento da “*decadência das habilidades físicas, cognitivas e emocionais que também podem ocorrer na velhice*”.

No Brasil, as transformações nos discursos sobre o envelhecimento coincidem com o aumento do peso numérico e também político dos aposentados, uma categoria que ganha força e coesão política, nas suas recorrentes mobilizações pela não defasagem dos valores destinados aos seus benefícios. Entretanto, como aponta Simões (2000), nem todos os aposentados seriam idosos, já que por conta da ampliação dos direitos de determinadas categorias de trabalhadores, em muitos países as aposentadorias passaram a englobar um contingente cada vez menos idoso da população, deixando, dessa forma, de representar um marco inequívoco do ingresso na velhice. Ao mesmo tempo, os novos sentidos para a velhice e a discrepância entre o custo de vida e o valor dos benefícios pagos estariam também desvinculando o abandono do mundo laboral à entrada na aposentadoria, já que um contingente cada vez mais significativo de indivíduos se manteria trabalhando. Isso faria com que a aposentadoria deixasse de ser unicamente “um momento de recolhimento e descanso” para se tornar também uma etapa “ativa” da vida (SIMÕES, 2000, p. 47).

Como relata Paz (2006) é também no final do século XX que o movimento dos aposentados se fortalece no país, e consegue a sua mais expressiva vitória, ao reivindicar a recuperação de perdas trazidas por sucessivos planos econômicos e a equiparação com o

reajuste que havia sido praticado para os trabalhadores assalariados. Para esse autor (2006, p. 202), a capacidade de mobilização dos trabalhadores aposentados, que se organizaram no que ficou conhecido como o movimento dos 147%, “foi surpreendente em tamanho e força”. Mais do que isso, a visibilidade trazida pelo episódio contribuiu para que outros problemas dos idosos ganhassem a atenção da mídia e sensibilizassem a opinião pública. Esta tomada de consciência, portanto, para uma certa “problemática” dos idosos levaria à sanção, em meados da década de 1990, de uma lei instituindo a Política Nacional do Idoso (BRASIL/PR, 1994).

1.3 A internacionalização da velhice e a gestão da ‘cidadania ativa’

O estabelecimento de uma legislação específica para a proteção dos idosos, no Brasil, está relacionado, como aponta Camarano e Pasinato (2004) à internacionalização dos direitos dos idosos, fenômeno que ganha força a partir da década de 1980, quando é realizada a I Assembléia Mundial pelo Envelhecimento, em Viena, e da qual o Brasil foi signatário. Naquela assembleia, é lançado o “Plano Internacional de Ação pelo Envelhecimento de Viena” (UNITED NATIONS, 1983), o qual elencava, entre os seus objetivos, a necessidade de se instituir uma “compreensão nacional e internacional das implicações econômicas, sociais e culturais” para o processo de envelhecimento das populações, bem como a necessidade de se garantir a “seguridade econômica e social” dos idosos, tendo em vista ainda as necessidades específicas dessa população.¹³ O documento se refere ao contexto de transformações na “ordem econômica mundial” e menciona, particularmente, a necessidade de se criarem oportunidades para que os idosos “possam contribuir e partilhar dos benefícios do desenvolvimento” (UNITED NATIONS, 1983, p. 6).

A abordagem da carta de Viena ampara-se numa justificativa manifestamente “humanitária”, fazendo referências à proteção da dignidade e promoção da equidade, justiça social e solidariedade enquanto elementos fundamentais para o “desenvolvimento” das nações. Outro aspecto valorizado é o papel da família como unidade da sociedade e elemento de ligação entre as gerações. Ao mesmo tempo, o documento alerta que a transferência de responsabilidades da família para os setores público e privado deve aumentar, por conta do processo de envelhecimento e especialmente nos países em desenvolvimento. A preocupação com a velhice mais fragilizada e dependente de cuidados também é listada e associada à expectativa de aumento da razão de dependência em muitos países. Além disso, diversos

¹³ Tradução livre. Todas as citações de fontes estrangeiras inclusas na tese foram igualmente traduzidas pelo autor.

tópicos abordam a problemática da aposentadoria, seja em termos da necessidade de ser oferecido um suporte para permitir que os idosos se preparem para a saída da vida laboral, como na problematização das políticas de aposentadoria compulsória e suas relações com as ações destinadas a combater o desemprego das gerações mais jovens. No caso dos Estados que possuem sistemas baseados na solidariedade intergeracional, é destacada a preocupação com o crescente aumento do peso econômico do segmento aposentado.

A carta de Viena continha ainda uma lista com diversas recomendações que os países deveriam adotar em benefício da população que envelhece. Segundo Camarano e Pasinato (2004), a internacionalização dos direitos dos idosos seria um dos elementos a influenciar a inclusão da proteção ao idoso na constituição de 1988. Além disso, considera-se que as ações seguintes promovidas em torno da promoção internacional dos direitos dos idosos, no caso, o lançamento dos “Princípios para a Pessoa Idosa” e da “Proclamação pelo Envelhecimento”, em 1991 e 1992, bem como a celebração do Ano Internacional do Idoso, em 1999, contribuíram para fortalecer a agenda de lutas e militâncias em prol da elaboração de uma legislação específica voltada para a pessoa idosa no Brasil. Cabe destacar, entretanto, que os conteúdos da legislação nacional não reproduziram, necessariamente, as diretrizes apregoadas nos documentos internacionais. A carta de princípios para a pessoa idosa da ONU, por exemplo, elencava 18 princípios, agrupados em cinco temas: independência, participação, auto realização, cuidado e dignidade. No Brasil, entretanto, a legislação não seguiu fielmente esse tipo de separação temática. Nota-se que alguns aspectos tenderam a ser enfatizados em detrimento de outros, com particular ausência de uma abordagem consistente para a questão do cuidado e da dignidade, temas tradicionalmente considerados como pertencentes à esfera da família e ao âmbito do privado no Brasil (CAMARANO; PASINATO, 2004).

A existência de uma agenda internacional para o idoso se faria notar com maior evidência, no Brasil e também no mundo, a partir da 2ª Assembléia Mundial do Envelhecimento, realizada em Madri em 2002. Os vinte anos que separaram as duas assembleias foram marcados por severas transformações na ordem econômica mundial, com retraimento de políticas destinadas a proporcionar o bem estar social e valorização do papel dos mercados na resolução das desigualdades entre os indivíduos e populações. A Carta de Madri distribuía as suas proposições em três eixos prioritários: idosos e desenvolvimento, saúde e bem estar e ambientes favoráveis. É, especificamente, em torno do primeiro eixo que se encontram as mudanças mais marcantes no discurso em defesa do envelhecimento, na medida em que, ao invés de reforçar a abordagem mais tradicional de proteção à velhice pela

sua fragilização, o documento enfatiza a valorização da pessoa idosa enquanto ente participante da vida social, cultural e econômica dos estados.

Segundo o texto da Carta de Madri, a modernidade teria trazido oportunidades “sem precedentes” de empoderamento das pessoas que envelhecem, gozando de mais saúde e bem estar (UNITED NATIONS, 2002, p. 10). Ao mesmo tempo, continua o documento, são necessárias ações para “garantir a sustentabilidade dos sistemas de proteção social”, com vistas à construção de uma “sociedade para todas as idades”, sendo importante que sejam proporcionadas “oportunidades para que os idosos continuem contribuindo para a sociedade”, diz o texto (UNITED NATIONS, 2002, p. 19). As preocupações com o peso econômico dos sistemas de seguridade erigidos ao longo do século XX ocupam um espaço importante no texto da declaração, sendo as aposentadorias e, especificamente, o abandono prematuro da vida laboral, um problema: “aos idosos deve ser permitido continuar trabalhando (...) enquanto quiserem ou enquanto forem capazes de fazê-lo de forma produtiva”, diz o texto (UNITED NATIONS, 2002, p. 23). Dessa forma, uma “nova abordagem” ao envelhecimento e ao trabalho, combatendo “preconceitos e obstáculos” que contribuiriam para excluir os idosos da vida produtiva, requereria também inovações que levassem em conta as “necessidades dos empregados e também dos empregadores”, através de “políticas e práticas” voltadas para uma “flexibilização” da aposentadoria (UNITED NATIONS, 2002, p. 23).

As transformações nos significados e discursos sobre o envelhecimento são um assunto que vem sendo analisado e debatido por diversos autores que discutem a relação entre o processo de globalização da economia e as novas configurações que a questão social vem tomando. Para Estes e Phillipson (2002), o novo contexto para o envelhecimento praticamente abandona o legado de uma era no qual uma série de reformas forjou a criação dos Estados de Bem Estar Social. Nesse novo cenário, os serviços e políticas destinados a promover a proteção e a seguridade social tendem a ser reconstruídos e ressignificados, estando a privatização e a mercantilização no centro da doutrina apregoada pelos organismos internacionais, tais como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE).

Segundo Estes e Phillipson (2002), a maior parte das nações industrializadas logrou produzir, ao longo do século passado, respostas institucionais para o processo de envelhecimento das suas populações, em geral baseadas no modelo solidário da seguridade social. Dessa forma, a solidariedade entre as gerações, institucionalizada nos modelos comumente utilizados para o financiamento dos sistemas de seguridade e aposentadorias,

seria um componente importante para a valorização de uma moralidade no Estado de Bem Estar Social, na medida em que esta representa um modo instituído de promover a assistência e o cuidado mútuo entre os pares e as gerações. Além disso, Estes e Phillipson (2002), argumentam que a ideia de cidadania para o segmento idoso estaria cada vez mais eclipsada pelos novos discursos e práticas, já que, ao invés de se remeter a direitos sociais, o Estado de Bem Estar intergeracional passaria a estar associado ao risco econômico e fiscal.

No Brasil, o Estatuto do Idoso (“EI”) é instituído meses depois da Declaração de Madri (UNITED NATIONS, 2002). Seu texto, entretanto, remete a uma visão mais tradicional sobre o envelhecimento, enfatizando a necessidade da proteção ao idoso frente à diminuição da capacidade laboral, fragilização da saúde e isolamento social, dentre outros. Ao mesmo tempo, o EI prevê uma forte participação da família para a provisão de cuidados para os idosos, mantendo o Estado, desse modo, numa responsabilização mais focalizada nos casos e situações de maior vulnerabilidade social. Promulgada em meio ao contexto de reestruturação produtiva e recrudescimento da ideologia neoliberal, esta legislação ainda carrega, entretanto, elementos de uma visão mais idílica quanto ao papel do Estado na garantia dos direitos sociais e da cidadania. Os efeitos das marés da globalização, por outro lado, não deixariam de se fazer sentir no país, já que as mudanças estruturais na organização do trabalho, na economia mundial e em diversos aspectos da vida social também viriam a afetar a nossa realidade.

Para Estes e Phillipson (2002), a globalização impôs sérias restrições para o desenvolvimento das políticas sociais, esvaziando o papel do Estado em favor do mercado e valorizando a disciplina financeira e fiscal em detrimento dos direitos sociais e da cidadania. Para esses autores, o conceito de direitos sociais está fundado na noção de interdependência no curso de vida, ou seja; no reconhecimento de que é legítimo, em determinadas fases da vida, os indivíduos necessitem de algum tipo de auxílio ou de cuidados prestados pela família, pela comunidade ou pelo Estado. Em oposição a essa concepção, a ideologia neoliberal defenderia a independência dos indivíduos em relação à sociedade e ao Estado, transferindo, dessa forma, a responsabilidade pelo bem estar para o âmbito do privado e para o nível do indivíduo. No Brasil, embora o conceito de independência não estivesse explicitamente contido no Estatuto do Idoso, este começaria a figurar, cada vez com maior centralidade nos objetivos de programas e políticas voltados especificamente para a população idosa, tais como a Política de Saúde do Idoso (BRASIL/MS, 1999) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL/MS, 2006a).

Desde a década de 1980, que críticas à estrutura tradicional das políticas de seguridade social passaram a se intensificar, inclusive no âmbito da própria gerontologia. Townsend (1981), por exemplo, cunhou o termo “dependência estruturada” para designar as estruturas e instituições sociais que colocariam os idosos numa posição de afastamento do mundo produtivo e com menor participação social, como por exemplo, as aposentadorias compulsórias e as instituições asilares para o cuidado. Para Walker e Maltby (2012), a aposentadoria reforçaria um estereótipo de inatividade para os idosos, já que estas promoviam um processo de “exclusão social e política” dos trabalhadores. Além disso, as chamadas aposentadorias precoces começaram a ser enfaticamente apontadas como problemáticas, por estarem sobrecarregando os sistemas de seguridade social dos países onde essa prática era permitida. É nesse contexto, portanto, que uma série de reformas nos sistemas de previdência começa a ser posta em prática. No Brasil, um episódio marcante é a infeliz afirmação do Presidente Fernando Henrique Cardoso de que os indivíduos que se aposentavam precocemente eram “vagabundos” (2000). Para Guillemard (1997, p. 442), a divisão do curso de vida nos seus três estágios previstos na política social tradicional (escola/trabalho/aposentadoria) estaria desaparecendo, o que demandaria a necessidade de adaptações nos sistemas de seguridade social, que teriam que dar conta de formas de organização da vida mais “flexíveis”. É nesse contexto, portanto, que ganha força um novo conceito forjado para orientar as políticas para gestão do envelhecimento da população, o “envelhecimento ativo”, termo que se populariza a partir da sua adoção pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), como uma contribuição para a Assembléia de Madri, naquele mesmo ano.

Segundo Walker (2006), as origens do conceito de “envelhecimento ativo” remonta à década 1960, quando pesquisas e trabalhos da gerontologia defendiam a importância de se manter uma vida ativa, como chave para se preservar a saúde física, mental e social durante o processo de envelhecimento. É nesse período que se elabora a chamada “teoria da “atividade”, a qual remonta à chamada primeira geração das teorias sociológicas sobre o envelhecimento (DOLL et al., 2008). Um dos formuladores da teoria da atividade foi Havighurst, que publicara um livro na década de 1950, no qual propunha o conceito de tarefas desenvolvimentais na perspectiva do ciclo vital (DOLL et al., 2008). Tais tarefas deveriam ser desempenhadas pelos indivíduos em determinados períodos da sua vida. Como sintetizam Doll et al (2008, p. 7), “caso sua realização seja feita com sucesso, o indivíduo terá felicidade e êxito em tarefas posteriores, mas caso a pessoa fracasse, lhe restará a infelicidade e a

reprovação pela sociedade”. Posteriormente, esse mesmo autor desenvolveria um conceito implícito à sua teoria da atividade: o “envelhecimento bem sucedido”.¹⁴

Em sua evolução, o conceito de atividade se descolaria da ideia romântica de ocupação do tempo livre e ganharia uma conotação mais claramente econômica ao se articular com a proposta de manutenção da produtividade dos indivíduos que envelhecem. Na década de 1980, Bass, Caro e Chen (Apud: WALKER, 2006, p. 84) cunham o termo “envelhecimento produtivo”, que é definido como “as atividades de um indivíduo idoso que produzem bens ou serviços (...) seja de maneira remunerada ou não”. Segundo Moulaert e Biggs (2012, p. 28), uma das primeiras referências ao termo aparece em uma publicação da OCDE, no final da década de 1990, que advoga que o envelhecimento ativo seria a capacidade dos indivíduos de permanecerem produtivos “na sociedade e na economia”, sendo necessárias reformas para dar liberdade para que as pessoas pudessem “escolher” como dispor do seu tempo no trabalho, lazer e cuidados ao longo da sua vida.

O conceito evoluiria para a defesa de uma política para o “envelhecimento ativo”, a partir da sua apropriação pela Organização Mundial de Saúde, que associa a “atividade” à promoção da saúde física e mental, ao incremento da participação social e ao aumento da contribuição dos idosos para a sociedade: “as pessoas mais velhas que se aposentam (...) podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades e países”, afirmaria um texto dessa organização (OMS, 2005, p. 13). A abordagem cunhada pela OMS pressuporia uma ruptura com o pressuposto de que o envelhecimento estaria associado à “aposentadoria, doença e dependência”, sendo necessário, portanto a adoção de um novo “paradigma”, que “perceba os idosos (...) como contribuintes ativos, e beneficiários do desenvolvimento” (OMS, 2005, p. 44. Grifo nosso). Este documento complementa ainda que mesmo as pessoas que se aposentam “e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial” podem permanecer contribuindo para os seus pares e para a sociedade (OMS, 2005, p. 13). No âmbito das políticas de saúde, o envelhecimento ativo teria por finalidade substituir o conceito de “envelhecimento saudável”, anteriormente empregado. Enquanto o termo “saudável” se referiria à preservação da saúde física e mental,

¹⁴ Ao longo das décadas seguintes, a teoria da atividade se popularizaria, recebendo contribuições e releituras. Segundo Doll et al (2008), uma série de conceitos, classificações, definições e categorizações para as atividades são agregadas. Além disso, busca-se articular a realização de atividades com outras categorias, como satisfação de vida, desempenho de papéis sociais e obtenção de reconhecimento na sociedade. Para esses autores, a teoria da atividade tentaria explicar como os indivíduos se ajustam às mudanças relacionadas à idade e relacionaria a satisfação de vida na velhice à capacidade dos indivíduos se manterem ativos, substituindo perdas de papéis por novos, de modo a manterem seu lugar na sociedade.

o envelhecimento ativo englobaria outros fatores “que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem” (OMS, 2005, p. 13).

Para Moulaert e Biggs (2012), a internacionalização e crescente popularização da política para o envelhecimento ativo está relacionada à centralidade que a questão econômica assumiu no cenário globalizado. A solução para a iminente crise financeira dos sistemas de seguridade social seria, portanto, fazer com que as pessoas se mantenham trabalhando mais tempo ao longo da sua vida, postergando ao máximo a aposentadoria. Segundo esses autores, o discurso contemporâneo sobre o envelhecimento estaria dominado por duas principais narrativas: uma referente à saúde e bem estar e, outra, referindo-se à produtividade. Embora tais perspectivas sejam concorrentes, estas possuem muitos pontos de aproximação, já que a temática da promoção da saúde e da manutenção da autonomia e independência é constantemente definida como fundamental para a manutenção da produtividade e diminuição dos custos com os cuidados dos idosos. Dessa forma, saúde, redução de custos e aumento das contribuições dos idosos para a sociedade são dimensões que se entrelaçam.

Outro aspecto que esses autores abordam diz respeito à retórica pela defesa da “liberdade” de escolha dos estilos de vida, a qual tende a responsabilizar os indivíduos pela preservação da sua saúde física, financeira e manutenção da sua participação na sociedade. Para Moulaert e Biggs (2012), o discurso pelo envelhecimento ativo, adotado pelos principais organismos internacionais ao longo das últimas décadas deve ser considerado como a resposta da ideologia neoliberal para o problema do envelhecimento da força de trabalho. Nas palavras desses autores, a política do envelhecimento ativo, deve ser compreendida sobretudo como uma elaboração vinculada principalmente aos debates e “preocupações sobre a produtividade da população” (MOULAERT; BIGGS, 2012, p. 31).

No Brasil, o envelhecimento ativo vem sendo muitas vezes confundido com o conceito de “envelhecimento funcional”, embora estes termos não sejam exatamente sinônimos. Tal como previa a antiga teoria da atividade, ainda se faz muito presente a ideia de que programas voltados a população devem privilegiar a oferta de atividades ocupacionais, físicas ou de lazer. Barbieri (2014) observa que o termo ‘ativo’ é tomado comumente no Brasil como sinônimo de atividade física. Curiosamente, observa essa autora, a capa do documento síntese sobre a política do envelhecimento ativo em sua edição brasileira trazia a figura de um indivíduo correndo, diferentemente da sua edição internacional. A temática do envelhecimento ativo, entretanto, dificilmente se aterá ao seu sentido mais literal de realização de atividades para promoção da saúde e socialização, por mais que interpretações

ingênuas possam sugerir isso. O que está em jogo, nos parece, é uma alteração na forma como as gerações auxiliam umas as outras, com possíveis tendências de redução da solidariedade social e emergência de um maior individualismo.

Para Campos (1991, p. 4), muitos profissionais da saúde, individual ou coletivamente enquanto categoria profissional teriam se transformado em “intelectuais orgânicos da política de saúde neoliberal, ou seja, seus principais elaboradores e divulgadores”. Tal relação, entre a produção de discursos científicos e a formulação de políticas alinhadas ao atendimento de interesses de grandes corporações do capital, vem sendo denunciada por autores de abordagem mais crítica, sendo um exemplo a afirmativa de Campos (1991, p. 4), ainda atual, que avalia que a eficácia do sistema público de saúde viria progressivamente sendo destruída pela “crueldade da racionalidade decorrente da radical hegemonia dos interesses privados sobre os públicos também em assuntos relativos à vida, à morte e à saúde das pessoas”.

No que diz respeito ao envelhecimento ativo, este traz um receituário nitidamente consonante com os discursos dos principais organismos econômicos internacionais (PEREIRA; SILVA; PATRIOTA, 2006; RIZZOTTO, 2008), os quais reforçam a opção pela focalização das políticas sociais, de modo a empregar os recursos estatais na proteção dos “mais pobres e excluídos”, como frisa Kalache (2008, p. 1108). A controvérsia sobre a opção pela focalização das políticas sociais ou de saúde, convém ressaltar, destaca o risco de substituição de direitos sociais por programas de caráter temporário, onde o acesso passa cada vez mais a ser seletivo, ao invés de universalizado. A tendência à implantação de políticas desse tipo no Brasil, um país marcado por grandes desigualdades no acesso à renda e condições dignas de vida e onde, particularmente na velhice, a diferença entre os que possuem acesso ao mercado de bens e serviços e aqueles que dependem de auxílios para a subsistência não deve ser desprezada, certamente inspira a necessidade de debates e de estudos para avaliação dos seus impactos, presentes e futuros.

Em 2012, a Comunidade Europeia celebra o “ano do envelhecimento ativo”, fato que potencializa o alcance dessa forma de se pensar as questões do envelhecimento. No Brasil, a retórica pelo envelhecimento ativo vem também se fortalecendo nos últimos anos, com a incorporação dos seus referenciais a diversas políticas, nacionais ou regionalizadas e direcionadas para a população idosa. Não por acaso, os 10 anos do Estatuto do Idoso seriam comemorados, pelo Governo Federal, com o lançamento do “Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo”, em 2013, o qual teria o objetivo de “conjugação esforços” do Estado e da sociedade civil “para valorização, promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa” (BRASIL/PR, 2013).

1.4 Políticas sociais e expectativas sobre a família

A despeito da ênfase sobre a promoção da saúde, da autonomia e da independência, alguns autores têm chamado atenção para a necessidade de se fortalecerem as políticas para o cuidado dos indivíduos que, por circunstâncias da vida, de saúde ou devido à sua idade muito avançada, não conseguem manter-se “ativos” e “funcionais” indefinidamente. Segundo Camarano e Mello (2010, p. 13), apesar dos avanços para se garantir “uma renda mínima para a população idosa, (...) a provisão de serviços de saúde e de cuidados formais ainda é uma questão não equacionada”. Para essa autora, tal questão assumiria “uma importância ainda maior em função do envelhecimento da própria população idosa”, ou seja; do aumento da população com 80 anos ou mais, grupo que estaria mais propenso a se tornar dependente de cuidados, devido ao maior tempo de exposição a desgastes ambientais e doenças crônicas, dentre outros. Camarano e Mello (2010, p. 14) também ressalta o contexto de mudanças nos arranjos familiares e no papel social da mulher, tradicional cuidadora dos membros dependentes da família, o que estaria impactando diretamente na capacidade das famílias ofertarem cuidados: “a oferta de cuidado familiar parece diminuir à medida em que a demanda aumenta”. Ao mesmo tempo, a situação seria agravada por carência histórica de serviços voltados para o apoio dos cuidados no âmbito familiar e comunitário, o que tenderia a vulnerabilizar os indivíduos que necessitam de cuidados e sobrecarregar seus cuidadores (CALDAS, 2003).

Para Goldani (2004), as relações de solidariedade entre as gerações estariam instituídas em dois níveis. O primeiro consistiria na instituição de uma solidariedade intergeracional formal e mediada pela política e pelo Estado afim de sustentar os benefícios destinados aos grupos etários e custeados por toda a sociedade, mediante a tributação, contribuições previdenciárias e outros. Por outro lado, haveria ainda um contrato social informal, existente no âmbito do grupo de parentesco ou familiar e que seria baseado em normas, obrigações e trocas entre as gerações. Esses dois níveis de troca, segundo essa autora, possuiriam um estreito vínculo. Fatos ocorridos no âmbito macro-social, como as reformas e enxugamentos dos sistemas de pensões e aposentadorias influenciariam as relações intrafamiliares, na medida em que delegariam maior ou menor peso para o suporte familiar junto aos membros mais idosos. Esta autora destaca ainda a necessidade de implantação de políticas governamentais que possam compartilhar com as famílias a responsabilidade pelo cuidado dos seus dependentes à semelhança do que ocorre em alguns países do assim

chamado mundo desenvolvido e cujos Estados de Bem Estar Social vêm incluindo a questão do cuidado como um dos seus eixos. É nesse contexto, portanto, que tende a ganhar força o debate a respeito da criação de políticas para o cuidado no Brasil, na medida em que se considera que as famílias possam não estar mais dando conta dessa necessidade sem algum tipo de apoio extra-familiar.

A dificuldade de se realizar esse debate no país, entretanto, decorreria de algumas características que vêm sendo apontadas pela literatura como sendo inerentes ao modelo de estado de bem estar social brasileiro. Segundo Goldani (2004), embora o sistema de proteção social brasileiro pareça oferecer as bases para o bem-estar para a maioria dos cidadãos brasileiros, as dificuldades de financiamento e os desequilíbrios do sistema previdenciário alimentariam o debate sobre a necessidade de privatização e seletividade do sistema. Desse modo, a tensão entre a tardia implantação de um sistema de seguridade social pretensamente universalista, pós 1988, e o contexto de enxugamento do Estado nas economias neo-liberais certamente faz com que o debate sobre a ampliação da ação do Estado na proteção dos idosos “não-ativos” se dificulte. Não obstante, Camarano e Mello (2010) sugerem que os cuidados de longa duração para a população dependente sejam incorporados como risco social para a sociedade, o mercado e o Estado, sem especificar, entretanto, qual desses atores assumiria a maior parcela de responsabilidade e nem como os custos dessa ampliação de cobertura seria repartido entre a população. Além disso, num país que possui serviços para a provisão de bem estar paralelos e concorrentes, nos âmbitos público e privado, cabe perguntar se a incorporação de uma seguridade social para a dependência reproduziria as iniquidades já existentes para o acesso a serviços básicos, como saúde e previdência social, dentre outros.

Simões (2000), ao analisar o movimento pelo direito à aposentadoria no país, propõe a utilização das categorias empregadas por Hirschman para a conceituação dos conflitos sociais. Haveria, dessa forma, conflitos “cola” e conflitos “solventes”. A aposentadoria e as formas de proteção social que caracterizam o modelo de seguridade corresponderiam “a formas avançadas de solução de conflitos que produzem solidariedade, desenvolvidos ao longo de complexos processos de luta política” (SIMÕES, 2000, p. 13). Segundo a análise deste autor, “os conflitos em torno dos encargos e benefícios previdenciários puderam dar lugar a uma “política de solidariedade” entre as gerações, tornando, portanto, a aposentadoria uma das mais importantes “colas” da vida social nos estados-nações contemporâneos (SIMÕES, 2000, p. 13). Por outro lado, os esforços no sentido de transformar a percepção da aposentadoria e das políticas de seguridade social numa ameaça ao crescimento e desenvolvimento econômico das

nações, por meio da ênfase no envelhecimento demográfico e da crise fiscal do Estado, fizeram com que os conflitos em torno da aposentadoria passassem a ser vistos como “solventes” já que representariam confrontações socialmente desestabilizadoras e que exigiram soluções drásticas e supostamente definitivas” (SIMÕES, 2000, p. 13).

É, portanto, num contexto de ambiguidade, em que o envelhecimento da população ora é visto como conquista e ora, como ameaça, que o debate em torno de um direito ainda não adquirido - o “direito ao cuidado” poderia vir a emergir. Seria este, um conflito “cola”, na medida em que fortaleceria os vínculos de solidariedade familiar? Ou seria “solvente”, constituindo-se como ameaça ao futuro das gerações vindouras? Simões (2000, p. 14) destaca que, no caso do movimento dos aposentados, sua mobilização conseguiu conjugar os sentimentos e valores constituídos e compartilhados na economia moral da sociedade brasileira, “que traduzem concepções de justiça e direitos sociais”. Tais valores incluíam o reconhecimento da dimensão contratual da aposentadoria na forma de seguro social e, sobretudo, “a revalidação da moralidade e justiça da proteção pública não só ao extrabalhador, mas ao cidadão de mais idade, na base de um vínculo de reciprocidade geracional” (SIMÕES, 2000, p. 14). Diferentemente dos aposentados, no entanto, não há mobilização organizada em torno da proteção à velhice dependente. E o amparo a este grupo, embora esteja tradicionalmente associado aos valores da caridade e da filantropia, não se encontra claramente vinculado a questões do direito público, a não ser, talvez, nas obrigações de reciprocidade dos filhos em relação ao cuidado dos pais.

1.5 Direitos do idoso e o estado de bem estar social

No Brasil, o processo de reconhecimento dos direitos da pessoa idosa ocorre evidentemente de forma diferente e num contexto histórico e social diverso daquele das democracias sociais do mundo desenvolvido. Uma primeira característica que deve ser mencionada é que, diferentemente de países como França e Inglaterra que instalaram sistemas nacionais de saúde, educação e previdência social a partir, principalmente, do término da segunda guerra mundial, o Brasil nunca logrou instalar, efetivamente, uma estrutura de serviços públicos capaz de suprir universalmente as necessidades associadas à promoção do bem estar da sua população, havendo a coexistência, dessa forma, de setores de saúde pública e privados, educação pública e privada e, em menor escala, previdência pública e privada, apenas para citar alguns exemplos.

Outro aspecto crítico para entendermos o cenário de organização das políticas sociais brasileiras foi o momento tardio no qual o Brasil instituiu a sua nova constituinte, já que é justamente a partir dos anos 1980 e 1990 que se dá a “crise” nos regimes de bem estar social. Nesse contexto, os gastos com as políticas sociais passam a ser vistos como uma ameaça às economias fiscais de muitos estados e, num cenário de intensas transformações no trabalho, nos meios de produção e na economia – a chamada reestruturação produtiva, associada à financeirização das economias - passa a ganhar força a doutrina neoliberal, caracterizada pelo enxugamento do Estado, focalização das políticas sociais e responsabilização cada vez maior dos indivíduos pelo seu próprio bem estar e previdência.

Em sua tipologia sobre a cidadania, Marshal (Apud: COUTINHO, 2005), definiu três níveis de direitos na cidadania: os direitos civis, os direitos políticos e os direitos sociais, os quais teriam se constituído numa ordem com uma certa cronologia, na história das sociedades contemporâneas. Para Coutinho (2005, p. 12), os direitos sociais são aqueles que “permitem ao cidadão uma participação mínima na riqueza material e espiritual criada pela coletividade”. Ainda segundo esse autor, o que se coloca como tarefa fundamental no que se refere aos direitos sociais não é o seu simples reconhecimento legal-positivo, “mas a luta para torna-los efetivos”, o que seria, particularmente, “o caso do Brasil” (COUTINHO, 2005, p. 13). Dessa forma, a cidadania deve ser vista também como uma conquista da classe trabalhadora já que tanto os direitos políticos como os sociais, principalmente, são também o produto de intensa luta.

No Brasil, no caso dos direitos dos idosos, estes se constituíram também a partir de uma agenda de lutas, ainda que de forma pouco articulada e organizada. Segundo Paz (2006), a luta dos trabalhadores aposentados, até o fim dos anos 1990, não continha defesas específicas de demandas dos idosos já que estas se concentravam, principalmente, na paridade entre salários e benefícios. Os idosos, por outro lado, também não possuíam uma visibilidade significativa enquanto movimento sociopolítico e sua defesa, segundo Paz e Goldman (2006), ocorria frequentemente por meio de outras entidades da sociedade civil, tais como sociedades científicas, da área de direitos humanos ou ligadas à Igreja, dentre outros. Sobre essa questão, Lins de Barros e Alves (2012) observam que, diferentemente do que ocorreu com outros movimentos sociais, como as mulheres e os negros, não haveria, no caso dos idosos, a constituição de uma memória coletiva capaz de conferir uma identidade social capaz de conformar os idosos enquanto “grupo minoritário”, já que as experiências do envelhecer seriam muito heterogêneas, o que contrariaria um senso de pertencimento à uma unidade. O

protagonismo dos movimentos mais representativos do segmento idoso só começaria a emergir, e ainda assim, muito timidamente, já no século XXI, quando começam a se instituir os conselhos de defesa dos direitos dos idosos.

No Brasil, os direitos da pessoa idosa estão frequentemente associados ao Estatuto do Idoso (BRASIL/PR, 2003). Promulgado após longo trâmite, o Estatuto foi fruto de mobilizações de diferentes grupos da sociedade e simboliza o reconhecimento, no campo dos direitos sociais, da cidadania da pessoa idosa no contexto da sociedade brasileira. O processo de estabelecimento das legislações para o idoso, bem como os desafios existentes para o pleno reconhecimento dos seus direitos sociais vem se constituindo em constante objeto de análises, debates e estudos. Segundo Camarano (2013, p. 7), embora as obrigações e direitos estabelecidos pela legislação recente, como por exemplo, o EI, tenham representado um importante avanço “no sentido de políticas sociais de inclusão dos idosos, não foram estabelecidas prioridades para a sua implementação nem fontes para o seu financiamento”. Em texto que historicizam o processo legislativo que levou à promulgação do EI, Paz e Goldman (2006, p. 1407) apontam alguns dos obstáculos que a nova legislação teria que superar desde o início, sobretudo pelo fato de ser uma legislação que “favoreceria um grupo social em detrimento de outros” e destas implicarem em impactos de caráter econômico para os setores público e privado.

As dificuldades enfrentadas para a consolidação dos direitos e medidas destinadas à proteção social da pessoa idosa, evidentemente, não têm sido poucas. Não por acaso, a consolidação dessa legislação vem sendo alvo constante de questionamentos, os quais abordam desde os possíveis impactos de ordem econômica representados pelo processo de transição demográfica aos dilemas distributivos entre diferentes grupos prioritários. Mais do que isso, entretanto, a própria noção de “idoso” enquanto sujeito de direitos e destinatário de medidas de proteção social, é constantemente posta em cheque. Um exemplo é a avaliação que Camarano (2013) faz do processo de implantação do EI, chegando à conclusão de que seria desejável uma reavaliação sobre a definição legal de idoso, a idade cronológica de 60 anos, já que as condições de saúde e de renda desse segmento da população teriam melhorado.

Refletir sobre a cidadania da pessoa idosa, no Brasil contemporâneo, representa revisitar um pouco da nossa história e entender como o Estado brasileiro vem sendo construído e que sentidos e significados vem sendo atribuídos para a velhice. O reconhecimento do ‘cidadão idoso’, na passagem do século XX para o XXI, é o produto de uma determinada organização da política social, que valorizava a solidariedade

intergeracional e reconhecia os riscos do envelhecimento na trajetória individual dos trabalhadores e população em geral. Ainda que o Estado de Bem Estar Social brasileiro nunca tenha sido efetivamente forte e apesar dos seus traços conservadores, parece-nos que ainda tende a sobreviver uma ideia, não necessariamente hegemônica, de que o idoso deve gozar de determinados direitos, por uma questão de justiça social. Por outro lado, as influências da globalização e da ideologia neoliberal atravessam o envelhecimento e se fazem cada vez mais presentes na gestão pública e na sociedade de modo geral. Assim, tende a crescer o empuxo para que as futuras gerações idosas brasileiras abandonem a posição de beneficiários de uma política social universal para, cada vez mais, terem que prover de forma privada e ‘ativa’ a sua própria segurança frente aos riscos individuais inerentes ao envelhecimento. Os efeitos de tais transformações no pacto societário de solidariedade social e intergeracional, certamente ainda se farão sentir.

Capítulo 2. Trabalho doméstico de cuidados e questões de gênero no Brasil

“Há uma crise de domesticidade!”

Jornal O Paiz, 1912 (Apud: GARZONI, 2012)

Janeiro de 2013. O senado brasileiro aprova uma legislação voltada para equiparar, na medida do possível, os direitos dos trabalhadores domésticos aos demais trabalhadores urbanos e rurais do país. Apelidada pela mídia como “PEC das Domésticas”, termo que explicita o viés de gênero existente nessa questão, a Emenda Constitucional nº72 (“EC 72”; BRASIL/PR, 2013a) é fruto de décadas de discussão sobre o tema. A legislação trabalhista atualmente em vigor no Brasil, remonta à primeira metade do século passado, quando, durante o governo do então presidente Getúlio Vargas, foi estabelecida a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), na década de 1940. A CLT, promulgada num período em que o trabalhismo ganhava força no contexto internacional e nacional, unificava a legislação referente ao trabalho e que se encontrava fragmentada em diferentes âmbitos e esferas, estabelecendo direitos para o trabalhador brasileiro tais como a definição da jornada de trabalho, o reconhecimento do direito de férias e descanso remunerados, além de aspectos referentes à segurança e saúde do trabalhador, direito de filiação e contribuição sindical, dentre outros. Essa legislação se somou a outras medidas, como a instituição de uma justiça do trabalho, o estabelecimento do salário mínimo e, posteriormente, do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS). Entretanto, convém ressaltar, a CLT não se aplicava a todos as categorias de trabalhadores, deixando expressamente de fora alguns grupos específicos, tais como funcionários públicos, que possuem regime de trabalho próprio e diferenciado e ainda, duas categorias de trabalhadores notadamente vulnerabilizados: os trabalhadores rurais e os empregados domésticos, estes últimos definidos no corpo da Lei como aqueles que “que prestam serviços de natureza não-econômica à pessoa ou à família, no âmbito residencial destas” (BRASIL/PR, 1943).¹⁵

O estabelecimento da legislação destinada a proteger os direitos do trabalhador está relacionado a uma série de transformações que a sociedade brasileira vivenciou, notadamente a partir da abolição da escravatura e da proclamação da república, na passagem do século XIX para o século XX. Este período também é caracterizado pelo início dos processos de industrialização do trabalho e de deslocamento da economia, até então preponderantemente

¹⁵ No caso das trabalhadoras domésticas, um decreto emitido alguns meses após a promulgação da CLT explicitamente mencionava que os “preceitos constantes” na referida consolidação “não se aplicam” a essa modalidade de trabalho (BRASIL/PR, 1945).

centrada nas atividades rurais, para o meio urbano e industrial. Entretanto, se o trabalhador urbano logrou conquistar, à custa de muitas lutas, um status de cidadania e reconhecimento de direitos, outros trabalhadores permaneceram alijados da efetiva proteção social, como é o caso dos trabalhadores rurais e dos empregados domésticos. No que diz respeito aos trabalhadores rurais, estes conseguiram avanços ao longo dos anos seguintes, sendo que na década de 1970, uma legislação específica, estendeu a abrangência da CLT para essa categoria. Já os empregados domésticos permaneceram em situação de desigualdade durante muito tempo, sendo este, portanto, o problema a ser abordado pela EC 72, legislação esta que vem enfrentando muitas resistências e ainda depende, para ser plenamente efetivada, de regulamentações futuras.

A segregação e desvalorização do trabalhador doméstico na sociedade brasileira pode ser compreendida sob o prisma da história da divisão social e sexual do trabalho no país. Durante o período do Brasil colônia e, posteriormente, até o fim do século XIX, a mão de obra escrava foi amplamente empregada nas atividades econômicas tais como a lavoura e a construção civil e, no âmbito doméstico, as escravas frequentemente eram responsáveis pelos diversos tipos de trabalhos associados aos cuidados da casa e das pessoas da família. Alguns termos eram comumente utilizados para designar essas serviçais, tais como “criadas”, “mucamas” ou ainda, para aquelas que se dedicavam aos cuidados das crianças, “amas de leite” e “amas secas” (KOUTSOUKOS, 2007, 2009). Segundo Martins (2012), na tradição sociológica brasileira, as relações de cuidado entre os escravos domésticos e os membros da família senhorial branca foram utilizadas para compor o assim chamado mito da democracia racial brasileira, sendo um dos exemplos o trabalho de Gilberto Freyre, reproduzido por essa autora:

mesmo a língua falada conservou-se por algum tempo dividida em duas: uma, das casas-grandes; outra, das senzalas. Mas a aliança da ama negra com o menino branco, da mucama com a sinhá-moça, do sinhozinho com o muleque acabou com essa dualidade (Freyre, 1980. Apud: MARTINS, 2012, p. 139).

Como destaca Martins (2012), o número de escravos urbanos cresceu enormemente ao longo do século XIX, sendo que no Rio de Janeiro, estes representavam de 40% a 50% da população, segundo levantamentos censitários da época. Esses escravos realizavam diversas tarefas a serviço das famílias senhoriais, tais como cozinhar, costurar, cuidar do jardim e de pequenas hortas, realizar pequenos reparos e também cuidar das crianças. Particularmente, a figura da ama de leite, mulheres alugadas ou contratadas, quando não eram escravas, para amamentar os filhos da família branca, é objeto de diversos estudos, que destacam como o conceito de maternidade e de trabalho de cuidados veio se transformando ao longo do tempo.

Segundo Martins (2012, p. 150), as amas de leite foram descritas como “máquinas de amamentar” por textos do período. Para que tal amamentação fosse possível, não era incomum que a escrava fosse separada do seu filho natural, para que o seu leite e suas atividades de cuidado pudessem ser destinadas exclusivamente aos filhos das famílias brancas, visto que, além do aleitamento, cabia ainda a estas amas colocar a criança para dormir, fazer o asseio etc.

Segundo Koutsoukos (2009), o uso de amas de leite foi de tal maneira disseminado na sociedade brasileira, que motivou a criação de campanhas para que as mães amamentassem os próprios filhos, sobretudo ao longo do século XIX. Tais campanhas, como diversos estudos apontam, foram encabeçadas pelos médicos higienistas brasileiros, que consideravam problemático o convívio íntimo da família branca com os escravos negros no interior dos lares. Além disso, condenavam o aleitamento pelas amas-de-leite, denominado por estes de “aleitamento mercenário”, o qual era visto como um potencial veículo para o contágio de moléstias que assolavam as cidades no período (KOUTSOUKOS, 2009, p. 308). Para Carula (2012, p. 212), a defesa do aleitamento materno no seio da própria família, que ganhou cada vez maior força a partir de meados do século XIX, “era uma maneira de forjar uma mudança na ordem familiar, que a partir de então estaria fundamentada em uma sociedade burguesa liberal”, afastando, cada vez mais o escravismo. Mais do que isso, na nova família burguesa liberal, caberia cada vez mais à mãe biológica o exercício direto do cuidado na maternidade, não apenas no que diz respeito ao aleitamento, mas também a relações de carinho, afeto e intimidade da criação das suas proles. É preciso ressaltar, entretanto, que se as amas de leite cessam de ser empregadas a partir do fim da escravatura e liberalização da economia, outros criados da casa, como por exemplo as cozinheiras, arrumadeiras, lavadeiras, copeiras, engomadeiras e, destacamos, as amas secas (babás), mantêm o seu lugar nas famílias, não mais como mão de obra escrava, mas sim como empregadas domésticas.

Segundo Souza (2013), o termo “criado de servir”, correntemente utilizado nas ofertas de trabalho doméstico publicadas recorrentemente nos jornais do século XIX, tende a ser substituído pela denominação “empregada”, a partir da abolição da escravatura e início da velha república. Na passagem do século XIX para o século XX, como aponta essa autora, a parcela de pessoas que atuava nos trabalhos domésticos era a que movimentava o maior contingente de trabalhadores nos ambientes urbanos, sobretudo no Rio de Janeiro, então capital do país. Para essa autora, as razões que explicam a expressiva inserção de trabalhadores na prestação desses serviços são múltiplas, indo desde a disseminação da

escravidão doméstica nos espaços urbanos oitocentistas; passando pela abundância de mão de obra barata, desqualificada e a procura de trabalho, muitas vezes disposta a aceitar condições de trabalho inferiores às das demais segmentos da classe trabalhadora. Com o fim da escravidão, a necessidade de regular as relações de trabalho entre patrões e empregados surgiu como uma premente necessidade, tendo em vista a necessidade, como aponta Roncador (2007a), de adequação de toda uma mão de obra às novas relações de produção, tendo em vista a inserção cada vez mais intensa do trabalho assalariado na sociedade. No caso específico dos empregados domésticos, essa tarefa seria mais que urgente, já que com a quebra do pacto “proteção-obediência” característico da relação senhor-escravo, cresce o receio de que os empregados domésticos poderiam trazer doenças ou cometer crimes no seu ambiente de trabalho (RONCADOR, 2007a, p. 128).

Como aponta Garzoni (2012, p. 3), o crescimento da percepção de que o empregado doméstico poderia colocar em risco a família burguesa, levou a clamores para que o Estado intervisse frente a essa “crise das criadas”. Segundo Souza (2013), é nesse período que diversos projetos de lei são propostos, com vistas a tentar estabelecer mecanismos de controle e vigilância sobre esse tipo de serviço, como por exemplo, a criação de uma caderneta para o trabalhador, de rotinas de exames de saúde e de um sistema para o registro dos empregados domésticos junto à autoridade policial. Para Roncador (2007b), é nesse contexto, também, que se populariza toda uma literatura de manuais ou guias práticos, que, dirigidos a um público majoritariamente feminino, se propunham a auxiliar a dona de casa no seu papel de zelo pelo lar e ‘domesticação’ do empregado doméstico segundo padrões burgueses de higiene, eficiência, obediência e servilidade, dentre outros atributos. Segundo Roncador (2007a), a normatização do serviço doméstico elaborou-se a partir de uma oposição hierárquica entre trabalhos domésticos morais e manuais: enquanto à mãe branca e legítima caberia a “nobre tarefa” de civilizar e educar seus filhos, às amas negras ou mestiças se reservava os serviços “degradantes” da maternidade, tais como a lavagem de roupas, o preparo da comida, os cuidados higiênicos das crianças e, “até o fim da monarquia, a amamentação” (RONCADOR, 2007a, p. 139).

Para Kuchemann (KÜCHEMANN, 2010a), a divisão sexual do trabalho manifesta-se a partir da diferenciação entre o *trabalho produtivo*, onde se concentrariam as ocupações melhor remuneradas e entendidas como tipicamente masculinas e o *trabalho reprodutivo*, onde se inseririam as ocupações de baixo valor social e com menor ou nenhuma remuneração, tidas como tipicamente femininas e frequentemente associadas às tarefas de cuidado. A

diferenciação entre trabalhadores ‘celetistas’ e trabalhadoras domésticas nos parece um claro exemplo da tradição patriarcal brasileira e da sua conseqüente segregação sexual e racial do trabalho, já que enquanto os primeiros atuam nos setores produtivos, as demais são mantidas na esfera dos trabalhos reprodutivos.

Somente na década de 1970 é que uma legislação específica agregaria alguns direitos mínimos ao trabalhador doméstico, tais como a carteira assinada e a inserção na seguridade social. Em 1988, a constituição trouxe alguns benefícios para a categoria, porém ainda assim, persistia uma situação de iniquidade em relação aos trabalhadores cobertos pela CLT, como por exemplo, o direito à definição da jornada de trabalho semanal e o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS). Esse foi, portanto o propósito da EC 72, a qual, por impactar diretamente os orçamentos das famílias empregadoras, vem gerando críticas e resistências à sua plena efetivação. Um dos pontos controversos da nova legislação foi os aspectos regulatórios da jornada de trabalho dos trabalhadores domésticos mais diretamente envolvidos nas tarefas do cuidado, como por exemplo as babás e as cuidadoras de idosos. Num país carente de políticas robustas de cuidado e que presume ser esta uma atribuição da família, toda oneração dos trabalhos de cuidados possui impactos importantes.

Para Brites (2013), a aprovação da EC 72, fruto de uma luta de mais de duas décadas de feministas, sindicalistas e membros do parlamento, está ainda longe de solucionar as iniquidades existentes no trabalho doméstico, já que a desproteção legal prevalece como uma das principais características desse tipo de trabalho no Brasil, marcado pela informalidade, baixa remuneração e baixa escolaridade, além de componentes de gênero e etnia, nitidamente relacionados a heranças do passado colonial escravista do país e também ao próprio lugar da mulher na sociedade. A quantidade de trabalhadoras domésticas cresceu no Brasil, a partir dos anos 1950, um fenômeno que é associado à entrada da mulher no mercado de trabalho, na medida em que as mulheres com melhor condição financeira contratam outras, dos segmentos sociais economicamente inferiores da população, para realizarem para si as tarefas do assim chamado trabalho reprodutivo. Embora, nos últimos recenseamentos, tenha se constatado, como menciona Brites (2013), um envelhecimento da categoria trabalhadores domésticos como um todo, sinal de que as novas gerações, com melhor acesso à escolaridade, têm optado por outros empregos, há setores do trabalho doméstico em expansão, sendo, possivelmente, o mais promissor destes, o relacionado ao cuidado das pessoas que envelhecem. Entender, entretanto, o lugar que é delegado para os cuidados na sociedade contemporânea significa refletir sobre questões de gênero, tanto relacionadas ao trabalho remunerado quanto não

remunerado, dentre outras questões. No decorrer deste capítulo, buscaremos realizar uma revisão da literatura feminista sobre os cuidados, de forma a contextualizar o processo de reconhecimento, especialização e mercantilização do trabalho de cuidados.

2.1 O cuidado e a divisão sexual do trabalho

Na literatura sobre os cuidados, a epistemologia feminista possui um papel fundamental, no sentido de ter feito a ‘descoberta’ e a ‘denúncia’, a partir dos anos 1970, da invisibilidade do trabalho da mulher nos cuidados com a família e com a casa. Segundo Fine (2004), foi necessário se produzir uma ruptura na visão tradicional sobre o cuidado, que o caracterizava como uma atividade própria da família e ligada às características da “natureza” da mulher, para que o trabalho de cuidados fosse enxergado como um tipo específico de labor. Como relata este autor, é a partir das produções da literatura feminista que a visão tradicional sobre os cuidados começa a ser contestada, dentro de uma perspectiva que buscava contextualizar o trabalho doméstico e não remunerado da mulher, esposa, mãe ou filha “cuidadora” no âmbito das relações sociais de gênero, parentesco e poder e sob o prisma da divisão social do trabalho ((DALY, 2002; FINE, 2004). É nesse contexto, portanto, que o termo “cuidador(a)” é cunhado para fazer alusão a um tipo de trabalho em particular, o trabalho de cuidados, seja ele remunerado ou não.

Para Hirata e Kergoat (2007, p. 599), a divisão sexual do trabalho tem como característica principal “a designação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva e, simultaneamente, a apropriação pelos homens das funções com maior valor social adicionado”. Para essas autoras, a defesa de que o trabalho doméstico, ainda que improdutivo do ponto de vista do capital, fosse reconhecido enquanto ‘trabalho’, favoreceu a que o próprio conceito de trabalho pudesse ser repensado. Como relatam Hirata e Kergoat (2007, p. 597), foi com a tomada de consciência de uma “opressão” específica que teve início o movimento das mulheres, tornando-se evidente que uma enorme massa de trabalho vinha sendo realizada gratuitamente, “não para elas mesmas, mas para outros, e sempre em nome da natureza, do amor e do dever”. Dessa forma, não apenas a divisão sexual do trabalho (e o próprio trabalho em si) era questionada, como também a família, “na forma de entidade natural, biológica, se esfacelava” para ressurgir como lugar de opressão e exercício de um trabalho compulsório e desprovido do seu devido reconhecimento (HIRATA; KERGOAT, 2007, p. 598). Para Kuchemann (2010a, p. 3), o entendimento de que cabe às mulheres a responsabilidade das tarefas que compõem o trabalho reprodutivo (cuidado da casa, dos

infantes, doentes e idosos, dentre outros), deriva de uma forma de divisão do trabalho “que atua como poderoso norteador das bases da organização social e econômica da sociedade”. Para essa autora (2010a, p. 4), tal segregação contribui para reforçar a crença de que o trabalho de cuidados e visando a reprodução social “é uma responsabilidade das mulheres e não da sociedade”, respaldando a desresponsabilização do Estado na formulação de políticas voltadas para os cuidados da população, tema que em muitos países permanece sendo considerado não prioritário e preponderantemente relegado ao âmbito do mercado.

Para Glenn (2000), a crítica feminista apontaria para a necessidade de se repensar o conceito de cidadania, o qual estaria amparado por algumas premissas fundamentais, tais como a separação entre o público e o privado, sendo o espaço público a arena própria para o exercício dos direitos, da atuação objetiva e baseada em princípios universais. Por outro lado, o âmbito do privado abrigaria a subjetividade, as emoções e as relações de cuidado, estando os sujeitos pertencentes a este âmbito – mulheres, crianças, pessoas dependentes – apartados do exercício pleno da cidadania social. Segundo Tronto (1997, p. 199), cuidar é uma atividade regida pelo gênero tanto no âmbito do mercado como na vida privada, já que, “por definição, o roteiro tradicional do cuidar torna a decretar a divisão do mundo masculino e feminino como sendo respectivamente público e privado”. Esta autora se preocupa com a forma como o cuidado é privatizado, “permanecendo abaixo de nossa visão do que é social nesta sociedade” (TRONTO, 1997, p. 201). Para essa autora, é importante levar em conta as dimensões morais e éticas do cuidado, na medida em que cuidar implica em algum tipo de responsabilidade e compromisso com o outro. Além disso, como nem todas as pessoas que são cuidadas são consideradas, pela sociedade, como sendo racionais e autônomas, as relações de cuidado são frequentemente assimétricas e permeadas por questões relacionadas à autoridade e à dependência.

Uma contribuição importante trazida pela abordagem feminista, segundo Glenn (2000, p. 85), foi explicitar a dicotomia entre independência e dependência, já que o “cidadão ideal” seria definido, na sociedade ocidental contemporânea, “como um indivíduo autônomo que é capaz de fazer escolhas livremente no mercado”. Para essa autora, a ideia de que poderiam existir indivíduos inteiramente autônomos e independentes seria uma “ficção da ideologia liberal”, a qual serviria de encobrimento para a “real interdependência entre as pessoas” (GLENN, 2000, p. 85). Segundo essa autora, a independência sempre foi considerada uma condição necessária para o exercício da cidadania. Por exemplo, é a independência (e contribuição) financeira que garante o acesso, na maioria das sociedades, a benefícios tais

como a aposentadoria, o seguro-desemprego e outros tipos de assistência. Por outro lado, o exercício das atividades de trabalho doméstico não remunerado não são consideradas socialmente relevantes e tampouco garantem o acesso aos benefícios da cidadania por aqueles que a exercem.

Para Estes (2006), ao se pensar numa abordagem feminista do envelhecimento, é importante que se pense também nas consequências que as desvantagens trazidas para a mulher, no contexto dos regimes de segregação de gênero podem trazer para elas na sua velhice, especialmente no que tange à uma maior vulnerabilização e dependência. Segundo essa autora, a dependência das mulheres idosas em relação ao Estado aumenta conforme o seu envelhecimento, já que eventos tais como viuvez, divórcio e aposentadoria, frequentemente estão associados à declínios na renda, na saúde e na eventual disponibilidade para o cuidado dessas mulheres. Referindo-se ao trabalho da economista Nancy Folbre, Estes (2006) propõe que reflitamos sobre a oposição entre liberalismo e cuidado, expressa no pensamento de Adam Smith, que defendia que o “mercado” seria capaz de promover o bem social, ainda que os indivíduos estivessem agindo em seu próprio benefício. Para essa autora, o pensamento liberal tenderia a ignorar a importância da família, da comunidade e de valores como afeto, comprometimento e reciprocidade, num cenário em que o ganho pessoal e o cuidado dos outros são vistos como atitudes conflitantes e pertencentes a campos diametralmente opostos. Esta imposição de “escolha” entre o cuidado de si e o cuidado do outro tenderia a se agravar no contexto da economia globalizada, já que a redução do papel do Estado para a provisão do bem estar das populações tenderia a impor à mulher a responsabilidade por suprir tais lacunas. O patriarcado e o familismo, dessa forma, seriam componentes que auxiliariam a sustentar as ideologias das economias de mercado, trazendo dentre as suas consequências o sacrifício e o empobrecimento da mulher.

Para Fine (2011), durante muito tempo o problema dos cuidados foi equacionado com base na segregação entre os gêneros, tanto na vida pública quanto privada, o que garantia a existência de um largo contingente de trabalhadoras não remuneradas, à disposição para assumirem os cuidados de seus parentes, cônjuges e filhos, quando necessário. Porém, com as diversas transformações na família, no trabalho e na sociedade contemporânea em geral, a necessidade de se estabelecerem mecanismos de suporte social para os cuidados se fez cada vez mais presente, mesmo que a família, com ou sem dificuldades, permaneça sendo a principal instância cuidadora.

2.2 Familismo, reciprocidade intergeracional e a ética do cuidar

Para Kuchemann (2010b), o Estado brasileiro opera a partir de uma visão familista sobre o social, segundo a qual cabe às famílias, e não ao Estado, a responsabilidade principal pelo cuidado das pessoas dependentes. Segundo essa autora (2010b, p. 4), o familismo é comumente associado ao modelo de estado de bem estar social conservador, “o qual atrela a proteção social ao emprego e ao homem provedor (...), responsabilizando as famílias pelo bem estar de seus membros”. Dessa forma, podemos pensar que embora o Brasil tenha buscado erigir um Estado de Bem Estar Social conceitualmente afinado com o princípio da cidadania e da universalização de direitos, o que o aproximaria, no plano conceitual, do modelo de bem estar social-democrata (Esping-Andersen, 1991), as suas diversas contradições, limitações, lacunas e prioridades no plano da materialização das políticas sociais, mantém elementos do modelo conservador, como assinalado pela autora citada. Para Kuchemann (2010b), esta situação vem se agravando ao longo das últimas décadas, já que a partir da década de 1990, devido a seu forte viés neoliberal, o Estado brasileiro vem se retraindo, o que reforça a necessidade de participação das famílias na provisão do bem-estar, porém num contexto no qual a família tradicional vem perdendo a sua primazia, com forte sobrecarga para as mulheres. Para Kuchemann (2010b), o intenso familismo torna-se um elemento necessário para a sustentação do processo de reprivatização do bem-estar, pela sua faceta ideológica de responsabilização das famílias pelo cuidado.

Para Lemos (2010), o familismo no Brasil também se expressaria pelos mecanismos de indução e reafirmação da moralidade da “reciprocidade” intergeracional, o que poderia ser exemplificado pela crescente judicialização das relações sociais e familiares de cuidado, como nos casos em que o “abandono” dos parentes idosos é criminalizado, com base na legislação existente. Para esse autor, a existência de uma “obrigação moral” para que os filhos retribuam aos seus pais o cuidado que receberam em sua infância e juventude comporia o senso comum “de que a família é a base da sociedade e deve ser a promotora do bem-estar dos seus membros” (LEMOS, 2010, p. 31). Como lembra Lemos (2007), a solidariedade entre as gerações vem sendo analisada por diversos autores das ciências sociais, já que as relações de reciprocidade social compõem uma das bases para a existência social. Especificamente, as discussões sobre a proteção à dignidade dos idosos, no Brasil, estaria atrelada a uma valorização das obrigações de solidariedade familiar, num contexto em que outros mecanismos de solidariedade social fora da família (como políticas e apoios do Estado) estariam muito pouco presentes.

Segundo Walker (1996, p. 32), as políticas de seguridade social, saúde e assistência social, nos países de economia neoliberal, não apenas tomaram enquanto pressuposto como também reforçaram a ideologia do familismo, contribuindo para a “construção social do papel natural da família” e, sobretudo, das mulheres nos cuidados das pessoas idosas. Para esse autor, as políticas sociais vêm sendo construídas com base no princípio da intervenção mínima sobre a família, já que o Estado, nesses contextos, teria um interesse implícito no apoio aos padrões tradicionais e de gênero do cuidado. Dessa forma, argumenta esse autor, a ideologia do familismo vem subsidiando os formuladores de políticas como uma justificativa para a ausência de investimentos em ações robustas para acompanhar a crescente demanda por políticas de cuidados, já que caberia à família a responsabilidade central por suprir essas necessidades. Para Walker (1996), tendem a serem cada vez mais reforçadas as expectativas sobre a família, inclusive no que diz respeito às obrigações dos mais jovens com os mais velhos, induzindo o que Land e Rose (1985) chamaram de “altruísmo forçado” (Apud: WALKER, 1996).

A política social tradicional, como nos lembra Walker (1996), tem um dos seus pilares no assim chamado pacto de solidariedade social entre as gerações, o qual se baseia no princípio de que é justo garantir, através de mecanismos tais como pensões e aposentadorias, condições dignas de vida para os trabalhadores que envelhecem e que cessam a sua atividade laborativa. Para esse autor, esse tipo de contrato social se espelharia, de certa forma, nas tradicionais relações de solidariedade e cuidado existentes no âmbito intra-familiar e historicamente instituídas na maioria das sociedades, como por exemplo, a “obrigação” de “honrar pai e mãe”, um dos dez mandamentos existentes na moral judaico-cristã. Dessa forma, assim como existiria um contrato social formal para transferência de recursos entre as gerações, seria aceitável supor a existência de um contrato informal de cuidados, no âmbito familiar, governado por valores como solidariedade e afeição. Para Walker (1996), as relações familiares de reciprocidade e cuidado devem ser consideradas também enquanto construções históricas e sociais, sendo constantemente reforçadas pela influência da política social, delimitando, desse modo, as fronteiras entre as obrigações do contrato social formal e aquelas atribuídas à família. Esta questão vem ganhando especial importância no contexto em que, por pressão das mudanças na família e na composição demográfica da sociedade por um lado e por outro, pelas tentativas de enxugamento do papel do Estado na provisão do bem estar, a delimitação entre as obrigações do Estado, da sociedade e das famílias na provisão dos

cuidados vem se transformando cada vez mais em palco de conflitos e estímulo à responsabilização compulsória.

Para Rummery e Fine (2012), a transformação do cuidado em problema social não se limitou à abordagem das teorias feministas sobre a segregação sexual e social do trabalho. A crítica de que o trabalho de cuidados representava principalmente uma obrigação ou um ‘fardo’ para a mulher foi contrabalançada por outras abordagens, também de autoras vinculadas à tradição feminista, mas que procuraram salientar os aspectos positivos existentes nas relações de cuidado, como por exemplo, a sua importância para a promoção da justiça social. Estas abordagens, que ficaram conhecidas como a “ética do cuidado” favoreceram a defesa de que o cuidado pudesse ser tomado enquanto preceito ético para as relações sociais, não somente como uma atividade restrita às mulheres ou às famílias mas para a sociedade em geral (TRONTO, 2007).

Este tipo de discussão ajudaria a embasar a defesa de que o direito de cuidar e de ser cuidado pudessem ser reconhecidos enquanto direitos sociais (FINE; GLENDINNING, 2005). Segundo Tronto (2007, p. 290), “se aceitarmos a premissa de que devemos praticar o cuidado de forma a melhorar a democracia, notaremos instantaneamente o problema que este cria para a democracia: muitas relações de cuidado não são relações de igualdade”. Dessa forma, ao confinar o cuidado ao âmbito do privado, mantendo-o apartado da vida pública, a sociedade, ainda que democrática, perpetuaria um tipo de exclusão, já que as pessoas que recebem os cuidados são também frequentemente excluídas da vida social. É preciso ponderar, argumenta Tronto (1997, p. 201), que embora o cuidado esteja profundamente vinculado a circunstâncias particulares da vida privada, faz-se necessário “repensar como essas circunstâncias particulares são socialmente construídas”, já que a necessidade de buscarmos formas apropriadas para o cuidar “também suscita a questão mais ampla sobre a configuração das instituições sociais e políticas na nossa sociedade”. Para essa autora, reconhecer a importância dos cuidados na vida cotidiana do “cidadão” da democracia, bem como a sua importância ética, na moralidade dos “nossos pensamentos”, fará com que avancemos para a construção de uma sociedade comprometida com o cuidado (TRONTO; GILLIGAN, 1987, p. 663; TRONTO, 2007, p. 291).

2.3 Os regimes do cuidado e a mercantilização da intimidade

O surgimento de políticas destinadas a apoiar, em diferentes graus, os cuidados prestados, sobretudo no âmbito familiar e domiciliar, começou a se dar com maior amplitude

a partir dos anos 1970 em algumas nações/estados de bem estar social, sobretudo no continente europeu. Por um lado, representaram um esforço do Estado no sentido de criar condições para favorecer a conciliação entre a vida profissional e o trabalho doméstico de cuidados das mulheres. Acompanhando a crítica feminista sobre a segregação sexual do trabalho, muitos governos ampliaram e universalizaram recursos como licenças remuneradas, subsídios financeiros associados à maternidade e redes de instituições públicas para o cuidado diurno das crianças. Por outro lado, as demandas trazidas pelas transformações demográficas que essas sociedades sofreram, com crescente aumento do envelhecimento demográfico e expansão da longevidade da população, associadas as já mencionadas mudanças na família e na disponibilidade das mulheres para o cuidado, colocou em pauta a necessidade da criação de serviços, sistemas e políticas destinadas a apoiar também o cuidado de adultos e pessoas idosas dependentes. Nesse contexto, emergem também a militância dos movimentos de usuários e familiares cuidadores, os quais lutavam por maior visibilidade, reconhecimento social e atendimento às suas demandas e necessidades relacionadas aos cuidados. Dessa forma, começam a se estruturar os assim chamados “regimes de cuidado”, termo que vem sendo utilizado pela literatura para definir o modo como os estados de bem estar social entendem, regulam e direcionam as suas políticas públicas no que diz respeito aos cuidados.

Para Leira (2009), os regimes de cuidado apresentam variações na intensidade com que o Estado auxilia nos cuidados. Alguns países, como por exemplo a Itália, prestam menos apoio e se apoiam na premissa que o cuidado informal e familiar deve prevalecer; outros regimes, como por exemplo nos países nórdicos, apoiam com maior intensidade os cuidados, substituindo inclusive, uma parcela do cuidado familiar. Outra diferença observada diz respeito aos destinatários dos cuidados, já que alguns países apoiam mais os cuidados de crianças do que de idosos e vice-versa. Os autores que analisam a tipologia dos regimes do cuidado, no entanto, observam que mesmo nas nações nas quais o Estado mais participa dos cuidados, a família permanece desempenhando um papel importante para o cuidar, tanto no que diz respeito aos idosos quanto para as crianças (LEIRA, 2009).

Outro fenômeno marcante que a literatura vem se debruçando é o processo de surgimento, ao longo das últimas décadas, de uma variada gama de serviços, seja no âmbito público ou no mercado privado, destinados a complementar e ajudar os trabalhos de cuidados. Um dos exemplos mais comuns é o crescimento da contratação das babás para o cuidado das crianças. Outro, a multiplicação das instituições para o cuidado diurno de crianças a partir da sua mais tenra idade, as quais no Brasil são conhecidas como creches. Para Gorfinkiel (2008),

em função das transformações da sociedade e das estruturas laborais, as famílias se viram sob a necessidade de introduzir um novo ator na sua dinâmica familiar: o trabalhador de cuidados. Além das babás e das creches, outros serviços destinados aos cuidados também se fizeram necessários, já que outros grupos populacionais, tais como idosos, pessoas com deficiências ou com transtornos mentais severos, dentre outros, passaram a demandar, cada vez mais, cuidados continuados e especializados. A transformação do cuidado em mercadoria, ou, em outras palavras, a sua mercantilização, deu origem a um mercado de trabalho específico e com características particulares. Para Gorfinkiel (2008), ainda que remunerado, o trabalho de cuidados permaneceria sendo uma atividade socialmente desvalorizada e majoritariamente exercida por trabalhadoras mulheres.

A constituição de um mercado de cuidados é, possivelmente, um dos fatores que caracterizam as novas configurações que as relações de cuidado ganharam na sociedade contemporânea. A introdução dos cuidados prestados por dinheiro, num cenário nos quais estes eram quase que exclusivamente prestados “por amor” vem sendo problematizada por diversos autores (TUOMINEM, 2000). Para Batista e Araújo (2011), a mercantilização dos cuidados deve ser compreendida no contexto de mudanças econômicas, sociais, políticas e culturais, as quais tornaram as relações de reciprocidade e solidariedade familiar mais visivelmente precarizadas. Além disso, segundo essas autoras, o processo de mercantilização da intimidade teria como uma de suas características o fato de que “disposições afetivas e morais incorporadas historicamente pelas mulheres na socialização familiar” passarem a possuir valor econômico, seja no espaço da intimidade familiar como nas empresas, organizações e instituições destinadas ao cuidado (2011, p. 176).

Para Ungerson (2000), a contribuição trazida pelo feminismo no sentido de conceituar o cuidado familiar não remunerado como trabalho, permitiu que se trouxesse maior visibilidade para essa questão, sobretudo no planejamento de políticas públicas. Muitos países, preocupados com a necessidade de sustentar os cuidados domiciliares necessários para pessoas com algum tipo de dependência estabeleceram sistemas de pagamento para familiares que cuidam de parentes, fenômeno que Ungerson (2000), considera como exemplar do que essa autora denomina como mercantilização da intimidade e comoditização do cuidado.¹⁶ Embora tenham existido preocupações de que o pagamento pelo exercício de uma atividade associada a valores sociais como o afeto, a reciprocidade e a solidariedade pudesse de alguma forma interferir na qualidade dos cuidados, diversos estudos demonstraram que a

¹⁶ Tradução do termo “commodification”, o qual se refere ao vocábulo das ciências econômicas “commodities”.

remuneração pelo cuidado familiar, nos países nos quais vem sendo empregada, vem prestando importante papel no sentido não apenas de tirar da invisibilidade o trabalho desempenhado pela mulher no domicílio como também valorizar o cuidado perante a sociedade (GROOTEGOED; KNIJN; DA ROIT, 2010). Para Ungerson (2000), a comoditização dos cuidados é um indício de que a separação clássica entre vida pública e vida privada, a qual se reflete na dicotomização entre trabalho remunerado e não remunerado estaria se esmaecendo. Para Stone (2005), a comoditização do cuidar não extinguiu as relações de afeto que permeiam as relações de cuidado, mesmo quando estas são prestadas por estranhos num nível profissionalizado. Por outro lado, esta autora considera que o maior risco trazido pela comoditização não é a “extinção do amor”, mas sim a burocratização dos cuidados, já que o estabelecimento de normas, limites, controles e outros mecanismos de gestão (financeira, principalmente) podem estes sim, interferir na quantidade e qualidade dos cuidados prestados e recebidos (2005, p. 274).

Para Fine (2011, p. 58), a sociedade contemporânea necessita cada vez mais de novas soluções para compartilhar as responsabilidades pelo cuidado e que não sejam unicamente baseadas na obsoleta “divisão sexual entre trabalho remunerado fora de casa e cuidado familiar não remunerado doméstico”. Segundo esse autor, apesar do cuidado prestado pelas famílias não ter sido totalmente substituído pelos serviços de cuidado especializados ou profissionais, estes tenderiam a se tornar cada vez mais complementares. Segundo Fine (2011), é preciso reconhecer que muitos cuidadores familiares são usualmente forçados a abandonar os seus empregos ou reduzirem as suas horas de trabalho para dedicarem-se aos cuidados de seus parentes, e dessa forma é necessário que sejam instituídos meios para apoiar esse tipo de cuidados. Tradicionalmente, quando a rede de cuidados de um determinado indivíduo falhava, este era transferido para uma instituição de cuidados, como por exemplo, um asilo ou uma clínica geriátrica, o que significava também uma transferência na responsabilidade pelos cuidados. Para esse autor, as políticas destinadas a compartilhar a responsabilidade pelo cuidado podem representar um caminho para integrar a rede formal de cuidados com os recursos existentes na família, rompendo, dessa forma, com dicotomizações tradicionais, como por exemplo, a oposição entre o cuidado em casa e em instituições, ou ainda entre cuidado leigo e profissional.

A constituição de um mercado de cuidados envolve também um processo de profissionalização dos cuidados, o qual por um lado, consiste no surgimento de serviços especializados, prestados principalmente por profissionais dos setores de saúde e da

assistência social. Este tipo de atendimento, realizado por trabalhadores de campos profissionais como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, enfermagem, serviço social, medicina e outros, atua no sentido de prestar apoios, bem como estabelecer direções e orientações para os cuidados, o que faz com que traga para a arena dos cuidados olhares, discursos e saberes referenciados a esses campos profissionais especializados. Outro fenômeno importante é o processo de formalização, regulamentação e até mesmo profissionalização do cuidador pago. Historicamente, empregados da casa sempre auxiliaram, em maior ou menor grau, no cuidado da família, como por exemplo, tomando conta de crianças e também ajudando no cuidado dos mais velhos. Esse tipo de cuidado, exercido tradicionalmente por trabalhadores leigos e sem uma qualificação específica vem paulatinamente sofrendo processos de regulação, os quais tendem a incidir sobre aspectos como a delimitação das atribuições, requisitos de escolaridade, remuneração e jornada de trabalho, dentre outros. Todos esses fatores, se por um lado valorizam e potencializam o trabalho de cuidados, por outro fazem com que este tipo de serviço torne-se cada vez mais caro. Dessa forma, nos regimes nos quais a seguridade social não provê recursos para o custeio dos cuidados, as iniquidades no acesso a esse serviço tendem a serem maiores.

Para Stone (2000), embora o cuidado ainda permaneça sendo prestado majoritariamente pelas mulheres na família, ele vem cada vez mais produzindo empregos e ocupações, os quais estão submetidos a regras e regulações formais. Para Stone, quando uma parte do cuidado passa a ser regulada por normas, regras, instituições, organizações e trabalhadores externos ao domínio da vida privada e doméstica, este se direciona ao âmbito da esfera pública. Segundo Stone (2000, p. 1306), o caráter ‘publicizado’¹⁷ dos cuidados poderia ser entendido a partir da entrada de elementos ‘estranhos’ às relações tradicionais de cuidado, como a participação de pessoas de fora da família e contratadas, a interferência de organizações como companhias de seguro, instituições filantrópicas ou governamentais, e o fato desses atores externos – profissionais do mercado, de políticas relacionadas ao cuidado e outros terem algum tipo de “autoridade” sobre o que acontece nas relações de cuidado. Para essa autora, os cuidados da esfera pública ou formal, são prestados por trabalhadores que fazem disso o seu meio de vida e que, em maior ou menor grau, estão submetidos a normas e regulações externas ao ambiente informal familiar. Para Stone (2000), a publicização dos cuidados é um passo necessário para libertar as mulheres do trabalho doméstico compulsório.

¹⁷ O termo “publicizado” está sendo utilizado por essa autora com o sentido da oposição entre a vida pública/em sociedade e o âmbito da vida privada/íntima. Não se trata, nesse caso, da oposição entre setor público (estado) e iniciativa privada.

No entanto, ela também leva a um conflito de valores, já que enquanto os cuidados familiares e privados são pautados por sentimentos, afetos e relacionamentos muito particulares, os cuidados profissionais são regidos por normas e regras universalizáveis, burocráticas e referenciadas ao mundo público do trabalho e do profissionalismo. Para Stone (2000), a publicização dos cuidados foi indiscutivelmente necessária. Entretanto, esta carrega consigo o desafio de conciliar e preservar aspectos intrínsecos, subjetivos e particulares das relações de cuidado e que, juntamente com os saberes e métodos objetivos do cuidado profissionalizado, são fundamentais para o respeito às pessoas que recebem os cuidados.

Para Hirata e Guimarães (2012), a relação entre os cuidados remunerados e não remunerados possui fronteiras muitas vezes tênues, já que o trabalho de cuidados é ao mesmo tempo emocional e material. Palomo (2008) constata a existência de um processo de “domesticação” do trabalho, na medida em que atributos antes relegados, mais preponderantemente, ao trabalho domiciliar não remunerado estariam cada vez mais presentes no trabalho remunerado, como por exemplo, a flexibilidade, a polivalência e a exigência de grande disponibilidade de horário, dentre outros. Por outro lado, Ribault (2012) considera que a profissionalização dos cuidados poderia levar, em última instância, a desdomesticação dos cuidados, ou seja; “não mais considerar o trabalho de cuidado domiciliar como uma externalização das funções domésticas” (RIBAULT, 2012, p. 131). Segundo Velho (2012), as trabalhadoras domésticas teriam hoje um papel importante de mediação e comunicação entre categorias sociais e níveis de cultura. Para esse autor, essas trabalhadoras “são agentes de mudança social, reinterpretando relações, costumes e códigos”. Segundo esse autor, as trabalhadoras domésticas, “longe de serem meras sobrevivências de um passado arcaico, são ativas construtoras de novos mundos, em que hierarquia e individualismos, tradição e modernidade são transformados em instigantes metamorfoses” (2012, p. 27). Para Guimarães e Hirata (2011), as novas configurações da intimidade e do cuidado, entretanto, tenderiam a reter padrões de desigualdade de gênero e de classes sociais, em função dos baixos salários das cuidadoras, limitações na carreira, baixa escolaridade e alto índice de precarização nas relações de trabalho. Mesmo assim, o emprego de cuidado em domicílio constituiria hoje uma das novas formas de emprego no setor terciário, sobretudo no Brasil e nos demais países cujas populações vêm envelhecendo.

Para Vasconcelos (2008a), a socialização do cuidado social, através de políticas sociais ou assalariamento de trabalhadoras, reproduziria em muitos casos padrões intrínsecos de segregação de gênero, já que características subjetivas frequentemente associadas ao pólo

do ‘feminino’ seriam frequentemente exploradas ou mesmo consideradas como fundamentais para o (bom) desempenho laboral. Nesse sentido, a valorização de características intrínsecas como a ‘vocação’ para o cuidado ou o ‘amor’ ao próximo, além de outros componentes menos visíveis, funciona como uma espécie de medida compensatória para condições desfavoráveis de trabalho, o que produz múltiplas conseqüências, como exaustão, stress e outros prejuízos à saúde física ou mental desses trabalhadores. Dessa forma, se por um lado o cuidado familiar é explorado como mão de obra não remunerada, a partir de construções culturais como o mito do amor materno (ROSA, 2008), um dos componentes do altruísmo obrigatório, o corpo de trabalhadores assalariados dos cuidados também é explorado, já que tal atividade se mantém como socialmente desvalorizada.

2.4 A crise nos cuidados e o futuro próximo: possibilidades de reforma?

A crise nos cuidados, no Brasil, aparenta ser permanente e cíclica. Seu aparecimento, nos meios de comunicação de massa, embora episódico, circula entre diferentes espaços: hora em hospitais do sistema público de saúde, hora em instituições para a custódia de adolescentes e crianças e hora no contexto privado e domiciliar. Mas mais do que entendê-la, uma pergunta que nos parece importante de ser colocada é: que efeitos de transformação, para as relações de cuidado, o acirramento da crise pode trazer? Ou, em outras palavras, que tipo de reação a sociedade pode empreender para lidar melhor ou, eventualmente, superar os efeitos mais trágicos da crise nos cuidados?

No Brasil, talvez o mais emblemático exemplo de efeito de transformação nas práticas de cuidado ocorrido no âmbito de uma política pública tenha sido o que se deu no campo da saúde mental. Este processo de transformação possui como marco do seu início as denúncias sobre as terríveis condições de funcionamento e tratamento de manicômio situado na cidade de Barbacena, Minas Gerais, no final da década de 1970, as quais ganharam publicidade nacional a partir de uma série de reportagens publicada pela mídia local e também por um documentário, exibido em diversas capitais. Estes acontecimentos, que não eram privativos do manicômio de Barbacena e se reproduziam em diversos outros estabelecimentos dedicados à internação psiquiátrica no país, motivaram a eclosão do movimento de luta antimanicomial, o qual conseguiu mobilizar a sociedade e o Estado para promover o que ficou conhecido como a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Segundo Pitta (2011), o movimento pela reforma psiquiátrica agregava uma série de atores de diferentes segmentos, tais como movimentos sociais de profissionais, trabalhadores, usuários, familiares, militantes dos direitos humanos,

gestores, sindicatos e associações, que lutavam não apenas pela humanização da assistência na saúde mental, mas também pela democratização da sociedade, numa época de ditadura militar, a qual possuía conhecidas relações com alguns dos grupos empresariais que exploravam a assistência à saúde nos moldes que se tornaram objeto de contestação. A transformação do modelo de cuidados na saúde mental, operada através do movimento de reforma, não apenas conseguiu deslocar o eixo da assistência, até então centrado na institucionalização asilar/hospitalar, na direção de um modelo de cuidados com ênfase em equipamentos comunitários e territorializados, ela também vem atuando e militando no sentido de desestigmatizar, reintegrar socialmente e promover a inclusão dos usuários da rede de saúde mental, já que, como afirma Bezerra Júnior (2007, p. 249), trata-se também de uma luta “contra a exclusão e a favor da tolerância e respeito pela diferença”.

A ebulição de produções, mobilizações, militância e realizações que caracterizaram a reforma psiquiátrica brasileira, entretanto, contrastam com uma mobilização menor na área dos direitos da pessoa idosa, a qual possui uma plataforma de reivindicações mais difusa e sem necessariamente um foco voltado para a questão dos cuidados. Apesar das recorrentes denúncias de maus tratos a idosos em diferentes contextos, as crises eventualmente deflagradas não conseguiram até hoje suscitar um movimento de transformação nas práticas de cuidado que pudesse ser caracterizado como reformista. Ainda que a Política Nacional do Idoso, por exemplo, previsse em sua regulamentação (BRASIL/PR, 1996) a implantação de uma rede de serviços voltados para o cuidado comunitário e domiciliar tais intenções não se transformam em realidade, e o modelo até então vigente, preso a políticas focais da assistência social e sustentado pela crescente privatização e responsabilização familiar pelos cuidados tende a permanecer hegemônico. Segundo Vasconcelos (2007, p. 202), o projeto utópico da reforma psiquiátrica não era somente o de uma sociedade livre de manicômios, mas também o de uma sociedade “que assuma as bandeiras de garantia da cidadania e do cuidado para todos os cidadãos, mas particularmente para todos aqueles marcados por formas de dependência e sofrimento”. Há de se ressaltar, no entanto, a dificuldade de se transpor esses ideais para além dos domínios aonde a sua defesa é maior.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira influenciou e foi também influenciada pelo movimento de luta pela democratização da sociedade e da saúde e que deflagrou a chamada Reforma Sanitária Brasileira (RSB), na década de 1980. Segundo Bahia (2009), a convergência entre mudanças teórico-conceituais acerca das concepções sobre as relações entre saúde, Estado e Sociedade e as lutas pelas liberdades democráticas confluíram para a operacionalização da

RSB, a qual, posteriormente, contribuiu para a inclusão do direito à saúde na Constituição Federal Brasileira e para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país. Segundo Paim (2008), a RSB não deve ser considerada uma reforma circunscrita ao setor saúde e tampouco deve ser reduzida à sua formulação institucional, o SUS. Para esse autor, a RSB deve ser entendida enquanto projeto para uma reforma social, a qual, como afirmava Arouca (2000) “articula proposições de mudança sob diversas dimensões” (Apud: 2008, p. 92). Para Paim (2008), as respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde, ultrapassam a política institucional desse setor e demandam políticas em diversas áreas. Esse autor enumera ainda os problemas que a reforma enfrentou no processo de implantação do sistema público de saúde brasileiro, tais como o subfinanciamento desse setor, a privatização e o enxugamento do Estado pelos governos neoliberais da década de 1990, as recorrentes crises econômicas e fiscais, o desvio de recursos da seguridade social, o clientelismo político e a má gestão dos recursos empregados, bem como os conflitos com os interesses mercantis do empresariado da saúde, dentre outros problemas. Para Paim (2008), as contradições e impasses na efetivação do direito à saúde levaram à coexistência de múltiplas visões sobre o que seria o Sistema Único de Saúde: em primeiro lugar, a idéia de que esta seria uma parte da seguridade social preponderantemente destinada a atender aos pobres, versão que para este autor seria resultante do modelo institucionalizado de saúde pública, excessivamente centrado em políticas focalizadas e com restrições à expansão do financiamento público. Outra contradição apontada por esse autor seria a discrepância entre o sistema de saúde formal – conforme previsto na legislação e a sua realidade enquanto serviço público, permeado de problemas e deficiências.

É, portanto, no cenário de contradições da política pública brasileira que o problema dos cuidados emerge, aparentemente sem que os movimentos sociais o abracem de forma expressiva como causa e bandeira de luta. Pensar numa hipotética e utópica ‘reforma’ como resultante de um movimento pelos cuidados significaria, necessariamente, prever o embate contra a hegemonia do familismo na política pública e também na moralidade da sociedade brasileira. Mais do que isso, significaria retomar pontos caros e comuns à agenda de algumas outras mobilizações sociais dos setores saúde, assistência social e direitos humanos, como a necessidade de se redefinir o papel do Estado no provimento de bem estar para a população e a garantia de universalidade e acesso a serviços e condições essenciais ao direito à vida, à saúde e à dignidade, dentre outras questões. Além disso, significaria ter que abordar um assunto delicado e pouco discutido: o pacto de solidariedade entre as gerações e a capacidade

de engajamento e comprometimento que diversos segmentos da sociedade poderiam dispor para o reconhecimento do cuidado enquanto direito social. É possível, no entanto, que um movimento pelos cuidados, que possivelmente demandaria o acolhimento de visões alternativas e contra-hegemônicas ao discurso geriátrico-gerontológico sobre a dependência, a falta de autonomia e a fragilidade na velhice, permaneça ainda por muito tempo sendo apenas uma vaga possibilidade no horizonte das idéias utópicas para a sociedade.

No Brasil, o mercado de cuidados vem crescendo em ritmo exponencial, não apenas por causa das transformações na família e mudanças no perfil de idades da população, mas também como reflexo da privatização delegada aos problemas do cuidado, num cenário de desolação no que diz respeito às políticas públicas destinadas a essa questão. A gestão do cuidado vem atuando no sentido de trazer pequenas regulações, como por exemplo, definindo direitos trabalhistas e padrões para a jornada de trabalho desses atores. Na mesma direção, encontra-se a discussão sobre a regulamentação da profissão de cuidador. Tais regulações, embora necessárias do ponto de vista da formalização, fortalecimento e valorização dos cuidados, tendem por outro lado a tornar a contratação desse tipo de serviço mais onerosa para as famílias e idosos contratantes, num cenário no qual praticamente nenhum tipo de auxílio financeiro é concedido para as famílias que possuem pessoas dependentes de cuidado. A tendência a relegar para as famílias e para o “mercado” o problema dos cuidados tende a produzir aquilo que Tronto (2013) se refere como sendo um “círculo vicioso de desigualdade nos cuidados”, já que a condição econômica de um indivíduo torna-se um importante determinante para a qualidade dos cuidados que este receberá e, simultaneamente, a necessidade de prover os próprios meios para garantir os cuidados ou daqueles que lhe são próximos acirra o individualismo e a ideologia de que os cuidados são um problema da vida privada e não da sociedade em geral.

Capítulo 3. Do acompanhante ao cuidador: a “descoberta” dos cuidadores no cenário de políticas e discursos sobre o envelhecimento

“CUIDADO: homens trabalhando”

Normas para segurança no trabalho (Brasil / MTE, 1978).

“Uma profissão que tende a ganhar espaço com o envelhecimento da população é a de acompanhante de idosos” (MACHADO, 2008). Assim começava o texto de uma notícia, publicada na seção de “oportunidades e negócios” de um jornal de circulação popular do Rio de Janeiro. “Na média é possível ganhar o equivalente a dois salários mínimos, dependendo da negociação com o empregador”, continuava o texto, que finalizava com uma orientação para os possíveis interessados em atuar na área: “quem quiser seguir na profissão não pode esquecer nunca de se qualificar”. Como essa, diversas outras chamadas vêm sendo veiculadas, dando conta do crescente desenvolvimento do mercado de serviços voltados para a população idosa.

Historicamente, é difícil precisar quando esse tipo particular de trabalhador, voltado para prover serviços de assistência pessoal para pessoas com dificuldades de proverem as suas próprias necessidades por si mesmas, passou a ser identificado como um ator específico, dotado de atribuições e conhecimentos próprios para o desempenho dessa tarefa. O emprego de pessoas, da família ou da comunidade, para auxiliar nos cuidados talvez seja tão antigo como a história da família enquanto instituição social. Mas a descoberta desse tipo de trabalhador sob a ótica de discursos de regulação é mais recente, e parece se confundir com a própria história, também recente, de descoberta do idoso enquanto consumidor de serviços e objeto de políticas.

Este capítulo pretende traçar um breve histórico do processo de “descoberta” dos cuidadores enquanto uma categoria específica de trabalhadores. Para tanto, nossa análise abordará dois processos que, historicamente, estão relacionados à constituição do campo dos cuidados: em primeiro lugar, a conversão dos cuidadores em objeto de interesse dos saberes científicos, fato que motiva a realização de estudos e a produção de uma série de textos, notadamente na virada do século XX para o XXI. Em segundo, a identificação de que o ‘problema’ dos cuidados mereceria uma política específica de intervenção, no caso, o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos (BRASIL/MS/MPAS, 1999). Tal processo de diferenciação, dos cuidadores enquanto objeto de um discurso especializado e enquanto destinatários de uma política de escolarização são dois movimentos fundamentais para definir

os tipos de disputa que ocorreriam no campo dos cuidados e, simultaneamente, marcar o processo de passagem da questão dos cuidados do âmbito privado, para a arena pública.

3.1 Revelando cuidadores

No início da década de 1990, um pequeno artigo publicado na revista da seção paulista da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) relatava a “experiência pioneira” no desenvolvimento de um curso para formar “assistentes de geriatria e gerontologia”, também identificados no texto como “geri sitters”, numa analogia ao termo empregado para as ‘baby-sitters’, as trabalhadoras que cuidam de bebês e crianças. A formação desses novos profissionais, afirmava o autor, representaria uma excelente contribuição para a assistência aos idosos, “de maneira simples e economicamente viável para um país pobre” (CAMPOS, 1993, p. 124). Além disso, a “nova profissão de nível médio” poderia ajudar o idoso “em qualquer lugar que ele esteja”, representando também uma oportunidade para a criação de serviços de assistência domiciliar (CAMPOS, 1993, p. 124). A origem e o surgimento dos cursos para cuidadores, no Brasil, não está detalhadamente documentada, mas coincide de certa forma com o desenvolvimento da formação profissional em gerontologia, a qual começa a ocorrer de uma forma mais estruturada, no país, na passagem dos anos 1980 para os anos 1990, um período no qual a população idosa começa a ganhar maior visibilidade não apenas como segmento populacional, mas também como consumidora de produtos e serviços.

Um dos trabalhos pioneiros na formação de cuidadores foi o curso implantado pela Associação Nacional de Gerontologia - Seção Rio de Janeiro (ANG-RJ) através de uma parceria com a Fundação Real Grandeza e coordenado pelas assistentes sociais Terezinha Monteiro Martinez e Maria da Graça Castello Branco. Desta iniciativa surgiu o “Programa de Cuidador Social”, o qual atendia principalmente a comunidade de aposentados de Furnas, uma empresa estatal e, por meio de cursos para cuidadores, qualificou centenas de trabalhadores nas décadas seguintes. Como conta Martinez (2014)¹⁸,

era um projeto novo. A Maria da Graça já possuía uma militância (...), além de ser da ANG, e fazia muitas visitas a instituições geriátricas. Daí ela me convidou para elaborar esse curso, que acabou se realizando, a primeira turma, na Fundação Real Grandeza. (...) Naquela época, nós estudávamos através de algumas apostilas, que não eram específicas sobre cuidados, mas sobre o processo de envelhecimento. Era o que existia.

¹⁸ Depoimento oral para o autor desta pesquisa.

Naquele mesmo ano, era promulgada a Política Nacional do Idoso, a qual previa, entre as suas diretrizes, a qualificação de trabalhadores “nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços”, bem como o estímulo a criação de “alternativas para atendimento ao idoso”, como centros de cuidados diurnos e atendimento domiciliar (BRASIL/PR, 1994). Entretanto, a referida política só começaria a efetivamente ser implantada a partir da sua regulamentação, em 1996.

A passagem da década de 1980 para a década de 1990 foi um período de emergência não apenas de uma maior visibilidade para os idosos, no país, mas também (e sobretudo) de elaboração de políticas destinadas a esse segmento etário. Como já afirmava Magalhães (1989, p. 13),

em uma perspectiva histórica, podemos compreender que o idoso é uma invenção social, (...) produzida pela expansão das classes trabalhadoras assalariadas e desprovidas e fazendo com que o idoso, antes circunscrito ao meio familiar e ao âmbito da assistência religiosa, seja transformado em questão pública a exigir ação institucionalizada do Estado e da Sociedade Civil”.

Desse modo, ainda que Lins de Barros e Alves (2012, p. 32) pontuem, com muita propriedade, que os idosos não constituem um “grupo identitário”, o arcabouço de instituições, políticas e discursos midiáticos ou especializados sobre e para o envelhecimento, tenderá a tratar o “idoso” sob uma perspectiva uniformizante, na medida em que padrões, estilos, serviços, receituários e até direitos, serão ofertados para esse segmento de forma cada vez mais intensa e, muitas vezes, generalizante.

A regulamentação da Política Nacional do Idoso (PNI), em 1996, ocorre em meio a uma situação de “crise” nos cuidados, relacionada à eclosão de um escândalo envolvendo as más condições em que se encontravam idosos internados em instituições e hospitais vinculados ao sistema público de saúde. Foi o caso da Clínica Santa Genoveva, uma instituição na qual teria ocorrido uma enorme mortandade de idosos e que capturaria as atenções da imprensa e da população durante muitas semanas (VERAS, 1997). Comparada a um “campo de concentração”, a clínica para idosos é fechada e seus donos, denunciados à justiça (GROISMAN, 1999a). As imagens dos idosos esqueléticos e moribundos, ilustrativas do episódio e estampadas pelos jornais do período comovem o país e parecem indicar que o modelo como tradicionalmente era assistida a velhice no Brasil necessitava ser reformado. Mais do que isso, a visibilidade do episódio parecia marcar a descoberta definitiva da população idosa enquanto componente de um ‘problema social’ de caráter mais abrangente, a merecer soluções destinadas à proteção, valorização e promoção do bem estar da população

idosa como um todo. É nesse contexto, portanto, que o governo federal emite o decreto-lei 1948, de 3 de julho de 1996 e que regulamentava a PNI, a qual havia sido promulgada dois anos antes, mas ainda aguardava especificações e definições para começar a ser efetivamente implantada (BRASIL/PR, 1996).

A regulamentação da PNI estimula o início de uma série de programas, políticas e ações a serem desenvolvidos por diferentes setores e níveis da gestão pública, tais como a Política de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde (PSI).¹⁹ Um dos diferenciais dessa legislação foi a tentativa de definir atribuições e competências para os órgãos da gestão pública, embora como afirma Steffenon (2013), haveria uma sobreposição de expectativas em relação a alguns elementos dos setores saúde e assistência social, faltando uma maior clareza quanto a divisão de responsabilidades nas políticas setoriais bem como na forma de concretização das ações. Embora a formulação da PNI adote uma perspectiva abrangente e relacionada a variados aspectos relacionados ao idoso, o seu texto revela preocupações específicas com a questão dos cuidados, não apenas ao reforçar a família como principal instância cuidadora, mas também ao prever a criação de serviços de cuidados intermediários. Entretanto, como aponta Steffenon (2013), o abrigo é mantido como possibilidade, fato que destoava das políticas de desinstitucionalização erigidas pelo contexto de reforma sanitária e psiquiátrica naquele período. Além disso, uma observação feita por autores do campo da gerontologia é a de que muitas das ações previstas na política não possuíam uma previsão de recursos para serem efetivamente postas em prática, fato que limitou enormemente a sua efetividade (PAZ; GOLDMAN, 2006; RODRIGUES, 2001).

O contexto de descoberta e formulação de políticas para o idoso foi também um período de crescente aumento da demanda de serviços para as necessidades dessa população, não somente no âmbito do setor público, mas também no mercado de serviços privados. Dentre as diferentes necessidades desse segmento, ainda antes do término da década de 1990, uma em especial começava a se fazer notar, despertando a preocupação de gestores, pesquisadores e demais atores envolvidos no cenário gerontológico: a crescente demanda por cuidados e cuidadores, fenômeno motivado pelo processo de envelhecimento da própria população idosa, decorrente do aumento da longevidade. Tal demanda seria suprida principalmente por familiares ou, na falta destes, por “acompanhantes de idosos”, termo pelos quais os

¹⁹ No histórico que faz da Política Nacional do Idoso, Rodrigues (2001) relata o surgimento de alguns programas governamentais para o atendimento a determinados segmentos da população idosa ainda durante a década de 1970, notadamente através do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS) e da LBA. Tais iniciativas possuíam caráter e abrangência mais focalizados. Data também da década de 1980 o início do Programa de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde, o qual posteriormente seria transformado em política.

cuidadores remunerados eram popularmente conhecidos nessa época. Como constata Duarte (1997, p. 228), em texto publicado naquele período, os cadernos de classificados dos jornais estariam repletos de anúncios de pessoas habilitando-se a prestar serviços como acompanhantes ou cuidadores “sem necessariamente terem algum tipo de formação”, fato que era preocupante, na visão dessa autora, na medida em que ainda seriam “muito precárias as informações veiculadas ao grande público sobre as demandas específicas emanadas por idosos com diferentes níveis de dependência, bem como sobre a qualificação profissional para atendê-las”. O problema dos cuidados, prossegue essa autora, mereceria especial consideração na medida em que a família estaria passando por um processo de transformações, os quais motivariam dúvidas quanto à capacidade destas “para proverem o atendimento sistemático das necessidades de cuidados de seus parentes idosos” (DUARTE, 1997, p. 228).

Assim como os idosos são descobertos enquanto objeto de políticas e consumidores de serviços, o cuidador ou, como costumava ser chamado, o “acompanhante de idosos” é também ‘descoberto’ pela emergente literatura gerontológica nacional, passando este a se tornar, simultaneamente objeto de pesquisa e de intervenção, na medida em que não apenas o cuidado passa a se constituir como um objeto de estudo de autores de disciplinas como serviço social, enfermagem e psicologia, como ainda, parte das publicações se presta a orientar e direcionar a formação para o cuidado, seja sob a forma de manuais para cuidadores ou através de livros e outras publicações destinadas a apoiar a docência nos cursos e ‘capacitações’ da área.

Um dos trabalhos que obteve visibilidade naquele período foi o livro organizado por Karsch (1998), professora do curso de Pós-graduação em Serviço Social da PUC-SP e que havia tomado contato com estudos sobre cuidadores a partir de uma pós-graduação na Inglaterra. Na apresentação do livro, dedicado “à grande cuidadora brasileira, mulher-esposa, filha e nora”, Karsh (1998, p. 19) explica ser aquela publicação o resultado da criação de um grupo de pesquisa, cujo objetivo era “descobrir” os cuidadores das pessoas que estariam envelhecendo com dependência. Como justifica essa autora, a escassez de estudos sobre o tema demandaria a produção de bibliografia, com vistas a “auxiliar nas reflexões sobre a importância de se pesquisar a figura do cuidador como sujeito principal na rede de suporte, formal e informal, às pessoas que estão envelhecendo” (KARSCH; LEAL, 1998, p. 22). Para Mendes (1998, p. 171), que assina um dos capítulos do livro, o cuidador seria um personagem ainda “desconhecido” no cenário público, o que obrigaria os pesquisadores brasileiros a terem como referência a literatura internacional, a qual “trata a questão em sociedades diferentes da

brasileira”. Dessa forma, muitos dos conceitos e termos utilizados nessa literatura inicial foram incorporados e traduzidos a partir de referências oriundas da literatura científica estrangeira, a começar pelo termo “cuidador”, correspondente ao “caregiver” da língua inglesa.

Na literatura que começa a ser produzida no Brasil sobre cuidadores, uma das preocupações iniciais é a de apresentar algumas definições ou, mais precisamente, algumas categorizações possíveis para esse ‘novo’ personagem. Como discorre Mendes (1998), existiriam múltiplas definições e poucos consensos sobre os cuidadores. No Brasil, a tradução do caregiver esbarra em algumas especificidades, próprias da forma como o campo dos cuidados vem se estruturando no contexto nacional. Uma questão evidente é o fato do termo ser empregado tanto para se fazer referência aos familiares cuidadores quanto os cuidadores remunerados. Dessa forma, se o termo “acompanhante de idosos”, até então comumente utilizado no mercado de serviços para a “terceira idade”, parecia ser mais preciso para identificar as pessoas que exerciam essa atividade de forma remunerada, o “cuidador” não trazia, a princípio, uma distinção quanto a esse aspecto. Assim, a diferenciação entre os tipos seria realizada a partir de um segundo nível de categorias, como descrito por Mendes (1998, p. 172): aqueles que exercessem os cuidados a partir de vínculos de trabalho (acompanhantes, empregadas domésticas, atendentes de enfermagem, etc.) seriam os “cuidadores formais”, ao passo que as pessoas que cuidassem por vínculos de amor ou solidariedade, tais como amigos, vizinhos e familiares, seriam os “cuidadores informais”.

A adoção dos termos “formal” ou “informal” para diferenciar os familiares dos trabalhadores remunerados parece assumir uma analogia com a denominação comumente empregada para conceituar as redes formais e informais de assistência, cuidado e proteção social na literatura de saúde pública e assistência social. O particular interesse em se mapear e se identificar os recursos, formais ou informais existentes numa determinada comunidade para apoiar os cuidados dos indivíduos com algum tipo de dependência ou dificuldade, remete-se, segundo Serapioni (2005), ao movimento de reforma no sistema público de saúde na Inglaterra, nos anos 1960 e 1970, quando se cunhou o conceito de cuidados comunitários (“community care”). Tal conceito, inspirado pelo movimento de desinstitucionalização nos setores de saúde e assistência social, consistiria numa reorientação do sistema e do uso das instituições de cuidado, de forma a valorizar a permanência dos indivíduos na comunidade, como uma alternativa à hospitalização ou institucionalização. Assim, a família, os vizinhos, amigos e demais recursos existentes deveriam ser valorizados e reconhecidos como

constituintes de uma “rede informal” de cuidados, a qual atuaria “em parceria” aos profissionais e serviços do sistema “formal”, de forma a promover a saúde, a participação e inclusão social, bem como a desestigmatização dos doentes, dependentes ou vulneráveis. Dentro da proposta de cuidados comunitários, era previsto o estabelecimento de serviços para apoio ao cuidado familiar e comunitário, seja por meio de modalidades ambulatoriais, atendimentos domiciliares ou serviços de regime diurno. Quando, no Brasil, se começa a conceituar o cuidador e também as políticas para o envelhecimento, nota-se a influência da ideologia dos cuidados comunitários, já que tanto se visa valorizar a família e a comunidade como local primário para o cuidado aos idosos, como o próprio cuidador é identificado como um ator importante e estratégico para o fortalecimento das redes formal ou informal de cuidados.

O modelo de cuidados comunitários passa a ser empregado para o planejamento de políticas para os idosos, sobretudo a partir da década de 1980 em países como Inglaterra, Canadá e França, dentre outros. Como explicam Dwyer e Miller (1990), o aumento do interesse no cuidado comunitário se baseia na constatação de que esse tipo de cuidado seria menos dispendioso, ao lançar mão da responsabilização da família para diminuir a utilização do cuidado institucional, ordinariamente prestado em asilos, clínicas geriátricas e hospitais. Como explica Jutras (1990), o envolvimento das famílias enquanto “parceira” da rede formal, se justificaria pela limitação de recursos para investimento no bem estar das populações, num cenário de crescente pressão sobre os sistemas de previdência e seguridade, devido ao aumento do número de beneficiários idosos. Nesse sentido, o empoderamento do cuidador familiar e comunitário representaria uma maneira de prover maior eficiência aos sistemas de cuidado, sem representar necessariamente um ônus financeiro na mesma medida para o Estado. A gestão do cuidado em nações/Estados de Bem Estar Social estimula, dessa forma, a produção de uma vasta literatura sobre a temática, a qual não apenas visa identificar, classificar, qualificar e mensurar os tipos, modalidades, intensidades e custos dos cuidados prestados aos idosos ou recebidos por estes, como ainda, visa circunscrever o cuidador enquanto um objeto de estudo, categorização e intervenção.

A literatura nacional produzida sobre ou para os cuidadores se espelha, num primeiro momento, nas publicações em literatura estrangeira, particularmente de autores de língua inglesa. Além da tradução de terminologias e formas de classificação dos cuidadores, os autores buscam replicar, em território nacional, pesquisas destinadas a desvelar a realidade dos cuidadores. Não por acaso, uma das primeiras publicações nacionais dedicadas à temática,

o livro organizado por Karsh (1998, p. 14), se refere à necessidade de conhecer o cuidador, “essa figura oculta aos olhos da sociedade e com ela estabelecer uma parceria”. Uma característica que se sobressai, nessa primeira geração de textos é a junção de referências e abordagens sobre os cuidados com caráter mais relacionado às políticas sociais com textos oriundos das ciências da saúde, onde o cuidador é muitas vezes visto como alguém que cuida de uma pessoa que possui um problema de saúde específico. Tal influência se evidencia na escolha e forma de abordagem ao primeiro grupo de cuidadores analisado pelo grupo de pesquisa coordenado por Karsh, intitulado de “Epidemiologia do Cuidado”, o qual se propõe a observar, especificamente, o cuidado de pessoas vitimadas por Acidente Vascular Cerebral (AVC, segundo terminologia utilizada no período). Como afirmam Karsh e Leal (1998, p. 26), “o cuidador do paciente acometido por AVC possui características particulares, que precisam ser apreendidas mediante uma investigação de campo”, de forma a se produzir “subsídios na implantação de programas de apoio (...) por serviços sociais ou de saúde”.

Outra pesquisadora que coordenou estudos nesse período foi a Profa. Anita Liberalesso Neri, psicóloga, vinculada ao programa de pós-graduação em gerontologia da Unicamp, um dos primeiros do gênero no país. Orientando dissertações e teses relacionados à temática, esta autora publicaria um texto sobre “bem estar e estresse em familiares que cuidam de idosos” (NERI, 1993) e, posteriormente, organizaria um livro sobre “questões psicológicas e sociais” do cuidado (NERI, 2002). Uma das teses do período é a de Perracini (1994). Em sua abordagem, Perracini (1994, p. 10) reforça a ideia de uma ‘etiologia’ do cuidado, não apenas a partir do recorte da sua pesquisa, com “cuidadores de idosos com comprometimento cognitivo e alta dependência”, como também através da adoção de critérios para classificação e rotulagem dos cuidadores: dessa forma haveria uma diferenciação em função do grau de comprometimento destes para a provisão de cuidados, o que faria com que pudessem ser classificados como cuidadores “primários” ou “secundários”, a partir de um maior ou menor envolvimento com a responsabilidade pelos cuidados. Esta classificação se combinaria com a separação entre cuidados formais e informais, como explica a própria autora: “os cuidadores familiares (...) primários ou secundários, prestam cuidado “informal”, assim como os voluntários provenientes da comunidade (PERRACINI, 1994, p. 11).

Embora a construção da noção de cuidador, na literatura internacional, remeta-se de forma histórica aos estudos da epistemologia feminista da década de 1970, é um conjunto mais específico de estudos das chamadas ciências sociais aplicadas que, no Brasil, parecem ter sido inicialmente incorporados para a tradução do conceito no país. Destacam-se nesse grupo

estudos e trabalhos referidos às experiências de organização de políticas e serviços de cuidados comunitários, especialmente oriundos de literatura produzidas em países do continente europeu. A análise da literatura produzida no Brasil revela, entretanto, que a incorporação de referências estrangeiras ocorre de forma eclética, sem se prender a uma única abordagem ou perspectiva sobre os cuidados. Nesse sentido, nota-se também a influência de autores afinados com uma abordagem mais relacionada aos saberes das ciências da saúde, principalmente de disciplinas como medicina, enfermagem e psicologia. Nesta perspectiva, o cuidador também era tido como objeto, porém numa visão que o associava mais estreitamente ao binômio saúde/doença, ao passo que nas abordagens mais ‘sociais’, tendem a predominar o binômio ‘exclusão/inclusão’ social. Como explicam Carletti e Rejane (1996, p. 417, grifo nosso), o “termo “paciente” é normalmente utilizado para designar pessoas receptoras de cuidados”. Segundo Karsh e Leal (1998, p. 23, grifos nossos), o cuidador seria definido pela Associação Médica [Norte] Americana como um parceiro no “tratamento”, o qual deveria ser “treinado” para assistir o “doente” e promover a saúde. Por sua vez, Faro (1999, p. 335, grifo nosso) afirma que a figura do cuidador “emerge numa relação intrínseca, ou seja, o cuidador só se expressa por intermédio da figura do paciente”, já que ambos formariam um “binômio indissolúvel”.

As literaturas que abordam o cuidado sob uma perspectiva social e aquelas que tratam deste como complementação do tratamento médico parecem se misturar em alguns textos, possivelmente porque, no Brasil, o termo “cuidado” já vinha sendo tradicionalmente utilizado indiscriminadamente pelas diversas disciplinas e especialidades do campo da saúde. Na língua inglesa a palavra “*care*” possui variados significados e frequentemente é relacionada ao bem estar coletivo, ao passo que cuidados mais especializados, como os cuidados em saúde ou de enfermagem são usualmente designados como *health care* e *nursing care*, respectivamente. No Brasil, por outro lado, a utilização do termo “cuidado”, de forma simples e desacompanhada de especificações, é tida frequentemente como sinônimo dos cuidados na saúde. Segundo Pinheiro (2009, p. 17), o “cuidado” possui inúmeros usos e significados na saúde e sua aplicação pode servir tanto como referência para os diferentes níveis ou âmbitos de atenção do sistema de saúde como, dentre outros, para se referir a conhecimentos e procedimentos técnicos específicos ou ainda, como sinônimo de “uma conduta assistencial simplificada”. Para essa autora, dentre as ciências da saúde, “teria sido a enfermagem a profissão que mais incorporou a prática do cuidar como campo de domínio próprio” (PINHEIRO, 2008). Interessante acrescentar, a própria enfermagem se define como “a ciência

e a arte de cuidar” a qual, nas palavras de Ferreira (2008, p. 205), possuiria uma “abordagem humanística” que se destacaria tanto na ação do cuidar quanto no “objeto de trabalho mesmo da enfermagem”, o cuidado.

A influência de uma abordagem medicalizada sobre os cuidados tende a colocar em foco, num primeiro momento, o próprio cuidador enquanto um sujeito passível de adoecimentos e a necessitar de apoios, cuidados e assistência à sua saúde física e mental. Segundo Neri (1993, p. 239), cuidar de um idoso pode ser considerado um papel esperado na vida de muitas famílias. Entretanto, quando este cuidar torna-se duradouro e desgastante, este pode representar uma “crise, (...) na medida em que a habitual relação de afeto e reciprocidade” é substituída por uma “relação unidirecional” em que a ajuda é prestada “praticamente sem retorno pessoal”.²⁰ Dessa forma, não apenas a própria dependência de cuidados é desnaturalizada e associada a eventos da relação saúde/doença, como a própria condição do cuidar, é vista também como um problema das ciências da saúde, a merecer tratamentos e intervenções.

Um aspecto que merece ser destacado é que o cuidador, objeto de estudos e pesquisas sobre o seu comportamento e sua capacidade de cuidar em função de sua saúde física e mental é, quase que majoritariamente, para este tipo de literatura, o cuidador familiar. Segundo Neri (1993, p. 237), o perfil do familiar cuidador, no Brasil, “aparentemente não diferiria muito” daquele de outros países. No caso dos idosos, “na maioria dos casos” o papel de cuidar “caberia a uma mulher”, cônjuge ou filha, ou, “mais raramente, (...) “nora ou outro parente”. Um aspecto interessante da literatura nacional do período é que, a despeito de tratarem, majoritariamente, das mulheres cuidadoras, “o cuidador” é sempre tratado no masculino, norma comum na língua portuguesa, mas que não deixa de evidenciar a hegemonia de um determinado viés de gênero na abordagem ao tema.

Na década de 1980, popularizou-se bastante, na literatura internacional a abordagem do cuidado como uma atividade que pode gerar “sobrecarga” (no inglês, “burden”), havendo grande ênfase em se diagnosticar situações de “estresse” do cuidador, condição que, de acordo com Neri (1993), pode trazer importantes consequências para a qualidade de vida e saúde física e mental do cuidador. De acordo com Perracini (1994, p. 15), “o fato de que cuidar de um familiar idoso dependente gera eventos perturbadores e muitas vezes estressantes, já está

²⁰ Na literatura mais recente, este tipo de abordagem ‘fatalista’ sobre o ‘fardo’ dos cuidados vem sendo contestado por estudos que apontam a natureza bidirecional e relacional do cuidar e identificam não apenas diferentes interações entre os indivíduos que recebem cuidados e seus cuidadores, como também apontam possibilidades de ganhos secundários para aqueles que cuidam, tais como amadurecimento e aprimoramento pessoal, dentre outros. Sobre isso, ver: Wilson, Davies e Nolan (2009).

bem estabelecido na literatura gerontológica das últimas décadas”. Ainda segundo essa autora, o estresse estaria relacionado ao efeito cumulativo de uma série de eventos e demandas, podendo ser identificados aspectos que seriam estressores “objetivos” ou “subjetivos” do cuidado. Como relatam Sommerhalder e Neri (2002), uma revisão de literatura na base de dados internacional Ageline havia identificado cerca de 2000 referências de estudos sobre cuidadores, sendo que destes, 1500 continham referências a “estresse” e “sobrecarga”. No caso do Brasil, esta autora salienta a necessidade de se realizarem estudos para identificar “quem é”, “o que faz”, “como o faz” e “que apoios dispõe” o cuidador brasileiro, sendo ainda importante verificar se este sentiria algum “ônus” por prestar cuidados (NERI, 1993, p. 281). Em texto posterior e que já trazia alguns resultados de pesquisas sobre a “sobrecarga” do cuidador brasileiro, esta autora indaga: “perante a massa de informação que liga o cuidado a efeitos negativos sobre o bem estar do cuidador”, a inevitável pergunta é: “quem cuida do cuidador?” (SOMMERHALDER; NERI, 2002, p. 47).

A primeira geração de textos e estudos sobre as pessoas cuidadoras teve relevância no sentido de inaugurar, no país, uma tradição de discursos para e sobre os cuidadores. Tais produções não visaram somente instrumentalizar um eventual público interessado acerca das questões inerentes ao papel, demandas e necessidades dos cuidadores, mas também buscaram disseminar, junto à sociedade em geral, informações quanto à existência desse novo personagem, o cuidador. Mais do que isso, esperava-se que os próprios cuidadores pudessem assumir uma identidade associada a esse novo papel social, vislumbrado enquanto um ‘parceiro’ e colaborador dos serviços e instituições de assistência à clientela com dependências. Como afirmava Perracini (1994, p. 11, grifo nosso), uma grande parte dos cuidadores “não se reconhecem enquanto tais” e veem as suas ações “como uma extensão das [suas] relações pessoais e familiares, mais do que um papel social distinto”.

A produção de discursos e saberes sobre ‘o cuidador’ se faz num contexto de internacionalização da produção em gerontologia e também de crescente globalização da produção em saúde. A influência de autores estrangeiros pode ser facilmente identificada na emergente literatura nacional sobre cuidadores, que busca dar contornos para o ‘caregiver tupiniquim’. Na incorporação e adaptação dos conceitos contidos na literatura de referência, entretanto, assim como já não existia uma uniformidade na abordagem à questão do cuidado na produção internacional sobre o tema, diferentes visões e caracterizações são utilizadas, fazendo com que, nomenclaturas e categorias oriundas de distintos campos de estudos sejam eventualmente mescladas e aplicadas na emergente literatura nacional. Segundo Molyneaux et

al (2010), a universalização do termo “cuidador” pode ser problemática, ao pretender dar um sentido uniforme para relações heterogêneas e recíprocas de cuidado e interdependência. Mais do que isso, essa denominação reforçaria uma ideia de dicotomia entre as pessoas que cuidam e aqueles que recebem cuidados. No Brasil, há de se pensar que a definição do “cuidador” certamente está implicada e relacionada à construção de um discurso sobre aqueles que demandam e necessitam dos cuidados, sejam estes idosos, pessoas com deficiência ou doentes, dentre outros.

3.2 O cuidador e as ciências do cuidado

O processo de “descobrimto” dos cuidadores, além de motivar um interesse científico, mobilizaria discussões visando a sua inclusão na agenda das políticas públicas, sobretudo de setores como assistência social e saúde. Em relatório de pesquisa encomendada pelo MPAS, Wanderley e Blanes (1999, p. 4) relatam a preocupação com a necessidade de se instituírem medidas para “publicizar o papel do cuidador domiciliar”, já que, “em função dos altos índices de pobreza” no Brasil e em virtude da “insuficiência de cobertura das políticas sociais”, haveria um “enorme contingente de [pessoas] dependentes” e desprovidas da devida cobertura das políticas ou serviços. Referindo-se aos dados demográficos e epidemiológicos brasileiros e ainda, aos estudos já existentes sobre o perfil do cuidador, essas autoras defendem o reconhecimento de um “novo protagonismo” para a “figura do cuidador”, não apenas pela necessidade de apoiar “àqueles que desempenham esta importante tarefa social no âmbito familiar” mas, também, em respeito aos “direitos daqueles que por eles são cuidados” (WANDERLEY; BLANES, 1999, p. 3). Alinhando-se com a literatura internacional sobre cuidados comunitários, essas autoras afirmam que o cuidado domiciliar “não seria um fim em si mesmo”, mas um meio que permitiria “uma substancial melhoria da qualidade de vida” dos indivíduos que necessitam de “algum tipo de atenção especial” (WANDERLEY; BLANES, 1999, p. 3). Na opinião dessas autoras, uma das disciplinas com relevante papel para assessorar a gestão de programas de cuidado domiciliar seria o serviço social, devido à sua “histórica inserção nos âmbitos da família e da comunidade” (WANDERLEY; BLANES, 1999, p. 5). Não obstante, estas autoras ponderam a necessidade de existir uma articulação entre diversas políticas setoriais, tais como saúde, assistência social e educação, de forma a se prover o necessário apoio à atividade de cuidar.

Enquanto as assistentes sociais brasileiras se aproximavam e assumiam um papel de protagonismo no estudo e na produção de conteúdos sobre a temática do cuidado,

profissionais de outras disciplinas também se debruçavam sobre a temática. Em especial, destacam-se as produções da geriatria e da gerontologia, as quais pareciam trazer uma perspectiva mais voltada para a orientação e educação para os cuidados. Destacam-se nessas produções textos destinados não somente para profissionais ou trabalhadores da área, mas também para cuidadores familiares e para o público em geral. Parece-nos que tais publicações constituíram uma espécie de literatura predecessora dos populares “manuais para cuidadores”, que se disseminariam nos anos subsequentes. Um desses primeiros livros parece ter sido o organizado por Rodrigues e Diogo (1996), docentes das faculdades da de Ribeirão Preto (USP) e de Campinas (Unicamp) e intitulado “Como cuidar dos idosos”. Elaborado em linguagem simples e acessível o livro é composto por capítulos que abordam diferentes aspectos dos “cuidados com idosos no lar” e, segundo suas autoras, possui a finalidade de “contribuir para o esclarecimento de quem cuida de idosos”, através de orientações e medidas que “facilitem a tarefa dessas pessoas” (RODRIGUES; DIOGO, 1996, p. 10). O livro é prefaciado pelo presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SP, que destaca a sua preocupação com o fato de que as ações governamentais “certamente não seriam suficientes” para o atendimento a “todas as necessidades” da crescente população de idosos, sendo necessário, portanto, a organização e a mobilização das “comunidades e famílias” (KOMATSU, 1996, p. 8). O livro, dessa forma, apresenta-se com o intuito de auxiliar “as pessoas comuns a prestar uma assistência de qualidade aos gerontes”, marcadamente pelo fato, destacado pelas autoras, de que o cuidado envolve “situações de dúvidas e dificuldades” e que o cuidador, “quer seja no asilo ou no domicílio” deve “ter um preparo” (RODRIGUES; DIOGO, 1996, p. 8, 9 e 11).

Outra publicação importante do período é o livro organizado por Caldas (1998a) e intitulado “A saúde do idoso: a arte de cuidar”. Mais do que um manual, o livro de Caldas (1998a) é uma espécie de mini compêndio de geriatria e gerontologia, com uma seção destinada a informar sobre “aspectos sociais e demográficos do envelhecimento”, outra sobre algumas das principais alterações biológicas e doenças associadas ao processo de envelhecimento e, evidentemente, uma seção voltada para os cuidados com a pessoa idosa. Diferentemente do mini manual “Como Cuidar do Idoso” (RODRIGUES; DIOGO, 1996), que era redigido por autoras exclusivamente da enfermagem, o livro de Caldas, também enfermeira, porém vinculada a um serviço universitário de caráter multidisciplinar, reúne textos de autores de diferentes disciplinas e especialidades, com preponderância, entretanto,

para a área da saúde.²¹ Outra diferença importante é o fato do livro estar vinculado à Unati-Uerj, a primeira universidade para a “Terceira Idade” do país e que possuía, no período, um relevante papel de protagonismo na produção de estudos e disseminação de conhecimento sobre o envelhecimento. Nesse sentido, essa publicação espelhava uma experiência desenvolvida no âmbito de projetos assistenciais vinculados à universidade e também a partir do desenvolvimento de um curso que passou a ser oferecido naquela instituição e que possuía crescente procura: o curso para cuidadores de idosos.

Em seu texto de apresentação ao livro, Veras (1998, p. 9) situa o cuidador como um ator em evidência no processo de transformação do modelo de atenção aos idosos, que passaria por uma transição de um modelo baseado “na estrutura asilar ou hospitalar”, para um modelo que valorizasse o “atendimento no interior da residência” e junto à família, fato que seria uma “tendência inexorável” nos dias de hoje. Dessa forma, salienta esse autor, “apesar de todo o empenho e dedicação” dos familiares, que assumiriam novas responsabilidades em relação aos cuidados, poderiam faltar-lhes conhecimentos necessários para o desempenho da função, sendo importante, portanto, que “informações simples e precisas” pudessem ser repassadas por profissionais especializados (VERAS, 1998, p. 9). Esse autor propõe, dessa forma, que o livro pudesse ser utilizado “de forma didática”, seja como manual ou em cursos para “formação” de cuidadores (VERAS, 1998, p. 10).

A ideia de que o “cuidador” é alguém cujo saber, a priori, deve estar desejavelmente referenciado a saberes especializados começa a se instituir, não apenas através da crescente oferta de cursos de formação ou orientação para cuidadores, mas também pela disponibilização de materiais educativos e de cunho informativo, tais como livros, reportagens na mídia e manuais, dentre outros. Tal fato parece nos sugerir que o próprio “cuidado” deixava de ser visto como uma atividade leiga e inerente ao cotidiano familiar e passava a ser atravessado por um conjunto de olhares e conhecimentos ditados por profissionais e disciplinas identificadas a esse tipo de prática. Dentre as especialidades que passam a produzir

²¹ No livro de Rodrigues e Diogo (1996), os 14 capítulos foram elaborados por 16 autores, sendo que destes, 15 eram autoras da enfermagem. A única representante de outra disciplina era uma nutricionista, que figurava como terceira autora de um dos capítulos. No livro de Caldas (1998a), há autores da enfermagem, fisioterapia, medicina, nutrição, psicologia e serviço social, dentre outros. O contraste entre os dois trabalhos, um com um caráter ‘unidisciplinar’ e outro, multidisciplinar, parece revelar o início de uma tendência, por parte da enfermagem, de tentar dar conta da totalidade do problema dos cuidados. Posteriormente, como abordamos nessa pesquisa, tal disputa se transformaria em conflito, com graves consequências para a sociedade. Ainda na comparação entre os dois trabalhos, fica nítido que a abordagem multidisciplinar consegue atingir uma maior abrangência e densidade teórica: enquanto o livro ‘unidisciplinar’ de Rodrigues e Diogo (1996) possuía 14 capítulos distribuídos em pouco mais de 100 páginas, o livro de Caldas (1998a) possuía 38 capítulos ao longo de quase 200 páginas. Em 2004, a “Saúde do Idoso: a arte de cuidar” (SALDANHA; CALDAS, 2004), ganharia ainda uma segunda edição ampliada e revisada, com o dobro do tamanho da anterior: 400 páginas.

discursos sobre o assunto, se destacam (mas não exclusivamente) as disciplinas da saúde, particularmente aquelas que se especializaram numa modalidade de atendimento em ascensão no período, a assistência domiciliar. Segundo Duarte e Diogo (2005, p. 3) a “assistência domiciliária” se desenvolveu muito fortemente nos Estados Unidos da América e baseava-se na percepção de que levar a assistência à saúde aos domicílios das pessoas enfermas representava redução de custos e ganhos na efetividade, principalmente em relação aos cuidados dos “pacientes crônicos”, ficando o hospital, portanto, mais direcionado para os “cuidados agudos”. No Brasil, esta modalidade de atendimento teria começado a se desenvolver a partir da década de 1990, sobretudo no mercado privado dos grandes centros urbanos (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Conhecida comercialmente como ‘home care’, dentre outras designações, a modalidade de prestação de serviços de cuidado (à saúde) em domicílio se disseminou no país tendo como um de seus principais clientes as seguradoras e empresas de planos de saúde, que identificavam a prática como uma estratégia para reduzir a demanda por internações hospitalares e transferir responsabilidades e custos para a família, sobretudo no contexto de transição demográfica e aumento da demanda por atendimentos na saúde (FRANCO; MERHY, 2008). No setor público, o atendimento domiciliar também vem se desenvolvendo no Brasil, embora, como apontam Feuerwerker e Merhy (2008), numa oferta insuficiente face à demanda. Segundo esses autores, um dos requisitos da atenção domiciliar é a existência de um cuidador que se responsabilize pelo acompanhamento do indivíduo sob cuidados, “seja esse cuidador um familiar, um vizinho, um amigo voluntário ou um cuidador contratado” (FEUERWERKER; MERHY, 2008, p. 185). Entretanto, ressaltam esses autores, embora os cuidados domiciliares sejam uma prática que remonte à própria existência das famílias enquanto unidade de organização social, a atenção domiciliar “diz respeito apenas a uma parte das práticas de cuidado domiciliar, particularmente as que implicam uma convivência entre profissionais de saúde e cuidadores familiares” (FEUERWERKER; MERHY, 2008, p. 185). Essa diferenciação, entre os cuidados ordinariamente prestados pelas famílias e aqueles previstos nas modalidades de atendimento domiciliar pode ser percebida nas próprias definições da atenção domiciliária, a qual, de acordo com Duarte e Diogo (2005, p. 6), consistiria num “serviço” para o desenvolvimento de “ações de saúde” (...) no domicílio do “paciente”, a partir de um “diagnóstico” realizado por equipe interprofissional. Ainda segundo essas autoras, esta intervenção teria como objetivos principais “a restauração da saúde”, bem

como a reabilitação da “autonomia” e da “independência” funcional (DUARTE; DIOGO, 2005, p. 6).

A entrada de saberes e olhares especializados nos lares e na intimidade da vida familiar está relacionada a um processo que, não apenas identificava os cuidadores como atores vinculados a orientações, serviços e objetivos públicos ou privados, mas também a um processo histórico de disseminação de discursos e saberes especializados sobre o corpo, o comportamento, a saúde e a vida em geral em toda a sociedade, fenômeno que vem sendo chamado por alguns autores como de “medicalização” da vida (CAMARGO JR., 2013, p. 844). Segundo esse autor, um dos entendimentos do conceito de medicalização seria como relacionado ao processo de transformação de problemas anteriormente não considerados como ‘de saúde’ em problemas médicos. O fenômeno da medicalização seria um dos fortes traços das sociedades contemporâneas e, segundo Camargo Jr. (2013, p. 845), poderia ser entendido como sendo inerente a ele, uma expansão “potencialmente infinita do conceito de saúde”, que passaria a englobar toda a experiência humana, aliada a expansão de um mercado de consumo de produtos e serviços de promoção, preservação e reabilitação da saúde, num contexto em que, reger a vida através do autocuidado para a “saúde” estaria cada vez em maior evidência. Dessa forma, não é surpresa que, quando a sociedade começa a demandar por soluções e serviços para promover a ‘qualidade de vida’ dos idosos, o olhar especializado das disciplinas ‘da saúde’ tenda a ocupar um crescente espaço na provisão de orientações, determinações e prescrições sobre os cuidados com a população que envelhece, inclusive no interior dos lares e domicílios.

No cenário de medicalização dos cuidados, a própria identidade do cuidador aparece como uma incógnita, na fronteira da formalidade e informalidade e na interseção entre a saúde e o social. Segundo Veras (1998, p. 10), o cuidador não seria necessariamente “um profissional de saúde”, mas seria alguém “com uma qualificação particular”, que não deveria ser confundido “com o auxiliar de enfermagem”. Já para Caldas (1998b, p. 12), o cuidador “formal” seria o “profissional contratado”, que tanto poderia ser uma “empregada doméstica”, como um “acompanhante” ou ainda, um “atendente de enfermagem”.²² A estes se somavam os cuidadores informais, tais como familiares, amigos ou voluntários da comunidade. Mas, como essa mesma autora frisava na introdução de seu livro sobre a “arte de cuidar”, tratava-se

²² Importante destacar que, ao contrário do que o termo possa sugerir, o “atendente de enfermagem” não era um trabalhador que pertencia formalmente à profissão de enfermagem, já que a legislação referente a essa categoria só reconhecia os auxiliares, técnicos e enfermeiros. Segundo Cêa, Reis e Conterno (2007), costumavam ser chamados de “atendentes” uma grande massa de trabalhadores que, desprovidos de escolarização, desempenhavam algumas tarefas de baixa complexidade identificadas com o cuidado em saúde.

de uma publicação para “cuidadores de todo o tipo”, que teriam nas informações ali contidas “um guia para esta importante tarefa que é ser um cuidador de pessoa idosa”.

Para Stone (2000), embora os cuidados ainda sejam prestados majoritariamente por esposas e/ou outros familiares, estes vêm passando por um processo de transição da esfera íntima e privada para o espaço público. Um dos indícios desse movimento de publicização dos cuidados, segundo essa autora, seria a entrada de pessoas e saberes “estranhos” à intimidade da esfera privada, tais como cuidadores remunerados e profissionais especializados. Segundo Stone (2000), é como se a relação de cuidados passasse necessariamente a envolver outros personagens para além da díade entre quem cuida e quem é cuidado. Esses outros, para essa autora, tanto podem ser indivíduos como pessoas jurídicas, organizações, regras e saberes constituídos. No Brasil, a própria disseminação do termo “cuidador”, um conceito apropriado pelas ciências da saúde e da assistência social é um forte indício do processo, em flagrante curso, de publicização dos cuidados. Nesse sentido, não apenas passa a ser cada vez mais demandada a entrada de acompanhantes, atendentes ou cuidadores remunerados para suprir as crescentes demandas da população envelhecida e auxiliar as famílias na provisão de cuidados aos seus membros dependentes, como também, passa a ser visto cada vez mais como imperativo que os cuidados prestados não o sejam realizados de forma leiga, mas sim a partir de orientações produzidas pelas profissões do cuidado e disponibilizadas para a população por meio de serviços, publicações, palestras, cursos e treinamentos.

Para Debert (1999), a passagem do século XX para o XXI assistiu à transformação da velhice ou, melhor dizendo, do “idoso” em um tema privilegiado e presente no debate sobre políticas públicas. Na crescente produção de discursos sobre o envelhecimento, um campo de saber específico – a gerontologia – assume um papel de protagonismo, por meio de profissionais e instituições encarregados da condução de estudos, pesquisas e também da formação de especialistas. Para essa autora, caberia investigar “como a esfera doméstica e o cuidado informal dos mais velhos se reestruturam” diante de todas essas alterações (DEBERT, 1999, p. 12). Para Stone (2000), quando o privado se torna público haveria uma “colisão de mundos”, na medida em que crenças, valores e conceitos eventualmente poderiam ser conflitantes, com tendências a uma valorização dos fatores mais objetivos e regradados sobre os cuidados, em detrimento de valores mais subjetivos e inerentes às relações íntimas ou privadas de cuidado.

O surgimento dos discursos especializados sobre o cuidador, no Brasil, pode ser entendido como um fenômeno intrínseco a um processo mais amplo de gestão e de descobrimento do “idoso” brasileiro, envolvendo uma farta produção discursiva sobre variadas facetas do “problema social da velhice”, tais como a disseminação de novos modelos para o bem envelhecer, de informações e orientações para o atendimento às necessidades da população que envelhece e, finalmente, os discursos, de caráter pedagógico sobre “como cuidar” do idoso. Nesse sentido, a produção de uma literatura especializada nos cuidados pode ser entendida como um componente de um processo mais amplo e que diz respeito às produções discursivas sobre o envelhecimento de forma geral, já que o próprio “idoso”, como objeto de saberes, intervenções e políticas, estava também em processo de “descoberta” e delineamento na sociedade brasileira. Dessa forma, o “cuidador” surge em conjunto com a construção social do “idoso”, conferindo um sentido à equação “cuidador de idosos”.

Evidentemente, assim como não há uma única visão ou definição sobre o “cuidador”, as abordagens sobre o envelhecimento são múltiplas e variadas. Porém, autores que historicizam o período costumam identificar algumas tendências nos discursos sobre o envelhecimento no Brasil, particularmente no final do século XX. Para Debert (1999), a literatura gerontológica tenderia a retratar o idoso simultaneamente como “ameaça”, na medida em que a transição demográfica colocava em cheque a saúde financeira dos sistemas da seguridade social, e “vítima” de uma sociedade que não estava preparada para prover as suas necessidades e que historicamente, discriminaria aqueles que não mais contribuíssem e compusessem a força produtiva. Essa díade entre a necessidade de preparar a sociedade e, simultaneamente, orientar a população para o bem envelhecer, compunha o jogo de forças entre a publicização do problema social da velhice e a privatização das suas soluções individuais frente aos desafios do (bom) envelhecimento.

Ao mesmo tempo em que se combatia aquilo que era identificado como preconceitos contra a velhice, a virada do século assistia à emergência de uma série de imagens positivas do envelhecimento, alinhadas com a disseminação da noção da terceira idade como uma fase de realizações, promoção da saúde e atividades. Nesse reconhecimento de uma nova velhice, os discursos e saberes especializados assumem importante papel, no sentido de contribuir para a conceituação do que seria o (bom) envelhecimento, auxiliando na diferenciação entre a normalidade e o desvio nessa etapa da vida. Em texto publicado no período, Paschoal (1996, p. 26) salienta que seria o papel da gerontologia provar que os pessimistas que se preocupavam com o futuro da crescente população nacional de idosos estariam errados e que,

entendendo melhor os idosos e o processo de envelhecimento, seria possível contornar problemas, promover soluções e planejar intervenções para que, cada vez mais, uma maior número de pessoas tenha um “envelhecimento bem sucedido”.

Embora a gerontologia seja definida enquanto a ciência do envelhecimento (PRADO; SAYD, 2006), o espaço ocupado pelos saberes vinculados às ciências da saúde, no corpo desse campo multidisciplinar, parece se sobressair em relação àquele ocupado pelas disciplinas de outras áreas, tais como as ciências sociais ou humanas. Não queremos dizer, entretanto, que o campo da gerontologia social, por exemplo, seja menor em importância do que as demais áreas do conhecimento sobre a pessoa idosa. Entretanto, há de se apontar o fato de que, em volume, os estudos referentes à saúde do idoso parecem se desenvolver em maior número, o que seria um indício de um processo de medicalização dessa etapa da vida e também um reflexo do enorme mercado de consumo de serviços e produtos de saúde que vem se especializando no atendimento desse segmento. A geriatria, ramo da medicina fundado no início do século XX e que possuía, em sua origem, a missão de “separar a velhice da doença”, assume importante papel na produção de discursos geriátrico-gerontológicos, no sentido não só de buscar promover o envelhecimento “saudável” como ainda, auxiliar na difícil tarefa de se diferenciar o normal do patológico na velhice (GROISMAN, 2002).

Segundo Prado e Sayd (2007), a gerontologia poderia ser entendida como uma ciência técnica, com forte caráter intervencionista sobre os idosos. Mas a própria definição de “idoso” seria problemática ou, em outras palavras, sem consensos fáceis. Para Paschoal (1996), não seria possível se estabelecer uma única definição para o envelhecimento, já que este deveria ser considerado em suas múltiplas dimensões. Essa tentativa de definir o “idoso” está presente nos materiais produzidos no âmbito da gerontologia e também, nas publicações para cuidadores. Segundo Paschoal (1996), embora biologicamente o envelhecimento seja contínuo ao longo de toda a vida, do ponto de vista social, as características que identificam a entrada nessa fase da vida, variam conforme o contexto cultural e o momento na história. Para esse autor, entretanto, haveria uma estreita relação entre a perda da autonomia ou da independência e o conceito de envelhecimento, já que, “a deterioração da saúde física e mental, que ocorre com o passar dos anos”, seria um dos fatores que levaria uma pessoa a ser considerada idosa pelos outros indivíduos e pela sociedade (PASCHOAL, 1996, p. 27). Para Motta (1998, p. 57), “o envelhecimento é um processo normal”, mas a doença no idoso não seria uma coisa normal: “é normal que a memória do idoso falhe, mas ficar totalmente esquecido não é normal, é doença”. Além disso, a autora do capítulo “o que é

envelhecimento”, do livro organizado por Caldas (1998a), explica que a perda da autonomia, “da capacidade de se relacionar com o mundo (...), ir ao banco sozinho, pegar ônibus”, é “a pior coisa que pode acontecer com o idoso”, sendo imperativo trabalharmos para evitar que isso aconteça com um número maior de pessoas (MOTTA, 1998, p. 57).

Nos ‘novos’ discursos sobre o envelhecimento, a separação entre ativos e inativos, independentes e dependentes, autônomos e não-autônomos se torna uma questão fundamental, na medida em que, identificar, mensurar, tratar e recuperar a autonomia e a independência se torna uma das questões centrais dos saberes geriátricos-gerontológicos. Como já afirmavam Kalache, Veras e Ramos (1987), a idade cronológica de uma pessoa tem bem menos importância do que o seu grau de envelhecimento funcional, dado que autonomia seria praticamente um sinônimo de qualidade de vida. Para Paschoal (1996, p. 27), “intelectualmente”, uma pessoa poderia ser considerada idosa quando começa “a ter lapsos de memória” e “funcionalmente”, diz-se o mesmo quando alguém “começa a depender de outros para o cumprimento de suas necessidades básicas”. Para Katz e Marshall (2004), a ascensão de um ideal de “corpo funcional”, nos saberes das ciências da saúde, estaria relacionada a ideologias da produtividade humana e maximização para o trabalho, que se popularizaram após a revolução industrial e deram margem para o desenvolvimento de uma série de tecnologias voltadas para a reabilitação e aprimoramento da funcionalidade. Para esses autores, o ideal da funcionalidade se constituiria hoje em um dos elementos centrais para as políticas de saúde, estando relacionado, ainda, ao individualismo enquanto valor, já que o “ser funcional” é linkado a um discurso sobre liberdade de escolha e preservação da autonomia. Para Kaufman (1994), uma das expressões do individualismo, nas ciências da saúde, seria a supervalorização, a partir do discurso da bioética, dos ideais de autonomia e autodeterminação dos indivíduos enquanto pacientes.

No Brasil, é possível que em nenhum outro campo o “paradigma da funcionalidade” tenha sido tão valorizado e desempenhado um papel de tanta centralidade como nas formulações da geriatria e gerontologia na saúde, já que a própria funcionalidade tem sido definida como um dos principais parâmetros para se diferenciar o normal do patológico, a saúde da doença, ou mesmo para marcar a separação entre a velhice e a idade adulta. A Política de Saúde do Idoso (BRASIL/MS, 1999), a primeira política setorial promulgada em cumprimento à Política Nacional do Idoso, trazia a afirmação, muito difundida posteriormente, de que a capacidade funcional consistiria num “novo conceito de saúde”, a transcender “o simples diagnóstico ou o tratamento de doenças específicas” (BRASIL/MS,

1999). Dessa forma, essa política definia a “promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível”, o seu foco central, acrescentando que tais objetivos significariam “a valorização da autonomia ou autodeterminação” e a preservação da “independência física e mental” das pessoas idosas (BRASIL/MS, 1999). Além disso, essa mesma política identificava os cuidados prestados no dia a dia como necessariamente referenciados a uma perspectiva da funcionalidade, ao defender ser “imprescindível que, na prestação dos cuidados aos idosos, as famílias estejam devidamente orientadas em relação às atividades de vida diária” (BRASIL/MS, 1999).

É, portanto, no contexto em que se estabelecem importantes discursos normativos sobre o envelhecimento, que os cuidadores também são descobertos. Esse processo de descoberta, entretanto, é imbricado em processos de definição de modelos de envelhecimento normais e desviantes, tendo o paradigma da funcionalidade, ou seja, o ideal de preservação e valorização da autonomia e independência dos indivíduos idosos, um papel de centralidade na elaboração das políticas e também nos discursos sobre o envelhecimento. Os cuidadores, ao mesmo tempo em que são vistos como os protagonistas do cuidado nos ambientes domiciliares, têm a si delegada a tarefa de serem coadjuvantes no cumprimento das prescrições e orientações vindas das políticas e saberes especializados no “idoso”. Dessa forma, à medida em que o trabalho de cuidados é “descoberto” e valorizado como algo fundamental para a promoção da qualidade de vida das pessoas dependentes, tal mão de obra, abundante e frequentemente não remunerada, é considerada como uma contrapartida compulsória das famílias e da sociedade, frente ao processo de transição demográfica. E embora os cuidados sejam, talvez, tão ancestrais quanto a própria humanidade, o cuidador é por definição um ‘leigo’, cujo saber deve ser referenciado às disciplinas que detém o conhecimento sobre a pessoa idosa, já que a própria missão da gerontologia é a de informar à uma sociedade também ‘leiga’ sobre como lidar com o processo de envelhecimento. Cuidar de um indivíduo dependente, dessa forma, não é tarefa fácil e tampouco simples, já que, embora nem o envelhecimento e nem a dependência sejam considerados ‘doença’, o ideal de saúde e normalidade em vigor é o do indivíduo autônomo e independente. O cuidado, dessa forma, é o cuidado daqueles que se encontram numa posição de desvio em relação à norma, e os objetivos previstos para tal tarefa são os de tentar restaurar aquilo que teria sido perdido – tarefa que nem sempre é possível.

A produção de discursos e saberes sobre o cuidado revela que não há um único discurso hegemônico sobre essa questão, mas sim uma ‘batalha’ de visões, abordagens e concepções.

No que diz respeito aos cuidados com os idosos, tendem a ganhar força, na passagem do século XX para o XXI, por um lado, as abordagens referenciadas ao setor da assistência social, que possuem um entendimento do cuidado enquanto ato inerente às relações sociais, sendo a própria dependência, também, um problema socialmente produzido. Por outro lado, se fortalecem as perspectivas mais medicalizadas do cuidado, onde crescem em importância os procedimentos e as técnicas e onde a dependência é tratada como problema de saúde. Muitos dos referenciais utilizados na primeira geração de textos sobre os cuidadores provém de literatura produzida em outros países, especialmente naqueles onde foram implantados sistemas, organizações e políticas para gerenciar os cuidados. Como exemplifica Grenier (2007), o diagnóstico de fragilidade²³ é um dos requisitos utilizados pelos serviços de saúde ou assistência social [do Canadá], para prover o acesso aos serviços de cuidado domiciliar [daquele país]. Entretanto, essa autora ressalta que a aplicação indiscriminada de categorias e escalas para avaliação da “fragilidade” tende a obscurecer os processos que produzem as desvantagens sociais ao longo de curso de vida e de forma cumulativa, bem como as variações pelas quais as limitações funcionais são percebidas conforme a localização social e cultural. Para Becker (1994), o ethos trazido pela falta de relativização dos ideais de autonomia e independência minimizaria o reconhecimento da interdependência na vida social. Além disso, a adoção de clichês e estereótipos para classificar as pessoas de acordo com o seu nível de autonomia, tenderia a homogeneizar e propor simplificações para o manejo dos indivíduos considerados dependentes, ao passo que as diferenças subjetivas e as complexidades do viver com limitações tenderiam a não ser reconhecidas.

No Brasil, a medicalização da funcionalidade ocorre sem a contrapartida real da implantação de serviços e políticas públicas de cuidado comunitário ou domiciliar, relegando-se para as famílias e para o mercado a maior responsabilidade de arcar com essa questão. Mas, seja no âmbito público ou privado, fato é que os cuidados nunca mais seriam os mesmos, não apenas pela permeabilidade entre os âmbitos microssocial da família e macrossocial da sociedade, mas também pela constatação de que os cuidados são uma prática permanente, na história da humanidade, mas em constante transformação nos seus sentidos e significados, ao longo da história e a depender do contexto sociocultural.

²³ O conceito de “fragilidade”, no discurso geriátrico-gerontológico contemporâneo, tem se popularizado e utilizado para substituir concepções mais antigas de “dependência” (GRENIER, 2007). Há diversas críticas na literatura contemporânea a respeito da construção de tal conceito, o qual implicaria num espécie de visão medicalizada sobre a dependência. Sobre isso, ver: Barbieri (2014).

3.3 A formação de cuidadores na agenda das políticas públicas

O término do século XX assiste a um fortalecimento no reconhecimento institucional do “idoso”, no país, que passa a ser destinatário de variados programas e políticas. No caso da Política de Saúde do Idoso (“PSI”. BRASIL/MS, 1999), ainda que a sua ênfase principal fosse a “promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece”, a preocupação com os cuidados aparece, de forma manifesta, em diversas passagens do seu texto. Segundo Guedes (2000), o objetivo central das agências especializadas no idoso, na década de 1990, estaria fortemente centrado no eixo simbólico “atividade/inatividade”, o que teria uma correspondência com as ideias de “inclusão” ou “exclusão” social da pessoa idosa. Para essa autora, ao mesmo tempo em que são estabelecidos os padrões do envelhecimento “bem-sucedido”, estariam também sendo demarcados os padrões “da velhice malsucedida” (GUEDES, 2000, p. 77). É, portanto, através da ênfase no discurso sobre a preservação da autonomia que o cuidado, alternativa para os que não conseguem atingir os ideais de saúde e atividade, é também delineado.

O problema dos cuidados é apresentado no texto da PSI sob a justificativa de que é necessário, em primeiro lugar, trazer uma visibilidade maior para uma atividade oculta “da opinião pública”, mas que seria, entretanto, um dos “aspectos fundamentais na atenção à saúde” desse segmento etário (BRASIL/MS, 1999). Na argumentação do texto, duas preocupações claramente emergem: o envelhecimento demográfico e os temores com os custos econômicos para o atendimento às necessidades de cuidado dessa população, principalmente em relação aos gastos com internações hospitalares ou em instituições de longa permanência. Dessa forma, tendo em vista o “aumento exponencial” do número de pessoas “potencialmente dependentes” de cuidados, haveria a necessidade de se implantarem novas estratégias que pudessem “otimizar” o suporte familiar (BRASIL/MS, 1999). Segundo Guedes (2000, p. 76), o discurso gerontológico teria como um de seus pressupostos a concepção de que a família contemporânea, em função de sua nuclearização, estaria deixando de ter um lugar para o cuidado dos seus membros idosos, sendo necessário, portanto, “incluí-las no olhar gerontológico” e contribuir para “gerenciar suas relações, buscando, se possível, educar o núcleo familiar no qual vive o idoso”. No caso da PSI, uma de suas diretrizes previa, especificamente, o “apoio ao desenvolvimento de cuidados informais”, como uma estratégia para a promoção da saúde, prevenção de incapacidades e manutenção da funcionalidade. Tal diretriz seria materializada através daquilo que essa política definia como o desenvolvimento de uma “parceria” entre os profissionais “de saúde” e os “responsáveis pelos cuidados

diretos” dos idosos, dos quais era esperado que pudessem dar “seguimento” às orientações e prescrições recebidas.

A entrada dos cuidadores na política se dá, dessa forma, pela sua captura enquanto objetos de uma ação interventiva e com um caráter pedagógico. Além disso, estes são também recrutados e alçados à condição de “parceiros”, tendo imputada a si a responsabilidade de contribuir para a execução da política do idoso em seus próprios domicílios e cabendo-lhes ainda o dever de executar os cuidados conforme os “esclarecimentos (...) e informações” recebidos dos profissionais especializados. Dessa forma, parece-nos que na formulação desta ‘nova’ parceria a ser celebrada entre os profissionais das políticas e os familiares cuidadores, haveria uma evidente assimetria entre os papéis e deveres designados para cada parte, já que enquanto aos primeiros se supõe a detenção dos saberes sobre o que deve ser o melhor para os idosos cuidados, aos segundos se supõe uma relação de submissão a tais discursos e saberes. Além da intervenção de cunho educativo ou pedagógico e do seu recrutamento enquanto trabalhadores da gerontologia, a abordagem aos cuidadores também os define enquanto destinatários pacientes das políticas de saúde, já que, conforme o próprio texto da PSI diz, “a tarefa de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica riscos à saúde”, o que determina, portanto, que essas pessoas recebam “atenção médica pessoal” (BRASIL/MS, 1999).

Para Guedes (2000), nas ações destinadas a formação de cuidadores, “os saberes da Geriatria e das diversas disciplinas gerontológicas são filtrados e transformados numa série de preceitos práticos”, visando facilitar a sua aplicação no cotidiano dos cuidados. Segundo essa autora, através da qualificação, os cuidadores se transformarem em “multiplicadores de uma parte do conjunto de saberes que compõem a Geriatria e a Gerontologia”, atuando, portanto, a serviço desses saberes no sentido de ‘educar’ a sociedade para lidar com o envelhecimento e, especificamente, com a dependência de parte da sua população (GUEDES, 2000, p. 77). A arregimentação dos cuidadores para servirem às políticas para o idoso possui nítida influência dos modelos de cuidados comunitários desenvolvidos em outros países e se baseia no pressuposto que o sentimento de solidariedade entre os pares e as gerações seria uma espécie de força motriz para sustentar as relações de cuidado. Em retribuição pelo tempo e esforço dedicados às tarefas do cuidado, os cuidadores, em sua maioria familiares, teriam o direito de receberem informações e orientações e, no caso de adoecerem, atendimento em saúde.

A ideia, entretanto, de que os cuidados não seriam uma tarefa para leigos se fortalece. De certa forma, é como se a própria dependência se desnaturalizasse e passe a se constituir

enquanto um objeto passível de intervenções das políticas, serviços e profissionais especializados. Tratada como problema de saúde pública, a ser combatida, debelada, evitada ou postergada “pelo máximo de tempo possível”, a dependência requer também que os trabalhadores, remunerados ou não, arregimentados para o seu manejo, sejam inscritos no âmbito de uma ordem de saber, no caso, referenciada principalmente às disciplinas da geriatria e gerontologia. Para Debert (1999), haveria nas ciências do envelhecimento um choque entre as antigas e as novas visões sobre a velhice. Por um lado, o envelhecimento foi muitas vezes retratado, desde a sua captura enquanto objeto da geriatria e da gerontologia biológica, enquanto um irreversível processo de degeneração das faculdades físicas e mentais. Por outro, tenderiam a predominar, mais recentemente, uma série de visões mais otimistas sobre o envelhecimento e sobre a capacidade dos indivíduos de promoverem a própria saúde e funcionalidade através da adoção de estilos de vida saudáveis e por meio da autodisciplina quanto ao cuidado de si. A estes últimos, essa autora denominou de “agentes” de combate ao envelhecimento, na medida em que, através de uma radicalização do ideal de negação do determinismo biológico, considerariam que os limites do corpo, a doença e a própria morte poderiam ser superados na construção social de uma nova experiência de envelhecimento. Aos cuidadores, da mesma forma, seria atribuída uma missão de ‘combate’ à dependência, já que uma parte do próprio cuidado passaria a ser incorporada às tecnologias de intervenção e reeducação para o (bom) envelhecimento.

A constatação da necessidade em se disseminar conhecimentos sobre o envelhecimento e, especificamente, sobre os cuidados, leva ao estabelecimento de diferentes programas, no âmbito da Política Nacional do Idoso. Em 1999, mesmo ano em que foi lançada a Política de Saúde do Idoso, uma portaria interministerial dos Ministérios da Saúde (MS) e da Previdência e Assistência Social (MPAS) instituiu o “Programa Nacional de Cuidadores de Idosos” (“PNCI”, BRASIL/MS/MPAS, 1999). Tomiko Born, uma das pessoas que participou dessa iniciativa, relata esta experiência:

em 1998, por iniciativa da Secretaria de Estado da Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social (...) foi realizado um curso (...) para capacitação de formadores de cuidadores. Foram convidados 40 profissionais de várias disciplinas, representando um grande número dos estados do Brasil. (...) O programa previa a formação em cadeia, que levaria à multiplicação progressiva do número de formadores e de cuidadores em todo o território nacional (BORN, 2006, p. 3).

A descentralização da formação, relata essa autora, ocorreria através de repasses de recursos para os gestores locais dos estados e municípios, os quais eram responsáveis pela

organização e realização dos cursos. Born (2006, p. 3) acrescenta ainda que o grupo de trabalho que auxiliou na elaboração desse programa também realizou diversas discussões “com o objetivo de tornar mais definidas as funções do cuidador”.

A implantação do PNCI representa não apenas uma tentativa de transformar em prática uma das diretrizes da Política Nacional do Idoso – a formação de “recursos humanos” para a “prestação de serviços” aos idosos, como também um esforço em dar um caráter nacional à discussão sobre os cuidados e às necessidades de apoio e orientações para as pessoas cuidadoras. Ressalte-se que o próprio texto da portaria que cria o PNCI mencionava a preocupação com o “acelerado processo de envelhecimento da população brasileira” e com a necessidade de se disponibilizar uma atenção integral “ao idoso e sua família”, de forma a reduzir o número de institucionalizações e proporcionar uma “melhor qualidade de vida” aos idosos (BRASIL/MS/MPAS, 1999). Dessa forma, justificava-se a “capacitação” de mão de obra “para cuidar do idoso”, havendo ainda a preocupação em se levar essa formação a “todas as modalidades de cuidadores”. Uma das gestoras envolvidas na operacionalização dessa iniciativa relata:

“nessa época [em 1999], a casa civil nos procurou, falando da necessidade de desenvolvermos alguma ação na área do idoso. E nós já vínhamos discutindo, porque o Renato Maia Guimarães [gerente do programa de saúde do idoso, do Ministério da Saúde], na época, nos colocou da importância dessa questão dos cuidadores. E aí surgiu a ideia de elaborarmos um programa para formar cuidadores, sendo que o dia 07 de abril, data em que se comemora o dia nacional da saúde, foi escolhido para a assinatura da portaria que instituía o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos”. (Depoente J, 2014)

A operacionalização do PNCI ocorreu inicialmente através da constituição de um grupo de trabalho, do qual participavam representantes de ministérios, instituições formadoras e entidades da sociedade civil, tais como SBGG, ANG, Fiocruz, Departamento de Serviço Social da PUC-SP, Pastoral da 3ª Idade e a Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP), dentre outros. Após a realização de discussões e oficinas de trabalho, foi elaborada uma proposta de um curso para multiplicadores, o qual foi oferecido na cidade de Pirinópolis (GO) e contou com a participação de representantes de várias unidades federativas do país.²⁴ Junto com o curso, foi elaborada ainda uma publicação, intitulada “Idosos: problemas e cuidados básicos” (“IPCB”, BRASIL/MPAS, 1999) e que seria, nas palavras da depoente J

²⁴ O prefácio de uma publicação do programa menciona a participação de representantes dos seguintes estados: RJ, SC, PR, RS, SP, MG, GO, PE, CE, MA, BA, AM e do DF. Dentre os participantes, são listados: assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, pedagogos, psicólogos, profissionais de educação física e terapeutas ocupacionais.

(2014), “o primeiro manual para cuidadores” de alcance nacional. O curso para formação de multiplicadores, que se intitulava “O Processo de cuidar do idoso”, teve uma carga horária de 180 horas, sob a coordenação da Enfermeira Rosalina Rodrigues, docente do departamento de enfermagem da USP de Ribeirão Preto e contou com aulas de diferentes especialistas da geriatria e gerontologia. Apoiavam também essa etapa formativa uma pedagoga e uma psicóloga, que trouxeram conteúdos da metodologia da problematização, método de ensino inspirado na obra de Paulo Freire, e realizaram dinâmicas de grupo, de modo a instrumentalizar os alunos e futuros formadores de cuidadores com recursos pedagógicos para o ensino em seus estágios de origem.

Editado pela Secretaria de Estado de Assistência Social do MPAS e com tiragem inicial de 5.000 exemplares, o livro-texto do PNCI reforçava, em seu texto de apresentação, a importância da “interdisciplinaridade das profissões e das parcerias” para a construção da proposta, e reforçava os objetivos do programa, que visava capacitar às famílias para que o cuidado não “ocorra como mera improvisação”, de forma a possibilitar um “atendimento digno” à pessoa idosa (BRASIL/MPAS, 1999, p.5). Elaborado, portanto, a partir das contribuições de uma equipe de trabalho com importantes nomes da geriatria e gerontologia nacional, o IPCB teria ainda contado com a revisão do Prof. Matheus Papaléo Netto, renomado professor responsável pela cátedra de geriatria da Faculdade de Medicina da USP. Ainda em sua introdução, o livro informava as ambiciosas intenções do PNCI, que por meio de multiplicadores, pretendia beneficiar “às 500.000 pessoas que necessitam de apoio” para os cuidados no Brasil. É importante ressaltar, entretanto, que diferente de publicações anteriores assemelhadas, que conciliavam revisão de conceitos da literatura com a passagem de informações em linguagem simplificada, o livro base do PNCI tinha um caráter não apenas informativo, mas fundamentalmente propositivo, no sentido de tentar definir, com certa pretensão de objetividade, quem são os cuidadores, quais seriam as suas atribuições e que conteúdos deveriam pautar a sua formação.

Na literatura que subsidiava a abordagem ao cuidador enquanto objeto da política governamental, individualismo e altruísmo se combinam, na produção das definições sobre o cuidado e os cuidadores. O cuidado, num primeiro momento, não é definido como ato relacionado ao outro, mas sim como sendo de caráter individual: “o cuidado humano ou “cuidar de si” representa a essência do viver humano” (BRASIL/MPAS, 1999, p.11). Chama a atenção, dessa forma, a primazia dos ideais de autonomia e independência, sendo portanto a capacidade de cada um de cuidar de si mesmo, a expressão de um individualismo que seria

necessário para a sobrevivência de cada um. “Assim”, prossegue o texto, “exercer o autocuidado é uma condição humana” (BRASIL/MPAS, 1999, p.11). Dessa forma, o “cuidar do outro” é definido como existindo em oposição ao “cuidar de si”, sendo uma condição “temporária e circunstancial” justificável quando o “outro” estivesse incapacitado em seu individualismo ou, para citar o texto, “impossibilitado de se cuidar” (BRASIL/MPAS, 1999, p.11). Para Daly e Lewys (2000), uma grande parte da literatura sobre cuidados tenderia a abordar o tema através de uma abordagem fragmentada, sendo um exemplo dessa fragmentação, a separação entre os cuidados com as crianças daqueles com os idosos ou outros grupos de adultos dependentes. Tal separação fica evidente, livro coordenado por Rodrigues (BRASIL/MPAS, 1999), na medida em que o cuidado com o outro é definido como “circunstancial”, frente a uma situação de “incapacidade” e de perda da funcionalidade. A dependência, dessa forma, é desnaturalizada, já que aquilo que seria essencial ao ser humano seria a sua antítese, a autonomia. Omite-se, portanto, a natureza inerente da dependência e do cuidado na família e não se considera que entre os extremos de ser provedor ou recipiente de cuidados, possam existir vastas gradações de relações de interdependência, próprias da vida em sociedade.

No contexto de segregação entre a dependência e a normalidade, a inclinação de uma pessoa a dedicar-se ao cuidado do próximo seria justificável a partir de uma espécie de ‘vocação para o altruísmo’, já que, como explicado na publicação organizada por Rodrigues, o cuidador seria “um ser humano de qualidades especiais”, com fortes traços de “amor pela humanidade, de solidariedade e de doação”. Dessa forma, numa sociedade marcada pelo individualismo, o amor ao próximo é listado como uma espécie de antídoto frente ao desamparo, constituindo-se na força motriz para viabilizar os cuidados, que seriam ainda considerados como um ato de “ajuda e de apoio humanos” (BRASIL/MPAS, 1999, p.11). Tal definição, interessante acrescentar, parece coerente com a tradição nacional de responsabilização da família pelos cuidados, bem como pela criminalização da sua falta, o “abandono” (LEMOS, 2007). Entretanto, a publicação reconhecia o status de ‘crise da família’ frente a necessidade de conseguir prover os cuidados, fazendo a ressalva que, “em muitas situações, o cuidador nem sempre é um membro da família” (BRASIL/MPAS, 1999, p.11). De todo modo, seja por meio de familiares ou de “pessoas externas ao contexto familiar”, fato é, que o cuidado passava a ser considerado como uma atividade “específica”, a necessitar de “preparo e aprendizado” para o seu exercício pelos cuidadores (BRASIL/MPAS, 1999, p.11).

Além das características intrínsecas do cuidador, o PNCI também propunha uma tipologia para tentar definir os diferentes tipos de trabalhadores do cuidado. Tais cuidadores pertenceriam, dessa forma, a três categorias: os cuidadores informais, formais e profissionais. Diferentemente da literatura estrangeira e traduzida nos trabalhos de cunho mais acadêmico sobre os cuidadores na década de 1990, a separação entre os cuidadores informais e formais não parecia estar associada, de forma muito precisa, aos conceitos de redes de formais ou informais de cuidado. A começar pelo fato de que eram três categorias, ao invés de duas. Dessa forma, a separação entre a formalidade ou a informalidade se daria, principalmente, a partir de dois fatores: em primeiro lugar, a existência ou não de vínculo de trabalho, dado que o cuidador informal seria caracterizado como “não remunerado”, podendo ser uma pessoa “com ou sem vínculo familiar” em relação ao indivíduo recipiente dos cuidados. Em segundo lugar, o principal critério de diferenciação seria a escolaridade: aos cuidadores informais, era previsto que fossem alfabetizados e que possuísem apenas “noções básicas sobre o cuidado ao idoso” (BRASIL/MPAS, 1999, p.12). Os cuidadores formais, por sua vez, deveriam possuir o “1º grau completo”²⁵, serem maiores de idade e terem sido submetidos a um processo formativo, “ministrado por instituição reconhecida”, conforme “conteúdo oficialmente aprovado” para tal finalidade (BRASIL/MPAS, 1999, p.13). A terceira categoria, por sua vez, seria a de “cuidadores profissionais”, os quais deveriam possuir ensino superior e inscrição em suas respectivas categorias profissionais, as quais, entretanto, não foram especificadas no texto.

O curso previsto para a formação dos cuidadores, tal como idealizado pelo PNCI naquele momento, não era longo e tinha cerca de 40 horas de duração. Entretanto, o reconhecimento do cuidador enquanto destinatário de uma política para a qualificação profissional representa um marco importante, no sentido de associar a habilitação para os cuidados com um requisito, ainda que pequeno, de escolaridade. Além disso, as discussões e sistematizações de informações realizadas pelos profissionais que auxiliaram a construir o programa deram origem a uma proposta de currículo mínimo para esse tipo de formação, as quais por sua vez buscavam espelhar um esboço de quais seriam as atribuições do cuidador. Embora a apropriação da temática dos cuidados, pelas disciplinas da geriatria e gerontologia buscasse afirmar pontos de vista sobre o envelhecimento, a dependência e os cuidados referenciados a uma visão excessivamente medicalizada desses fenômenos, esta também trazia contribuições importantes no sentido de instrumentalizar os cuidadores com conhecimentos, instrumentos e

²⁵ Equivalente, nos dias de hoje, ao ensino fundamental completo.

técnicas eficazes e facilitadoras para a realização dos cuidados no dia a dia, buscando atender a uma demanda que, cada vez mais, reivindicava melhores condições de vida para uma crescente população de pessoas idosas.

A oferta de cursos para cuidadores em escolas, universidades, instituições de saúde ou de assistência social, dentre outros, tende a se disseminar no país, apesar de não existir, naquele momento, uma regulamentação sobre o formato, conteúdos e duração dessa formação. Entretanto, a existência de um programa nacional destinado a estimular esse tipo de formação, assume um papel de normatividade, no sentido de oferecer elementos e incentivos para a formatação dos cursos nos estados e municípios. Uma das multiplicadoras que participou da formação oferecida pelo PNCI, relata a sua experiência:

houve esse primeiro curso, foram 40 profissionais, aí em 2002 nós conseguimos um convênio com o Ministério e começamos a organizar [aqui no município] cursos, sendo que o primeiro também foi para multiplicadores, selecionados de diferentes categorias de profissionais da rede. Essa era a proposta: treinar 40 profissionais de cada uma das 10 áreas programáticas da cidade, para que agissem como multiplicadores e pudessem repassar os conhecimentos nas suas áreas, então no total foram 400 profissionais qualificados. E depois cada área poderia organizar os seus cursos, porém nós não tínhamos mais o recurso financeiro para apoiar esse desenvolvimento, pois o convênio foi só para essa primeira qualificação. (...) Nós tínhamos um conteúdo programático, que foi utilizado em todos os cursos, dávamos apostilas, blocos, canetas, tínhamos verba para contratar professores. O curso que nós montamos teve 70 horas de duração. E hoje nós continuamos estimulando, mas... não houve mais a chance de renovar o convênio, e hoje o que nós fazemos é por nossa conta [Depoente L, 2010].

Outra participante, daquela mesma iniciativa também relata o impacto do programa nacional de cuidadores no seu estado:

A ideia era formar formadores em cadeia e, para o curso, convidaram pessoas de vários estados. Do meu estado fomos eu e uma professora [da universidade]. (...) Então feito esse curso, a próxima fase foi montar os cursos nas cidades de cada um e, estou me lembrando, que o primeiro curso que nós demos foi numa ILPI. Então nós demos esse curso e depois houve mais um encontro, promovido por nós, foi quando apresentamos os resultados do trabalho que realizamos. E nessa ocasião, também se pensou num currículo mínimo, quantas horas seria o curso, acho que naquela época falava-se em 40 horas... e a ideia era continuar esse curso (...). Bom, depois disso, nós tivemos varias reuniões (...) mas também ficou por isso mesmo. Você sabe: um dos grandes problemas no Brasil é que as coisas são iniciadas e depois não tem continuidade. Mas eu trabalhava numa instituição para idosos de origem estrangeira, e lá pediram que eu desse um curso para cuidadores. E aí nós

demos muitos cursos... e depois que saí, mantiveram o curso e estão fazendo até hoje! (...) E o pessoal continua utilizando a metodologia da problematização (Depoente B, 2014).

A falta de continuidade de muitas políticas desenvolvidas no país não é novidade e, em se tratando de um segmento sem tradição de ser efetivamente considerado como tema prioritário, os idosos, não é surpresa que os recursos alocados para a gestão da política nacional do idoso não fossem muito expressivos e que o próprio PNCI tivesse também um orçamento muito modesto. Entretanto, uma articulação entre o MPAS e o MTE previa que os estados e municípios pudessem obter verbas do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para custear as ações para a formação de cuidadores. Cabe acrescentar que, além de ser considerada uma necessidade para superar as dificuldades do envelhecimento com dependência, a formação de cuidadores também era vista como uma solução para a empregabilidade de uma parcela da população, numa época em que o desemprego e a falta de qualificação profissional eram considerados um dos principais problemas sociais do país. Assim, ainda que o PNCI não tivesse logrado continuar ativo e com uma coordenação atuando em parceria com os estados durante muito tempo, a formação de cuidadores continuou por outras vias, seja por meio das políticas de qualificação profissional do Ministério do Trabalho e Emprego, como por ‘parceiros’ governamentais como o Sistema S²⁶, por iniciativas locais dos gestores das políticas de saúde e/ou assistência social, por projetos vinculados a universidades públicas ou privadas ou ainda, através de atores do mercado privado de serviços e ensino. Há de se ressaltar, entretanto, a ausência de monitoramento e do democrático controle social quanto a muitas dessas iniciativas, fragmentadas em diferentes políticas, setores e âmbitos.

Embora o cuidador passasse a integrar as preocupações do poder público, o pressuposto de que os cuidados deveriam ser uma responsabilidade, majoritariamente, da família não se alterou de forma significativa. Pelo contrário: a própria conceituação do cuidador como um “ser humano de qualidades especiais”, como destacava o PNCI, parecia se aproximar mais de uma visão sobre os cuidados como ato de retribuição ou compaixão do que como um direito social e instrumento fundamental para a inclusão das pessoas idosas. Essa ambiguidade quanto às divisões de responsabilidade na ‘parceria’ entre a família, a sociedade e o Estado para a provisão de bem estar à população idosa faria com que não apenas o alcance do PNCI fosse limitado como, principalmente, a própria Política Nacional do Idoso encontrasse sérias dificuldades para se efetivar na prática, especialmente no que diz respeito às ações previstas

²⁶ Fazem parte do sistema S: Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai); Serviço Social do Comércio (Sesc); Serviço Social da Indústria (Sesi); e Serviço Nacional de Aprendizagem do Comércio (Senac), dentre outros (SISTEMA S, 2014).

para implantação de políticas de cuidado intermediário ou de caráter alternativo à institucionalização e que são consideradas necessárias para apoiar a realização dos cuidados na família e na comunidade. Dessa forma, ainda que a formação de cuidadores tenha se constituído enquanto uma das principais estratégias para a transformação das práticas de cuidado com a pessoa idosa, esta é oferecida frequentemente de forma isolada e sem o acompanhamento da implantação de sistemas, serviços e outras medidas para acompanhamento e apoio aos cuidados, como acontecera nos países nos quais o modelo de cuidados comunitários havia sido efetivamente implantado.

Para Barbieri (2008), a medicalização da velhice encontra especial acolhida nas instituições asilares de cuidado, figurando como principal recurso no sentido de melhorá-las: “e não se trata de medicar somente as enfermidades, já que esta é uma realidade premente para os idosos residentes neste tipo de local, mas de criar uma estrutura de cuidados por meio de protocolos que dominem todo o cotidiano” (BARBIERI, 2008, p. 121). No Brasil, as dificuldades em se efetivar a transição do modelo institucional/asilar de cuidados, para o modelo familiar e comunitário levam a adoção de estratégias de modernização, através da medicalização, das instituições tradicionais. Segundo Barbieri (2008), isso faz com que o cuidado passe a exigir habilidades e conhecimentos específicos e quem cuida precisa ter qualificações para poder cumprir protocolos estabelecidos. Da mesma forma, prossegue essa autora, “aquele que é cuidado deve cooperar e se adequar à rotina protocolar para seu próprio bem” (BARBIERI, 2008, p. 121). Entretanto, por mais que as rotinas de muitas dessas instituições tenham se transformado para atender a protocolos clínicos, há de se ressaltar que a medicalização do cuidado não logra em transformar inteiramente a natureza dessas instituições, no sentido do abandono da sua função social. Da mesma forma, o cuidado domiciliar é constantemente atravessado por olhares e recomendações disciplinares oriundos das ciências da saúde, já que tanto a construção social da velhice quanto do conceito de dependência de cuidados estão sujeitas ao processo de medicalização da vida, em voga na sociedade contemporânea. Entretanto, é preciso destacar que essa medicalização não é completa, ou seja; ela não recobre inteiramente a realidade dos cuidados, na medida em que nem a velhice e a dependência são transformadas em doença e nem os cuidadores são convertidos em profissionais da saúde. Junto com os saberes medicalizantes, outras abordagens concorrem na produção de sentidos sobre os cuidados e envelhecimento, de modo que, como demonstra Stone (2010), resistências e produções de novos significados sempre são possíveis, inclusive da parte das famílias e das pessoas consideradas dependentes.

A transformação dos cuidados em mercadoria, ou seja; a sua comoditização, faz com que não apenas um enorme mercado venha se desenvolvendo para oferecer variadas e diferentes soluções de cuidados, como também, esse mesmo mercado se transforme em palco de disputas por parte de grupos e interesses corporativos diversos. Nesse sentido, a ‘livre’ atuação dos cuidadores remunerados passa a demandar algum tipo de regulação por parte do Estado, até mesmo para tentar protegê-los de interesses predatórios e tentar garantir-lhes um mínimo de cobertura legal e formal. Desde a concepção do PNCI existia uma intenção em se ‘profissionalizar’ os cuidadores, de forma a se instituir, de alguma forma, o trabalho de cuidador no âmbito dos serviços públicos ou privados e destinados à população idosa. É nesse contexto que se elabora, no âmbito desse programa, um anteprojeto de lei “sobre o cuidador domiciliar” (Apud: GONÇALVES; ALVAREZ; SANTOS, 2005).²⁷

A justificativa do projeto de lei sobre o cuidador domiciliar possuía algumas passagens interessantes. Em primeiro lugar, esta reconhecia o caráter secular dos cuidados em domicílio, mas destacava como uma novidade “a discussão pública acerca da função social do cuidador”. Nesse sentido, continua o texto, “não se trata de buscar consolidar uma nova forma de ação, (...) uma vez que a atividade de cuidar já existe”, mas sim de “imprimir um caráter público às ações já desenvolvidas”, apontando-se possibilidades para a ação estatal junto a atividades que, “desta ou daquela forma estiveram, historicamente, quase que exclusivamente a cargo da família”. A criação de uma profissão, prossegue o documento, visaria trazer a esses trabalhadores mecanismos de proteção social que os “ampare e fortaleça” e, mais ainda, representaria o reconhecimento de que “o cuidador domiciliar é uma atividade lícita, de fundamental importância para a coletividade, principalmente para aqueles que dependem da sua imensa capacidade de trabalho e dedicação” (Apud: GONÇALVES; ALVAREZ; SANTOS, 2005, p. 107).

Embora o documento que previa a profissionalização dos cuidadores não tenha, naquele momento, efetivamente se transformado em projeto de lei, o reconhecimento formal desse tipo de trabalho conseguiria avançar de outra forma, já que, nas articulações interministeriais

²⁷ Tal documento, intitulado “Projeto de Lei sobre o Cuidador Domiciliar”, datado de 1998 e atribuído à coordenação do PNCI, está reproduzido por Gonçalves, Alvarez e Santos (2005). Parece-nos que o referido documento aparentava ser mais uma carta de intenções em apoio a uma futura profissionalização dos cuidadores, do que propriamente um projeto de lei, já que, até onde conseguimos levantar, o mesmo não chegou a tramitar efetivamente no legislativo federal naquele período. De todo modo, convém destacar a sua importância histórica, já que o primeiro projeto de lei federal voltado para a profissionalização de cuidadores só seria apresentado seis anos depois.

que acompanharam o desenvolvimento do PNCI, a aproximação com o MTE levou a um desdobramento importante:

isso [a articulação intersetorial] para nós foi muito positivo, foi inclusive o começo, e essa parceria com o Ministério do Trabalho foi importante porque foi quando se começou a discutir a possibilidade de inserir a ocupação do cuidador no Código Brasileiro das Ocupações. Então eu acho que isso foi uma grande conquista (...) um grande passo! (Depoente J, 2014).

3.4 Cuidado e diferenças

O processo de reconhecimento dos cuidadores e cuidadoras passa pelo estabelecimento de sentidos de diferenciação. Diferenciação entre o envelhecimento bem cuidado ou mal cuidado, entre o cuidado leigo e o cuidado sob orientação, entre o trabalho remunerado e o não remunerado, entre a saúde e a doença ou ainda, entre a autonomia e a dependência. Tal processo de estabelecimento de diferenças entre atores e saberes, é coerente com o processo de constituição de um campo: o campo dos cuidados. Segundo Bourdieu (1983b), os campos devem ser percebidos enquanto espaços estruturados de posições, cujas propriedades dependem das posições nestes espaços. No processo de delimitação do campo dos cuidados, algumas posições tendem a se fazer definidas: a posição de quem cuida e a de quem é cuidado, a posição de quem detém um saber profissional e de quem é leigo, a posição dos que fazem dos cuidados um ofício remunerado e daqueles que o exercem enquanto familiares. Este movimento, que também deve ser percebido como uma ação para a separação entre quem detém a legitimidade de pertencimento ao campo e aqueles que devem ser mantidos excluídos, levaria à emergência de conflitos por territórios, já que para Bourdieu (1983b, p. 89), “sabe-se que em cada campo se encontrará uma luta”.

O reconhecimento dos cuidadores como um destinatário privilegiado de serviços, políticas e saberes, caminharia para um reconhecimento mais efetivo dessa nova categoria de trabalhadores no mundo laboral, já que o Ministério do Trabalho e Emprego criaria a família ocupacional dos cuidadores, no âmbito do Código Brasileiro das Ocupações, em 2002. Esse movimento, entretanto, não ocorreria sem conflitos, já que o mercado de trabalho é um território de disputas entre indivíduos, interesses e corporações. Dessa forma, a descoberta dos cuidadores e sua crescente visibilidade também deflagrariam interesses contrários e de resistência ao seu pleno reconhecimento.

Apesar das contradições na efetivação da Política Nacional do Idoso, o estabelecimento de um interesse e de ações voltadas para os cuidadores representa uma série de ganhos positivos, no sentido do reconhecimento de que as pessoas que cuidam necessitam de ajuda e apoios e na busca pela melhoria das condições de vida das pessoas que necessitam de cuidados no fim da vida. No cabo de guerra entre a provisão de cuidados por parte do Estado e a crescente responsabilização familiar, é possível que uma ideia embrionária possa ter começado a germinar: a reivindicação dos cuidados enquanto direito social, luta que é coerente com o legado simbólico da “constituição cidadã” a qual previa, ao menos em tese, o reconhecimento de direitos fundamentais como o direito à vida, à dignidade e à saúde, dentre outros. Esta luta, entretanto, encontraria sérias dificuldades para florescer, a julgar pelas grandes dificuldades que os trabalhadores e trabalhadoras do cuidado ainda encontrariam pela frente, nos anos seguintes.

Capítulo 4. O cuidado enquanto trabalho

“Nosso melhor plano é cuidar de você!”

Anúncio de seguro saúde

Rio de Janeiro, fevereiro de 2013: a Assembléia Legislativa do Estado aprova um projeto de lei com a finalidade de estabelecer normas para o exercício da “atividade profissional de cuidador de idosos” no estado do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2011). O PL 979/2011, de autoria da Deputada Enfermeira Rejane, é aprovado em primeira discussão por unanimidade e recebe elogios dos parlamentares presentes. No texto da justificativa do projeto, a autora cita dados demográficos e epidemiológicos sobre o envelhecimento, explicando que o aumento da longevidade pode ocasionar a “fragilização” da saúde, sendo necessária a presença de “cuidadores profissionais”, que possam auxiliar no “tratamento” do idoso e ajudar no desenvolvimento de atividades que estes desempenhavam antes sozinhos. Com texto sucinto, o PL estabelece no primeiro dos seus artigos um requisito de escolaridade que causaria, entretanto, grande controvérsia: para exercerem as suas atividades, os profissionais cuidadores de idosos deveriam obrigatoriamente possuir formação profissional na área de enfermagem.

Apresentado como um projeto pretensamente destinado a regulamentar as atividades dos cuidadores de idosos, o conteúdo dessa nova proposta de legislação se volta, entretanto, para atender aos interesses de outra categoria profissional, a enfermagem, uma profissão historicamente estabelecida no país e com uma inserção já consagrada em serviços, sistemas e políticas, notadamente na área de saúde. Mas seriam os cuidados, prestados ordinariamente para idosos e outras pessoas com algum tipo de dependência, uma prerrogativa exclusiva para as profissões da saúde? Será que a profissionalização do cuidador, projeto antigo de militantes da gerontologia e almejado sonho de inúmeros trabalhadores dessa ocupação significaria a anulação da sua identidade ocupacional e sua transformação em enfermeiros? A intensa reação que se seguiu à proposta de lei, que passou a ser vista como uma tentativa de cerceamento ao livre trabalho dos cuidadores, mobilizando diversos atores e movimentos sociais no Estado do Rio de Janeiro, demonstra que o cuidado é um tema complexo e que não seria simples e tampouco fácil a sua apropriação por uma única disciplina. Por outro lado, a instauração de uma disputa no campo dos cuidados evidencia um problema de difícil manejo, por opor uma categoria profissional forte e com uma consolidada trajetória na história do país a um grupo de trabalhadores historicamente desvalorizado, situado na fronteira entre a

formalidade e a informalidade e estando ainda em processo de busca por reconhecimento social e também profissional.

Neste capítulo, discutimos a transformação dos cuidados num trabalho e numa profissão. Analisamos, em primeiro lugar, aquele que se constitui um dos principais marcos do processo de construção da identidade laboral dos cuidadores: a criação de uma família ocupacional específica para esses trabalhadores pelo Ministério do Trabalho, na passagem do século XX para o XXI. Ao mesmo tempo, demonstramos como esse processo é acompanhado, de forma concomitante, com a eclosão de um conflito de território ocupacional com a enfermagem. Para entendermos tal problema, fazemos uma contextualização histórica da evolução da profissão de enfermagem, enfocando especificamente a forma como esta disciplina veio delimitando territórios e estabelecendo diferenças e oposições entre o saber profissional e os saberes leigos que eram tradicionalmente praticados na sociedade no campo dos cuidados. Por fim, buscamos relacionar o encobrimento empreendido pelos movimentos de característica corporativista sobre o campo dos cuidados com o processo de medicalização da vida e transposição para o social dos instrumentais da saúde.

4.1 O cuidado como ocupação

A paulatina publicização da discussão sobre os cuidadores trouxe alguma visibilidade sobre as suas condições de trabalho, escolaridade e necessidades de uma melhor delimitação das suas atribuições e funções, tendo em vista a convivência com outros grupos de trabalhadores e profissões. Ainda na vigência do PNCI, uma aproximação da coordenação desse programa com o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), sensibiliza o Estado para a necessidade de se conferir uma maior proteção formal às pessoas que exerciam o trabalho de cuidados de forma remunerada. Embora o ‘acompanhante de idosos’ já existisse como uma ‘realidade no mercado’, não havia do ponto de vista da legislação que organiza as relações de trabalho, uma categoria ocupacional própria para os cuidadores. Estes eram, frequentemente, registrados como empregados domésticos, até porque as atividades de cuidado, historicamente, sempre foram consideradas como inerentes aos afazeres do lar.

No histórico da legislação sobre os trabalhadores domésticos, diferentes tarefas do cuidado com a casa ou com as pessoas do lar eram costumeiramente reunidas na mesma categoria laboral. Um exemplo é o Decreto 16.107, de 30 de julho de 1923, a primeira legislação nacional sobre o assunto no período pós-abolição da escravatura, e que considerava

como trabalhadores domésticos os “cozinheiros e ajudantes, copeiros, arrumadores, lavadeiras, engomadeiras, jardineiros, hortelões, porteiros ou serventes, enceradores, amas secas ou de leite, costureiras e damas de companhia” (BRASIL/PR, 1923). Dessa forma, ainda que cada função possuísse um nome distinto, estas não necessariamente seriam desempenhadas por trabalhadores diferentes, podendo o mesmo indivíduo, eventualmente, assumir mais de uma dessas atribuições, respeitadas, evidentemente, as especificidades e habilidades necessárias para cada uma.

Na história do trabalho doméstico, o passado de escravidão e de dominação patriarcal da sociedade brasileira costuma ser apontado como um dos fatores que levou a uma cultura de desvalorização tanto do trabalho doméstico quanto da mulher que assume esse tipo de função. Essa desvalorização se faria presente em diferentes níveis e, segundo Jordão (2011, p. 103), “uma pessoa que lida com os serviços domésticos, com tudo o que há de delicado em uma casa, mas que é desvalorizada como trabalhadora, (...) carrega um estigma de inferioridade”. Além disso, outros fatores agravariam a condição de subalternidade dessas trabalhadoras domésticas: a situação economicamente menos favorecida, o caráter feminino da ocupação e a desvalorização da ocupação em relação a outras categorias profissionais. Nas palavras de Jordão (2011, p. 103), “se há o baixo poder aquisitivo, há o alto; se há a feminização da ocupação, há uma divisão sexual do trabalho; e se há desigualdade profissional, é porque uns são vistos como melhores do que outros”.

A legislação referente ao trabalho doméstico nunca foi muito detalhada em relação às atribuições, habilidades ou requisitos pessoais para o exercício desse tipo de atividade. No decreto 3.078, de 27 de Fevereiro de 1941, eram considerados empregados domésticos todos aqueles que “mediante remuneração”, prestassem serviços “em residências particulares ou a benefício destas” (BRASIL/PR, 1941). Já na lei 5.859, de 11 de dezembro de 1972, ainda em vigor, era considerado empregado doméstico “aquele que presta serviços de natureza contínua e de finalidade não lucrativa à pessoa ou à família no âmbito residencial destas” (BRASIL/PR, 1972).²⁸ O principal objeto dessas legislações, diga-se de passagem, era o de regular as relações contratuais entre patrões e empregados, elencando alguns direitos e deveres. Nunca é demais lembrar que os trabalhadores domésticos haviam sido excluídos da CLT e, quando da promulgação da constituição de 1988, dos 34 itens que compunham o

²⁸ A expressão “de natureza não lucrativa” foi utilizada para se diferenciar a natureza ‘não econômica’ das moradias e residências familiares em relação às empresas ou pessoas jurídicas. Assim, o empregado seria doméstico quando contratado por uma família, mas se contratado por uma empresa ou instituição estaria no âmbito da CLT.

artigo 7º, que dispunha sobre os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, aos trabalhadores domésticos só era facultado o direito a nove desses itens (JORDÃO, 2011).

O número e o peso dos trabalhadores domésticos na economia é assunto que vem sendo medido, década após década, por instituições e órgãos nacionais, já que não apenas as características das atividades realizadas pela população economicamente ativa são objeto constante de interesse de gestores e da sociedade em geral como ainda, especificamente, o trabalho doméstico é uma das ocupações que reúne o maior número de trabalhadores no país. No Brasil, o aumento do contingente de trabalhadores domésticos vem sendo apontado pelos recentes levantamentos censitários, que comprovam ainda a enorme feminização desse tipo de atividade. As formas de classificação das profissões e ocupações, entretanto, sofreram grandes variações ao longo da história e, até o final do século XX, não havia uma metodologia de classificação e identificação comum a ser utilizada pelos diferentes órgãos, tais como o IBGE, a Receita Federal e os Ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência e Assistência Social. É nesse contexto, portanto, que é constituída a Comissão Nacional de Classificação, em meados da década de 1990, com a missão de estabelecer normas para utilização e padronização das classificações estatísticas nacionais. Uma das primeiras realizações consistiu na elaboração da Classificação Nacional das Atividades Econômicas (CNAE). Ao MTE, coube atualizar a Classificação Brasileira das Ocupações (CBO), tarefa que demorou alguns anos. Como explica uma das pessoas que participou desse processo, naquela época estava em vigência a CBO-94 (1994), “a qual mantinha relação com a estrutura classificatória da CIUO68 [Classificação Internacional Uniforme de Ocupações], enquanto internacionalmente, a CIUO vigente já estava na versão 1988, com estrutura totalmente distinta” (Depoente D, 2014).

A nova versão da CBO organizaria as ocupações segundo “famílias ocupacionais”, com critérios que criariam uma estrutura mais simplificada e organizada do que aquela até então adotada. Tradicionalmente, o MTE busca contemplar as demandas do mercado na atualização da CBO e, no caso dos cuidadores, além da solicitação da coordenação da PNI, havia vários outros pedidos de inclusão dessa ocupação, “principalmente oriundas de instituições de longa permanência que não tinham como classificar a ocupação na declaração da RAIS e em outros documentos oficiais” (Depoente D, 2014). Na CBO 94, os empregados domésticos estavam alocados dentro da categoria dos “trabalhadores de serventia”, a qual por sua vez, abrangia tanto os trabalhadores domésticos quanto os trabalhadores de hotéis.

Especificamente, era listada a ocupação de “empregado doméstico”, cujas atribuições se relacionavam principalmente aos cuidados com a casa e “atendimento às necessidades dos residentes”, tais como limpeza da casa, lavagem de roupas e preparo de refeições, sem haver menção explícita, entretanto, à prestação de cuidados pessoais (BRASIL/MTE, 1994). A prestação de cuidados pessoais estava claramente inclusa somente numa outra ocupação presente nessa mesma categoria, a “babá”, a qual era descrita como aquela que “serve a criança nas necessidades diárias, cuidando de sua higiene, orientando-a nas distrações, preparando-lhe a alimentação e auxiliando-a nas refeições, para garantir o bem-estar e o desenvolvimento sadio da mesma” (BRASIL/MTE, 1994). De fato, embora as acompanhantes de idosos já fossem uma realidade no mercado, seu reconhecimento formal era ainda inexistente, já que esse tipo de atividade não estava discriminado entre as ocupações oficialmente previstas. No processo de revisão do CBO, entretanto, essa situação se modificaria.

A metodologia adotada para a elaboração da nova versão do CBO utilizaria uma metodologia canadense, o método Dacum (Developing a Curriculum) para elaboração da descrição das ocupações (BRASIL/MTE, 2002). Seguindo a CIUO vigente, as ocupações seriam agrupadas segundo famílias ocupacionais, as quais por sua vez, estariam inseridas dentro de subgrupos e grupos de maior abrangência. Além disso, estava prevista uma descrição mais detalhada de cada família ocupacional, a ponto de haver um detalhamento das atribuições ou elementos de competência de cada uma das ocupações. O método Dacum consistia na realização de grupos focais, compostos por 6 a 12 trabalhadores daquela família ocupacional, alguns observadores, um facilitador e um relator. O resultado da discussão empreendida pelo grupo gerava uma matriz, a qual passava posteriormente por um processo de validação e convalidação junto a especialistas ou entidades ligadas àquela atividade. Segundo uma das consultoras envolvidas nessa tarefa, uma das intenções era a “inclusão de famílias ocupacionais mais sensíveis à opinião pública, para que as estatísticas pudessem se aproximar mais da realidade do país”. Esta profissional acrescenta: “foi muito instigante incluir em um documento oficial populações que se encontravam “ocultas”, mas não foi fácil. Aconteceram pressões, tanto para inclusão como para exclusão de ocupações” (Depoente D, 2014).

A construção da família ocupacional dos cuidadores ocorreu no ano de 1999, sendo que uma das especialistas convidadas para atuar auxiliar na elaboração dessa família

ocupacional foi a Assistente Social Tomiko Born, pessoa com importante trajetória na gerontologia social e que participara, inclusive, do PNCI, já que foi uma das multiplicadoras qualificadas por esse programa. O fato, entretanto, de ser uma sistematização conduzida pelo MTE e não pelos ministérios que usualmente tratavam das questões relacionadas aos cuidadores de idosos, possivelmente contribuiu para que a definição da ocupação de cuidador não reproduzisse necessariamente as conceituações já existentes nos manuais e outras literaturas do período, a começar pelo fato da família ocupacional dos cuidadores comportar todos os cuidadores, ou seja; os “cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos” e não apenas, segregadamente, os cuidadores de idosos, como aparentava ser a tendência da literatura e das políticas setoriais no período.

A criação de uma nova família ocupacional, especificamente dedicada aos cuidados pessoais ao longo do curso de vida, reunia duas ocupações já existentes na versão anterior do CBO, as “babás” e as “mães sociais”.²⁹ A essas, se somavam duas ocupações novas, os “cuidadores de idosos” e os “cuidadores da saúde” – esta última, inserida posteriormente por “pressão de entidades da enfermagem”, como relata a depoente D. A família ocupacional dos cuidadores, portanto, possuía uma ementa comum para todos os cuidadores, que os descrevia como aqueles que cuidam “a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida” (BRASIL/MTE, 2002).³⁰ Cada uma das ocupações, entretanto, possuía uma descrição própria e, no caso dos cuidadores de idosos, eram listados alguns dos sinônimos pelos quais essa atividade era conhecida no mercado de trabalho, como por exemplo, “gero-sitter”, “acompanhante” e cuidador de pessoas idosas e dependentes. Além disso, o texto também descrevia atribuições e competências.

A família ocupacional dos cuidadores, que possuía o código 5162, foi inserida no subgrupo 516, que compreendia os “trabalhadores nos serviços de embelezamento e nos cuidados pessoais”, o qual por sua vez pertencia ao “grande grupo 5”, o qual comportava os “trabalhadores dos serviços” e “vendedores do comércio em lojas e mercados”. Diferentemente do CBO94, que reunia as babás e os empregados domésticos numa mesma categoria, o CBO2002 separava esses dois: enquanto os cuidadores pertenciam ao subgrupo 516, as empregadas domésticas eram listadas no subgrupo 512, que comportava os

²⁹ As mães sociais eram uma ocupação muito em voga em projetos de assistência social daquele período, atuando principalmente como famílias substitutas de crianças em situação de vulnerabilidade social.

³⁰ Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira das Ocupações. 2002

“trabalhadores dos serviços domésticos em geral” (BRASIL/MTE, 2002). Entretanto, tanto os primeiros como os segundos possuíam direitos trabalhistas semelhantes, ou seja; na prática, a família ocupacional dos cuidadores seguia pertencendo, do ponto de vista legal, ao âmbito do emprego doméstico, já que a legislação em vigor considerava como trabalho doméstico todo tipo de serviços, “de natureza não econômica”, prestados “à pessoa ou à família no âmbito residencial destas” (BRASIL/PR, 1972). Um dos fenômenos abordados pela literatura da sociologia dos cuidados seria a “desdomesticação dos cuidados”, ou seja; a tendência a se considerar o trabalho de cuidados como algo externo às funções domésticas (RIBAUT, 2012). A separação entre essas duas famílias ocupacionais em subgrupos distintos não deixa de representar um indício dessa tendência, ainda que os “trabalhadores dos serviços domésticos em geral” tivessem, entre as suas atribuições, a função de prestar “assistência às pessoas” da casa (BRASIL/MTE, 2002).

Segundo rememora Born (2014), os grupos focais para a elaboração da descrição da família ocupacional dos cuidadores envolviam representantes dos três segmentos que seriam inicialmente discriminados: as babás, as mães substitutas e as cuidadoras de idosos. Posteriormente, o material produzido foi revisado e uma discussão com representantes de instituições de longa permanência, as quais também empregavam cuidadores, foi também realizada para que a descrição sobre os cuidadores de idosos pudesse abarcar também as especificidades dos cuidados em instituições. Esse processo, entretanto, não ocorreu sem percalços. Segundo uma gestora que participou do processo,

“no caso dos cuidadores, havia e há até hoje um conflito de território ocupacional. Os Conselhos [profissionais] de Enfermagem defendem a ideia de que um cuidador não pode ministrar, por exemplo, remédios (...) para um idoso tomar. Os familiares argumentam que se um parente pode fazê-lo, não há razão para impedir o cuidador de fazê-lo, desde que saiba seguir o procedimento indicado pelo profissional responsável pela prescrição. O Conselho de Enfermagem defendia também a ideia de que o cuidador precisa ser um profissional da área de saúde, com registro no Coren [Conselho Regional de Enfermagem]” (Depoente D, 2014).

Born (2014) também comenta sobre as dificuldades nesse período:

“nós tivemos varias reuniões, eu me lembro de varias reuniões nas quais estavam presentes representantes do conselho de enfermagem e foi muito difícil! (...) Eles

diziam que ‘cuidar é prerrogativa da enfermagem’. Ora, então a mãe não pode cuidar do filho, pois seria uma prerrogativa da enfermagem!’³¹

A pressão das entidades de classe da enfermagem levou a coordenação responsável pela atualização do CBO a fazer algumas concessões. A primeira delas foi a criação de uma quarta categoria de cuidadores que não estava inicialmente prevista, os “cuidadores de saúde”, de modo que algumas atribuições que incluíam tarefas associadas aos cuidados pessoais com a saúde foram alocadas exclusivamente nessa ocupação. Interessante mencionar, que embora o impacto da criação do cuidador de saúde tenha sido aparentemente indetectável naquele momento, esta seria posteriormente uma das bases legais para a criação da única categoria de cuidadores domiciliares existentes no SUS: os cuidadores da saúde mental, os quais atuam na política de desinstitucionalização, principalmente nos serviços residenciais terapêuticos. A necessidade de demarcação de territórios com a profissão de enfermagem, entretanto, levou aos responsáveis pela elaboração da família ocupacional a buscar estabelecer alguns limites à atuação dos cuidadores: o principal deles, a ressalva de que, “no caso de atendimento a indivíduos com elevado grau de dependência”, estes deveriam ser cuidados por profissionais com formação em enfermagem (BRASIL/MTE, 2002)³².

O reconhecimento da ocupação de cuidador representou certamente um marco e também um ponto de ruptura em relação a um passado onde essa atividade de cuidados já era exercida, mas carecia de visibilidade e reconhecimento formal. Sua inclusão na CBO, fruto do esforço do Estado em aproximar o arcabouço legal da realidade do mercado de trabalho é também o resultado de um processo de mobilização e militância de diferentes atores do cenário gerontológico, em prol do reconhecimento da importância dos cuidados e das pessoas cuidadoras. Essa inclusão ocorre ainda no momento em que o envelhecimento da população é também identificado como questão social a merecer a atenção da sociedade e do Estado. A criação da ocupação de cuidador, ao mesmo tempo em que traz aspectos de positividade, como por exemplo, orientações sobre direitos trabalhistas e informações sobre as suas atribuições, representa também uma maior presença de aspectos regulatórios do mundo

³¹ Depoimento oral ao autor dessa pesquisa.

³² Parece-nos que aqui que o uso do termo “elevado grau de dependência” foi utilizado como uma espécie de sinônimo para aludir a situações onde existiria uma necessidade clínica de cuidados, ou seja; é como se a intensidade da dependência se confundisse com a qualidade dos cuidados prestados, o que me parece ser um equívoco. Embora doenças possam, assim como outros fatores, causar dependências de ordem temporária ou permanente, a dependência em si não deve ser vista como uma doença, ou seja; não é o fato do indivíduo necessitar de maior ou menor ajuda que deve definir a sua ‘medicalização’, mas sim o tipo de cuidados que este pode vir a necessitar. Tal confusão entre dependência e adoecimento não é incomum em produções do campo geriátrico-gerontológico, como discutiremos mais adiante.

‘público’ no espaço cotidiano e privado dos cuidados. Elaborada com cuidado e dentro de uma metodologia que valorizava a participação dos trabalhadores, a descrição da ocupação terá que dar conta de uma realidade muito mais complexa do que aquela retratada e, ao mesmo tempo em que a inscrição dos cuidados representou e continua representando importantes ganhos para os proletários da atividade de cuidar, esta também traz restrições, padronizações e normatizações.

Apesar de ter sido construída de forma independente do tratamento que os cuidados recebiam nas políticas setoriais de saúde e assistência social, a construção da ocupação de cuidadores de idosos respeitava, numa certa medida, alguns dos princípios defendidos por esses outros ministérios. Assim como previsto no PNCI, o texto do CBO mencionava que o acesso ao emprego de cuidador deveria se dar “por meio de cursos e treinamentos de formação profissional básicos” e, sobretudo, que o cuidar deveria ser exercido “a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos”, não estando especificado, entretanto, quais atores sociais assumiriam tal responsabilidade. Na interpretação que se costuma fazer dessa passagem do texto, é comum o entendimento que os empregadores assumem uma posição de co-responsabilidade no estabelecimento dos objetivos, podendo esses empregadores serem a própria família ou pessoas jurídicas públicas ou privadas, a depender do contexto.

Mas, se a passagem do século XX para o XXI se constitui num momento de conquistas na direção de um maior reconhecimento e valorização social dos cuidadores, isso não se dá sem percalços e problemas. A transformação dos cuidados em ocupação e, mais do que isso, os planos das pessoas que militavam em prol dos cuidadores, naquele período, para transformar a recém-reconhecida ocupação em uma profissão esbarraram numa das mais violentas reações corporativas que se tem notícia no campo das profissões: a oposição das entidades de classe da profissão de enfermagem, as quais consideravam o seu território invadido pela ‘chegada’ dos cuidadores. Tal oposição, como veremos adiante, traria importantes revezes para os cuidadores e incontáveis prejuízos para o desenvolvimento das políticas de cuidado para a população e para a sociedade em geral.

4.2 A arte e a ciência do cuidado

A oposição das entidades de classe da enfermagem ao processo de reconhecimento dos cuidadores não era uma novidade para as pessoas que estavam empreendendo programas e ações voltadas para esses trabalhadores. A gestão do PNCI já estava sofrendo pressões, desde

o início do programa, como relatado por uma das nossas entrevistadas, que atuava nesse programa:

“recebi várias vezes representantes do COFEN, contra os cursos de cuidadores, tipo assim: “vão tomar o espaço da auxiliar de enfermagem”. Só que na CBO, está muito claro: cada um tem as suas atribuições. Ele [o cuidador] não vai aplicar injeção, sondas. (...) Então essa resistência não vem de agora, (...) mas eu acho que tem espaço para todos” (Depoente J, 2014).

A relação da enfermagem com as cuidadoras de idosos tinha duas facetas, já que ao mesmo tempo em que o seu corporativismo profissional condenava a formalização da ocupação, diversas enfermeiras possuíam papel de protagonismo na organização e docência de cursos para cuidadores e outras ações voltadas para disseminação de informações sobre envelhecimento e cuidados para a sociedade em geral. Como relata Born (2014), “as enfermeiras que participavam conosco [dos cursos organizados em São Paulo], achavam um absurdo essas resistências [das entidades de classe]!” (Born, 2014). A maior resistência, naquele período, viria justamente do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren-SP), um dos estados com maior produção em gerontologia e, conseqüentemente, com muitos profissionais envolvidos na realização de cursos e produção de material didático para cuidadores.

A historiografia da enfermagem brasileira costuma estabelecer como uma espécie de ‘marco zero’ da sua história o momento da criação da profissão, fato que teria se dado em torno da década de 1920, quando da instituição do ensino de enfermagem no país. Antes disso, existiria o período da enfermagem “pré-profissional”, cuja origem se perderia no tempo (OGUISSO et al., 2011). Antes de se tornar profissão, o termo “enfermagem” possuía um uso diverso do seu significado contemporâneo e seria uma espécie de sinônimo para determinados cuidados praticados de forma leiga, não regulamentada, e direcionados às pessoas que, por alguma razão, deles necessitavam, seja em ambientes institucionais quanto no âmbito do domicílio. No Brasil colônia, os estabelecimentos hospitalares, tais como as Santas Casa de Misericórdia, não possuíam um caráter de instituição médica como ocorre nos dias de hoje. Os chamados “hospitais gerais” eram locais muitas vezes geridos por ordens religiosas e que se prestavam a uma variada gama de objetivos, tais como o acolhimento aos pobres e desamparados, a prática da caridade e o recolhimento de tipos indesejados ao convívio social nas cidades (MACHADO et al., 1978). O hospital, nesse período, tinha um caráter fundamentalmente asilar e se prestava ao abrigo de uma miscelânea de tipos sociais, tais como

os inválidos, loucos, lázaros, doentes, mendigos e outros. Da mesma forma, o tipo de cuidado praticado nesses locais não estava necessariamente submetido a uma racionalidade científica. Estes eram ordinariamente prestados por pessoas sem um conhecimento formal, oriundas das comunidades ou muitas vezes vinculadas às ordens religiosas. Segundo Teixeira (2012), não era incomum a utilização de mão de obra escrava para auxiliar nas tarefas de cuidado.

No contexto domiciliar, os cuidados eram prestados também pelas serviçais domésticas e/ou por trabalhadoras que alugavam seus serviços. Os cuidados, no Brasil colônia, eram também trabalho para os escravos domésticos e, quando da abolição da escravatura, permaneceu sendo um tipo de trabalho prestado comumente pela população negra, já que os trabalhos domésticos eram menos valorizados e carentes de requisitos de acesso, de modo que as classes mais pauperizadas eram atraídas para esse tipo de serviço como alternativa ao desemprego. A família brasileira, desde o Brasil colônia, acostumou-se a fazer uso do serviço doméstico para dar conta das necessidades de cuidado do lar e também dos seus membros. Num contexto em que os hospitais eram mal vistos, a maior parte dos cuidados era realizada no próprio lar, já que a casa era o local onde se nascia, onde se cuidavam dos enfermos e também onde se morria. Segundo Oguisso et al (2011), mesmo no início do período republicano, não era comum as pessoas acorrerem ao hospital em caso doença ou nascimento, sendo cuidadas em seus lares por familiares, por empregados da casa ou por prestadoras de serviços, que também atuavam como parteiras. Tais pessoas não possuíam uma instrução específica para o exercício dessas atividades e tiravam o seu saber da experiência adquirida no cotidiano.

Um conhecido conto de Machado de Assis (2001) tem como protagonista um “enfermeiro”, o personagem Procópio José Gomes Valongo, recrutado por um vigário para servir a um “coronel” numa vila do interior, em meados do século XIX. Para ser aceito no emprego, Procópio Valongo fora recomendado como sendo “entendido, discreto e paciente”, atributos que o qualificaram para a tarefa, sobre a qual não possuía qualquer experiência anterior. A história teria um desfecho entre o trágico e cômico, bem ao estilo do autor. É possível que o título do conto “O enfermeiro”, de Machado de Assis, se escrito nos dias de hoje, fosse “o cuidador”, já que os significados da palavra enfermagem se alterariam a partir do século XX, com a criação da profissão e, principalmente, com a sua cada vez maior inscrição dentro de uma racionalidade médica e científica. Esse processo de transformação das práticas de cuidado tem início, entretanto, ao longo do século XIX e, particularmente a

partir da sua segunda metade, no Brasil, quando os saberes médicos e científicos são valorizados e incorporados ao planejamento urbano e ordenamento das instituições que compunham a assistência à população, como os asilos e hospitais.

Como nos mostra Machado et al (1978), é nesse período que se inicia o que esse autor denomina de processo de medicalização da sociedade, com a incorporação do discurso médico do higienismo a um projeto de construção de uma sociedade “sadia”.³³ Neste contexto, não apenas o espaço urbano será objeto de transformações, mas também o modo de vida das pessoas passa a ser visto como potencialmente perigoso, sendo necessário educar a população para prevenir e impedir a propagação de doenças. Da mesma forma, os espaços institucionais passam por um importante processo de transformação e modernização. A caridade, livremente praticada pelas entidades religiosas passa a ser criticada pelo discurso da filantropia, que defende a utilização da assistência como um recurso para a recuperação e reabilitação dos tipos urbanos, sendo importante a diferenciação entre os válidos e os inválidos para o trabalho. Para Abreu e Castro, “a filantropia, o “civilismo cristão” das elites e a medicina social deram-se as mãos para inaugurar um corte decisivo para com o passado das práticas assistenciais, incentivando a introdução e prática de novas concepções pedagógico-sanitárias” (ABREU; CASTRO, 1987, p. 102).

Nesse processo de modernização, uma série de novos preceitos seria incorporada aos espaços hospitalares e asilares para abrigo e cuidados, desde o planejamento da sua arquitetura e localização, como na elaboração da sua rotina, com a valorização dos cuidados como uma ferramenta para atender as finalidades da instituição. Como nos mostra Machado et al (1978), a autoridade médica adentra o hospital e passa a nortear a sua organização interna. Disciplina o seu funcionamento, ordenando a disposição dos doentes em enfermarias segundo critérios de separação entre os sexos, idades e outras características e introduzindo uma rotina de cuidados destinada ao cumprimento das prescrições e tratamentos. É nesse contexto que se institui a “obrigatoriedade do uso de papeletas informativas para cada paciente, “onde se escreverá o nome, a idade, (...) o dia da entrada, (...) as dietas, os medicamentos e o

³³ O higienismo é uma doutrina que nasce com o liberalismo, na primeira metade do século XIX quando os governantes começam a dar maior atenção à saúde dos habitantes das cidades. Considerava-se que a doença era um fenômeno social que abarcava diversos aspectos da vida humana. Em sua cruzada civilizatória, o higienismo passará a fornecer referenciais para o planejamento urbano e manejo das populações, sobretudo tendo em vista os segmentos mais desfavorecidos, considerados como perigosos e portadores de doenças. A falta de circulação do ar, a presença de pântanos e esgotos a céu aberto, a existência de cemitérios em locais não permitidos e também as grandes aglomerações de pessoas, sobretudo pobres, em condições consideradas não-higiênicas seriam combatidos enquanto focos de doenças e epidemias que acometiam a população (MACHADO et al., 1978).

diagnóstico” (MACHADO et al., 1978, p. 287). Para esse autor, o discurso médico propõe uma dupla transformação do hospital: “este deve ser uma “casa de saúde”, isto é, lugar de cura, e, ao mesmo tempo, um local de aprendizado e produção do saber médico” (MACHADO et al., 1978, p. 287). O caso do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, é ilustrativo do tipo de transformação sofrida pelas instituições hospitalares no período. Como relata Machado (1978), no final do século XIX, se inicia uma guerra de forças entre os médicos, liderados pelo primeiro titular da cátedra de psiquiatria no país, o Dr. Teixeira Brandão, e as freiras, vinculadas à Santa Casa de Misericórdia que administravam o hospício. As críticas apontavam falhas na administração, maus tratos aos internos e, principalmente, a ausência de uma perspectiva terapêutica e científica a nortear os trabalhos ali desenvolvidos. Os médicos saíam vitoriosos e em 1890, Teixeira Brandão torna-se o primeiro diretor médico de um hospício no país, ao assumir a direção desse estabelecimento, rebatizado como Hospício Nacional de Alienados. Nesse mesmo ano, seria fundada naquele hospital a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, fato que é apontado por Keletemberg et al (2010), como o primeiro ato normativo da enfermagem no país.

O processo de incorporação do higienismo ou, para citar Foucault (1993), da medicina social na sociedade ocidental, faz com que determinados acontecimentos que compunham o curso de vida e o cotidiano dos lares e das famílias passem a ser regidos segundo preceitos ditados pelas ciências da saúde, com vista a combater os males que assolavam a população. O nascimento, o cuidado de doentes e a morte, fatos que ordinariamente pertenciam ao dia a dia das casas e das comunidades, são transferidos para os hospitais, nas décadas que se seguiram, de forma a que cuidados especializados e regidos por saberes destinados a lhes conferir uma maior eficiência pudessem garantir uma assistência supostamente melhor do que aquela prestada de forma leiga e baseada no conhecimento empírico ou em tradições orais, pela família, empregados e agregados da casa. Assim como os nascimentos são direcionados para as maternidades, os doentes são encaminhados aos hospitais, garantindo-se que a autoridade sobre os tratamentos dispensados a esses indivíduos passe a emanar da autoridade médica, subjugando eventualmente, a autonomia de suas famílias. De fato, o próprio cuidado ou, citando mais uma vez Foucault, o cuidado de si, passa a ser visto como parte indispensável da educação das populações, que devem disciplinar-se para promover a saúde e evitar as doenças, adotando hábitos salubres e combatendo os vícios, os quais oneram o estado e prejudicam a capacidade laboral da sociedade. Mas, para que os cuidados prestados para si ou para o outro pudessem atender às exigências de uma prática de saúde moderna e eficaz, seria

necessário que uma parcela das trabalhadoras do cuidado, as enfermeiras, se modernizassem também.

A profissionalização da enfermagem é fenômeno que decorre do desenvolvimento do sanitarismo no Brasil, notadamente a partir das primeiras décadas do século XX, quando o Estado, preocupado com o constante aumento populacional e crescimento das grandes cidades brasileiras, decide elaborar uma política de combate as principais doenças transmissíveis predominantes no período, tais como a cólera, a peste bubônica, a febre amarela, a varíola e a tuberculose, dentre outras, as quais poderiam colocar em risco a produtividade de emergente economia nacional. Segundo Lima e Pinto (2003), o movimento sanitarista começa a se desenvolver na primeira década do século XX, na cidade do Rio de Janeiro, a partir da gestão de Oswaldo Cruz à frente dos serviços federais de saúde, onde foi privilegiado o saneamento urbano da cidade e o combate às epidemias do período. A partir de 1910, surge a preocupação com a investigação das condições de saúde no campo, o que leva a um processo de interiorização das investigações e intervenções sanitárias, com vistas a buscar debelar as endemias rurais, tais como a ancilostomíase, a malária e a então recém-descoberta doença de Chagas. Ganhava força, a partir desse período, a ideia de que o investimento na educação sanitária consistia num requisito para o desenvolvimento político, econômico e social do país. Para Lima e Pinto (2003), o reconhecimento da necessidade de se abordar a doença como um problema político, a ser superado com vistas a se garantir o desenvolvimento nacional, fez com que se evidenciasse a trilogia doença, sociedade e poder público.

A partir de 1920, assume a chefia do Departamento Geral de Saúde Pública o cientista Carlos Chagas, que organiza uma ampla reforma nos serviços sanitários federais, criando no ano seguinte o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Segundo Lima e Pinto (2003), a ideia central de Carlos Chagas era a implantação de um modelo de organização sanitária que privilegiasse, dentre as suas medidas, a formação de recursos humanos qualificados para enfrentar os problemas do campo da saúde pública. Isso levou a criação de dois cursos importantes na história brasileira: o curso de higiene e saúde pública da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e a Escola de Enfermeiras do DNSP, em meados da década de 1920, posteriormente rebatizada de Escola de Enfermagem Ana Nery.³⁴ Desde 1916, a

³⁴ A nova escola de enfermagem funcionaria de forma anexa a uma instituição asilar que compunha a história da assistência da cidade do Rio de Janeiro: o Hospital-Escola São Francisco de Assis, o qual funcionava no mesmo local onde antes havia sido erigido o asilo de mendicidade da cidade (sobre isso, ver: (GROISMAN, 1999b). Modernizada, a nova instituição desempenharia a dupla missão de conciliar a assistência como o ensino em saúde.

Fundação Rockefeller, organização filantrópica norte-americana, havia estabelecido um escritório regional no país, proporcionando atividades de cooperação no desenvolvimento de ações em saúde pública³⁵. Ao criar a Escola de Enfermeiras, Chagas decide convidar a enfermeira Ethel Parsons, do Serviço Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller e chefe da missão técnica de cooperação para o desenvolvimento da enfermagem no Brasil, para estruturar a Escola e o Serviço de Enfermeiras do DNSP (LIMA; PINTO, 2003). Esta colaboração ficaria depois conhecida como “missão Parsons”.

O curso de enfermagem da Escola Anna Nery adotou o sistema inglês proposto por Florence Nightingale³⁶, também conhecido como enfermagem científica ou moderna, constituindo o que ficou conhecido como modelo anglo-americano de enfermagem (KRUSE, 2006). Diferentemente da escola que funcionava no Hospício Nacional de Alienados, cujos professores eram médicos e as aulas, predominantemente teóricas, o novo curso na escola Anna Nery teria as enfermeiras (muitas, norte americanas), como protagonistas da docência.

O projeto para a enfermagem ensinada em escolas representava mais do que a modernização das práticas de cuidado e sua submissão aos saberes médicos e científicos. Para consolidar a nova atividade, era necessário também produzir uma ruptura com o passado desse ofício, conferindo-se novos significados para os cuidados de enfermagem e para a trabalhadora dedicada a prestá-los. Uma das características identificadas pelos historiadores que investigam, especificamente, esse período do desenvolvimento da enfermagem foi o movimento no sentido de se tentar ‘melhorar’ a imagem da enfermagem, conferindo-se um viés de segregação racial ao processo formativo. Segundo Campos (2012), a tentativa de embranquecer a enfermagem foi pautada na exclusão das mulheres negras, as quais dificilmente eram aceitas para estudar na Escola Anna Nery. Num país que, há não muito tempo havia abolido a escravidão, ainda perdurava uma série de visões deletérias sobre os afrodescendentes, que eram vistos como portadores de doenças, produtores de “defeitos

³⁵ A Fundação Rockefeller foi uma organização criada em 1913, por iniciativa do milionário norte americano John D. Rockefeller, “com o objetivo de implantar em vários países medidas sanitárias baseadas no modelo americano, com a prioridade de empreender o controle internacional da febre amarela e da malária” (LIMA; PINTO, 2003, p. 1042). Segundo Kruse (2006, p. 404), esta fundação era uma instituição de caráter científico, religioso e filantrópico. Seus fundamentos “eram a superioridade da civilização americana e a propagação de seu modelo sanitário, o que incluía a criação de hospitais, tendo como modelo os hospitais americanos, ampliando, desta forma, (...) a área de influência dos Estados Unidos no Brasil e na América Latina”.

³⁶ Florence Nightingale, considerada a fundadora da enfermagem moderna, foi uma enfermeira britânica que se notabilizou pela sua atuação no cuidado de feridos da guerra da Criméia, no século XIX. Nightingale lançou as bases da enfermagem profissional com a criação, em 1860, de sua escola de enfermagem no Hospital St Thomas, em Londres. Dentre as suas principais inovações, estão a utilização de elementos do modelo biomédico para a prática da enfermagem e a adoção de métodos sistematizados para a verificação da eficiência dessa prática, a partir da observação e quantificação das informações coletadas no cotidiano (YOUNG et al., 2011).

morais” e de comportamento lascivo, representações que seriam “diametralmente opostas à desejada para a enfermagem” (CAMPOS, 2012, p. 170). Segundo Moreira, a missão de se estabelecer a enfermagem profissional no país era baseada, em seu início histórico, na reprodução de critérios de segregação de classe, gênero, raça e moralidade. Parsons, que chefiava o programa para desenvolvimento da enfermagem no país, criticava o fato da enfermagem estar sendo realizada por pessoas que “provinham de uma classe ignorante” e que não possuíam qualquer treinamento prático (MOREIRA, 1998, p. 630), sendo considerado urgente, como frisa essa autora, introduzir-se coeficientes que distinguissem as novas enfermeiras perante o público leigo e os profissionais médicos.

A ideia de se formar uma geração de novas enfermeiras diplomadas, além de funcionar como força motriz de um processo de paulatina substituição das trabalhadoras leigas dos estabelecimentos de saúde, também inaugurava no país um processo de consolidação da hierarquização dos cuidados, algo que era previsto no modelo anglo americano de enfermagem. As enfermeiras diplomadas, cuja certificação, posteriormente, ganharia equivalência à formação universitária, seriam responsáveis por supervisionar e comandar, em cada serviço, uma força de trabalho de trabalhadores com escolaridade mais precária, tais como os práticos e auxiliares de enfermagem, dentre outros. Reproduzia-se, dessa forma, a divisão social (e racial) do trabalho, na medida em que o trabalho intelectual ficava a cargo das trabalhadoras hierarquicamente superiores, ao passo em que o trabalho braçal era delegado aos trabalhadores mais desfavorecidos socialmente.

A hierarquização ou, em outras palavras, a fragmentação e posterior especialização do trabalho de cuidados de enfermagem também atendia às demandas pela modernização do hospital, que buscava adequar a gestão dos cuidados aos ideais de efetividade e diminuição de custos da moderna administração. O modelo anglo americano de enfermagem já previa, desde a época de Nightingale, uma divisão social do trabalho, com as “lady-nurses” numa posição de chefia e as “nurses”, de nível social inferior, a executar os trabalhos práticos, os quais deveriam servir às finalidades dos tratamentos ditados pelos médicos. Segundo Belato, Pasti e Takeda (1997), duas dicotomias importantes se produzem: a separação entre cura e cuidado e entre o administrar e o cuidar. A adequação dos modos de gestão do trabalho, a partir da revolução industrial e do desenvolvimento do modo de produção capitalista, faz com que a administração se torne científica sob a influência de autores de vertentes como o taylorismo e o fordismo. Buscava-se o aumento da produção pela eficiência do nível operacional,

lançando-se mão da divisão do trabalho, dos operários e padronização das atividades e tarefas por eles desenvolvidas . Com o aumento crescente da complexidade da assistência hospitalar, esta instituição transforma-se também em uma empresa, com fortes repercussões para a divisão e organização do trabalho realizado nesses locais. Como relatam Belato, Pasti e Takeda (1997, p. 78), o cuidado de enfermagem, que “inicialmente era executado de maneira integral por uma pessoa (mesmo que leiga), passa a ser fragmentado em “técnicas” ou “tarefas”, de forma” a se economizar tempo e se ganhar maior agilidade. Valoriza-se a técnica, ou mais precisamente, a padronização minuciosa das etapas e procedimentos a serem executados nas atividades do cuidado.

Mas a despeito dos esforços da missão Parsons e das pessoas e escolas que a sucederam, durante muito tempo a enfermagem permaneceu sendo uma espécie de zona cinzenta onde os cuidados eram praticados tanto por profissionais certificados quanto por trabalhadores sem uma escolarização formal e portadores de conhecimentos preponderantemente empíricos. As tentativas de diferenciação entre os profissionais e os não escolarizados parecem ser um traço fundamental do histórico dessa disciplina. Como relatam Peres e Barreira (2003), um dos recursos para operar tal distinção era a valorização da disciplina e da moralidade das novas enfermeiras. Um dos exemplos é a disseminação do uso de uniformes, para as alunas e professoras da Escola Anna Nery durante a década de 1930, de modo a que as enfermeiras tivessem, no exercício da sua profissão, “um sinal externo” que as diferenciava das demais pessoas (PERES; BARREIRA, 2003, p. 28). A nova vestimenta, padronizada e que também diferenciava aprendizes de professoras, enfermeiras visitadoras e enfermeiras hospitalares (as quais deveriam vestir-se de branco), dentre outras, deveria ser mantida em boas condições, lavada e passada a ferro. Além disso, era recomendado que a enfermeira não utilizasse maquiagem, mantivesse presos os cabelos, cuidasse das unhas e evitasse joias e adornos, a não ser um relógio de pulso. Para Peres e Barreira (2003), o uniforme buscava simbolizar as virtudes espirituais, morais e profissionais dessa nova personagem, tais como a humildade, a competência, a abnegação e o altruísmo.

Para Moreira (1998), a enfermagem profissional irá estruturar-se a partir de diferenciações e oposições, desde a imagem e moralidade da enfermeira, à sua posição hierárquica em relação aos médicos, chegando ao esoterismo do seu conhecimento profissional, em oposição à laicização dos cuidados. Como destaca essa autora, Bourdieu (1989) afirmava que uma profissão é, sobretudo, o produto de um trabalho social de

construção de um grupo e de uma representação dos grupos que se insinuou no mundo social. A formatura da primeira turma da Escola Anna Nery, em 1925, leva ao ensejo da criação de uma associação de enfermeiras diplomadas. Funda-se também, nesse mesmo período, a primeira revista dedicada à disseminação de conhecimentos nessa disciplina, os *Annaes Brasileiros de Enfermagem*³⁷. O processo de construção e delimitação dos espaços a serem ocupados pela nova profissão é acompanhado, dessa forma, por um esforço de elaboração de diferentes regulações, as quais irão abarcar desde a normatização da escolarização dos enfermeiros, à delimitação das suas atribuições e atividades profissionais. Tal processo, entretanto, atravessa praticamente todo o século XX, com sucessivas legislações, fruto de embates e mobilizações da categoria, cada vez mais numerosa e atuante por meio das suas entidades de classe.

O movimento no sentido de se regulamentar o exercício e os requisitos de acesso à profissão de enfermagem ganha contornos mais definidos entre as décadas de 1940 e 1950, quando uma série de decretos passa a legislar sobre tais questões. Em 1949, é regulamentado o ensino de enfermagem, de forma a que todas as escolas que possuíssem esse curso deveriam essa formação, a qual seria oferecida em dois níveis: o curso de enfermagem, com duração de 3 anos e o curso para auxiliares de enfermagem, com duração de 18 meses (KELETEMBERG et al., 2010). Pouco tempo depois, seria regulamentado o exercício profissional da enfermagem, através do decreto lei 2604/55. Segundo Barreira (2005), a divisão da profissão em diferentes níveis de hierarquia e escolaridade, reforçava a responsabilidade das enfermeiras na organização, supervisão, treinamento e chefia dos trabalhadores auxiliares³⁸. Ao mesmo tempo, institucionalizava-se um processo de fragmentação e segmentação vertical dos cuidados na saúde.

O reconhecimento de uma categoria auxiliar para a enfermagem, na lei que regulamentava o exercício da profissão, marcava, de certa forma, o fim da era ‘romântica’ da enfermagem, período em que esta era livremente praticada por um vasto contingente de trabalhadores nos asilos, casas de convalescença e hospitais. Praticavam a enfermagem diversos atores, tais como membros de ordens religiosas, ajudantes, voluntários e os assim

³⁷ Segundo relata Kruse (2006), a Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas corresponde hoje à Associação Brasileira de Enfermeiras (ABEn). Já os *Annaes Brasileiros de Enfermagem*, criado inicialmente com o intuito de servir de órgão oficial de informação da referida associação, corresponde hoje à *Revista Brasileira de Enfermagem* (REBEn).

³⁸ A legislação, na época, incluía também no âmbito da enfermagem as parteiras e parteiras práticas. Desenvolvia-se, na ocasião, a enfermagem obstetrícia como campo de especialização.

chamados “práticos da enfermagem”, os quais eram trabalhadores sem uma escolaridade definida, mas que lhes era permitida a obtenção de uma licença para exercer esse ofício mediante comprovação de experiência prática nessa atividade. Assim, ao mesmo tempo em que o decreto 2604/55 reconhecia a existência progressiva desses trabalhadores, este também renunciava o seu fim, já que com o tempo estes seriam substituídos ou convertidos em auxiliares de enfermagem. A regulamentação da profissão, dessa forma, favorecia um processo de incorporação de um enorme contingente de trabalhadores, os quais passariam a compor a identidade profissional da enfermagem. No que diz respeito à formação dos auxiliares de enfermagem, Keletemberg et al (2010) observam que o seu currículo era pensado principalmente visando a sua atuação no hospital, carente de pessoal qualificado no período. Conforme o próprio decreto de regulamentação da formação especificava, o “Curso de Auxiliar de Enfermagem” destinava-se ao “adestramento” de trabalhadores para “auxiliar” os enfermeiros nas suas “atividades de assistência curativa” (Brasil, 1949. Apud: KELETEMBERG et al., 2010, p. 29). Além disso, o decreto 2604/55 também reafirmava a posição de subordinação desses trabalhadores, ao afirmar que as suas atividades deveriam ser desempenhadas “sempre sob orientação médica ou de enfermeiro” (BRASIL/PR, 1955).

Segundo Lucena, Barreira e Batista (2010), é principalmente a partir da década de 1950, no intuito de buscar uma maior autonomia para a profissão, que os enfermeiros passariam a procurar uma fundamentação científica para a sua prática, com base sobretudo nas ciências biológicas e da saúde, tais como a anatomia e a microbiologia. Data dos anos 1960 o surgimento das teorias da enfermagem, sobretudo a partir de autoras norte-americanas, as quais buscavam conferir um caráter de ciência à profissão. Ao conhecimento científico se somava a especialização da técnica, expressa na pormenorização e decomposição dos cuidados em tarefas, que deveriam obedecer a finalidades previamente estabelecidas e serem realizadas numa sequência lógica, compondo, dessa forma, os assim chamados procedimentos de enfermagem. Lucena Barreira e Batista citam como exemplo da valorização do conhecimento técnico a popularização do Manual de Técnica de Enfermagem, uma produção nacional da década de 1950 e que seria adotada como livro-texto nas escolas de enfermagem do país. Na introdução desse manual, a técnica seria definida como “o conjunto dos processos de uma arte”, os quais, entretanto, não equivaleriam à totalidade dessa arte: “esta supõe uma inspiração, um ideal e aptidões capazes de uma realização a qual o artista imprime o cunho de sua personalidade” (Apud: LUCENA; BARREIRA; BAPTISTA, 2010, p. 17). Ganhava contornos, como se vê, o ideal moderno da enfermagem, como ciência, ‘arte’ e profissão.

O reconhecimento da enfermagem como profissão pode ser entendido sob a luz da sociologia das profissões. Segundo Dubar (1997), os ofícios e as profissões teriam uma origem ancestral na organização das corporações na idade média, como por exemplo, as corporações de artesãos. Entretanto, enquanto os ofícios estariam mais relacionados ao aprendizado prático dos trabalhos manuais, as profissões estariam relacionadas ao aprendizado intelectual nas universidades. Para esse autor, a oposição entre ofícios e profissões, apesar da sua origem em comum, estaria relacionada a “um conjunto de distinções socialmente estruturantes e classificadoras que se reproduziram através dos séculos” (DUBAR, 1997, p. 124). Para Freidson (1996), toda profissão consistiria num processo de especialização do trabalho, de modo que as profissões se distinguiriam das ocupações pelo seu nível de especialização. Segundo esse autor, um dos mecanismos típicos do profissionalismo seria a utilização do treinamento vocacional como um mecanismo de controle ao acesso para o mercado de trabalho. Dessa forma, enquanto o aprendizado para os ofícios ocorreria tipicamente dentro do mercado de trabalho, o treinamento para o exercício profissional ocorreria em escolas ou instalações segregadas dos locais rotineiros de trabalho, com a garantia de que apenas membros daquela ocupação ou profissão pudessem servir como professores (FREIDSON, 1996). Para esse autor, os ofícios, no passado, tentavam preservar o controle sobre seu trabalho procurando manter segredo sobre o seu corpo de conhecimentos. Entretanto, nenhum desses métodos de controle seria tão efetivo quanto o método utilizado no ensino profissional, já que a constituição de um “corpo docente com dedicação integral tem tempo livre para refinar, revisar e codificar o corpo de conhecimentos”, bem como produzir novos conteúdos, ampliando-se assim o esoterismo em relação aos demais saberes não especializados (FREIDSON, 1996, p. 20).

Segundo Angelin (2010), o processo de profissionalização foi caracterizado como essencial para a modernização, onde a superioridade das profissões sobre as ocupações era associada a valores como a meritocracia e o liberalismo. Como destaca Dubar (1997), o processo de institucionalização de uma profissão se pautaria no estabelecimento de uma relação de interdependência entre o profissional e o cliente, pois este último necessita de um conhecimento especializado para satisfazer a sua necessidade, e o profissional, do mesmo modo, necessita de ter clientes. Segundo Angelin (2010), a importância das associações profissionais vem sendo destacada pela literatura, já que estas desempenhariam a função de garantir o controle ocupacional, a autonomia profissional e a auto-regulação das profissões. O processo de institucionalização de uma profissão caminharia, portanto, no sentido de buscar

produzir um fechamento do acesso a uma determinada atividade, com base em credenciais educacionais, de forma a se tentar garantir, pelas vias legais, um domínio jurisdicional ou seja; a garantia de uma espécie de monopólio sobre a prestação de determinados tipos de serviços, fenômeno que também seria chamado por Freidson (2009, p. 25) como a produção de uma “reserva de mercado de trabalho controlada ocupacionalmente”.

Segundo Franzoi (2008), o processo de surgimento de uma profissão pode ser entendido como uma disputa de poder na sociedade, que se configura como uma luta política e ideológica pela distinção e pela classificação. Nesse sentido, a formação dos grupos profissionais poderia ser entendida “como uma disputa pelo monopólio de mercado, inserida na divisão social do trabalho, mostrando também que o caráter ‘mais’ ou ‘menos científico’ do conhecimento monopolizado por cada grupo profissional não é dado, mas socialmente construído” (FRANZOI, 2008, p. 329). Além disso, prossegue essa autora, o papel legitimador que a ciência possui na sociedade moderna define as relações de poder estabelecidas entre as esferas de criação, transmissão e aplicação do conhecimento formal. Dessa forma, o sistema de credenciamento educacional funcionaria tanto como mecanismo de reserva de mercado de trabalho como elemento para diferenciação entre leigos e profissionais.

Segundo Bourdieu (1989, p. 40), uma profissão é, antes de tudo, uma construção social, “produto de todo um trabalho de construção de um grupo e de uma representação dos grupos”, que se estabeleceu no mundo social. Mais do que isso, esse autor considera que uma profissão funcionaria como campo, se constituindo, portanto enquanto um espaço de relações entre atores em diferentes posições. Segundo Russo et al (2009), o funcionamento de uma dada ocupação profissional enquanto campo significaria dispersão, conflito e contradição: “a necessidade de se demarcar com relação a ocupações vizinhas faz com que o campo passe a funcionar como um corpo” (RUSSO et al., 2009, p. 631). Nesse sentido, apesar da existência de eventuais antagonismos internos, o corpo profissional tenderia a guardar uma unidade, na defesa dos interesses da ocupação frente aos seus opositores externos. Para Bourdieu (1989), a profissão seria tanto uma categoria social quanto mental, ou seja; constituiria também um *habitus*. O processo de constituição da profissão de enfermagem, um processo de décadas e que envolveu desde a criação das suas escolas, associações de classe, regulações e legislações, contribui certamente para a constituição de uma identidade profissional dos enfermeiros, que comporão uma determinada unidade, no movimento de lutas e oposições para delimitação e ocupação de territórios onde antes transitavam, com muito maior liberdade, diversos outros

atores prestadores de cuidados. Segundo Moreira (1998, p. 644), a instituição dos mecanismos de acesso, escolarização e regulação do exercício profissional na enfermagem possuem equivalência com ritos de passagem e símbolos de status, que “demonstram um esforço no sentido de estabelecer valores e uniformizar regras e emblemas para um habitus” da profissão enfermagem.

Ao longo do século XX, a configuração da enfermagem ainda passaria por outras modificações. Estabelecidas as suas bases legais, o corpo de enfermagem lutaria pela sua valorização enquanto categoria e pelo aperfeiçoamento da demarcação das suas prerrogativas no exercício profissional. Na década de 1970, seriam criadas as suas estruturas dos conselhos profissionais regionais e federal (Corens e Cofen), uma demanda antiga das associações de enfermagem. Ao longo das décadas de 1960, 1970 e início dos anos 1980, o profissionalismo avança no país e, especificamente na área da saúde, se estabelecem profissões como a de psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo e farmacêutico, dentre outros. Nessa nova configuração do mercado de trabalho na saúde, em franco processo de especialização, fechamento e estreitamento das regulações, a enfermagem, cuja legislação profissional era mais antiga, ansiava por melhor delimitar o seu território ocupacional. Após anos de mobilizações e intensos debates, a lei do exercício profissional da enfermagem seria finalmente atualizada, já no contexto de redemocratização do país, com a promulgação da lei 7498/86 e do decreto que a regulamentava, no ano seguinte (BRASIL/PR, 1986, 1987). Tal legislação traria pelo menos duas importantes modificações em relação à legislação anterior. Em primeiro lugar, a introdução do conceito de exercício privativo de determinadas atividades aos enfermeiros e seus auxiliares, havendo, inclusive um detalhamento das atribuições de cada um dos níveis de profissionais da enfermagem. Além disso, era prevista a inclusão de uma nova categoria hierárquica na enfermagem, situada entre os enfermeiros de nível superior e os auxiliares: os técnicos de enfermagem, os quais já eram certificados há mais de uma década, porém careciam de reconhecimento legal.

Em meados da década de 1960, como relatam Campos e Oguisso (2008), a Associação Brasileira de Enfermagem, manifestara uma preocupação em melhorar a imagem da profissão perante a opinião pública, de forma a diferenciar com maior clareza o enfermeiro profissional dos demais trabalhadores que também praticavam atividades de cuidado e que eram constantemente associados à enfermagem. Para isso, essa associação chegou a propor, naquele período, que se buscasse uma nova palavra para designar a profissão, já que haveria

um “mau uso” do termo no senso comum, “muitas vezes ligado ao exercício de pessoas (...) com preparação inadequada ou insuficiente ou mesmo a atividades sem compromisso com a moral e bons costumes” (CAMPOS; OGUISSO, 2008, p. 893). Embora a ideia de se inventar um novo nome para a profissão não tivesse sido bem sucedida, o processo de atribuição de novos significados para a atividade de enfermagem acabaria por tornar desnecessária essa demanda. Dessa forma, a diferenciação entre enfermeiros leigos e profissionais se daria tanto pelos instrumentos da burocracia e controles legais, quanto pelos próprios sentidos do termo enfermagem, o qual passaria a ser de uso exclusivo e privativo da corporação profissional.

A atualização da legislação sobre o exercício profissional da enfermagem reforçava a hierarquização inerente a esse campo. Aos enfermeiros de nível superior era assegurada, em caráter privativo, as tarefas de direção, organização e supervisão aos trabalhos de enfermagem, dentre outras atribuições. No que diz respeito à prestação de cuidados diretos, estes eram também delegados conforme o seu grau de complexidade, ou seja; os cuidados de natureza mais simples seriam delegados aos auxiliares, os de natureza intermediária aos técnicos e os mais complexos, aos enfermeiros. Além disso, a legislação também especificava que as atividades desempenhadas pelos trabalhadores técnicos ou auxiliares só poderiam ser desenvolvidas sob a supervisão dos graduados. Note-se, que embora o texto da legislação mencione, logo em seu início, que a enfermagem “é exercida privativamente” pelos profissionais dessa disciplina, somente parte das atribuições dos enfermeiros graduados são efetivamente descritas como sendo de caráter privativo, como por exemplo, a realização da consulta de enfermagem e a ocupação de cargo de chefia de setor de enfermagem. As demais atribuições, tanto dos graduados quanto dos técnicos ou auxiliares, não aparecem listadas como privativas, até pelo seu caráter genérico e comum a muitas profissões de saúde, como por exemplo, a prerrogativa de “participar da equipe de saúde” e o dever de “observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas”, dentre outras (BRASIL/PR, 1986).

Quando a nova lei da enfermagem foi promulgada, em meados da década de 1980, o país vivia o processo de redemocratização que redundou na constituição de 1988. No campo da saúde, estava em plena ebulição o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), o qual, não muito tempo depois, levaria à inclusão da saúde enquanto direito social no texto constitucional e à criação do SUS. No histórico da RSB, a preocupação com a qualificação dos trabalhadores da saúde começa a aparecer com maior intensidade nesse período, principalmente a partir da 7ª Conferência Nacional de Saúde (1980), que ressalta entre os seus

temas prioritários o “Desenvolvimento de Recursos Humanos” para os serviços de saúde. Conforme nos contam Pereira e Ramos (2006), constata-se nesse período que um enorme contingente de trabalhadores, em sua maioria, exercendo funções da enfermagem, possuía escolarização e qualificação precárias, aos quais se somavam as também precárias condições de trabalho que lhes eram muitas vezes oferecidas. A falta de qualificação para o desempenho das atividades é identificada como um fator de risco ou, para citar os termos empregados no período, a escolaridade consistiria num requisito para propiciar “um mínimo de segurança aceitável” na assistência à saúde (BRASIL/ MS, 1980, p. 146).

Toda profissão implica num processo de fechamento em maior ou menor grau de um determinado segmento do mercado, já que o acesso para exercer a atividade laboral em questão fica associado a algum tipo de credenciamento educacional. A instituição de tais restrições não é simples e, do ponto de vista jurídico, necessita possuir justificativa relevante, já que em tese, esta se oporia ao direito de trabalhar, um dos direitos fundamentais que compõe o pacto societário moderno (FRANZOI, 2008). No Brasil, uma das primeiras profissões liberais a conseguir a sua regulamentação foi a medicina, ainda no século XIX, e a batalha dos médicos contra os “curandeiros” e “charlatães” historicamente se pautou na afirmação da superioridade da ciência médica sobre os conhecimentos práticos, alternativos ou vinculados a tradições sem uma base considerada racional do ponto de vista científico (MOTT et al., 2008; PEREIRA NETO, 2000). No histórico do desenvolvimento da profissão médica, não apenas as práticas de cura por pessoa não habilitada passaram a ser apontadas como ineficazes e perigosas, como posteriormente, estas passaram a ser criminalizadas, delito que passou a ser tipificado no código penal nacional como “exercício ilegal da profissão” e, no caso das profissões da saúde, também como “crime contra a saúde pública” (BRASIL/PR, 1940). Desse modo, a restrição à liberdade de trabalho imposta pela regulamentação de uma profissão se justificaria como medida para garantir a segurança e o bem estar da população. Na história das profissões da saúde e, particularmente, na história da medicina e da enfermagem, o reconhecimento da profissão reveste-se, por um lado, como um investimento no desenvolvimento da saúde pública no país. Por outro, este ocorre como um movimento de oposição às práticas tradicionalmente desempenhadas pelos trabalhadores não escolarizados, fato que, em suas últimas instâncias, pode transformar-se em criminalização e judicialização.

Nos anos 1930, quando a missão Rockefeller veio ao Brasil para apoiar a modernização do ensino em saúde, esta vinha imbuída pelos ideais que empreenderiam a reforma do ensino médico norte-americano (KEMP; EDLER, 2004). Flexner, que era apoiado pela Fundação

Rockefeller, defendia a elitização do ensino de medicina, como estratégia para a sua especialização enquanto ciência e desenvolvimento nas universidades. Mas se o início do ensino profissional de enfermagem no país se deu pela elitização, o desenvolvimento e sua consolidação enquanto profissão no país demandaria amplos esforços para popularizar e ampliar a disseminação do seu ensino, sobretudo para as categorias auxiliares e precariamente escolarizadas. Nos anos 1980, a história da enfermagem se confunde com a história da construção de um campo que unia a educação e a saúde, condição necessária não somente para fazer avançar a ideia de construção de um sistema de saúde pública no país, como também para sacramentar o credencialismo educacional como ferramenta de restrição do acesso, num país com dimensões continentais e com um enorme contingente populacional desprovido de acesso aos sistemas de educação e formação profissional.

Quando a lei da enfermagem foi promulgada, em meados dos anos 1980, esta trazia no seu texto uma referência a um tipo de trabalhador da enfermagem que não era previsto pela legislação até então existente, mas era uma realidade no mercado: os atendentes de enfermagem, pessoas que não possuíam escolarização, mas que eram frequentemente contratados pelos hospitais e outros serviços de saúde para desempenharem atividades de enfermagem consideradas mais simples. Apesar de, desde a década de 1950, ser prevista a substituição dos “práticos” por trabalhadores com formação de auxiliar de enfermagem, na realidade isso não ocorreu, muito provavelmente porque, apenas a legislação, isoladamente, não seria suficiente para impor tamanha transformação na organização dos serviços de saúde, sobretudo no que dizia respeito à gestão da sua mão de obra mais barata e, ao mesmo tempo, mais numerosa. A nova regulação trazida pela atualização da lei do exercício da enfermagem, entretanto, ao mesmo tempo em que reconhecia os atendentes e permitia a continuidade, em caráter provisório, das suas atividades laborais, fixava um prazo para que estes fossem definitivamente substituídos nos serviços e estabelecimentos de saúde. É nesse contexto que o Estado, um ator fundamental para a regulação das profissões entra em cena, ao apoiar o desenvolvimento de políticas para a elevação da escolaridade dos trabalhadores da saúde, sendo uma dessas iniciativas pioneiras mais importantes, o *Projeto Larga Escala*, desenvolvido conjuntamente pelo Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social, durante a década de 1980.

Concebido pela enfermeira Izabel dos Santos e pela Professora e pedagoga Ena Galvão, o Projeto Larga Escala destinava-se a promover a escolarização, por meio do ensino supletivo e, simultaneamente, a qualificação profissional dos atendentes e demais

trabalhadores das categorias de base da enfermagem, através de uma metodologia inovadora que valorizava os conhecimentos tácitos dos alunos e levava o processo de instrução para os próprios locais de trabalho dos atendentes, promovendo a díade que seria posteriormente conhecida como integração entre ensino e serviço (PEREIRA; RAMOS, 2006). Em entrevista publicada em 2007, Izabel dos Santos rememora o contexto em que se iniciou a construção dessa política:

havia todo um movimento (...) que fazia a crítica da qualidade dos recursos humanos em saúde. Junto com isto, havia também um grande desejo de mudança. (...) Por outro lado, o desafio era muito grande: construir uma nova proposta de formação de recursos humanos de enfermagem de nível médio. Por que? Porque o prazo dado pela lei que exigia a qualificação dos atendentes [de enfermagem] estava para terminar e a partir daí todos os trabalhadores não qualificados estariam fora da lei. Havia ameaça de desemprego em massa. Os sindicatos estavam muito preocupados e o boato era de que em São Paulo já haviam prendido várias pessoas [por exercício ilegal da profissão] (SANTOS, 2007, p. 854).

Mas, como relata Santos (2007, p. 854), não seria simples colocar em prática essa enorme tarefa:

havia um contingente muito grande de gente para se formar. Na época, já se estimava em 150 mil. (...) A saúde sempre improvisou na área do nível médio. A desculpa era que não tinha gente pronta. Mas eu acho que não era isso só. Tinha também toda uma improvisação e uma racionalidade econômica para fazer saúde com o recurso que era mais barato, porque ficava mais barato trabalhar com atendentes. Quanto maior a qualificação, mais teria que pagar por isto.

O Projeto Larga Escala acabou sendo o embrião para o estabelecimento da rede de centros formadores para o SUS e para a posterior criação, já no século XXI, da *Política de Educação Permanente em Saúde*³⁹, a qual segundo Ramos (2009) caracterizava-se não por ser exclusivamente de formação, mas também de gestão do processo de trabalho em saúde, tendo como eixo principal a integração ensino-serviço. Já no final da década de 1990, o Larga Escala seria substituído por um projeto de proporções ainda maiores: o Profae (Projeto de Formação dos Trabalhadores da Área de Enfermagem), o qual logrou formar centenas de milhares de técnicos e auxiliares de enfermagem em todo o território nacional.⁴⁰ Izabel dos Santos, que também participou da concepção desse projeto, rememora:

³⁹ Posteriormente publicada na Portaria MS/GM 198/2004.

⁴⁰ O Profae foi criado pela portaria 1262/GM-MS, de 15/10/1999. Entre 2000 e 2007, esse programa formou cerca de 300.000 trabalhadores da enfermagem, em sua maioria como auxiliar de enfermagem (207.844) e os demais como técnicos dessa profissão. Para isso, contou com recursos do BID, do Tesouro Nacional e também do Fundo de Amparo ao Trabalhador (BRASIL/MS/SGTES, 2006).

no caso do Profae, a gente tinha duas situações: uma que era um grande estoque de leigos trabalhando e colocando em risco a assistência e a outra que era o perigo de perder o próprio emprego (...) O desafio foi formar 250 mil pessoas em 3 anos. Nunca ninguém tinha feito isso antes. E nós fizemos. Em Washington [sede da Organização Panamericana de Saúde, que financiara parte do programa] o pessoal ficou maravilhado quando contamos essa experiência porque em lugar nenhum no mundo tinha acontecido antes. Isso, sem contar a formação pedagógica dos enfermeiros no nível de especialização. No país todo, foram formados mais de 12.000 docentes-enfermeiros de melhor qualidade” (SANTOS, 2007, p. 857–858).

Enquanto os antigos atendentes de enfermagem eram extintos dos hospitais, por força de fiscalizações, regulações e demais ações normatizadoras, outra categoria de trabalhadores começava a galgar uma maior visibilidade. Não se tratava de uma categoria necessariamente identificada com o setor saúde, já que por definição, estes eram – e continuam sendo – considerados como trabalhadores domésticos. No mundo público dos cuidados na saúde, a constituição de um campo de domínio profissional já fizera com que o próprio significado secular da palavra enfermagem se alterasse, para dar nome a um conjunto de ações, procedimentos e conhecimentos relacionados a uma disciplina e a uma profissão. Mas no mundo privado e domiciliar dos cuidados, o alcance dos olhares e das medidas regulatórias das entidades de classe e agências de vigilância do Estado seria menor. Dessa forma, se a mão de obra leiga dos hospitais se transformaria em profissão, acompanhando o processo de modernização e transformação das ciências da saúde na sociedade, as atividades de cuidado praticadas nos domicílios seguiriam sendo praticadas por familiares ou por empregados contratados para essa finalidade. Mas quando o privado se torna público, ou seja; quando os cuidadores começam a sair da sua invisibilidade, a serem beneficiados de políticas e cursos para a sua formação, quando começam a ter a sua ocupação melhor reconhecida, o colapso entre o domínio público dos cuidados da enfermagem e o mundo privado dos cuidados da família produz um conflito.

“O ato de cuidar não caracteriza o cuidador como um profissional de saúde”, afirmaria, anos mais tarde, o Guia Prático do Cuidador editado pelo Ministério da Saúde (BRASIL/MS, 2008, p. 12). Mas na lógica de muitos enfermeiros ou, para usar um conceito de Bourdieu, no *habitus* da enfermagem os cuidados em sua quase totalidade pertenceriam aos domínios dessa profissão e os cuidadores, considerados leigos, deveriam ser evangelizados e convertidos para a racionalidade terapêutica e instrumental dessa disciplina. Dessa forma, ao analisarmos a história de como o campo dos cuidados vem sofrendo

ingerências e interferências do profissionalismo, não é surpresa o surgimento de um conflito de território ocupacional entre as entidades de classe da enfermagem e as pessoas e organizações que militavam pelo reconhecimento e valorização dos cuidadores de idosos. Mas o que talvez surpreenda é que, diferentemente do que já havia ocorrido em relação a outros grupos de trabalhadores ‘práticos’ do cuidado, dessa vez haveria resistência. Não apenas dos próprios cuidadores, mas também de diversos atores do campo dos cuidados, que não consideravam adequado e nem pertinente o pleito monopolizador das entidades da enfermagem, tendo em vista os interesses maiores da sociedade e a necessidade de se produzir bem estar para a população que envelhece. Mas se a resistência no sentido de afirmar a identidade dos cuidadores na sua singularidade própria lograria alguns êxitos inovadores para a história do desenvolvimento do campo dos cuidados, o conflito com a enfermagem traria consequências trágicas e duradoras para cuidadores, enfermeiros, pessoas e famílias necessitadas de cuidados e para a sociedade em geral.

4.3 Os conflitos pelo cuidado: entre a mercantilização e o interesse público

O compêndio de Atendimento Domiciliar Gerontológico, organizado por Duarte e Diogo (2005), segue todos os padrões das boas publicações da literatura médica. Com encadernação do tipo capa dura e apresentação impecável, o livro reúne autores de renome oriundos de diferentes disciplinas na saúde, e que ao longo de suas quase 700 páginas, buscam apresentar um panorama do que havia de mais atual na temática dos atendimentos gerontológicos em domicílio, no momento da sua publicação. O livro é ilustrado com gráficos, ilustrações e imagens de caráter científico ou instrumental, as quais complementam os conteúdos tratados pelos autores. Atenção domiciliar não deve ser confundida com cuidados no domicílio, já que, segundo definição trazida pelas próprias autoras da publicação, a “intervenção domiciliária” é uma estratégia para se atingir objetivos previamente estabelecidos pelos profissionais ou serviços de saúde, tais como a “estabilidade clínica do cliente” bem como “treinar os familiares” para que esses possam assumir os cuidados (DUARTE; DIOGO, 2005, p. 15, grifo nosso). Diferentemente dos manuais para cuidadores, o tratado de atendimento domiciliar gerontológico não é uma publicação para leigos, mas sim para profissionais (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, dentre outros) que realizarão atendimentos em domicílio.

Na perspectiva do atendimento domiciliar, os cuidadores devem ser orientados, treinados e instrumentalizados para que as metas terapêuticas estabelecidas pela equipe profissional possam ser atingidas. Segundo Duarte e Diogo (2005, p. 14), o cuidador (familiar ou remunerado) não deve ser visto como “um mero executor de ordens ou cumpridor de determinações da equipe interprofissional”. Entretanto, caso o “cliente ou a família” apresentem resistência às orientações propostas, esta seria uma justificativa plausível para a interrupção do atendimento. Para Gonçalves, Alvarez e Santos (2005, p. 103), “treinar pessoas leigas para o cuidado (...) constitui-se numa responsabilidade sem par”, porém inevitável, já que o número de profissionais habilitados seria “insuficiente” para dar conta da “demanda crescente de idosos”. Entretanto, o acesso a conhecimentos e treinamentos por parte de trabalhadores “leigos” seria motivo de preocupações para as autoras, que defendem que os conteúdos da formação sejam elaborados de forma “específica, segundo um diagnóstico do contexto e situação”, já que as necessidades de treinamento do cuidador de um idoso “independente em suas funções físicas” seriam distintas, por exemplo, daquelas de um idoso “acamado”, com depressão ou “portador” da Doença de Alzheimer, dentre outros (GONÇALVES; ALVAREZ; SANTOS, 2005, p. 106).⁴¹

O lançamento do PNCI, em finais da década de 1990, motivara discussões sobre a temática dos cuidadores no âmbito da enfermagem. O texto de Gonçalves, Alvarez e Santos (2005, p. 104) reproduz, segundo nota de rodapé inserida no mesmo, um documento elaborado em 1998 e encaminhado pelas autoras para a ABEN, naquele ano, a fim de subsidiar uma discussão sobre “cuidadores leigos na área gerontológica”. Segundo esse documento, algumas inquietações motivavam a discussão desse tema, tais como a necessidade de se esclarecer que conexões existiram entre os cuidadores e “a categoria da profissão de enfermagem”, bem como se haveria a emergência de “outra categoria profissional” a ser instituída entre as já existentes (GONÇALVES; ALVAREZ; SANTOS, 2005, p. 104). Na sua exposição de motivos, essas autoras não consideram que o “cuidar seja uma prerrogativa da profissão de enfermagem”, porém defendem que a enfermagem tenha uma parcela de responsabilidade no “manejo das condições crônicas” que incidem sobre a “clientela idosa”. Em relação à formação de cuidadores, as autoras consideram que o “bom treinamento é

⁴¹ O argumento de que o conhecimento dos cuidadores deve ser ‘limitado’ ou ‘personalizado’ é tema recorrente nos tensionamentos entre o campo das profissões e os ‘leigos’. Este parece expressar a preocupação, de cada disciplina, em manter o máximo de controle sobre o seu campo de atuação. Por outro lado, o efeito de tal posicionamento é a reprodução de uma relação hierarquizada onde os cuidadores são deslegitimados em sua autonomia e vistos como recipientes ‘passivos’ de um saber que não lhes pertence.

essencial”, porém, questionam: “como assegurar que o exercício do cuidado (...) seja seguro e de qualidade?” (GONÇALVES; ALVAREZ; SANTOS, 2005, p. 107).

Diferentemente dos demais capítulos, de caráter mais acadêmico que compunham o compêndio sobre atendimento domiciliar gerontológico, o capítulo sobre os “cuidadores leigos” enveredava por discussões associadas às temáticas da legislação e regulação profissional e, conseqüentemente, espelhava as disputas de território ocupacional que ocorriam no período da sua publicação. A começar pela própria definição dos cuidadores enquanto “leigos”, termo que se opõe aos saberes profissionais, cujo conhecimento derivaria de uma racionalidade científica. Reforça-se, dessa forma, uma relação de hierarquia entre o “leigo” que prestará os cuidados e os profissionais que, por meio dos seus atendimentos, fornecerão orientações e prescrições quanto às tarefas a serem desempenhadas no cuidado ao “cliente”. Sob essa perspectiva, o conhecimento e o acesso a informações pode representar um risco, e dessa forma, os conhecimentos passados para os cuidadores por meio de treinamentos devem se ater ao mínimo necessário para que este desempenhe as tarefas que dele se espera. De fato, a própria ideia de uma personalização das orientações prestadas conforme as necessidades do “idoso” anula qualquer perspectiva de uma escolarização para os cuidadores, já que o treinamento consistiria, basicamente, em orientações prestadas nos próprios domicílios, sob responsabilidade dos profissionais designados para atender a família e os seus membros dependentes.

A substituição da escolarização ou formação inicial pelo atendimento/treinamento individual implicaria ainda numa outra diferença importante. O conceito de cuidador leigo está mais relacionado à função de ser (ou estar) cuidador, do que propriamente ao reconhecimento de uma identidade social ou laboral dos cuidadores. Ao se valorizar a orientação individual em detrimento dos cursos, grupos e demais iniciativas destinadas à formação inicial e continuada, esvazia-se também o senso de coletividade que os cuidadores e cuidadoras poderiam adquirir. Da mesma forma, seus saberes, ainda que de base empírica, são também desqualificados por princípio, já que os espaços destinados a discussões e ensino para uma coletividade se prestam também a valorizar a troca de experiências e a reflexão conjunta entre integrantes de um mesmo grupo. Para Gonçalves, Alvarez e Santos (2005), a “legalização” da atividade de “cuidador leigo” poderia ser um equívoco, que careceria de uma maior discussão. Essas autoras lembram do esforço que vinha sendo empreendido para extinguir definitivamente a figura dos “atendentes de enfermagem”, os quais exerciam

“atividades de cuidado sem qualquer qualificação”, e consideram que, ao invés de regularizar os cuidadores, seria “mais coerente” investir na formação de auxiliares de enfermagem que recebessem uma especialização, na sua formação básica, “para o cuidado domiciliário do idoso” (GONÇALVES; ALVAREZ; SANTOS, 2005, p. 109).

Quando o livro organizado por Duarte e Diogo (2005) foi publicado, o conflito da enfermagem com os cuidadores já havia se deflagrado. O período em que os cuidadores começam a ganhar cada vez maior visibilidade, a partir de meados da década de 1990, coincide com o fortalecimento das ações de fiscalização, judicialização e criminalização, por parte dos conselhos de enfermagem, contra o exercício das atividades de enfermagem por “leigos”, tendo como objetivo extinguir definitivamente a presença dos “atendentes” dos serviços e estabelecimentos de saúde⁴². As ações voltadas para os cuidadores de idosos, interessante ressaltar, não costumavam caracterizar esses trabalhadores, preponderantemente domiciliares, como pertencentes ao setor saúde, fato que se refletiu com clareza na elaboração da família ocupacional dos cuidadores pelo MTE. Mas enquanto os cuidadores de idosos desempenhavam de forma livre as suas atividades no espaço privado do cuidado nos domicílios e residências, os serviços de saúde e hospitais radicalizavam o seu processo de medicalização, especialização e profissionalização.

Segundo Brêtas e Yoshitome (2005, p. 111), apesar de alguns dos principais teóricos da história da enfermagem situarem essa disciplina como a “ciência do cuidado”, é inegável que “na ótica do senso comum”, o cuidado seria exercido por uma variada gama de atores, tanto no âmbito da família e da comunidade como em instituições e abrigos. Assim, o cuidado deveria ser considerado como conceito ampliado, a envolver diferentes participantes e ser entendido como uma construção que envolve tanto os profissionais como familiares e os próprios indivíduos recipientes do cuidado. Desse modo, a premissa de que os cuidados seriam “exclusivos” da enfermagem seria extremamente limitante e, na visão de Brêtas e

⁴² Em meados da década de 1990, ou seja; cerca de uma década depois da atualização da lei do exercício profissional da enfermagem, o COFEN emitiu uma resolução para definir de que forma pessoas “sem formação específica” poderiam realizar tarefas da enfermagem nos estabelecimentos de saúde públicos ou privados. A resolução 185/95 definia que esses trabalhadores só poderiam realizar as denominadas “tarefas elementares de enfermagem”, as quais foram especificadas numa outra resolução emitida como anexo. Entendia-se, segundo constava do texto da época, que as atividades elementares de enfermagem seriam aquelas que “compreendem ações de fácil execução e entendimento, baseadas em saberes simples, sem requererem conhecimento científico, adquiridas por meio de treinamento e/ou da prática” e que “não envolvem cuidados diretos ao paciente (...) mas contribuem para que a assistência de Enfermagem seja mais eficiente” (COFEN, 1995, grifo meu). Na sequência do detalhamento de tais atividades, a resolução se referia a atividades de cuidados e organização da rouparia, limpeza do ambiente e transporte de “clientes de baixo risco” em macas ou cadeiras de rodas, dentre outras atribuições.

Yoshitome (2005), seria preferível a adoção de uma perspectiva transdisciplinar sobre a questão.

Do ponto de vista teórico, a reivindicação de uma primazia da enfermagem sobre os cuidados estaria longe de ser um consenso, mesmo no âmbito da própria disciplina. Mas do ponto de vista das ações corporativas da categoria, ou seja; por meio das atuações que as entidades de classe passaram a adotar para defender e ampliar o seu território ocupacional, o movimento no sentido de tentar abarcar os cuidados só fez avançar. Mas se os conselhos e órgãos da enfermagem foram exitosos na transformação da rede formal de saúde em espaços populados apenas por profissionais habilitados, o mesmo não se poderia dizer dos espaços privados que compõem a rede informal de cuidados. Os limites entre os sistemas formal e informal de cuidados ou, para citar Sennett (1999), entre a vida pública e a privada, sempre funcionaram, nos parece, como uma espécie de barreira, de modo que o espaço íntimo onde residem os indivíduos permanecesse até certo ponto preservado de algumas das forças corporativas que passaram a dominar o espaço público.

Cuidar de um familiar em casa não faz de uma filha ou de uma esposa uma enfermeira. É possível que no sentido ancestral do termo, anterior à sua apropriação por uma profissão, o adjetivo pudesse ser empregado com esse significado, mas no cenário contemporâneo dos cuidados, os enfermeiros são profissionais legalmente habilitados e as pessoas que cuidam de parentes, cuidadores. Mas na dicotomia estabelecida entre os trabalhadores formais e informais e entre os domínios da vida pública e privada, uma figura parece não se encaixar facilmente nos lugares previstos, por situar numa espécie de região fronteira entre cada um desses polos: os cuidadores remunerados, pessoas que exercem atividades semelhantes as que são exercidas cotidianamente pelas famílias, mas não por motivações afetivas. Além disso, apesar da sua falta de acesso a uma escolarização para a função, cada vez mais lhe eram ofertadas ‘capacitações’, geralmente de curta duração, tais como os cursos para cuidadores, cada vez mais disseminados e populares, inclusive contando com apoio do Estado por meio de políticas voltadas para esse fim. Desse modo, embora a profissão de cuidador não existisse, a ocupação remunerada começava a se fazer cada vez mais visível e, se o serviço de cuidados costumava receber variados nomes, tais como acompanhante, gerositter ou atendente, a adoção do termo cuidador como designação para conferir uma determinada identidade para esse tipo de trabalhador em particular começa a ficar mais visível e fortalecida.

O conflito da enfermagem com os cuidadores tem como um dos marcos do seu início a adoção de uma série de medidas, por parte das entidades de classe dessa profissão, no sentido de tentar coibir a existência dos cursos para cuidadores, bem como tentar impedir a sua contratação por pessoas jurídicas, como instituições para idosos e empresas de cuidado domiciliar. Em 1999, ainda no primeiro ano de funcionamento do PNCI, uma decisão do COREN-SP proibia a participação de profissionais de enfermagem como docentes ou supervisores de estágio nos cursos para cuidadores realizados naquele estado, sob risco de punição ética. Em 2000 e 2001, os COREN do Distrito Federal e do Rio de Janeiro emitiram resoluções semelhantes e, em 2008, o COREN de Mato Grosso faria igual.⁴³ A decisão de proibir os enfermeiros de participar dos cursos de cuidadores significou, de maneira mais imediata, um sacrifício para a própria enfermagem, já que muitos profissionais dessa área estavam engajados em diversos projetos, inclusive em universidades e equipamentos da política pública, destinados à formação de cuidadores, os quais eram considerados como necessários, tendo em vista o processo de envelhecimento da população. Mas sob um regime que instituiu ameaças e perseguições aos profissionais que se dedicavam a essa atividade, há um retraimento na participação dos enfermeiros nas iniciativas formativas para cuidadores que, como seria de se esperar, se fragilizam.

Embora a proibição da participação de enfermeiros como professores nos cursos de cuidadores não tenha se dado no nível federal, a sua adoção por alguns dos estados de maior influência no país produziu inegavelmente um ruído no processo de reconhecimento social dos cuidadores, num dos momentos cruciais para a sua valorização enquanto trabalhadores e atores sociais alinhados com as políticas voltadas para a pessoa idosa. Desse modo, o processo de construção da percepção social sobre os cuidadores passaria a sofrer atravessamentos que questionavam a legalidade da sua existência e a legitimidade para o desempenho das suas atividades laborais, tendo em vista a já consolidada existência da profissão de enfermagem⁴⁴.

⁴³ Esse levantamento não é exaustivo: há alguns COREN que adotaram a medida e outros, que não. A decisão é polêmica e desperta reações de apoio ou repúdio, inclusive da parte dos próprios enfermeiros.

⁴⁴ Segundo Freidson (1996), um dos elementos que caracteriza a existência de uma profissão é o esoterismo do seu saber, ou seja; a separação entre a expertise dos seus profissionais e o saber leigo. No caso da enfermagem, fica patente que, apesar da sua consolidada existência no país, a capacidade do seu corpo de conhecimentos e práticas se manterem esotéricos e apartados do senso comum, é nitidamente inferior à de outras profissões tradicionais, como por exemplo a medicina e a psicologia. O caso, portanto, da cassação da liberdade dos enfermeiros para atuarem como meros instrutores em cursos abertos para a população, como os cursos para cuidadores, é inequívoco sinal desta fragilidade, o que leva essa profissão a recorrer a medidas desse tipo para

O afastamento imposto aos enfermeiros claramente violava alguns de valores que vêm sendo defendidos na consolidação da RSB e construção de um sistema público de saúde no país, como o acesso livre à informação e a necessidade de contribuir para a educação em saúde da população brasileira. Cursos para cuidadores são, basicamente, cursos oferecidos e abertos para a comunidade, e entre os seus alunos encontram-se variados atores envolvidos com a população idosa, tais como familiares, trabalhadores domésticos e trabalhadores das políticas de saúde ou de assistência social, principalmente ocupantes de funções de nível médio, dentre outros. As informações disseminadas em iniciativas desse tipo contribuem também para o esclarecimento da população sobre o envelhecimento e sobre como melhor acolher e cuidar dos idosos com algum tipo de vulnerabilidade. Interessante lembrar que na concepção original do PNCI, os discentes dos cursos assumiriam também uma função de multiplicadores de conhecimento.

A grande preocupação dos CORENs, entretanto, parecia ser a necessidade em tentar regular o emergente mercado privado de cuidados no domicílio. No mesmo período em que a normativa contra o ensino de cuidadores foi emitida, outras resoluções voltavam-se para a regulamentação de uma modalidade de serviço que estava crescendo em importância: os serviços de “enfermagem domiciliar” ou, como ficaram conhecidos no mercado, “home care”. Nesse sentido, o mesmo COREN-SP emite a decisão DIR/006/1999, que estabelece que as empresas que prestam serviços de “Atendimento de Enfermagem Domiciliar - Home Care” tenham os seus cargos de direção e coordenação ocupados por profissionais enfermeiros. Além disso, o texto preconiza que a equipe de “assistência ao paciente em seu domicílio” seja composta “exclusivamente” por enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem (COREN-SP, 1999, grifos nossos). Para que não restasse nenhuma dúvida sobre tal obrigatoriedade, o mesmo documento explicitava ainda que “não poderão estar vinculados à empresa, atendentes de enfermagem, “baby sitter”, acompanhantes e similares” (COREN-SP, 1999, grifos nossos)

45

A transformação de serviços de ‘cuidado em casa’, como seria, possivelmente, uma tradução livre do termo ‘home care’, em “enfermagem domiciliar” passa pela forte

buscar assegurar a sua primazia profissional. Entretanto, ao lançar mão de recursos como este, esta prejudica a sua credibilidade perante a sociedade.

⁴⁵ Friedson (1996) observa que uma das características do profissionalismo é a autoregulação profissional, fruto da conquista de autonomia por parte de uma profissão. As resoluções dos conselhos de enfermagem são exemplos claros desse ‘legislar em causa própria’. Mas, em se tratando precisamente de medidas de autoregulação, sua abrangência está limitada, nos parece, ao próprio corpo profissional da enfermagem, não podendo incidir sobre outras categorias de trabalhadores.

incorporação de referenciais, procedimentos, conceitos e práticas da assistência médica. Nesse sentido, além da óbvia transformação dos indivíduos recipientes dos cuidados em “pacientes”, todo um instrumental técnico e procedimental pertencente à organização dos serviços de saúde seria transposto para o domicílio. Como exemplo, o texto do COREN-SP que regulamentava a enfermagem domiciliar, previa a obrigatoriedade das empresas adotarem procedimentos como a “sistematização da assistência de enfermagem que abranja a consulta de enfermagem, evolução, prescrição de enfermagem e supervisão contínua”, bem como a adoção do “prontuário do paciente para o registro do histórico, da prescrição e evolução (...), assim como a atuação de todos os membros da equipe multi-profissional” (COREN-SP, 1999). À regulamentação da matéria em São Paulo, maior mercado do país, se seguiria uma resolução para o país, emitida pelo COFEN.

Historicamente, a profissão de enfermagem sempre esteve muito associada e vinculada às instituições, como por exemplo, o hospital. Quando o COFEN decide legislar sobre a prestação de serviços de enfermagem ao nível domiciliar, entretanto, este chama a atenção para outra faceta da atuação profissional dos enfermeiros, ao ressaltar que a modalidade assistencial domiciliar “exprime, significativamente, a autonomia e o caráter liberal do profissional enfermeiro” (COFEN, 2001). Esse deslocamento, de transposição da enfermagem para o contexto extra-hospitalar e de direcionamento dessa disciplina para os âmbitos comunitário e familiar, seria caracterizado pela perspectiva de que as ações dos enfermeiros não se restringissem somente ao cuidado nas situações de adoecimento e convalescença, mas que ela também pudesse contribuir para a promoção da saúde. Esse duplo movimento, de tentar libertar-se do lócus hospitalar e, simultaneamente, buscar abranger não apenas o cuidado na patologia, mas uma inserção na vida cotidiana sob a justificativa da “prevenção, recuperação e reabilitação” da saúde, faria com que as perspectivas de atuação dos enfermeiros no mercado de cuidados se ampliassem exponencialmente. Ao mesmo tempo, a expansão dos domínios da intervenção médica/de enfermagem sobre questões do cuidado social e da vida cotidiana representaria também um movimento no sentido de transformar em problemas das profissões de saúde cenários e situações que não estavam, necessariamente, nesse âmbito.

A resolução do COFEN sobre a enfermagem domiciliar repetia a recomendação, já existente em alguns estados, de que as equipes das “empresas prestadoras de serviços” fossem compostas “exclusivamente” por enfermeiros, técnicos e auxiliares, “devidamente registrados

e em dia com as obrigações junto aos conselhos profissionais” (COFEN, 2001). Além disso, esta classificava o cuidado domiciliar segundo três níveis de complexidade, subdivisão que guardaria uma correspondência com a divisão da hierarquia da enfermagem, também em igual número de níveis. No que diz respeito aos cuidados de menor complexidade, a resolução afirmava que naquele nível estaria caracterizada uma “investigação do processo saúde/doença”, e que portanto o “cliente” necessitaria de “procedimentos técnicos-científicos” relacionados às “prevenções, promoção e manutenção do estilo de vida saudável” (COFEN, 2001). Ainda segundo a mesma resolução, somente no nível de maior complexidade é que estaria caracterizada a existência de “uma doença em curso”, fato que justificaria o atendimento na modalidade de “internação domiciliar” (COFEN, 2001).

É razoável pensarmos que pessoas muito doentes ou com necessidades mais complexas de cuidado possam se beneficiar de cuidados prestados por profissionais habilitados para tal. Se os cuidados que a pessoa necessita são cuidados técnicos, com nível de dificuldade incompatível com a sua realização por outras pessoas, ninguém será contra a indicação de um profissional capacitado, de forma a garantir a prestação dos cuidados necessários. Mas a transposição de todo e qualquer cuidado para a alçada de uma única disciplina ou mesmo para um único setor, a saúde, é fato bem mais complicado e que está longe de se firmar por consensos. No embate da enfermagem com os cuidadores e, mais ainda, na pretensa ampliação do escopo de atuação das profissões da saúde para a conquista de um mercado de proporções ilimitadas, o que parece estar em jogo são questões como a transformação da dependência numa condição análoga à doença, bem como o recobrimento de diversas questões da vida social por um referencial das ciências da saúde, fenômeno conhecido como ‘medicalização da vida’. A pretensa hegemonia da enfermagem sobre os cuidados encontraria, por essas razões, algumas resistências, ainda que não necessariamente organizadas e, comprovadamente, não tão bem aparelhadas quanto os órgãos de representação de classe e defesa de interesses corporativos.

No âmbito da própria enfermagem, as normativas que, de forma deliberada, buscavam causar prejuízos ao ensino de pessoas cuidadoras, vinham sendo questionadas por pessoas envolvidas no ensino e pesquisa em geriatria e gerontologia. Um dos conselhos que havia tentado proibir a realização dos cursos de cuidadores, o COREN-DF revoga a sua decisão pouco tempo depois de colocá-la em prática, por entender que “treinar familiares, amigos ou qualquer outro profissional que preste serviços à pessoa ou à família em seu domicílio não

significa profissionalizar esses indivíduos” (COREN-DF, 2003). Em São Paulo, foco maior da resistência contra os cuidadores, um movimento liderado pela Profa. Yeda Duarte, da Escola de Enfermagem da USP, uma autora de grande visibilidade na literatura geriátrica nacional, buscava reverter a decisão do COREN-SP, a qual ameaçava ou até mesmo impedia o desenvolvimento de diversos projetos voltados para a formação de trabalhadores e apoio às famílias que cuidavam de idosos dependentes. Na tentativa de se obter um consenso sobre o assunto, foi realizado na USP um “workshop”, em dezembro de 2001, para se discutir aspectos os “aspectos legais, educacionais e sociais relacionados às atividades desenvolvidas pelos cuidadores de pessoas com incapacidades” (DUARTE, 2006, p. 41). Para participar da discussão foram convidados, além de representantes do conselho de enfermagem, representantes da coordenação da Política Nacional do Idoso, gestores da Secretaria Estadual de Saúde, docentes e pesquisadores de outras universidades e ainda, representantes de ILPI e de serviços de assistência domiciliar. Os resultados da discussão seriam posteriormente publicados por Duarte (2006).

Conforme relata Duarte (2006), como consequência do envelhecimento populacional e aumento dos indivíduos com doenças crônicas ou incapacidades, os cursos para cuidadores teriam se multiplicado, acompanhando também o aumento da oferta de serviços para cuidado no domicílio. Os cursos, como pondera essa autora, teriam uma importante função no sentido de prestar orientações e facilitar o dia-a-dia das pessoas cuidadoras, contribuindo ainda para a prevenção de “iatrogenias” e minimizando as condições de “estresse” do cuidador, já apontadas em muitas pesquisas na área (DUARTE, 2006). Na organização dos cursos, os enfermeiros teriam ocupado posições de protagonismo, já que uma parcela das orientações ali prestadas estava relacionada a atividades identificadas com a disciplina da enfermagem. Parte do impasse em torno dos cursos para cuidadores, prossegue Duarte (2006), derivaria do posicionamento do Conselho de Enfermagem de aceitar somente o cuidador familiar como destinatário das orientações prestadas pelos enfermeiros, as quais deveriam ser dadas de forma individualizada para cada família ou cliente.

Na discussão que se seguiu teriam sido obtidos alguns consensos. Primeiramente, reconhecendo que os enfermeiros seriam fundamentais para a orientação de cuidadores, familiares ou não, e que deveriam estar presentes e fornecer as orientações necessárias tanto individualmente ou por meio de cursos. Porém, ressalta Duarte (2006), tais cursos deveriam limitar o seu ensino apenas para os cuidados relacionados às atividades da vida diária,

evitando dessa forma que fossem ensinados quaisquer conteúdos identificados com as atividades técnico-científicas da enfermagem, como por exemplo, procedimentos invasivos e curativos complexos, dentre outros. Outro ponto de consenso seria que as ILPI, bem como os serviços de assistência domiciliar poderiam ter em seus quadros cuidadores contratados, desde que a esses coubessem somente funções relacionadas ao auxílio para as já mencionadas atividades do dia a dia. Por fim, outro aspecto pactuado foi que os enfermeiros poderiam prestar orientações individuais que fugissem ao escopo dos cursos, sob a justificativa de que, do ponto de vista ético-moral, estas seriam imprescindíveis para o bem estar do “cliente”. Porém, nessas circunstâncias, a responsabilização pelas ações delegadas permaneceriam com o profissional da enfermagem (DUARTE, 2006).

O resultado favorável da oficina realizada na USP contribuiu para apaziguar alguns dos tensionamentos existentes em São Paulo no que diz respeito aos cuidadores, mas não logrou, evidentemente, sanar definitivamente todos os conflitos que ocorriam e ainda seguem existindo no campo dos cuidados. Contudo, permitiu que algumas ações pudessem ser retomadas, dentre elas, a participação dos enfermeiros no ensino de cuidadores, ao menos naquele estado. No Rio de Janeiro, entretanto, a decisão pela proibição de participação dos enfermeiros nos cursos permanece ainda em vigor, decorridos muitos anos da sua publicação. Além disso, instituições e empresas que contratam cuidadores são alvos constantes de fiscalização e pressões pela sua demissão. Daí se entende, sem equívocos, a iniciativa da Deputada Estadual Enfermeira Rejane, no Rio de Janeiro, ao propor a resolução do conflito com base numa legislação que simplesmente delegasse aos profissionais da enfermagem a prerrogativa pelos cuidados. Entretanto, ao menos nessa ocasião, tal intento não seria bem sucedido, não apenas em função das resistências de atores da gerontologia e da gestão pública que se apresentaram, mas também, de maneira inédita, por mobilização das próprias cuidadoras.

Para Vasconcelos (2008b, p. 53), a proposta de interdisciplinaridade na saúde convive comumente com uma “sombra”, produzida por “um conjunto de estratégias de saber/poder, de competição intra e intercorporativa e de processos institucionais e socioculturais muito fortes, que impõem barreiras profundas à troca de saberes” e às práticas profissionais colaborativas. Este parece ser um dos impasses vivenciados no conflito da enfermagem com os cuidadores, conflito este que é também com as outras disciplinas que compõem o campo geriátrico-gerontológico, definido desde seus primórdios como sendo de natureza multidisciplinar e

portanto, multiprofissional. Ao retirar-se da formação dos cuidadores, a enfermagem não apenas prejudica mais diretamente estes trabalhadores, que têm sua formação fragilizada e, por tabela, atinge também à população idosa, mas também produz uma ruptura com a integração entre saberes e disciplinas que vem se constituindo no âmbito da gerontologia para pensar a questão dos cuidados, sendo a temática da formação, um dos assuntos em permanente construção. Vasconcelos (2008b) considera que não é apenas oportuno como também urgente, tendo em vista diversos exemplos ocorridos no país, que as legislações profissionais possam ser discutidas, com vistas a se criar bases jurídicas que previnam conflitos e sustentem o processo de democratização das equipes interdisciplinares, de modo a se proteger os direitos daqueles que são os usuários e beneficiários das políticas sociais e de saúde.

Capítulo 5: Cuidado e bem estar no Brasil: impasses e desafios

“A nova grande internacionalização será a internacionalização dos idosos”
(Rotelli, 2008)

Rio de Janeiro, outubro de 2008. Num hotel em Copacabana – bairro conhecido nacional e internacionalmente tanto pelo seu passado glamoroso quanto pela sua grande concentração de moradores idosos –, um pequeno grupo de autoridades, imprensa e personalidades da área gerontológica prestigiam o lançamento do Programa Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos (PNFCI), do Ministério da Saúde. A data coincide com a comemoração dos cinco anos do Estatuto do Idoso, a mais importante legislação dedicada à proteção dos direitos do idoso, que estabeleceu entre as suas prioridades a “capacitação e reciclagem” de trabalhadores “nas áreas de geriatria e gerontologia” e “na prestação de serviços aos idosos” (BRASIL/PR, 2003). A ideia, segundo anunciado no dia, era formar dezenas de milhares de cuidadores em todo o território nacional, dando início a um processo de estabelecimento de uma política pública para os cuidados da população que envelhece⁴⁶.

A iniciativa de se implantar uma política voltada para a qualificação de cuidadores ocorre num contexto em que a preocupação, por parte dos gestores, especialistas e da sociedade em geral vem se voltando de forma cada vez mais crescente para as necessidades de se preparar o país, através de suas políticas públicas, redes de serviços e recursos institucionais para o processo de envelhecimento da população brasileira. Apesar de o país ter adotado, já há alguns anos, propostas propagadas por agências internacionais e que enfatizam a priorização do investimento em ações voltadas para a promoção da saúde, prevenção de doenças, manutenção da autonomia e adoção de estilos de vida capazes de proporcionar um “envelhecimento ativo” para a população (OMS, 2005), os recursos para cuidar daqueles cuja saúde, funcionalidade e condições de vida não se enquadram nos ideais do envelhecimento “saudável e ativo” seguem permanecendo aquém das necessidades (BRASIL / MS, 2006a).

A ideia de que a provisão de cuidados deve ser incorporada aos sistemas de seguridade social dos países está relacionada com a constatação de que os sistemas de saúde, assistência e previdência social tradicionais e historicamente estabelecidos não são suficientes para fazer frente aos novos desafios trazidos pelo processo de envelhecimento das populações (BATISTA et al., 2008). A essas limitações, somam-se também as dificuldades que as

⁴⁶ Entre 2011 e 2013 e de forma concomitante ao meu doutorado, empreendi uma pesquisa específica cujo objetivo era produzir um registro sobre o PNFCI. Os resultados dessa pesquisa foram publicados em Groisman (2013), e foram parcialmente incorporados para a elaboração deste capítulo.

famílias vêm encontrando para sustentar o cuidado domiciliar prolongado daqueles que se tornam dependentes, em um contexto em que a própria conformação da família vem se alterando.

No caso brasileiro, o PNFCI não atenderia a todas as necessidades associadas à implantação, de fato, de uma política para o cuidado, dado que as medidas destinadas à qualificação dos cuidadores compõem apenas uma parte do arcabouço de soluções que vêm sendo adotadas em outros países, as quais combinam benefícios monetários com a oferta de uma vasta gama de serviços voltados para o gerenciamento, apoio e prestação dos cuidados. Mas o PNFCI certamente representaria um passo importante, sobretudo ao trazer visibilidade para uma categoria de trabalhadores emergente e em busca de reconhecimento – os cuidadores de idosos –, que ganhariam um fortalecimento na sua qualificação e se beneficiariam de oportunidades de integração com as políticas públicas já existentes. Mas nem o mais pessimista dos convidados presentes ao seminário de lançamento do PNFCI poderia imaginar que, decorridos alguns poucos meses depois do seu início, o programa seria irrevogavelmente interrompido. No país jovem, porém de cabelos brancos, formar cuidadores deixaria de ser uma responsabilidade da política pública e se manteria enquanto problema das famílias e privilégio do mercado.

Um conhecido texto do antropólogo norte-americano Lawrence Cohen (1998), dizia que “não existe velhice na Índia”, uma expressão para sintetizar a percepção que ele teve ao se deparar com o fato de que, em determinados contextos culturais, os diagnósticos ocidentais sobre a senilidade e as demências não faziam sentido no âmbito das crenças locais (Apud: GROISMAN, 2002). Mas será que o Brasil, país exótico e tropical, seria uma terra onde também não existiriam nem a dependência e nem os cuidados? Será que em nossas belas capitais litorâneas e turísticas, onde pessoas ‘saradas’ de diferentes idades exibem seus corpos e sua saúde, não haveria lugar, no espaço público para a dependência e para os cuidados?

Neste capítulo, damos prosseguimento à nossa história sobre os cuidados e os cuidadores, enfocando dois momentos importantes do seu desenvolvimento mais recente. Em primeiro lugar, apresentamos um estudo de caso da segunda experiência de qualificação de cuidadores como política pública, o breve PNFCI, onde tentamos identificar as motivações que levaram à sua retomada e o jogo de forças que se impôs para que esse fosse interrompido. A segunda parte desse capítulo retoma a análise das forças pró e contra o reconhecimento social dos cuidadores, porém numa arena diferente: a luta pela regulamentação da profissão.

5.1 Retomando a política nacional para cuidadores: tímidos avanços e alguns retrocessos

Desde que o PNCI se descontinuara, por volta do ano 2000, que se cobrava a reativação de uma iniciativa voltada para contemplar o problema do cuidado das pessoas idosas. Em 2002, o MS havia feito uma tentativa de fortalecimento da sua política direcionada para o segmento idoso, ao propor a criação de “redes estaduais de atenção à saúde do idoso”, as quais seriam organizadas em torno de serviços especializados e centros de referência para atendimento geriátrico e gerontológico. A implantação e estruturação de tais redes, como aponta Groisman (2014), nunca se deu da forma como estava prevista, porém a intenção em se criar uma rede especializada em atendimentos e também para cuidados dos idosos motivou a elaboração de uma proposta de retomada do programa de formação de cuidadores, naquele período. É nesse contexto que, em junho de 2003, uma nova portaria emitida conjuntamente pelo Ministérios da Saúde e da Assistência Social institui uma comissão visando a retomada da coordenação do PNCI. A primeira tarefa dessa comissão, conforme especificado na mesma portaria, seria a elaboração, num prazo de 60 dias, de uma proposta para implementação de uma “Rede Formal de Apoio, Acompanhamento e Orientação de Cuidadores de Idosos, com base na análise das estratégias utilizadas pelo Programa Nacional de Cuidadores de Idosos” (BRASIL/ MS/MAS, 2003).

Mas apesar das ótimas intenções, calcadas na política nacional do idoso e na constatação, mais do que justificável, da necessidade de se constituir uma rede de cuidados para uma população cada vez mais envelhecida, o prazo de 60 dias fixado pela portaria se esgotaria sem que o referido programa fosse reativado. As razões para o fracasso dessa tímida tentativa de retomada não são de todo conhecidas, mas um dos fatores apontados é o fato de que, num contexto de mudança recente de governo, haviam ocorrido algumas discontinuidades na gestão de secretarias e cargos subordinados aos ministérios. Some-se a isso a já estrutural e arraigada falta de investimentos nas políticas de saúde e assistência social, e a tendência pela focalização da assistência, fatores que sempre seriam dificultadores para a construção de políticas e programas voltados para o segmento populacional idoso.

A retomada da formação de cuidadores só ocorreria, dessa forma, alguns anos mais tarde, já durante o segundo governo Lula (2007-2010), período que foi um pouco mais profícuo no que diz respeito às ações governamentais destinadas a tal finalidade. Em 2008, o governo editara e fizera uma ampla distribuição de duas publicações importantes e voltadas especificamente para as pessoas cuidadoras: o Guia Prático do Cuidador (“GPC” -

BRASIL/MS, 2008), publicado pelo Ministério da Saúde e o livro “Cuidar Melhor e Evitar a Violência: Manual do Cuidador da Pessoa Idosa” (“MCPI” - BORN, 2008), editado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos, vinculada à Presidência da República (SDH-PR). O GPC havia sido baseado num manual utilizado pela prefeitura de Campinas (SP) e trazia um conteúdo mais atualizado e abrangente, sendo também cuidadosamente editado e rico em ilustrações. Com tiragem de 30.000 exemplares, além de contar com uma edição eletrônica disponibilizada gratuitamente para download, o GPC afirmava, em seu texto de apresentação, que diante das demandas colocadas para a família, sociedade e poder público, fazia-se necessário proporcionar melhor qualidade de vida às pessoas com algum tipo de incapacidade, acamadas ou com limitações e que necessitassem de cuidados. Além disso, o aumento da longevidade tornava “a presença do cuidador nos lares (...) mais frequente, havendo a necessidade de orientá-los para o cuidado”, justificando-se a necessidade de “esclarecer, de modo simples e ilustrativo, os pontos mais comuns do cuidado no domicílio”, com vistas a propiciar ao “cuidador e a pessoa cuidada” uma melhor qualidade de vida (BRASIL/MS, 2008, p.7).

Quando o GPC e o MCPI são lançados, em 2008, estes de certa forma preenchem uma lacuna na literatura sobre cuidados, que embora estivesse se ampliando a cada ano, tendia a privilegiar quase que exclusivamente o cuidador familiar em seus aspectos de saúde, subjetividade e interações sociais, em detrimento dos cuidadores “formais” ou remunerados. Seja por conta das polarizações com a enfermagem, ou ainda, devido às próprias características da construção do objeto “cuidador”, pelas ciências da saúde, que tendia a valorizar o seu uso enquanto sujeito de estudos e pesquisas, o fato é que pouco se discutia, no grosso da literatura, sobre questões mais abrangentes da problemática dos cuidados, tais como as condições de trabalho dos cuidadores, as suas necessidades de escolarização e sua inserção nas políticas de saúde e assistência social, dentre outros.⁴⁷ Nesse sentido, a disseminação das publicações oficiais, num cenário de retomada das políticas dedicadas a formar para os

⁴⁷ Sobre isso, ver: Groisman (2009). Um levantamento realizado por esse autor na base de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) em 2009, utilizando os descritores “cuidadores” e “idosos”, encontrou cerca de 90 artigos, dos quais aproximadamente 60% haviam sido publicados somente nos três últimos anos da amostra. Pelo menos a metade dessas publicações havia se dado em periódicos da enfermagem, com grande ênfase na relação entre cuidados e doenças. Quase nenhum trabalho possuía como objeto principal os cuidadores remunerados, sendo alguns dos poucos encontrados o levantamento de Kawasaki e Diogo (KAWASAKI; DIOGO, 2001a, 2001b), que questionavam o fato de cuidadores “leigos” realizarem atividades “da enfermagem” e o trabalho de Maffioletti, Loyola e Nigri (2006), o único entre todos a abordar especificamente a formação de cuidadores em cursos. Um dado instigante e que poderia servir de inspiração para a repetição futura dessa pesquisa: se tivéssemos realizado o levantamento realizado em 2009 novamente em 2014, a tarefa seria bem mais trabalhosa, já que uma busca inicial (e não refinada) na mesma base retornou um número de resultados muitíssimo maior do que o encontrado na primeira ocasião.

cuidados trazia importantes contribuições para se fortalecer essa discussão e se pensar em formas de apoiar os cuidados, os cuidadores (sejam eles remunerados ou não) e as pessoas que eram cuidadas.

O GPC, ainda em suas seções iniciais, trazia uma definição sobre “quem é o cuidador”. Reproduzindo parte da conceituação constante no manual utilizado no PNCI, alguns anos antes, o novo guia iniciava esta conceituação afirmando que “cuidador é um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço (...) de solidariedade e de doação” (BRASIL/MS, 2008, p.10). A essa definição, mais aplicável para os cuidadores familiares, o GPC acrescentava que o cuidador é também uma ocupação que integra a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, de forma que esse ator seria “a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração” (BRASIL/MS, 2008, p.10. Grifo nosso). O guia trazia ainda uma síntese em tópicos das principais atribuições dos cuidadores, atualizando alguns dos conceitos que permeavam as concepções sobre os cuidadores no período. Nesse sentido, a publicação destacava a atuação dos cuidadores como “elo” entre a pessoa cuidada, a família e a equipe profissional, bem como a sua ação estratégica no auxílio às atividades do dia a dia, como os cuidados de higiene, alimentação, locomoção e atividades físicas, dentre outras. A essas, somava-se a recomendação para o estímulo às atividades de lazer e ocupacionais, bem como a sua atuação em “outras situações que se fizerem necessárias para a melhoria da qualidade de vida” da pessoa cuidada. Endereçando-se ao que poderia ser uma preocupação ético-moral nos cuidados, o GPC destacava ainda a necessidade do cuidador “escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada” e concluía afirmando que o papel do cuidador “ultrapassava o simples acompanhamento” para as atividades da vida diária, sendo os cuidados uma tarefa “nobre” e ao mesmo tempo, nada simples (BRASIL/MS, 2008, p.10).

Já o MPCCI diferia do GPC em alguns aspectos, sobretudo no que diz respeito ao seu formato, mais rico em informações, já que enquanto a publicação do MS tinha um caráter de ser um guia mais sintético e de consulta rápida, o livro editado pela Secretaria de Direitos Humanos era praticamente um mini compêndio sobre cuidados, com textos escritos por diversos autores, tendo a sua organização ficado a cargo da gerontóloga e assistente social Tomiko Born. Naquele período, a SDH estava imbuída na prevenção e combate à violência doméstica contra os segmentos mais vulneráveis da população, como por exemplo, as crianças, a mulher e também os idosos. Uma das ações de maior visibilidade dessa secretaria

havia sido o lançamento de uma central telefônica para recebimento de denúncias de violência ou maus tratos, inicialmente voltada para a violência infantil, porém posteriormente ampliada para outros segmentos, tais como os idosos. Além disso, partindo de uma lógica similar ao projeto do MS que previa a implantação de centros de referência de atendimento à saúde do idoso, essa secretaria estava também apoiando a estruturação de Centros Integrados de Prevenção à Violência Contra a Pessoa Idosa (CIAPREVI), os quais deveriam compor uma rede para a prevenção à violência de âmbito regional e nacional.⁴⁸ Tais centros, além de realizar atendimentos no âmbito da política de assistência social, teriam também a finalidade de realizar ações educativas e destinadas à prevenção da violência, sendo uma dessas ações, o desenvolvimento de cursos para cuidadores. Nesse sentido, o MPCCI possuía a frase “cuidar melhor para evitar a violência” inclusa no título e em destaque na capa da publicação. Em seu texto de apresentação, tal necessidade era justificada sublinhando-se que a “falta de preparo” do cuidador representaria um fator de risco para a ocorrência de violência, seja no âmbito da família ou em instituições (BORN, 2008, p. 5).

A abordagem ao cuidador, em ações simultâneas nos âmbitos da saúde, assistência social e direitos humanos, é ilustrativa do que viria a ser denominado como uma característica de intersectorialidade dos cuidados e dos cuidadores. Nesse sentido, os cuidados não seriam considerados como restritos ou limitados a um único setor ou eixo das políticas. Este se daria, dessa forma, na interface entre diferentes linhas de ação e abordagens. Mas, se no campo da teoria essa forma de conceber os cuidados é rica e busca abarcar a sua multidimensionalidade enquanto fenômeno essencial para a vida social, na prática, ou seja, no momento de promover a inserção dos cuidadores nas políticas públicas, isso se transforma numa dificuldade, já que o Estado, tradicionalmente, opera segundo uma lógica de segregação e setorialização, com dificuldades históricas para a construção de interfaces entre as diferentes políticas. Sobre tais dificuldades, Giakomin e Couto (2010, p. 234) escreveriam denunciando o fato de que haveria um “jogo de empurra” entre a saúde e a assistência social, onde “uma diz que o cuidador é da outra e vice-versa”. As consequências seriam o não reconhecimento à profissão de cuidador e a sua não incorporação nem ao SUS e nem ao SUAS (Sistema Único de Assistência Social), de modo que, como concluem esses autores, “enquanto (...) a população brasileira envelhece e, principalmente no caso do idoso frágil e pobre, cuja falta de cidadania já o acompanha desde a infância” a falta de políticas para o cuidado apontaria para uma “perspectiva de uma velhice mais uma vez desamparada” (GIAKOMIN; COUTO, 2010, p. 234).

⁴⁸ Posteriormente, essa política da SDH seria descontinuada.

O MPCCI, além de conter um bloco com informações e orientações para o cuidado em linguagem acessível e ilustrada, de maneira não muito diferente do GPC, apresentaria, entretanto, um panorama mais abrangente e detalhado das questões do envelhecimento, não apenas em relação às incapacidades e dificuldades inerentes a essa fase da vida, mas também com especial destaque para a temática dos direitos humanos e sociais relacionados a essa etapa da vida. Enquanto o GPC foi elaborado pela assessoria técnica do MS, o MPCCI teria contado com um processo de elaboração que envolveu a realização de oficinas em diferentes capitais do país, com a participação de diversos especialistas da geriatria e gerontologia e também, segundo seu texto de apresentação, de cuidadores. Além disso, a autora organizadora do livro se encarregara de traduzir pessoalmente dois textos, de publicações espanholas, que complementavam os demais capítulos presentes no livro. O resultado final seria uma publicação com cerca de 330 páginas organizadas em mais de 40 capítulos. Tratava-se, dessa forma, de uma publicação destinada não apenas para cuidadores familiares ou remunerados, mas também, como descrito em sua apresentação, de um livro de referência para gestores de instituições e programas de cuidado domiciliar, profissionais da gerontologia e ainda, de material didático voltado para utilização em cursos de formação de cuidadores.

Apesar de ser uma publicação da área de ‘direitos humanos’ e organizada por uma autora com uma trajetória fortemente identificada com as políticas de assistência social, o livro não deixaria de ter, como outras publicações voltadas para o cuidado de idosos, uma larga seção geriátrica, contendo capítulos voltados para abordar aspectos da saúde física e mental do idoso. Em relação a isso, Born (2008, p. 21) ressaltaria a necessidade de serem disseminados esclarecimentos sobre os “problemas de saúde mais comuns” nos idosos, já que seria fundamental a distinção entre “o que é próprio do envelhecimento e o que é doença”, de forma a se prevenir situações de negligência no cuidado.

Em um texto que narra o desenvolvimento histórico e teórico da gerontologia, o sociólogo canadense Stephen Katz cunha a expressão “tecnologias de diferenciação”, ao se referir aos mecanismos sociais, institucionais e burocráticos que contribuíram para redefinir o curso de vida, conferindo uma identidade própria cada etapa do ‘ciclo vital’ e fazendo, portanto, com que a velhice fosse percebida como diferente e com características singulares, em comparação com os demais grupos etários (Apud: GROISMAN, 1999b). Na vida pública moderna e contemporânea, os idosos estão constantemente sujeitos a processos de diferenciação, como por exemplo, nas filas prioritárias, na gratuidade no transporte, no acesso

a serviços especializados e no direito ao lazer remunerado nos dias e horários úteis, garantido, em tese, pela aposentadoria. Mas a penetração dos mecanismos de diferenciação no âmbito da vida privada se faz, nos parece, por outros caminhos. Um deles parece se dar através da entrada, no ambiente doméstico, dos olhares e saberes especializados que acompanham as novas tecnologias para os cuidados. Nesse sentido, o Manual do Cuidador é importante referência no sentido de propor normatizações para tornar a casa, e o tratamento que a pessoa idosa recebe em seu lar, quando dependente de cuidados, específico para a sua singularidade etária, abrangendo detalhes que abrangem desde adequações e adaptações ao ambiente, à organização da rotina diária.

O amadurecimento de algumas das concepções vigentes na literatura nacional sobre cuidados e cuidadores desde a década de 1990 se apresenta em algumas das orientações constantes tanto no GPC quanto no MPCI. Por exemplo, a temática de se prevenir e amenizar o “estresse” ou a sobrecarga do cuidador é uma espécie de tema transversal aos dois guias, motivando desde a elaboração de capítulos que estimulam os cuidadores a zelarem pelo seu próprio bem estar físico e mental, como ainda, pela própria justificativa para a existência e disseminação desse tipo de publicação, considerada como uma medida destinada a facilitar os cuidados e prevenir o adoecimento das pessoas cuidadoras. Outro eixo presente é a preocupação com o respeito aos valores da bioética associados aos ideais de autonomia e independência. Dessa forma, os cuidados devem se pautar pelo exercício do respeito às individualidades, procurando sempre que possível, “estimular a autossuficiência da pessoa idosa” (PAVAGNINI, 2008, p. 57).

Outro aspecto importante presente em ambas as publicações é a necessidade em se conferir alguma delimitação às atribuições e responsabilidades dos cuidadores. No MPCI, Pavagnini (2008) elencava a ajuda nas atividades da vida diária e na organização do ambiente do idoso, o auxílio na comunicação, bem como o acompanhamento em atividades sociais e de promoção da saúde, dentre outros. Um dos aspectos também valorizado era o apoio dos cuidadores para que os tratamentos prescritos fossem cumpridos. Estes deveriam acompanhar os idosos em suas consultas e exames e cuidar para que os idosos tomassem a medicação na dose e horário determinados em sua prescrição médica, tarefas as quais, acrescente-se, são parte integrante das chamadas atividades da vida diária. Por outro lado, era também explicitado e ressaltado que os cuidadores não poderiam realizar procedimentos técnicos das

profissões da saúde e especialmente da enfermagem, como por exemplo, aplicação de medicação intravenosa, curativos complexos e colocação de sondas.

Born (2006, p. 5) já havia expressado a sua preocupação, em um texto anterior, com a inexistência de uma regulação para os cursos de cuidadores no Brasil, capaz de propiciar a esses um currículo mínimo obrigatório, sugestões de metodologia de ensino e alguns critérios para fortalecer a sua estruturação, já que naquele período esses cursos seriam elaborados “a critério do preparo profissional e da experiência daqueles que o organizam”. Embora não possuísse um caráter regulatório, uma das seções do MPCCI destinava-se a endereçar especificamente a formação de cuidadores, havendo inclusive uma proposta para que os cursos tivessem uma carga horária mínima de 100 horas de duração, envolvendo atividades teóricas e práticas. A urgente necessidade de políticas destinadas à qualificar as pessoas cuidadoras aparecia portanto, como uma das preocupações centrais da autora da publicação, para quem a falta de cursos para cuidadores consistiria “num sério problema”, já que sem a “preparação necessária” e sem “quem os possa orientar” no seu dia-a-dia, os cuidadores tenderiam a se sobrecarregar e prestar cuidados de pior qualidade (BORN, 2008, p. 20).

A reivindicação por melhores cuidados para as pessoas idosas amparava-se não apenas no fortalecimento do discurso especializado da geriatria e gerontologia na sociedade, mas também no amadurecimento da luta pelos direitos sociais dos idosos. Segundo Berzins (2008), os idosos e seus cuidadores estão também protegidos pelos direitos humanos, de modo que as suas necessidades fundamentais devem ser atendidas. Em capítulo que compunha o MPCCI, essa autora conclamava a todos a “juntar esforços coletivos” para que as pessoas idosas “possam viver em condições de dignidade, respeito e solidariedade” (2008, p. 32). Além disso, complementa Berzins (2008, p. 32), é chegado o momento do “Poder Público também se responsabilizar pelos cuidados da pessoa idosa”, já que estes são necessários para que muitos idosos possam “continuar a viver em suas casas e na comunidade onde estão inseridos”. Para Berzins (2008, p. 32) as transformações sofridas pela família nas últimas décadas exigiria da sociedade “vários rearranjos na responsabilidade de quem cuida da pessoa idosa que precisa ser ajudada”, de modo que os cuidadores remunerados seriam cada vez mais necessários.

Na separação entre o público e o privado, historicamente os cuidados com os idosos sempre estiveram mais delegados para a família, como uma questão pertencente ao âmbito da casa e das relações pessoais e de parentesco privadas. Mas o aumento da longevidade num contexto de diminuição da disponibilidade familiar para o cuidado, fruto das transformações

sofridas pela família, traria para o cenário social a problemática do cuidado daqueles desprovidos de família ou cujas famílias não dispusessem de todos os recursos necessários para garantir-lhes a dignidade em sua velhice. Nesse sentido, começava a surgir uma reivindicação, endossada por conselhos, fóruns, associações e outras formas de organização da sociedade civil, no sentido de pressionar os governos por uma política que proporcionasse serviços públicos de cuidador de idosos ou, em outras palavras, por uma política que reconhecesse o cuidado enquanto direito social (BERZINS, 2008). As palavras de Berzins (2008) não seriam desprovidas de embasamento em experiências concretas já realizadas no país, inclusive pelo fato dessa autora ser na época uma das gestoras de um pioneiro e exitoso programa desenvolvido pela Prefeitura da Cidade de São Paulo: o Programa Acompanhante de Idosos, inserido no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde e que se prestava a apoiar, por meio de cuidadores domiciliares, o cuidado de pessoas em situação de vulnerabilidade social. O MPCI, simbolizando o movimento pela inclusão dos cuidados na agenda das políticas para o idoso, teria o seu lançamento realizado na II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, ocorrida em 2008 em Brasília.

A preocupação com os cuidados de idosos por parte de gestores e demais atores das políticas de assistência social e direitos humanos seria partilhada também pelos gestores das políticas de saúde, em especial por aqueles envolvidos na formulação de programas e políticas para o segmento idoso. A Política de Saúde do Idoso havia sido atualizada em 2006 e incluída, naquele ano, como uma das cinco prioridades para o SUS no Pacto Pela Vida (BRASIL/MS, 2010), documento norteador elaborado conjuntamente entre as diferentes instâncias da gestão do sistema público de saúde. Em seu texto de justificativa, a nova Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), destacava o desafio do envelhecimento “em condições de desigualdade social e de gênero”, e a necessidade de se responder às demandas de cuidado das pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social. Além disso, elencava entre as suas principais preocupações a escassez de “serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil” e a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos cuidadores familiares, por meio das políticas de saúde (BRASIL/MS, 2006a). Não por acaso, uma das principais medidas a serem postas em prática logo após a publicação da PNSPI, seria a reformulação e retomada do programa de formação de cuidadores de idosos, a partir de 2007.

A retomada do PNFCI ocorreria com metas bem mais abrangentes do que a iniciativa anterior. Até porque, no intervalo de tempo decorrido entre essas duas iniciativas, a organização das políticas voltadas para a formação dos trabalhadores da saúde havia se

estruturado num patamar mais sólido e com melhores possibilidades de abranger um número ainda maior de trabalhadores e discentes. Em 2003, reconhecendo a importância da qualificação dos trabalhadores para as políticas públicas de saúde, o MS instituiu a “Política de Educação Permanente no SUS”, com a constituição de diversos centros formadores em todo o país, sendo um dos componentes dessa política a Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RETSUS), com centros profissionalizantes em cada estado nacional. Tais escolas teriam capacidade de atuar de forma descentralizada, interiorizando as ações formativas em regiões e municípios de cada estado, de forma a abarcar grandes contingentes de trabalhadores em seus projetos de escolarização e qualificação, uma logística que havia sido desenvolvida, anteriormente, em experiências bem sucedidas como o projeto Larga Escala e o PROFAE.

O ‘novo’ Programa para Formação de Cuidadores de Idosos trazia como principal diferencial a previsão de que a formação dos cuidadores ocorreria através da RETSUS, com a perspectiva, listada nas metas de governo, de formar até 66.000 cuidadores num prazo de quatro anos. Para que isso fosse possível, a formação de cuidadores seria incluída no projeto que sucedera o PROFAE e que estava para se iniciar naquele período: o PROFAPS (Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde), o qual possuía recursos para qualificar centenas de milhares de trabalhadores, a maior e mais ambiciosa política de formação na saúde jamais desenvolvida no país. Diferentemente do PROFAE, o qual havia sido destinado especificamente para a enfermagem, o PROFAPS abarcava diversas categorias de trabalhadores, com ênfase nas habilitações de nível médio ou técnico na saúde.

A oportunidade para reativar o PNFCI se deu a partir de uma demanda encaminhada pela área técnica de saúde do idoso do MS, a qual, como relata um dos gestores da época, possuía a preocupação em resgatar a figura do cuidador, tida claramente como “uma lacuna importante na política pública”:

Nós sugerimos para a SGTES [Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde], a secretaria que foi montada no Ministério da Saúde para lidar com a qualificação, de inserir a formação do cuidador. (...) Conseguimos fazer essa articulação e trazer o tema do cuidador, com o cuidado político de não achar que estávamos fazendo algo novo: buscamos a política de cuidadores, resgatamos documentos que estavam literalmente engavetados (...) e, enfim, surgiu essa janela de oportunidades e nós conseguimos resgatar o cuidador para a agenda, numa plataforma bastante sustentável que era a das escolas técnicas do SUS, uma rede que tem em todo o país, em todos os estados, e tem um know-how de formação. Coincidiu que estávamos também atualizando o Manual do Cuidador. Essa agenda

correu com felicidade, porque nós tínhamos uma interlocução importante com a SGTES e tínhamos um material para dar sustentação e dar maior visibilidade a essa política. Fizemos o manual do cuidador e distribuímos para todas as secretarias de saúde. (Gestor 1. Apud: GROISMAN, 2013, p. 397)⁴⁹

Antes do seu lançamento oficial, uma primeira etapa do PNFCI havia sido realizada, em caráter piloto, por seis escolas técnicas, localizadas nas cinco regiões geográficas do país. Nessa primeira etapa, cada escola formou um número reduzido de turmas, em caráter experimental. Outro gestor envolvido nesse processo, relata esse início:

Naquela época, (...) nós tínhamos uma sobra de recurso (...), que empregamos para fazer um projeto-piloto, para a gente testar essa qualificação. Nos não queríamos fazer isso assim de qualquer maneira, os modelos anteriores (...) nós não conhecíamos e, para ir pesquisar talvez fosse mais trabalhoso do que tentar uma coisa com as características do trabalho do DEGES, principalmente naquela época, que era: todo curso que fosse ofertado tem que ter diretrizes. (Gestor 2. Apud: GROISMAN, 2013, p. 398)

As diretrizes para a qualificação dos cuidadores foram elaboradas a partir de uma oficina de trabalho realizada na cidade de Blumenau, Santa Catarina, em 2007, na qual participaram diversos especialistas, gestores do MS e do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), bem como das ETSUS. Tal processo gerou a *Proposta de Perfil de Competências Profissionais para o Cuidador de Pessoas Idosas com Dependência* (Brasil/MS/MDS, 2007), documento que veio a ser empregado para embasar a proposta pedagógica e curricular do projeto. É o que relata este gestor:

Com base nesse preceito, nós reunimos especialistas da área, pessoas de Escola Técnicas do SUS (...), pessoas da Coordenação da Saúde do Idoso do Ministério da Saúde, gerontólogos, e fizemos a oficina. (...) Com base nesse levantamento (...), houve depois várias reuniões no Ministério, para construir o perfil. Chegou-se a conclusão de que nós não podíamos construir uma coisa muito complexa, pois tinha uma realidade no país quanto à escolaridade, e a maioria deles [dos cuidadores] tinha no máximo o nível fundamental. Então, em vista disso (...), o perfil foi feito também com este olhar, até para não surgir conflito com outras profissões que também estavam na área do cuidado, como os técnicos de enfermagem. (...) O maior cuidado que o Ministério da Saúde teve ao construir esse perfil de competências foi para que não tivesse esse conflito. (Gestor 2. Apud: GROISMAN, 2013, p. 398)

⁴⁹ Parte dos resultados da pesquisa sobre o PNFCI está publicada em um capítulo de livro de nossa autoria (ver: Groisman, 2013). Trechos de depoimentos de gestores e outros atores reproduzidos aqui foram extraídos da referida publicação. Entretanto, há de se acrescentar que a análise aqui empreendida é mais aprofundada, ainda que menos detalhada quando comparada ao capítulo publicado em 2013, o qual descreve a experiência desenvolvida no PNFCI com maiores pormenores.

A metodologia da política de educação permanente no Sistema Único de Saúde (SUS) permitia que cada instituição pudesse formatar os cursos de acordo com as especificidades da sua região, porém com base em um referencial curricular, o qual teria um caráter norteador para a formação. Apesar de ter sido viabilizado através de um programa custeado com recursos do MS, o Perfil de Competências Profissionais para o Cuidador resgatava o arranjo, existente desde a primeira formulação do PNCI, de conceituar esse trabalhador como pertencente tanto ao âmbito das políticas de saúde quanto de assistência social. Nesse sentido, o documento, emitido em nome dos dois ministérios (MS e MDS), se referia a legislações de ambos os setores e destacava, entre seus objetivos, a necessidade de se valorizar “a singularidade” do cuidador como um “trabalhador no campo de interface intersetorial da saúde e da assistência social”. Essa transversalidade entre diferentes políticas se refletia na elaboração das atribuições dos cuidadores, a quem caberia realizar atividades de cuidado social e de saúde, “por meio de ações realizadas em domicílios ou junto às coletividades, estendendo o acesso da pessoa idosa às ações e serviços de informação, de saúde, de proteção social e de promoção da cidadania” (BRASIL. MS/MDS, 2007, p. 3).

A proposta formativa consistia em um curso, destinado a pessoas maiores de 18 anos e com o ensino fundamental completo, com carga horária de 160 horas, distribuídas entre atividades teóricas e práticas. O documento elencava como um dos objetivos centrais a viabilização do acesso à “qualificação profissional mediante processo sistemático de formação” de forma a que pudesse ser franqueada a “obtenção de um certificado profissional com validade nacional” (BRASIL. MS/MDS, 2007, p. 3). Além disso, uma passagem que merece ser destacada na sua exposição de motivos é o “reconhecimento à necessidade e ao direito ao cuidado à pessoa idosa”, aspecto que seria inerente às relações de cuidado e se expressaria através do desenvolvimento de “ações de apoio a pessoas idosas e sua família” (BRASIL. MS/MDS, 2007, p. 2). Nesse sentido, o programa reconhecia a existência de cuidadores “informais” ou “formais” e ressaltava que a proposta formativa abrangia indistintamente tanto uns quanto outros (BRASIL. MS/MDS, 2007, p. 2).

A primeira fase do programa foi acompanhada pela SGTES, que realizou um seminário de avaliação, ao término da experiência. Foi feito, na ocasião, um levantamento, por meio de questionários aplicados junto aos diretores das escolas participantes, docentes do curso e também discentes das turmas qualificadas, com perguntas de caráter avaliativo em relação à experiência. Além da avaliação realizada por meio dos questionários, realizou-se também um encontro, no qual as instituições que desenvolveram o curso apresentaram as suas

experiências e deram sugestões para o aprimoramento do projeto. O saldo desse levantamento foi uma avaliação positiva da experiência desenvolvida até então no programa, o que preparou o terreno para o lançamento da sua segunda etapa, a qual ocorreria no segundo semestre de 2008. O seminário para o lançamento público do PNFCI, em 2008, correspondeu, na realidade, ao anúncio da sua segunda etapa, na qual não apenas toda a RETSUS poderia solicitar recursos para desenvolver a qualificação de cuidadores, como ainda o financiamento contemplaria a formação em larga escala e de forma descentralizada, o que possibilita a realização de dezenas de turmas simultâneas nas regiões geográficas abrangidas pelas escolas participantes:

Todos esses cursos [na etapa piloto] foram muito bem. Depois, não tivemos pernas para supervisionar todas as escolas, mas vimos que algumas delas superaram as expectativas. (...) O que nós vimos ali é que foi uma experiência feliz, que teria sido bem-sucedida se o Ministério [da Saúde] a adotasse. (Gestor 2. Apud: GROISMAN, 2013, p. 400)

O lançamento oficial do PNFCI obteve alguma visibilidade na mídia, que produziu algumas notícias sobre o assunto, porém sem grandes destaques. Apesar de a ‘capacitação’ de trabalhadores em geriatria e gerontologia estar prevista desde a década de 1990 na Política Nacional do Idoso, historicamente, os treinamentos e qualificações voltados para essa temática sempre tenderam a privilegiar os profissionais de nível superior, sendo um dos exemplos o florescimento de diversos cursos de especialização voltados para essa finalidade, tanto em centros universitários quanto vinculados às sociedades de especialistas. Mas a disseminação de conhecimentos e informações sobre envelhecimento e cuidados como objeto específico de uma política formativa de grande magnitude, capaz de abarcar variados segmentos da população jamais ocorrera, sendo uma oportunidade inédita a proposta formulada no PNFCI. Porém, para que isso realmente ocorresse, uma série de entraves e desafios teria que ser superada.

O cuidador não integra, institucionalmente, o SUS, apesar de eventualmente existirem cuidadores atuando em ILPI ou residências terapêuticas vinculadas a este sistema. Tal fato criava um diferencial interessante na operacionalização dos cursos, já que as turmas reuniam tanto trabalhadores das políticas de saúde, como outros atores de outros setores, tais como as políticas de assistência social e ainda, cuidadores familiares e cuidadores remunerados. Essa característica refletia, nos parece, não apenas o caráter de transversalidade dos cuidados como do próprio envelhecimento, já que os idosos não estão localizados especificamente numa única política ou em um tipo particular de serviços ou modalidades de atendimento. Os cursos

ordinariamente ofertados pelas escolas técnicas do SUS, entretanto, não costumavam ser ‘abertos’ para a população, já que desde os primórdios das ações políticas voltadas para a formação dos trabalhadores da saúde, estas costumavam abranger especificamente as forças laborais dos serviços e instituições que compõem o sistema público de saúde. Tal ineditismo, ao mesmo tempo em que criava oportunidades interessantes para enriquecer a troca de experiências e informações entre diferentes atores, reunidos nas turmas do programa, criava um tensionamento com gestores inseridos historicamente na política de educação permanente em saúde. Na base desses questionamentos, a crítica da política estar sendo utilizada para formar trabalhadores que não pertenciam institucionalmente ao SUS. Além disso, havia também um temor de que, embora os cuidadores não integrassem formalmente a política pública, estes pudessem vir a serem incorporados, disputando espaço com as profissões já estabelecidas e representando um aumento de gastos com contratação de pessoal nos diferentes níveis da gestão pública. Isso fez com que o programa passasse a ser objeto de oposições, tanto dentro do próprio MS como em parceiros institucionais para a gestão do SUS:

Concomitante a isso, nós sabíamos que a maior resistência a essa categoria [dos cuidadores] era a enfermagem, e que nós precisávamos aprofundar essa discussão, isto é; não cabia fazer só formação sem lidar com os meandros dessa categoria. (...) E aí, as nossas fragilidades: apesar de termos uma robustez de sustentabilidade técnica na rede de escolas, nós não tivemos o cuidado de trabalhar isso politicamente com o Conass e o Conasems [Conselho Nacional dos Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde], fazer com que essa agenda fosse parte de uma discussão mais aprofundada com os conselhos (...), isso foi um ponto frágil nessa iniciativa. (...) E o fato veio depois, e foi contrário a nós. A [Coordenadora de Ações Técnicas do Deges] saiu, e assumiu uma pessoa com uma posição, a meu ver, (...) que colocou uma série de questionamentos em relação à qualificação dos cuidadores. (Gestor 1. Apud: GROISMAN, 2013, p. 413)

A segunda etapa do PNFCI coincidira com uma mudança política importante no Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), órgão que integra a SGTES e que era responsável pela condução do programa. A coordenadora de ações técnicas desse departamento, uma professora com um largo percurso histórico na área de educação profissional, deixa o cargo. Ela seria substituída por outra profissional, uma enfermeira com perfil mais acadêmico e com visão distinta quanto as prioridades formativas a serem realizadas naquele período. O Deges era responsável pela condução de diversas ações destinadas à formação de trabalhadores para a saúde, desde iniciativas voltadas para a

formação de agentes comunitários de saúde, até programas de residência médica e multiprofissional, dentre outros. Além disso, esse departamento abrigava um órgão recém-criado, a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), na qual estavam representados todos os conselhos profissionais das profissões de saúde (BRASIL/ MS, 2006b).

A CRTS havia sido constituída em 2006, a partir da percepção de que cabia ao Estado desempenhar um papel, em diálogo com os conselhos profissionais, na regulação do trabalho em saúde. Segundo documento de apresentação da própria CRTS, esta teria sido criada a partir da percepção de que a regulação das profissões estaria obedecendo “muito mais às regras impostas pelo mercado do que propriamente a ações efetivas do governo”, não estando sendo observadas as necessidades do SUS (BRASIL/ MS, 2006a). Além disso, o texto citaria a necessidade de que houvesse uma mediação entre a defesa de interesses corporativos e os interesses públicos, já que, “analisando a situação”, haveria uma característica de base do atual regime regulatório brasileiro: “a existência de uma legislação que preserva monopólios corporativistas na regulação do trabalho, os quais, muitas vezes, extrapolam os seus próprios limites de atuação, disseminando conflitos que promovem a competição entre as profissões de saúde” (BRASIL/ MS, 2006b, p.4). No que diz respeito aos cuidadores, a CRTS não havia pautado qualquer discussão técnica a seu respeito. Entretanto, era sabido que parte das resistências ao seu reconhecimento vinha de membros dessa comissão, na qual havia representação de conselhos profissionais. Entretanto, esse não seria o único motivo para a interrupção do PNFCI.

As mudanças ocorridas em cargos de coordenação na SGTES, naquele período, contribuíram para fragilizar a base de sustentação política do PNFCI, no interior do Ministério da Saúde. Em paralelo a isso, outra categoria de trabalhadores lutava pelo reconhecimento profissional: os agentes comunitários de saúde, que estavam fortemente mobilizados pela aprovação de uma lei regulamentando a sua profissão. A forte pressão dos agentes de saúde pelo reconhecimento da sua profissão recaía sobre o Congresso Nacional e também sobre os conselhos nacionais dos secretários estaduais e municipais de saúde (Conass e Conasems), colegiados que integram a gestão democrática do SUS e que temiam as consequências econômicas que essa nova legislação traria para os estados e municípios. Este contexto político favoreceu a emergência de uma inquietação nesses colegiados ante a possibilidade da incorporação de outro novo profissional para os quadros do SUS: os cuidadores. A força dos conselhos das secretarias de saúde não deve ser subestimada, pois na organização da gestão

do SUS estes possuem papel de grande relevância. Essa combinação de fatores, que reunia o temor de que os Estados e Municípios se vissem obrigados a prestar um novo serviço para a população, por meio de cuidadores, aliado à presença de uma nova coordenação, no departamento responsável pela condução do programa e que não compartilhava da visão de que era importante empoderar os cuidadores, seria fatal para a continuidade do PNFCI.

O encontro entre dois argumentos distintos para justificar a interrupção desse programa não é mera coincidência. De um lado, a defesa de que os cuidadores não devem ser reconhecidos enquanto trabalhadores inseridos nas políticas públicas, já que na lógica do subfinanciamento na saúde, conter gastos significa, deliberadamente, contradizer direitos e princípios previstos na constituição, transferindo para os indivíduos e para as famílias uma responsabilidade que poderia ser partilhada com o Estado. Nesse sentido, a lógica de que os cuidadores devem ser mantidos forçosamente leigos, a receberem pílulas de conhecimento parcimoniosamente dispensadas pelos legítimos detentores dos saberes e das prerrogativas sobre os cuidados, alia-se ao pensamento daqueles que querem conter gastos públicos, sustentando não apenas a crescente mercantilização dos cuidados, mas também ampliando a iniquidade no seu acesso. É precisamente nesse momento que é elaborada uma proposta para ‘reformular’ o PNFCI: ao invés de formar cuidadores, os recursos seriam empregados em cursos de aperfeiçoamento destinados exclusivamente para “as equipes da Estratégia Saúde da Família e equipes de enfermagem das instituições de longa permanência”.⁵⁰ O argumento é cristalino: caberia aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família o papel de prestar os atendimentos e orientações que se fizessem necessários às famílias cuidadoras. Não haveria necessidade de se criar uma ‘profissão’ de cuidador, já que os cuidados poderiam seguir sendo desempenhados de forma voluntária ou sub-remunerada, conforme arranjos das redes informais de solidariedade e cuidados.

A proposta de encerramento do programa e de realocação dos seus recursos é discutida na reunião de outubro de 2009 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), um dos órgãos da gestão do SUS e do qual participam o Conass e o Conasems. Na reunião, a representante da SGTES apresenta o problema da “inexistência no SUS da ocupação/profissão de cuidador de idoso”, e afirma: “(...) temos que saber que profissionais vamos capacitar, principalmente refletir sobre a regulamentação da profissão”. Além disso, defende: “não devemos fragmentar

⁵⁰ Conforme ementa publicada na portaria n. 3.189, de 18 dez. 2009, do Ministério da Saúde e que estabeleceu as diretrizes do Profaps (BRASIL/MS, 2009b). Um dado que chama a atenção é a referência às ILPI, as quais pertencem, de modo geral, ao setor da assistência social. Estas são incluídas sob a ressalva de que somente os enfermeiros desses locais, onde trabalham diversos outros profissionais, inclusive cuidadores, podem ser beneficiados pelos treinamentos.

ainda mais as ações de saúde”, já que “uma equipe deve ter um olhar integral das ações de saúde” (BRASIL/MS, 2009a). A discussão é concluída com a deliberação de que “não se deve criar outra profissão”, e a modificação na destinação dos recursos é aprovada. O ‘novo’ Programa Nacional de Formação de Cuidadores, decorrido pouco mais de um ano de seu lançamento, era ali encerrado.

A decisão do colegiado dos secretários de saúde, é preciso acrescentar, é também o produto de décadas de crônico subfinanciamento ao SUS, fato que é concorrente com o fortalecimento da doutrina neoliberal no cenário globalizado e especificamente no Brasil. Nesse sentido, os gestores municipais e estaduais são no caso os atores políticos a quem coube executar esse retrocesso, mas pautam a sua atuação, entretanto, de forma condizente ao cenário macro-conjuntural mais amplo. Ferreira e Teixeira (2014), ao analisarem os desafios para a efetivação dos direitos dos idosos, destacam o entranhamento da ideologia neoliberal, que prega a redução de gastos sociais e secundariza o papel do Estado.

5.2 A profissionalização dos cuidados, entre mobilizações e utopias

O carnaval de 2012 seria lembrado, por um pequeno grupo de pessoas, por ter sido um período de trabalho e mobilização em defesa do direito aos cuidados. Em pleno fevereiro e no calor excruciante da cidade do Rio de Janeiro, uma convocação emitida pelo Prof. Serafim Fortes Paz, então presidente da ANG-RJ, conclamava a todos os interessados na temática dos cuidados e cuidadores a comparecer a uma reunião, na sede daquela entidade, para estudar e discutir os projetos de lei para a criação da profissão de cuidador que estavam em tramitação. A ANG-RJ havia sido, não por coincidência, uma das primeiras instituições a formar cuidadores no país e, atendendo ao convite emitido pelo Prof. Serafim, diversas pessoas, oriundas de variados segmentos, compareceram à reunião, tais como: professores e coordenadores de cursos para cuidadores, representantes de associações de familiares e usuários, representantes de movimentos sociais e de conselhos de defesa de direitos sociais, membros de sociedades de especialistas, profissionais da geriatria ou gerontologia, trabalhadores de serviços e também algumas cuidadoras, egressas dos cursos empreendidos pelas pessoas ali presentes.⁵¹

⁵¹ Participavam desse grupo diversos profissionais e representantes de entidades e instituições, como a Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ-RJ), Conselho Estadual de Defesa da Pessoa Idosa (CEDEPI), ANG-RJ, SBGG-RJ, OAB-RJ, Unati-UERJ, Fórum Permanente da Política Nacional e Estadual do Idoso (Fórum Pnei-RJ), professores e pesquisadores da UFF, UFRJ e EPSJV-Fiocruz e também cuidadoras, que mantinham contato frequente com membros do GDCC e haviam sido convidadas para integrar o grupo.

Desde a década de 1990 que havia uma preocupação, por parte das pessoas que possuíam algum tipo de envolvimento com a temática dos cuidados e da formação de cuidadores, com a necessidade de se garantir uma maior proteção legal e formal a esse grupo de trabalhadores. Tal movimento, no sentido de trazer um maior contorno para a ocupação de cuidador, veio ganhando força ao longo do tempo e dando origem a diferentes iniciativas, com maior ou menor grau de sucesso: as políticas nacionais de formação de cuidadores, a sua inserção na Classificação Brasileira das Ocupações, as tentativas de elaboração de um currículo mínimo padronizado para os cursos de formação e assim por diante. Além disso, crescia também a demanda e também a consciência da necessidade de inclusão dos cuidadores nas políticas setoriais, para que estas pudessem dar conta, de uma maneira mais satisfatória, da crescente problemática dos cuidados. Esse processo, que se iniciara com a ‘descoberta’ dos cuidadores no âmbito do privado e passara por diferentes tipos de reconhecimento e exposição pública desse personagem, conduziria, quase que inevitavelmente para uma espécie de percepção de que seria desejável o reconhecimento da profissão de cuidador.

Segundo Girardi, Fernandes Jr. e Carvalho (2000), a maioria das ocupações de nível médio ou técnico “pode ser considerada fracamente regulamentada, tendo regulados apenas aspectos vinculados ao chamado credencialismo educacional”, ou seja; o acesso a uma determinada ocupação é garantido mediante a obtenção de um certificado, em geral referente a um curso com características profissionalizantes. No caso dos cuidadores, nem mesmo essa regulação mínima existiria e, para todos os efeitos, essa seria uma ocupação de livre exercício. Nesse sentido, embora o ‘mercado’ cada vez mais sinalizasse quanto à necessidade dos cuidadores possuírem algum tipo de certificação para viabilizar a sua empregabilidade, essa não seria um requisito obrigatório. E, além disso, pela ausência de tais regulações, os cursos para cuidadores também sofreriam grandes variações em relação à sua duração, forma de organização e conteúdos, coexistindo desde propostas formativas mais robustas a iniciativas mais frágeis e compostas por uma carga horária diminuta, geralmente restrita aos conteúdos mais elementares e de aplicação mais imediata pelo cuidador.

A inexistência de maiores regulações para o ofício de cuidador, se transformaria num problema maior em face de uma questão histórica e conjuntural da seguridade social brasileira: a pouca ou nenhuma cobertura das políticas de saúde ou assistência social no acompanhamento ao cotidiano de cuidados prestados pelas famílias, comunidades e instituições. Mesmo a Estratégia de Saúde da Família, programa que em sua formulação prevê a visita domiciliar de forma periódica e sistemática, não estaria suficientemente preparada e

com os recursos necessários para prestar satisfatoriamente tal acompanhamento, ao menos no estágio em que a mesma se encontra hoje. A tais limitações, se somaria ainda uma característica da organização da seguridade social brasileira, que de modo geral não reconhece os cuidados como um risco social, o que faz com que praticamente todo o custo de contratação de um cuidador, ou da abdicação de uma atividade laboral externa, no caso de um cuidador familiar, bem como outros gastos necessários para o cotidiano de cuidados, recaiam quase que exclusivamente sobre os indivíduos e suas famílias. Tal configuração, por si só já produziria inúmeras situações de fragilização e vulnerabilização dos indivíduos, suas famílias e seus cuidadores. Mas a combinação de todos esses fatores, num cenário em que se agravam as iniquidades entre os indivíduos que dispõem de recursos para custear os cuidados que lhes são necessários e aqueles que permanecem desassistidos, atentaria contra toda e qualquer pretensão de se garantir de forma universal um envelhecimento digno para a população brasileira.

O número total de cuidadores no país é desconhecido e pode apenas ser estimado, com base em pesquisas e projeções de caráter censitário. Mesmo os dados do Ministério do Trabalho, que em tese poderiam apontar o número de pessoas contratadas nessa ocupação seriam considerados incompletos, já que muitas dessas trabalhadoras seriam registradas como empregadas domésticas (e não como cuidadoras) e outras tantas sequer estariam formalizadas contratualmente. Os levantamentos disponíveis, ainda que baseados em amostras parciais, apontam para uma situação de desproteção nas condições de trabalho das pessoas cuidadoras. Em pesquisa realizada com dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (Pnad), Guimarães, Hirata e Sugita (2011) concluíram que o ofício de cuidador é exercido por trabalhadores com baixa escolaridade, já que 63% possuiriam apenas o Ensino Fundamental. Além disso, somente 24% teria carteira de trabalho assinada e a vasta maioria (66%) ganharia no máximo um salário mínimo. As autoras ressaltam ainda a grande predominância de mulheres nessa atividade, fator este que tanto está relacionado à identificação do papel social da mulher com as atividades de cuidado, sobretudo no âmbito domiciliar, quanto com a baixa remuneração que a atividade ainda oferece.

Os seguidos episódios de violência ou maus tratos em situações de cuidado, identificados pelos órgãos públicos, autoridades do judiciário e repercutidos, em maior ou menor grau, pela mídia, são sintomáticos da ausência de uma política de apoio e promoção dos cuidados. Embora a vasta maioria das situações de violência doméstica seja praticada por familiares, são precisamente as ocorrências envolvendo cuidadores contratados as que

alcançam maior repercussão pública. Na história dos trabalhadores domésticos, a ideia de que estes pertenceriam às chamadas ‘classes perigosas’ e poderiam representar risco para a família esteve presente em diversos momentos. Mesmo no século XXI, uma das exigências ainda previstas pela legislação sobre o trabalho doméstico consiste na apresentação de um “atestado de boa conduta”, o qual historicamente era emitido pela autoridade policial, que verificava se aquele indivíduo possuía alguma anotação criminal em sua ficha.⁵² Mas na criminalização da violência doméstica contra a pessoa idosa, dificilmente o debate avança para uma reflexão sobre os fatores que produzem tais desfechos, bem como nas medidas necessárias para preveni-los, restringindo-se o espetáculo ao seu nível mais superficial, e que tende a se basear recorrentemente na vilanização do agressor.

A combinação de fatores como o crescimento desregulado do mercado de cuidados, bem como o aumento da visibilidade social da população idosa, representaria uma espécie de contexto onde a profissionalização dos cuidadores começaria a ser identificada como necessária, do ponto de vista dos interesses da sociedade e da necessidade de se prover maior proteção àqueles que necessitam de cuidados na sua velhice. Em 2006, o Deputado Inocêncio Oliveira (PL-PE), um dos muitos médicos a ingressar na vida pública, apresentaria o PL 6966/2006, com vistas a criar a “profissão de cuidador” (BRASIL/CN, 2006). Na justificativa ao projeto, este afirmaria que “embora não reconhecida formalmente, a atividade de cuidador existe” e destacaria que “cuidar do idoso ou de qualquer outra pessoa necessitada em casa não deixa de ser obrigação da família”, mas que, tendo em vista as condições sociais e de saúde das cuidadoras familiares, em sua maioria mulheres, sendo muitas também idosas, seria não apenas necessário, mas também “urgente” que estas pudessem ter “a faculdade de dividir tais cuidados com um profissional habilitado” (BRASIL/CN, 2006).

No conciso texto do PL de sua autoria, Inocêncio Oliveira destacava que ao cuidador caberia prestar um serviço domiciliar, “a pessoas cuja saúde debilitada, idade avançada ou limitação temporária ou crônica as impeçam de realizar, sem ajuda, tarefas básicas da vida cotidiana” (BRASIL/CN, 2006). Sua atuação poderia variar de “simples companhia” a ações voltadas para os cuidados no dia a dia. Seguindo o entendimento, presente em publicações do período, de que os cuidados sociais não consistiam em atribuição privativa de nenhuma profissão, esse autor destacava que as “tarefas e afazeres” do cuidador não estariam

⁵² Com os avanços na proteção aos direitos do trabalhador e, principalmente após a constituição de 1988, diversas jurisprudências consideraram tal exigência, constante numa legislação da década de 1970 descabida, a não ser em casos específicos onde se justificaria a pesquisa de antecedentes criminais, como por exemplo, o serviço de vigilante bancário. Até onde se tem notícia, esta solicitação não é mais praticada, nos dias de hoje, para os serviços domésticos.

“compreendidas estritamente nas atribuições próprias dos profissionais da saúde”, fato que apontaria, portanto, para a necessidade de criação dessa nova profissão (BRASIL/CN, 2006).

Toda proposta de lei necessita enfrentar, para ser aprovada, resistências de naturezas diversas. Além disso, no processo democrático de debates e negociações, esta pode estar sujeita a sofrer, em maior ou menor grau, alterações no seu texto durante a sua tramitação. Com os projetos que previam a regulamentação da profissão de cuidador não seria diferente. No caso de uma lei de exercício profissional, uma oposição natural já estaria posta desde o início, já que o fechamento de uma determinada atividade profissional não pode violar um dos princípios fundamentais do estado de direito, que é a liberdade para exercer o trabalho. Desse modo, toda lei destinada ao exercício profissional deve estar pautada em justificativa socialmente relevante, para que o livre exercício daquela atividade possa se submeter às restrições impostas pela sua regulamentação. No caso específico do PL 6966/2006, a argumentação amparava-se na ideia de que o cuidado, se realizado por pessoa sem a devida “qualificação”, poderia representar risco “à dignidade e ao bem estar”, bem como ao “direito à vida” da pessoa idosa, conforme texto constante na relatoria de uma das comissões pelas quais o projeto viria tramitar (BRASIL/CN, 2013). Ao mesmo tempo, o mesmo relator, ao analisar a constitucionalidade da proposta, observava que esta não violava o direito dos familiares de seguirem cuidando, já que o PL só tratava das competências dos “cuidadores profissionais” (BRASIL/CN, 2013).

Além das dificuldades em superar as resistências existentes contra qualquer tipo de fechamento das atividades e, conseqüentemente, de algum segmento do mercado, todo projeto de lei profissional terá que se haver com as oposições e defesas de interesses de outros grupos profissionais, os quais poderão se considerar atingidos, em maior ou menor grau, pela proposta em discussão. No caso dos cuidadores, a resistência mais evidente viria de algumas profissões e entidades da saúde, vindo principalmente (mas não exclusivamente) da enfermagem, as maiores críticas, ressalvas e oposições apresentadas.

O tipo de interferência que interesses diversos podem impor a um projeto pode se dar de diferentes formas. A mais radical é a atuação pela rejeição ou não aprovação de um projeto, seja através de gestões para influenciar o voto de cada relator ou, em último caso, mediante mobilização do colegiado de cada comissão ou mesmo do plenário da casa, conforme o tipo de tramitação do projeto em questão. No caso dos cuidadores, a oposição franca e aberta não apareceria publicamente num primeiro momento. Mas nem por isso a inserção de alguns pontos do projeto, expressa nas alterações que o seu texto viria a sofrer por

meio de substitutivos, deixaria de revelar interferências e gestões na temática da profissionalização dos cuidadores.

A tramitação de um PL expressa certamente um complexo e intrincado jogo de forças. Assim como oposições certamente aparecerão, a mobilização pela aprovação do mesmo também necessitará fazer-se presente. Quando o PL do Deputado Inocêncio Oliveira foi apresentado, em 2006, a mobilização em torno da agenda dos cuidadores era frágil e carente de condições de organização, coesão e força política. A Associação dos Cuidadores de Minas Gerais (Aciminas), a entidade de representação dos cuidadores com maior projeção nacional, seria fundada nesse mesmo ano, com preocupações, naquele momento, mais voltadas para as pautas regionais do seu estado. Da mesma forma, as pessoas que originalmente haviam se envolvido em iniciativas como o PNCI, a elaboração da família ocupacional na CBO e outros, já não estavam mais acompanhando necessariamente essa questão, até porque, naquele momento, as principais políticas voltadas para a formação de cuidadores não estavam operantes. Em função disso, o PL tramitou praticamente sem nenhuma mobilização dos atores da gerontologia, movimentos sociais e outras entidades que poderiam ter interesse na questão. Isso fez com que o projeto tivesse não apenas uma tramitação alongada e sujeita a diversas interrupções, como sujeitaria o seu texto a sofrer substanciais alterações por força de substitutivos e emendas conferidas pelos seus relatores, sem necessariamente haver resistências capazes de defender alguns dos interesses fundamentais para os cuidadores.

Em 2008, outro projeto com objeto semelhante seria proposto pelo Deputado Otávio Leite (PSDB-RJ), um político identificado com o setor empresarial, porém que possuía uma agenda associada à defesa das pessoas com deficiência. O PL 2880/2008 visava regulamentar a “Profissão de Cuidador de Pessoa”, mas trazia em sua redação uma compreensão distinta sobre os cuidados e sobre a relação dessa atividade com as profissões da saúde (BRASIL/CN, 2008). Esse projeto seria apensado ao PL 6966/2006.

Tanto o PL do Inocêncio Oliveira quanto o do Otávio Leite não eram restritos ao cuidador de idosos. O primeiro criava a profissão de “cuidador” e o segundo, o de “cuidador de pessoa”. Mas na justificativa de ambos os projetos, o segmento idoso aparecia como um dos destinatários privilegiados dos cuidadores, havendo referências específicas a esse público e situando o processo de envelhecimento da população como um dos princípios motivos da proposição. Não obstante, os cuidadores poderiam assistir a quem deles precisasse, não havendo um recorte obrigatório de grupo etário. Segundo a justificativa desse projeto, a presença do cuidador na sociedade seria “uma realidade indiscutível” e necessária para a

garantia de “uma melhor qualidade de vida” para aqueles que necessitam de apoios no seu cotidiano, “sejam idosos, adultos, jovens ou crianças” (BRASIL/CN, 2008). Ainda segundo o mesmo texto, fortalecer essa atividade profissional seria “em si” um fator de “humanização para a sociedade” (BRASIL/CN, 2008).

A principal diferença entre os dois projetos residiria, entretanto, no fato do PL de 2008 não considerar o cuidado como sendo social. Este seria uma atividade pertencente ao setor saúde e, mais do que isso, os cuidadores estariam hierarquicamente subordinados aos profissionais desse setor, de forma a servir de mão de obra auxiliar no cumprimento de prescrições e tratamentos. Nesse sentido, o texto do projeto de 2008 seria enfático em determinar que o cuidador só estaria autorizado a exercer as suas funções “mediante orientações prescritas por profissionais de saúde responsáveis pelo tratamento e acompanhamento clínico do indivíduo sob sua responsabilidade” (BRASIL/CN, 2008). Além disso, o PL condicionava o acesso à profissão a uma qualificação em “curso regular para cuidadores”, sendo obrigatório que tais cursos fossem ministrados por entidades “oficialmente supervisionadas” por instituições de ensino profissional da “área de saúde” (BRASIL/CN, 2008). Por fim, o projeto deixava claro que os cuidadores estariam impedidos de “executar os serviços exclusivos de outras profissões da área de saúde legalmente regulamentadas, particularmente às da área da enfermagem e da medicina”, afirmativa que seria considerada desnecessária, posteriormente, por um dos relatores, que observaria que todas as profissões são impedidas de exercerem as atividades de outras (BRASIL/CN, 2009). Entretanto, tal ressalva não seria alterada.

Nas diversas relatorias que se seguiram aos dois projetos, pontos que estavam presentes no segundo foram paulatinamente incorporados ao primeiro, havendo uma espécie de hegemonia da visão ‘médica’ sobre os cuidados na definição do seu texto final. Outros aspectos, como por exemplo, a questão da escolaridade mínima foram também sofrendo transformações. Ao elaborar o seu voto o Deputado Wilson Braga (PMDB-PB), estabeleceria o ensino fundamental como requisito de escolaridade para o acesso à formação profissional. Posteriormente, outro relator, o Deputado Laércio Oliveira (PR-SE), alteraria tal exigência, propondo que os cuidadores necessariamente tivessem que possuir o ensino médio completo como requisito para a formação profissional, já que tal tipo de atividade, “apesar de já ser praticada, [seria] em sua grande maioria (...) feita por indivíduos sem qualquer formação

intelectual” (BRASIL/CN, 2011)⁵³. Além disso, esse relator, que segundo notícia publicada na época, teria recebido sugestões de representantes da Associação Médica Brasileira (AMB), incorporaria ao texto do projeto a redação proposta por Otávio Leite, de que os cuidadores só poderiam exercer as suas funções segundo prescrição de profissionais de saúde⁵⁴.

Os temas relacionados à profissionalização do cuidador acabaram produzindo algumas divergências, já que a questão seria objeto de disputa entre forças antagônicas e que representam diferentes interesses e motivações. Na tramitação inicial do PL 6966/2006 e do seu apenso, o PL 2880/2008, se houve polêmicas, entretanto, estas ocorreram sem grande alarde, já que não chegaram a ser realizados debates ou audiências públicas para discussão da matéria. Tal questão nos surpreende, já que além do importante interesse para a sociedade da matéria, as alterações impostas pelo PL do Deputado Otávio Leite à matéria, que traziam um forte viés de medicalização tanto dos cuidados quanto dos cuidadores, nitidamente poderiam trazer consequências prejudiciais ao campo dos cuidados, não apenas pelo fato de propor um requisito de escolaridade alto⁵⁵, frente à atual realidade dos cuidadores no país, como também ao prever transformar os cuidados em problema exclusivamente médico, excluindo os setores

⁵³ O tratamento depreciativo aos cuidadores, reflexo de um contexto sócio-cultural de segregação entre trabalho intelectual e manual, com forte desvalorização do segundo tipo, é recorrente em algumas produções sobre o assunto.

⁵⁴ Tal fato é um exemplo de como o corporativismo profissional costuma atuar no acompanhamento de matérias legislativas de seu interesse. A notícia, hospedada no portal do próprio parlamentar, retratava a visita de assessores parlamentares da AMB para discutir o projeto de lei sobre os cuidadores. Segundo o texto da notícia, existiria uma preocupação, por parte dessa entidade, de que os cuidadores profissionais pudessem prescrever remédios ou realizar outras atividades da medicina (LAÉRCIO, 2011, Grifo meu). Posteriormente, outros conselhos profissionais, tal como o COFITO (Conselho de Fisioterapia e Terapia Ocupacional), também fariam ingerências semelhantes no sentido de buscar proteger e delimitar o seu território ocupacional. Tais conselhos, entretanto, não partilhariam de posicionamentos necessariamente semelhantes em relação aos pontos em discussão, já que os interesses de cada categoria são específicos. Assim, o COFITO manifestaria a preocupação com a atuação do cuidador no auxílio a atividades físicas. Já os médicos, se preocupariam com a prescrição de remédios, item o qual, diga-se de passagem, jamais foi previsto em qualquer projeto como atribuição dos cuidadores. As entidades de enfermagem, por sua vez, se mostrariam refratárias à regulamentação da profissão de modo geral, ou apresentariam importantes restrições a que esses desempenhassem tarefas associadas ao cuidado em saúde.

⁵⁵ A elevação da escolaridade é fato desejável para todos os segmentos ocupacionais e também profissionais e no caso dos cuidadores isso não é diferente. Entretanto, o mais comum é esta ocorrer paulatinamente e acompanhada de políticas específicas destinadas à escolarização, como por exemplo, o Projeto Larga Escala e o Profae, Na França, por exemplo, a escolarização dos cuidadores foi paulatinamente sendo elevada ao longo de mais de três décadas. No Japão, idem (GUIMARÃES; HIRATA; SUGITA, 2011). No caso Brasileiro, tendo em vista as características de vulnerabilidade social dos trabalhadores domésticos, a exigência do ensino fundamental completo já seria um passo importantíssimo para uma maior escolarização. Mas a criação de uma barreira de acesso de forma abrupta, como a exigência de ensino médio completo, de forma não associada a um amplo processo de criação de oportunidades de acesso à escolarização, seria enormemente problemática, não apenas ao excluir números contingentes de trabalhadores do cenário dos cuidados, mas também onerando a sua qualificação e diminuindo a oferta de tal serviço, fato que impactaria às famílias e idosos que necessitam de cuidados. Além disso, a proposta para que os cursos só pudessem ser ofertados por instituições de saúde também limitaria severamente a oferta de tal formação, impedindo que associações, organizações não governamentais, prefeituras de cidades de menor porte e outras entidades interessadas em multiplicar e ofertar esse tipo de formação pudessem fazê-lo.

de assistência social e direitos humanos e ainda, interferindo na liberdade dos idosos e suas famílias poderem decidir se necessitam ou não de um profissional de saúde para o tipo de cuidados demandados em cada caso.

Na geriatria, um dos termos comumente empregados para alusão aos principais problemas do idoso é a *iatrogenia*, conceito utilizado para definir situações em que o tratamento de saúde acaba sendo danoso para o paciente, como por exemplo, no caso geriátrico, a polifarmácia ou polimedicação – quando o excesso de prescrição de medicamentos acaba produzindo danos e desfechos desfavoráveis. A medicalização dos cuidados, em nome de uma suposta segurança para os idosos também implicaria, é preciso acrescentar, em nada desprezíveis níveis de iatrogenia, ao obrigatoriamente transformar em ‘pacientes’ todos os indivíduos que, por motivos diversos, necessitassem de cuidados.

Segundo Freidson (1996), o domínio de uma profissão sobre determinado setor ou tipo de atividade pode ser compreendido a partir do prestígio que esta conquista na sociedade. Prestígio que pode ser traduzido como uma espécie de legitimidade, conferida pelo Estado e pela sociedade, para atuar, por meio da expertise profissional, sobre uma determinada questão da vida social. Quando examinamos as disputas em torno do reconhecimento profissional dos cuidadores, fica patente que diferentes corporações atuam no sentido de sustentar a sua autoridade e legitimidade sobre determinados aspectos da problemática dos cuidados. No caso em questão, como a profissão médica goza de uma posição de dominância na sociedade, como aponta Freidson (1996), o seu pleito por constituir-se enquanto autoridade sobre os cuidados e cuidadores parece ser recebido com naturalidade, já que quase nenhuma resistência à incrível mudança de perspectiva sobre os cuidadores no projeto de lei parece ter se evidenciado, no momento em que seus relatores conferiam esta redação. Mas será que cuidado, palavra que possui um significado mais amplo e que diz respeito a um conjunto de atividades relacionadas à vida social, se transformaria definitivamente em sinônimo de cuidados de saúde? Será que o cuidar será reduzido a um conjunto de procedimentos technicalizados e submetidos a uma racionalidade terapêutica destinada a ‘tratar’ uma ‘nova’ doença social, a dependência?

A tramitação dos PL 6966/2006 e 2880/2008 revela certamente a fragilidade com que os defensores da agenda social dos cuidados possuem, frente a interesses corporativos organizados e com recursos estruturais e financeiros para viabilizar incursões, mediações e realização de lobby, se necessários, no parlamento. Entretanto, se a resistência em defesa de um projeto de lei que pudesse atender aos anseios dos cuidadores e às necessidades dos

segmentos sociais mais diretamente relacionados à temática não conseguiu se mobilizar e organizar a tempo de se fazer presente, no período inicial de tramitação desses projetos, esta não tardaria em aparecer, o que faria com que, não apenas novos da agenda dos cuidadores fossem introduzidos na discussão como também as diferenças de posicionamento entre atores em posição de antagonismo passassem a se explicitar com mais clareza. Tal quadro começaria a se delinear, dessa forma, à medida em que a tramitação avançasse e tendo como marco o ano de 2011, quando um projeto com objeto similar foi proposto na outra casa legislativa, o Senado Federal. Tal período viria a coincidir, como relataremos a seguir, com uma maior mobilização nas frentes de apoio aos cuidadores.

O retrocesso representado pelo encerramento do PNFCL, na passagem de 2009 para 2010, sob a justificativa de que a profissão de cuidador não existia oficialmente, alimentou a percepção de que a luta pelo reconhecimento da profissão representava, naquele momento, um dos principais caminhos para fortalecer e suprir algumas das urgentes necessidades decorrentes da falta de uma política para o problema dos cuidados, o qual seria percebido como estando se agravando de ano para ano. A discussão sobre a necessidade de reconhecimento da profissão foi então pautada em diversos fóruns, tais como o Conselho Nacional do Idoso (CNDI), conferências nacionais, congressos de geriatria e gerontologia, encontros de cuidadores e outros. É nesse contexto que se constitui, no Rio de Janeiro, o Grupo de Discussão sobre Cuidados e Cuidadores (GDCC), o qual também mantinha contatos com pessoas e instituições de outras capitais, sobretudo São Paulo, Belo Horizonte e Distrito Federal e que estavam também mobilizadas em prol da agenda das pessoas cuidadoras.

Em 2011, o Senador Waldemir Moka (PMDB-MS), apresentaria o PLS 284/2011, com a finalidade de dispor sobre a regulamentação da profissão de “cuidador de idoso”, projeto que tramitaria em caráter terminativo na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) daquela casa (BRASIL/SF, 2011). O projeto, segundo relato do próprio senador, teria sido elaborado por sugestão da Secretária de Assistência Social do Mato Grosso do Sul, estado do senador, a qual foi também uma das palestrantes na primeira audiência pública realizada para apresentar o projeto, naquele mesmo ano. Dessa audiência, participariam ainda representantes do MT e do MS, do CNDI, da SDH/PR, do Observatório da Longevidade (Olhe-SP) e, de maneira inédita, o presidente da Aciminas, representando o movimento social dos próprios cuidadores. Na audiência pública, dedicada a situar a importância da matéria frente à realidade social do país, estava presente também a Senadora Marta Suplicy (PT-SP), designada para a relatoria do

projeto e que assumiria o compromisso de contribuir para o aprimoramento do texto e lutar pela sua aprovação.

Alguns atores de São Paulo, onde se destacam pessoas como Marília Berzins, Yeda Duarte e Tomiko Born, desempenharam ao longo das últimas décadas um papel inequívoco de protagonismo no cenário gerontológico nacional e, especificamente sobre as questões relacionadas à temática dos cuidados e dos cuidadores. Estando a relatoria desse projeto a cargo de uma parlamentar desse mesmo estado, essas pessoas se mobilizariam para apoiar e prestar auxílios à assessoria da Senadora Marta Suplicy, responsável pela elaboração do parecer ao PLS 284/2011. Dessa rede informal de apoios ao projeto também participariam outras pessoas interessadas e mobilizadas em outros estados, como por exemplo, parte dos integrantes do GDCC, mas também de outras capitais⁵⁶. O voto da relatora seria posteriormente apresentado e discutido em nova audiência pública.

No debate promovido pelo Senado Federal em 2012 em São Paulo, diferentemente do clima ameno que marcara a primeira audiência pública, em Brasília, o encontro seria lembrado pela emergência de algumas polêmicas relacionadas a pontos específicos do projeto, principalmente pelo fato de ter sido permitido manifestações do público presente, ao final da exposição dos convidados. Nesse encontro, a Senadora Suplicy apresentou uma versão prévia do seu relatório ao projeto e colheu depoimentos e opiniões. Dentre os palestrantes, antigas militantes da gerontologia, gestores de políticas setoriais de São Paulo, coordenadores de instituições de ensino profissionalizante e ainda, representantes do governo federal, como o Ministério do Trabalho e o Ministério da Saúde, dentre outros. O texto proposto pela Senadora Suplicy acrescentava alguns elementos interessantes em relação aos demais projetos que o precederam. Em primeiro lugar este introduzia em sua justificativa um argumento até então não abordado: a ideia de que a sociedade devia aos cuidadores um justo reconhecimento. Nesse sentido, esta destacava a oportunidade para que a “sociedade ofereça compensações e estímulos” aos cuidadores “valorizando-os devidamente, pelo seu trabalho em benefícios de todos” (BRASIL/SF, 2012a). Além disso, a senadora reconhecia a existência dos cuidadores como uma “realidade do mercado”, mas ponderava que a sua mera inclusão na Classificação Brasileira das Ocupações não era o suficiente para conferir-lhes a “cobertura legal necessária” e tampouco prover aos idosos “a segurança de uma boa prestação do

⁵⁶ Constituída tardiamente (considerando-se o fato de que o primeiro projeto havia sido apresentado alguns anos antes, na câmara federal), haveria uma percepção na rede de apoios, de que o caminho mais favorável para investir na profissionalização dos cuidadores se daria através do projeto do senado, já que o PL mais antigo havia recebido uma redação que não correspondia àquilo que esses atores consideravam como o preferível para a temática dos cuidados.

serviço”, aspectos que dessa forma justificariam a transformação da ocupação numa profissão (BRASIL/SF, 2012a).

Em sua exposição de motivos, a Senadora Suplicy acrescentava ainda outros argumentos para endossar o seu voto em prol da regulamentação da profissão. Mencionava os potenciais benefícios representados pela atuação do cuidador aos idosos e seus familiares, e destacava a necessidade de uma divisão de responsabilidades entre as “organizações sociais, as famílias e o Estado” em prol de um “atendimento integrado” às demandas da população idosa. Nesse sentido, conceituava a atuação dos cuidadores como sendo mais abrangente do que a tradicional díade entre o contexto domiciliar e o institucional, ao prever que estes pudessem ampliar o seu escopo de atuação para diferentes e variados contextos, tais como eventos sociais e culturais, centros de saúde e outros, de forma a “garantir a mobilidade e a segurança do público da terceira idade”, onde quer que houvesse necessidade dos “serviços de cuidado” (BRASIL/SF, 2012a). Por fim, esta também argumentava da necessidade de se buscar diferenciar a atuação do cuidador domiciliar daquela do empregado doméstico, de forma a “evitar desvios de função e possível confusão de atribuições” entre ambos (BRASIL/SF, 2012a).

No que diz respeito aos requisitos para ingresso na profissão, estes não se diferiam substancialmente em relação aos projetos anteriores, e previam a exigência do ensino fundamental e um “curso de qualificação para cuidador de pessoa idosa”, cuja duração e conteúdo programático seriam definidos posteriormente à promulgação da lei (BRASIL/SF, 2012a). Em relação às atribuições do cuidador, estas reproduziam, sem grandes diferenças os descritivos já existentes em manuais e no CBO. Não obstante, esta questão suscitaria antagonismos na audiência pública realizada em São Paulo.

De uma maneira geral, a defesa da regulamentação da profissão de cuidador vem sendo assumida, nas diversas audiências já realizadas, pelos atores da geriatria e gerontologia, ou seja, por pessoas que por envolvimento profissional e também por militância, consideram que esta é necessária tendo em vista as transformações e desafios impostos para a sociedade pelas transformações das suas características etárias. Mas um debate sobre a criação de uma lei não pode ocorrer somente com especialistas ou unicamente com representantes da assim denominada sociedade civil. Os representantes do governo, em geral de ministérios, por outro lado, procuram trazer uma visão mais cautelosa e, frequentemente ‘neutra’, sobre o assunto. Estes concordam com a relevância de se buscarem soluções para fortalecer e apoiar os cuidados de idosos, mas como a criação de uma nova profissão pode implicar em aumento de

gastos públicos, o posicionamento dos ministérios tem sido marcado não incomumente pela incumbência de trazer ressalvas e restrições a determinados itens da matéria em discussão. O presidente da Aciminas não havia sido convidado para a audiência pública de SP, mas foi dada a palavra à presidente de uma associação de cuidadores recentemente criada naquela cidade.

No Rio de Janeiro, o GDCC havia sido constituído justamente para estudar e acompanhar os projetos de lei em tramitação na câmara e no senado, porém as intenções iniciais do grupo, de analisar os projetos federais, haviam sido atropeladas pela notícia, recebida em fevereiro de 2012, de que o projeto de lei estadual 979/11, de autoria da Deputada Enfermeira Rejane e que exigia dos cuidadores que se convertessem em enfermeiros, estava em vias de ser aprovado na assembleia legislativa do estado. Na primeira análise do PL 979/11, o qual tinha por finalidade estabelecer as “normas para o exercício da atividade profissional de cuidador de pessoa idosa no âmbito do estado do Rio de Janeiro”, ficou claro para o grupo que havia um componente de inconstitucionalidade no projeto, já que segundo a legislação nacional compete exclusivamente às instâncias federais a regulação do exercício profissional (RIO DE JANEIRO, 2011). Porém, se ponderou que a falta de regulamentação profissional dos cuidadores representava um elemento de vulnerabilização dessa categoria e, nesse sentido, o PL poderia trazer problemas, fomentar perseguições, discriminações e agravar as suas já difíceis condições de trabalho.

Além disso, estando em curso uma discussão para a criação da profissão no congresso nacional, foi avaliado que não seria desejável, para a luta nacional, que um Estado com a importância e visibilidade do Rio de Janeiro pudesse produzir um exemplo prejudicial aos cuidadores capaz de, inclusive, influenciar negativamente a discussão federal. Outro ponto ponderado foi o de que, embora o projeto fosse avaliado como inconstitucional da forma como estava redigido, a contestação da sua legalidade poderia ser trabalhosa e demorada, produzindo incertezas e angústias para os cuidadores, idosos e familiares que necessitam desse tipo de serviço. Nesse sentido, o GDCC deliberou por solicitar uma audiência com a deputada estadual autora do projeto, de modo a lhe sugerir alterações ao texto da sua proposição.

A ALERJ fica localizada numa bairro histórico e próxima à antiga região portuária da cidade. O agendamento com a Deputada Rejane, em fevereiro de 2012, havia sido obtido por uma das cuidadoras que integrava o GDCC, Anna Lúcia Alves dos Santos que havia sido aluna do curso de cuidadores da EPSJV/Fiocruz e trabalhava no Centro de Promoção Social

Abrigo do Cristo Redentor, um abrigo de idosos vinculado ao Governo do Estado. Além de Anna Lucia, estavam presentes ainda cinco integrantes do grupo de discussão, que foram recebidos no gabinete da Deputada. A conversa, entretanto, não seria fácil, já que visões antagônicas sobre os cuidados e os cuidadores estavam em jogo. Frente ao impasse entre aceitar ou não modificações ao projeto, a sua autora acenou com uma saída: a realização de uma audiência pública para tratar da questão, a ser agendada em data futura.

As audiências públicas sobre um projeto de lei são palcos para que as principais forças a favor ou contra a sua aprovação possam se manifestar. Preocupados com o que poderia ocorrer na audiência pública da ALERJ, os integrantes do GDCC-RJ decidiram investir na mobilização daquelas que seriam as primeiras a serem afetadas pelo projeto de lei em debate: as próprias cuidadoras. Nesse sentido, convocaram uma reunião plenária, a se realizar em espaço cedido pela UERJ, para a qual, cada entidade participante tentaria convidar o maior número de cuidadoras possível. Além disso, outros atores indiretamente implicados na discussão seriam também convidados a estar presentes, tais como as cuidadoras da política de saúde mental, representantes do movimento da pessoa com deficiência, gestores da política de saúde ou assistência social e outros. A assembleia da UERJ, realizada em maio de 2012, produziria alguns desdobramentos interessantes. O primeiro, no sentido de ampliar a discussão que estava sendo travada no âmbito do grupo de discussão para um número maior de pessoas. Mas, mais do que isso, essa também ficaria marcada como a data em que começou a amadurecer a ideia de se organizar uma entidade que, até então, não existia no estado do RJ, a associação de cuidadores.

Historicamente, as discussões sobre os cuidados e cuidadoras sempre ocorreram sem que as próprias cuidadoras pudessem ter a possibilidade de manifestar o seu próprio ponto de vista, por meio de suas representações. As primeiras associações de pessoas cuidadoras foram possivelmente as que reuniram familiares e amigos, como por exemplo, a Associação Brasileira de Alzheimer. Mas por serem segmentadas em torno de determinadas condições de doença ou dependência, tais movimentos tendem a ter uma atuação mais direcionada para pautas mais específicas. O surgimento de um movimento social em torno das pessoas que trabalham como cuidadoras remuneradas é fenômeno muito recente na nossa história. Este lida com o desafio de tentar mobilizar uma parcela de um segmento de trabalhadores que, historicamente, é pouco engajado e que apenas começa a possuir uma identidade comum de categoria ocupacional há relativamente pouco tempo. Mas, a partir do exemplo ocorrido na organização dos cuidadores em Belo Horizonte, e tendo a notícia de que uma associação

semelhante estava sendo criada em São Paulo, os integrantes do GDCC-RJ resolvem pautar a necessidade de existir uma organização que pudesse atuar como porta voz dos próprios cuidadores e cuidadoras, na plenária da UERJ. Como desdobramento, constituía-se ali uma comissão, integrada por 11 cuidadoras oriundas de diferentes segmentos, entre cuidadoras institucionais, domiciliares, inseridas ou não em políticas como a de assistência social e a de saúde mental. Tal comissão estaria incumbida de começar a organizar uma futura associação.

No Rio de Janeiro, a mobilização em defesa dos cuidadores surtiria os seus efeitos. Na audiência pública realizada na ALERJ, a sala inicialmente reservada não comportava o público previsto, forçando a sua transferência para um auditório com maior capacidade. Estavam presentes, além dos membros do GDCC, um número grande de cuidadores, incluindo-se tanto cuidadoras de idosos quanto da política de saúde mental, além de representantes do Ministério Público, dos movimentos em defesa dos direitos da pessoa idosa e com deficiência, Conselho Regional de Psicologia (CRP-RJ), associações de familiares, tais como a Apacojum (Associação de parentes e amigos da Colônia Juliano Moreira) e a ABRAZ-RJ, além de representantes de serviços, gestores, universidades e instituições formadoras, dentre outros. Para defender, entretanto, o ponto de vista expresso no projeto da Deputada, esta havia convidado três entidades: o COREN-RJ, o Sindicato dos Fisioterapeutas e um grupo de docentes do departamento de enfermagem da UFF. Embora o número de representantes na ‘defesa’ dos cuidadores superasse em muito aos convidados da deputada, ficaria acertado que cada parte teria o direito a três oradores.

A Deputada Rejane decidira acolher, segundo informado na própria audiência pública, parte das sugestões que o GDCC enviara ao seu projeto. O ponto mais problemático e conflituoso do projeto original, a exigência de que os cuidadores fossem obrigatoriamente enfermeiros, seria retirado e substituído por um artigo que determinava que a qualificação consistiria em cursos para cuidadores de idosos. Ao retirar, entretanto, a controvertida exigência, a autora faria a inclusão de uma série de itens com o intuito de restringir o escopo de atividades dos cuidadores: estes só poderiam cuidar de idosos “independentes ou com pequenas limitações”, e estariam também proibidos de executar diversas atividades básicas do cuidado com a saúde, como por exemplo, dar remédios, verificar sinais vitais, aplicar injeções e outros. Desvelava-se, dessa forma, o verdadeiro motivo subjacente à proposta do projeto, que consistia numa tentativa de demarcar territórios entre a profissão de enfermagem e o emergente corpo ocupacional dos cuidadores.

A audiência pública seria palco para defesas vigorosas e depoimentos contundentes. Coube a Ana Gilda Santos, uma das cuidadoras que integraria a futura diretoria da Associação dos Cuidadores, ser uma das porta-vozes na defesa da sua ocupação. Presidindo os trabalhos, a deputada havia sido inábil ao afirmar que “não gostaria que as empregadas largassem da vassoura para irem cuidar”, afirmação contestada por Ana Gilda, que relatava ter trabalhado como doméstica por 20 anos antes de se tornar cuidadora, uma ocupação muito digna e da qual se orgulhava. Da parte da deputada, os representantes do COREN, do sindicato dos fisioterapeutas e também da faculdade de enfermagem da UFF, insistiam na necessidade de demarcar as atribuições dos enfermeiros, apresentando argumentos técnicos ou da legislação profissional.

Um dos principais pontos em discussão residia na tentativa de proibir que os cuidadores pudessem administrar medicamentos aos idosos por eles cuidados, questão sustentada por um argumento que pregava a “segurança” dos “pacientes”. Por outro lado, contra-argumentava-se que a maioria dos idosos fazem uso de medicamentos e que não existe impedimento legal para que a população, em geral, não possa seguir orientações médicas de caráter não técnico e relacionadas aos cuidados do dia a dia, as quais também costumam ser realizadas pelos familiares cuidadores. Desse modo, determinadas atividades do cuidado com a saúde poderiam ser consideradas como de caráter universal, não estando, portanto, assinaladas como privativas ou exclusivas de nenhuma profissão.

No conflito de interesses, visões e discursos, alguns aspectos se destacariam. Primeiramente, a defesa de uma singularidade ou, melhor dizendo, a afirmação de uma identidade ‘ocupacional’ dos cuidadores: “não estamos ali para fazer trabalho de enfermeiros, nem de fisioterapeutas”, dizia Ana Gilda, “nós, ao contrário, nós estamos, sim, para cuidar daquele idoso, para ensinar ele a ter uma vida digna” (RIO DE JANEIRO, 2012). Tal diferenciação se ampararia também num argumento apresentado por um dos representantes do GDCC, o Professor Serafim Paz, que enfatizaria a necessidade de não se confundir o envelhecimento com a doença, ponto que já havia sido superado há muitas décadas na história da gerontologia e na própria sociedade. Interessante acrescentar: o habitus do cuidador surge também em oposição a outras profissões, no sentido de afirmar a sua própria identidade. A audiência pública prosseguia. Outra fala relevante foi a Daniel Groisman, também enquanto integrante do GDCC e professor de uma escola técnica federal, ao apontar que o que estava em discussão não era uma mera disputa entre categorias, mas sim a defesa do direito ao cuidado: “o direito de que uma pessoa que se torna dependente na sua velhice possa receber

cuidados e o direito, também, de cuidar; o direito de exercer esse tipo de trabalho, que historicamente nasceu como uma prática leiga, mas que nem por isso deveria deixar de ser respeitada” (RIO DE JANEIRO, 2012).

Em São Paulo, conflitos semelhantes também eclodiriam. No debate, a Senadora Suplicy escutaria críticas do Coren-SP, sobre o fato de que, entre as atribuições previstas para os cuidadores, lhes seria permitido dar remédios e prestar cuidados considerados como sendo para a promoção da saúde. E, mais uma vez, tais colocações seriam rechaçadas por muitos dos debatedores presentes e, inclusive pela própria senadora, que afirmaria “não aceitar” tal restrição, por acreditar que os cuidadores deveriam estar autorizados a prestar os mesmos tipos de cuidados que a família também estivesse autorizada a realizar. Esse, entretanto, seria o problema ‘pequeno’ do debate. O ponto maior de resistência e, provavelmente, o de consequências mais importantes, viria de uma das representantes governamentais. Um dos tópicos acrescentados pela senadora em seu substitutivo se aproximava de uma questão que há muito vinha sendo defendida por diversos autores do cenário gerontológico, que é a percepção de que existe uma lacuna na provisão de uma política para os cuidados no país.

Em estados de bem estar social que já vivenciam, há mais tempo, as mudanças ocasionadas pelo processo de transição demográfica e epidemiológica das suas populações, a adoção de programas e políticas específicas para o cuidado vem ocorrendo de forma mais estruturada (PASINATO; KORNIS, 2010). Como exemplo, pode-se citar a implantação do Sistema para a Autonomia e Atenção à Dependência pelo Estado Espanhol em 2006, que garante, dentre outras medidas, serviços de cuidado domiciliar, combinados com a oferta de benefícios monetários para as pessoas incapacitadas e que necessitam de cuidados ou cuidadores. Tais benefícios tanto poderiam ser empregados para a contratação de um cuidador como para compensar a dedicação de um familiar cuidador que se afastasse da sua atividade laboral externa para cuidar de um parente. Segundo Agulló (2006), o direito ao cuidado constituiria o quarto pilar do Estado de Bem-Estar Social espanhol, junto com a saúde, a educação e a previdência social. Mas no Brasil, a percepção de que a seguridade social não possui ainda as respostas adequadas para apoiar e fornecer suporte para o cuidado das pessoas que se tornam dependentes, vem trazendo preocupações para os estudiosos do assunto.

O substitutivo ao PLS 284/11 não trazia, em sua formulação, uma proposta elaborada de implantação de uma política de cuidados em moldes semelhantes às experiências exitosas em outros países. Até porque, esta não era a principal finalidade dessa legislação. Mas um dos artigos incluídos no projeto previa que a “União, os Estados, o Distrito Federal e os

Municípios” deveriam “integrar cuidadores de pessoa idosa às equipes públicas de saúde e de assistência social” (BRASIL/SF, 2012a). Nas palavras da relatora, isso era necessário para que “o serviço de cuidado ao idoso seja acessível a todos os idosos, de todas as classes sociais, e não transformar a profissão em um luxo de poucos” (BRASIL/SF, 2012a). Em outras palavras, a regulamentação da profissão representaria um passo importante para que, da mesma maneira como já ocorre em muitos outros países, viessem a ser estabelecidos serviços públicos de cuidados e cuidadores. Presente à audiência pública, porém, a representante do MS, manifestaria preocupação com esse item, que demandaria aumento de gastos para o Estado e poderia suscitar resistências do governo à aprovação do projeto. Isso fez com o que o texto desse artigo sofresse um recuo em relação às suas pretensões originais e fosse modificado antes de entrar em votação no senado. Sua redação ficaria, portanto, da seguinte forma: “o Poder Público deverá prestar assistência à pessoa idosa, em especial a de baixa renda, por meio de profissional qualificado, seja cuidador de pessoa idosa ou não” (BRASIL/SF, 2012b). Além disso, seria agregado um parágrafo único a esse artigo, o qual resgataria o desgastado conceito de “parceria” do cuidador com as equipes de saúde, no sentido deste receber acolhimento e orientações desses profissionais.

O substitutivo ao PLS 284/11 seria finalmente aprovado no Senado, no final de 2012 e, posteriormente, remetido para a Câmara dos Deputados, onde receberia a numeração 4702/12. Esta seria a primeira vez que um dos projetos de lei destinados a regulamentar a profissão de cuidador viria a ser aprovado em uma das casas do legislativo. Mas sua aprovação final ainda estaria distante e dependeria de um longo trâmite na Câmara dos Deputados, onde mais uma vez, as resistências de ordem corporativista/profissional e também do Estado, no sentido de transferir para o mercado a responsabilidade pelos cuidados, se fariam presentes e com força ainda maior.⁵⁷ Sua eventual aprovação, num futuro ainda

⁵⁷ Em março de 2013, uma audiência pública promovida pela “Frente Parlamentar Mista em Defesa da Enfermagem”, no congresso nacional, seria palco para manifestações de repúdio aos projetos de lei destinados a criar quatro profissões “independentes”: cuidador de idosos, parteira tradicional, instrumentador cirúrgico e técnico em imobilização ortopédica. Segundo notícia divulgada no portal da câmara federal, os representantes da enfermagem sugeriram que essas ocupações sejam tratadas como “especializações profissionais da categoria, tanto no nível técnico, quanto no nível superior” (ENFERMEIROS, 2013). Segundo uma das diretoras de entidade de classe presentes, “o que a gente não vai tolerar é que essas ocupações venham tirar as atividades que eram da enfermagem, onde a gente pode estar qualificando os técnicos e os próprios enfermeiros para executarem essa demanda, que já é nossa.” Além disso, essa mesma personagem informa também uma das estratégias que a serem adotadas para impedir o surgimento das novas profissões: “então, a gente vai lutar também para que sejam criadas especialidades dentro da enfermagem e do nível médio para executar essas atividades” (ENFERMEIROS, 2013). Nesse mesmo ano, a primeira audiência pública promovida pela nova relatora do PL 4702/12, Deputada Benedita da Silva, seria bem mais difícil do que as anteriores. Até porque, se na audiência do Senado as entidades de classe opositoras ao projeto só puderam se manifestar publicamente quando o microfone foi oferecido ao público presente, no Congresso Federal estas conquistariam um lugar na mesa de palestrantes.

incerto, dependerá da mobilização de um conjunto de forças capaz de superar os obstáculos que se colocam de forma organizada à sua aprovação e sensibilizar a opinião pública para o reconhecimento de que o problema dos cuidados não é individual, mas sim de ordem coletiva.

No Rio de Janeiro, a mobilização dos cuidadores continuava. Com apoio de diversas militâncias e, ao final de meses de reuniões, estudos, discussões e participações em diversos fóruns e eventos, fundava-se a Associação dos Cuidadores do Estado do Rio de Janeiro (ACIERJ), a qual em suas finalidades, congregava cuidadores de idosos, da saúde mental e da pessoa com deficiência. Além de Anna Lucia e Ana Gilda, respectivamente, vice-presidente e primeira-secretária, comporia a diretoria uma cuidadora domiciliar, Maria do Perpétuo Socorro Peçanha, que havia sido aluna do mais tradicional curso para cuidadores da cidade, o curso coordenado por Terezinha Martinez, na Fundação Real Grandeza. Maria do Socorro, cuja principal experiência organizativa anterior se dera em associação de moradores, se tornaria a primeira presidente da nova associação. A estas três, se juntariam outras cuidadoras, de diferentes segmentos e setores. Graças, em parte, à atuação da ACIERJ, o PL 4702/12 ficaria sob a relatoria da Deputada Benedita da Silva (PT-RJ), uma parlamentar do Rio de Janeiro e que possuía uma trajetória política identificada com as temáticas da assistência social e também com a defesa dos trabalhadores domésticos.

Até a data da conclusão dessa pesquisa (fevereiro de 2015), os projetos de lei federais que tratavam da regulamentação da profissão de cuidador estavam ainda em trâmite no Congresso Nacional: o PL 6966/2006 e seu apenso de 2008 estavam aguardando apreciação da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania. Já o PL 4702/12, aguardava o parecer da sua relatora, a Deputada Benedita da Silva, na Comissão de Assuntos Sociais e Família. Quanto ao PL 979/11, de autoria da Deputada Rejane, este seria aprovado em Outubro de 2014 na Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro. Seu texto final, modificado por emendas de parlamentares em atenção ao pleito das cuidadoras e das demais instituições e organizações relacionadas ao cenário dos cuidados, seria considerado como possuindo uma redação favorável para os cuidadores. Um quase caso de sucesso, numa situação em que as adversidades tendem a predominar.⁵⁸

O percurso da recém-fundada Associação dos Cuidadores estaria apenas se iniciando. E o desafio, de conseguir mobilizar uma categoria enorme, porém fragmentada, desmobilizada, com pouca consciência de classe e menor ainda tradição luta em prol de uma

⁵⁸ Embora o texto original do projeto tenha sido modificado, por força de relevante e bem sucedida mobilização das cuidadoras e de outros atores do movimento pelos cuidados, o projeto de lei aprovado não seria, entretanto, sancionado pelo Governador do Estado, sob a alegação, juridicamente fundamentada, de que legislações profissionais são de competência privativa da União.

pauta identitária e comum, estaria apenas começando. Os primeiros e, possivelmente, mais difíceis passos haviam sido dados, com a criação da entidade jurídica e o início da formação das suas lideranças. A luta pelos cuidados e cuidadores é difícil, desigual e árdua. No cenário de crescentes tendências à privatização do bem estar, há muito pouco espaço para otimismo quanto às perspectivas de ampliação de direitos sociais. Mas, ao serem perguntadas sobre o nome que gostariam de dar para a primeira chapa de sua diretoria, as cuidadoras da ACIERJ escolheram a palavra “esperança”. E aqui nos remetemos a Paulo Freire, que associava a esperança não com a espera, mas sim com a luta naquilo que se acredita.

5.3 Diferenças de classe, corporativismo e cuidados

A qualificação para o trabalho, como nos lembra Tartuce (2004), é sobretudo uma construção social. Isso significa pensar que no processo de qualificação de qualquer categoria profissional estão refletidos não apenas os conteúdos a serem ensinados, mas também as relações de trabalho e os demais aspectos que compõem o cenário social e cultural no qual aquela ação está inserida. Quando os trabalhadores do cuidado são privados de uma política pública destinada a elevar, em um cenário futuro, a sua escolaridade, essa supressão de direitos se aproxima daquilo que Marx denomina alienação do trabalho, na medida em que eles são relegados a se manterem como uma massa de trabalhadores de baixo custo e expropriada de conhecimentos (Apud: CASTRO, 2008). Para Guimarães (2008), a qualificação deve ser entendida como relação social, na medida em que expressa, em certa medida, as relações econômicas de dominação ou de exploração entre indivíduos, grupos ou classes de trabalhadores. Esta é, certamente, uma das lições da interrupção do PNFCI, na medida em que a não-qualificação reforça as relações sociais desiguais e com componentes de gênero que desvalorizam o cuidar e, com isso, as pessoas que fazem dessa atividade, um ofício.

O componente de gênero inerente a esse incrível exemplo de retrocesso nas políticas sociais não pode e nem deve ser omitido. Como afirma Rosa (2008, p. 272) historicamente o cuidado com as pessoas no âmbito da família e na sociedade foi associado com “um atributo da capacidade relacional próprio da feminilidade”, sendo utilizado tanto para liberar o homem para o trabalho produtivo quanto para submeter a mulher ao trabalho reprodutivo nos cuidados com a casa e com a família. Da mulher, vinculada à esfera doméstica, se espera que preste serviços ‘por amor’, expectativa que é reforçada por valores culturais que associam a renúncia e o auto-sacrifício da individualidade das mulheres a virtuosismos de uma suposta

feminilidade natural (2008, p. 272). Dessa forma, o que se pode esperar das cuidadoras familiares ou remuneradas que, deliberadamente são alijadas da política pública é que sigam exercendo as suas tarefas por “amor”, já que os apoios para tal tendem a se retrair. Não por acaso, teima em se manter enquanto clichê a retórica que associa o cuidado a valores como a solidariedade, o altruísmo e a compaixão com o próximo. Não se pode ignorar, tendo em vista os casos que analisamos aqui, que tal tipo de argumento se presta também para obscurecer a forte exploração social a que as pessoas cuidadoras frequentemente estão submetidas na sociedade contemporânea.

Não foi fácil conseguir realizar algumas das entrevistas que fizemos com atores envolvidos no PNFCI, já que se tratava de um projeto descontinuado há algum tempo. Houve quem não se dispusesse a falar e também, aqueles que já não mais se recordavam de detalhes da questão, por estarem envolvidos no acompanhamento de outros e variados assuntos. Parece-nos, dessa forma, que nada pode sinalizar melhor o futuro difícil que as políticas para o bem estar da pessoa idosa poderão ter pela frente do que a forma como o problema dos cuidados vem sendo tratada pelo Estado e também pela sociedade, já que se trata de questão repetidamente desvalorizada e tratada como desimportante. Delegar a grande parte dos problemas sociais para os indivíduos e para as famílias é próprio do cenário de neoliberalização por que passa as economias de boa parte do mundo e também do Brasil, apesar de nossa retórica que previa a instalação de políticas voltadas para a promoção do bem estar universal. Ocorre, entretanto, que é cada vez mais o mercado que é chamado a resolver as demandas da população e, particularmente, no segmento que envelhece, este tende a se fazer cada vez mais presente, o que amplia as desigualdades no acesso ao consumo de tais serviços.

A interrupção e a posterior ausência de uma política para a formação de cuidadores e fortalecimento dos cuidados não produziu um estrondo, como seria de se esperar frente à gravidade da situação. Esta se deu silenciosamente e sem produzir nada mais do que algumas marolas, que não chegaram a merecer registro na mídia, cenário que difere do início do PNFCI, amplamente repercutido pelos canais de comunicação. Da mesma forma, pouquíssimas foram as vozes que se ergueram da parte de trabalhadores e gestores do segmento de serviços e políticas para a pessoa idosa para protestar contra a interrupção desse programa. Tal fato não surpreende, já que o campo da geriatria e da gerontologia possui ainda uma baixa coesão na defesa de questões políticas relacionadas a essa área. Até mesmo pelas relações, já estabelecidas, entre interesses corporativos como o de laboratórios farmacêuticos

e outros gigantes da indústria de serviços e produtos destinados às pessoas e uma parte da produção científica e discursiva na área, o que frequentemente direciona o percurso formativo e profissional de um expressivo contingente de atores desse campo prioritariamente para o mercado. Mas se nas belas propagandas da mídia eletrônica ou impressa, se nos folhetos distribuídos nas agências bancárias e outros locais estratégicos, os idosos retratados estão sempre emanando vitalidade, felicidade e saúde, no mundo real que não é o da publicidade, um abismo cada vez maior se produz, entre aqueles que possuem recursos para custear as suas necessidades na velhice e aqueles que dependem de uma ajuda estatal cada vez mais vacilante, questionada por penalizar as contas públicas e com evidentes limitações no que tange a apoios de maior intensidade, como por exemplo a questão dos cuidados.

Cuidado “não dá ibope”, comentou certa vez um geriatra conhecido, ao se referir ao desinteresse da mídia e também da sociedade pela temática. Mas dá mercado, nos parece, e no cenário de desinteresse pela provisão pública de cuidados, a ganância pela regulação de monopólios das mais gordas e lucrativas fatias desse mercado é prato cheio para toda sorte de interesses corporativos, sendo um dos mais proeminentes o corporativismo de parte das profissões da saúde. Freidson (2009), um dos teóricos da sociologia das profissões e que tomou como estudo de caso a profissão médica, afirmou certa vez que o corporativismo profissional necessita ser limitado frente ao interesse público.

Para Freidson (2009), uma profissão pode ser entendida como uma ocupação que assume uma posição dominante na divisão do trabalho. Toda profissão, para esse autor, busca obter algo semelhante a um monopólio para o exercício do trabalho. Tal aspiração se realizaria a partir da conquista de diferentes níveis de autonomia, sendo uma das dimensões a autonomia técnica. Um exemplo desse tipo de autonomia, para esse autor, é o esoterismo do saber médico, o que garantiria uma separação praticamente inquestionável entre o conhecimento e a expertise profissional e o saber leigo sobre a saúde e a doença na sociedade contemporânea.

Ainda segundo Freidson (2009), haveria uma diferenciação entre profissões e “paraprofissões”. As primeiras, como por exemplo, a medicina e o direito, teriam conquistado um grau pleno de autonomia em diferentes âmbitos. Quanto às paraprofissões, estas se comportariam de maneira semelhante às profissões, como relata esse autor, inclusive possuindo elementos como um credenciamento educacional próprio, conselhos profissionais e até mesmo código de ética, porém teriam a sua autonomia limitada por outras profissões em situação de dominância. Segundo esse autor, um exemplo de paraprofissão no campo da saúde

seria a enfermagem, a qual teria sido fundada como ocupação auxiliar para o tratamento médico e, mesmo depois de conquistar importantes elementos na direção da sua autonomia profissional, ainda estaria de alguma forma submetida à autoridade médica, já que elementos essenciais como os conceitos de saúde e doença, as prescrições e também os tratamentos seriam oriundos da ciência médica. Esta limitação em sua autonomia, nos parece, explica parte da resistência dessa profissão frente à regulamentação profissional dos cuidadores. Dessa forma, mais do que uma argumentação baseada no esoterismo de conhecimentos e técnicas, o que se sobressai é o apego a normativas autoregulatórias ou à legislação profissional já existente. Tais argumentos, evidentemente são mais frágeis e sujeitos a contestações, como vem acontecendo.

Por outro lado, algumas das intervenções sobre os projetos de lei para a criação da profissão de cuidador vêm se caracterizando justamente por tentarem cassar as possibilidades de obtenção de algum grau de autonomia pela (possível) nova profissão. Este é o sentido evidente da alteração em um dos projetos de lei, o qual passou a prever que a nova categoria deveria se subordinar à autoridade médica. Da mesma forma, embora isso não esteja (ainda) totalmente explicitado, comenta-se que existiriam interesses em converter os cuidadores numa categoria auxiliar de uma das profissões já existentes, como por exemplo, a profissão de enfermagem, hipótese que não é desejo nem dos cuidadores e nem da maior parte dos movimentos sociais de idosos, familiares e demais atores participantes das discussões sobre os cuidados.

Segundo Freidson (2009), um dos mais impactantes aspectos da existência de uma profissão, é o fato de que esta, ao desenvolver sua abordagem singular profissional, modifica a definição e a forma como os problemas vinham sendo vividos e interpretados pelos sujeitos leigos. As profissões possuem, como destaca esse autor, um mandato conferido pelo Estado para aplicar seu conhecimento e valores ao mundo ao seu redor. A alteração em um dos Projetos de Lei, de forma a tentar caracterizar os cuidadores como categoria auxiliar da saúde, sem que fossem impostas resistências a tal reducionismo na questão dos cuidados e da dependência exemplifica certamente esse ponto, já que dessa forma a problemática dos cuidados passaria a ser significada segundo os valores e conceitos das ciências da saúde, particularmente da medicina. Dessa forma, é preciso refletir sobre aquilo que está em jogo nas disputas pelo profissionalismo dos cuidados: mais do que um monopólio de mercado, trata-se de um conflito pela autoridade sobre uma determinada problemática, com fortes chances de transformação do problema da dependência de cuidados em questão restrita ao setor saúde e,

dessa forma, medicalizada. Esta é a oposição que parece estar em curso quando a formação interdisciplinar que costuma compor os cursos para cuidadores é contraposta aos pleitos de uma profissão que afirma possuir a prerrogativa sobre este campo.

Ao analisarmos os impasses e desafios ao processo de regulamentação profissional dos cuidadores de idosos, evidencia-se portanto, um campo de disputas entre grupos, entidades de classe e ainda entre representantes do Estado e da sociedade civil. A necessária discussão sobre a melhoria da qualidade dos cuidados e ampliação do acesso a este tipo de serviço para a população em geral, parece ser constantemente sobrepujada por outras motivações, de ordem econômico-financeira, tais como a desoneração do Estado, a privatização da assistência e a regulação do mercado para esta ou aquela classe profissional. E enquanto isso a população envelhece e o problema se agrava, o que implica num agravamento do risco de que, frente ao próximo ‘escândalo’ midiático dos cuidados, se busque alguma solução assoberbada e de caráter imediatista, o que pode trazer desdobramentos desfavoráveis posteriormente.

A ausência de uma política para os cuidados, em meio ao contexto de transição demográfica e epidemiológica pelo qual passa o Brasil, é um sinal de como o Estado não está ainda preparado para lidar com o envelhecimento da sua população. Incluir o ‘cuidado’ e o ‘cuidador’ no âmbito das políticas públicas significa fortalecer o Estado providência, rompendo com a lógica que socializa a gestão do envelhecimento, mas focaliza as políticas e privatiza a responsabilidade pelo cuidado. Significa, em outras palavras, considerar que o ‘cuidado’ deve se constituir como direito social universal, já que é imprescindível para o envelhecimento com dignidade e para o direito inalienável à vida. Assim, consideramos que é importante tomarmos consciência de que o debate em torno do reconhecimento do cuidador ultrapassa, certamente, o âmbito de um mero problema entre categorias profissionais. Ele diz respeito à sociedade de um modo geral e ocupa hoje um local de centralidade em torno da discussão sobre o modelo de sociedade que desejamos construir para o vasto contingente de pessoas idosas que habitará este país nas próximas décadas.

Conclusão

O décimo número da revista editada trimestralmente pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde traz como matéria de capa a “saúde da pessoa idosa”, problema que é apresentado como sendo “o desafio do século XXI” para o Brasil (Consensus, 2014). O tema ocupa parte importante da publicação, que traz entrevistas com gestores e especialistas da área. Mas o item que mais se destaca na publicação, entretanto, é um artigo publicado na seção de “opinião” da revista, de autoria do Prof. Edgar Nunes de Moraes, responsável pela cátedra de geriatria da UFMG e intitulado “Como preparar o sistema de saúde brasileiro para enfrentar o envelhecimento tendo em vista a mudança do perfil demográfico” (MORAES, 2014, p. 40). Destinada a um público composto basicamente por gestores e trabalhadores da política pública de saúde, a revista do Conasems se presta, portanto, a atualizar o debate sobre a necessidade de fortalecimento das ações voltadas para a saúde do idoso. Mas será que Moraes (2014) seria capaz de apresentar a resposta, como promete o título de seu artigo, à grande pergunta que inquieta há anos aos gestores, trabalhadores e usuários do sistema público de saúde?

A geriatria, a especialidade da medicina dedicada às questões do envelhecimento, foi idealizada no início do século XX, no processo de modernização da medicina e do hospital, o qual fez do especialismo uma das estratégias para o aprimoramento da assistência à saúde. Naser, o médico austríaco fundador da geriatria era contemporâneo de Jacobi, o pai da pediatria. Em sua missão de criação da nova especialidade, Naser defendia uma ruptura com a visão médica até então hegemônica, que retratava a velhice como um fenômeno praticamente indissociável do adoecimento e declínio das faculdades físicas e mentais dos indivíduos. É preciso separar a velhice da doença e tratar os idosos como pessoas com doenças, defenderia esse autor, que se empenharia na superação de preconceitos e abordagens que estigmatizavam os idosos (GROISMAN, 2002).

A separação entre a saúde e a doença é um dos grandes temas da filosofia da saúde, sendo um das expressões desse debate a obra de Canguilhem (1978), intitulada o normal e o patológico. Tal debate se atualiza em diversos campos, instigando reflexões e questionamentos em temas como a saúde mental, o direito, a educação, a saúde do trabalhador e, no caso específico em que nos debruçamos, a saúde do idoso.⁵⁹ No caso da geriatria, haveria um complicador adicional, já que o processo de envelhecimento, por definição, é conceituado como um processo de declínio biológico. Naser (1863–1944), o fundador da

⁵⁹ Para um maior aprofundamento sobre essa discussão, ver Groisman (2002).

geriatria, afirmaria ser impossível traçar uma linha precisa entre a saúde e a doença na velhice. Ainda assim, a geriatria seria criada com a missão de tentar fazê-lo, ou seja; tentar estabelecer as diferenças entre as alterações fisiológicas e consideradas ‘normais’ do organismo e os processos patológicos que se associariam ao envelhecimento.

Segundo Barbieri (2014), a geriatria e a gerontologia, por encontrarem dificuldades para trabalhar com o conceito de “cura”, vêm centrando-se cada vez mais no discurso da prevenção, onde manter a saúde e a funcionalidade consiste em ideais para a promoção de uma velhice também ideal. Dessa forma, é justamente a medida da autonomia e independência de uma pessoa que é tomada como principal parâmetro para a avaliação da sua saúde e condições de vida. Como sintetiza Moraes (2014, p. 41), “a pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar as tarefas do cotidiano, de forma independente e autônoma, mesmo na presença de doenças”. A busca pela promoção da funcionalidade como sinônimo de saúde e qualidade de vida encontraria, nos parece, uma situação de radicalização no discurso geriátrico contemporâneo. Isso é o que parece ilustrar a afirmativa de Moraes (2014, p. 41), para quem a presença de qualquer declínio funcional “não pode ser atribuído ao envelhecimento normal”.

Um conhecido livro da psicologia dos anos 1940 imagina o cotidiano de uma sociedade utópica, onde as pessoas seriam condicionadas, desde a mais tenra infância, para respeitar as regras sociais e viver em harmonia. Em *Walden II*, comunidade fictícia idealizada por B.F. Skinner (1972), os principais problemas sociais, tais como a injustiça e o crime teriam sido abolidos através de uma educação que aplicasse os princípios da aprendizagem e controle do comportamento pregados pelo behaviorismo, corrente teórica da psicologia da qual o autor era um dos expoentes. Esta simplória explicação para a gênese dos problemas sociais jamais deixou, entretanto, a seção de ficção científica das livrarias, apesar do prestígio do seu autor. Segundo Chauí (2008), o termo ‘utopia’ pode ser associado a um tipo de gênero literário, que em geral consiste numa narrativa sobre uma sociedade perfeita, podendo compreender também um discurso político em prol de um mundo justo. Ao mesmo tempo, adverte essa autora, da utopia nasce a sua antítese, a ‘distopia’, o retrato de um mundo em que a busca da perfeição transformaria o sonho em pesadelo, tal como em 1984 de George Orwell ou, dependendo do ponto de vista, *Walden II*, de B.F. Skinner.

No campo da gerontologia, a obra de um de seus mais famosos expoentes, o cientista russo Élie Metchnikoff (1845-1916), não se constitui exatamente em uma peça da literatura utópica, porém se enquadra num tipo de produção representativa, segundo relata Barbieri

(2014), do espírito festivo da chegada do século XX, onde numerosos avanços científicos criaram a perspectiva de que a ciência conseguiria resolver as principais mazelas humanas. Em seus estudos de “filosofia otimista”, publicado em 1903, esse autor personifica este ‘espírito de época’, ao defender a criação de uma ciência, a gerontologia, cuja finalidade seria identificar as causas dos fenômenos senis para poder combatê-los, como relata Barbieri (2014). As fraquezas e decaimentos das funções ocorridas na velhice seriam para esse autor um “fenômeno accidental, tal qual uma doença”, podendo, como pontua Barbieri (2014, p. 124), serem eliminados.

Segundo Sfez (1996, p. 21), entre as utopias da modernidade destaca-se a da “grande saúde”, um estado ideal em que, ao invés das doenças serem curadas a posteriori, estas seriam eliminadas a priori, “da mesma maneira como uma lei prescreve a ordem”. Na busca pela saúde perfeita, a prevenção consistiria num dos pilares para uma moralidade que valoriza o controle e a intervenção sobre o corpo, os comportamentos e o ambiente. Para Sfez (1996), por meio dos avanços científicos e tecnológicos, estaríamos buscando a construção de uma nova humanidade, constituída por “super homens” dotados de uma indestrutível saúde. É claro, entretanto, que nos textos comuns das ciências médicas ou ainda, especificamente, na produção geriátrico-gerontológica, os sonhos não estão postos de forma tão explícita. Porém, chama-nos a atenção que a metáfora da força e da fraqueza, como sinônimos de saúde ou doença, algo que nos remete a pensar na diferenciação entre heróis e super-heróis, esteja cada vez mais em voga nesse tipo de literatura.

Moraes (2014, p. 42), em seu artigo para a revista dos Conselhos de Saúde, defende que as pessoas idosas sejam categorizadas conforme a sua capacidade funcional. Aqueles que forem capazes de prover as suas próprias necessidades sem necessitar de ajuda, seriam denominados de idosos “robustos”; já os que não conseguissem sustentar-se perante as adversidades do ambiente, seriam denominados “frágeis”. Entre um e outro extremo, haveria uma gradação de estágios intermediários, onde esse autor destacaria especificamente aqueles que estariam em situação de “risco” de fragilização. O principal desafio do sistema de saúde, seria portanto preparar-se para atuar nos determinantes e nas consequências da fragilidade o mais precocemente possível, conclui Moraes (2014). Na mesma publicação, uma declaração de Camarano, uma das ‘experts’ entrevistadas, parece exprimir a centralidade que o problema da funcionalidade vem assumindo no cenário gerontológico: “não importa se a pessoa tem 60 anos ou mais, mas sim se ela está em condições de trabalhar, de produzir, de não estar dependendo da previdência ou de cuidados especiais” (ROSA; CRUZ, 2014, p. 15).

Para Bourdieu (2002), dentre os tipos de violência destaca-se uma em particular: a violência simbólica, meio pelo qual os discursos dominantes buscam assegurar a sua hegemonia. A violência simbólica é um componente do poder simbólico e, segundo esse autor, é por meio do poder simbólico que os instrumentos de conhecimento sobre o mundo, tais como a arte, a religião e a ciência, se constroem e reproduzem, nesse processo, as relações sociais de dominação. A violência simbólica, segundo Bourdieu (2002), se institui por intermédio da adesão que o dominado não pode deixar de conceder ao dominante, já que não dispõe de outros instrumentos de conhecimento para se pensar. Dessa forma, a relação de dominação passe a ser vista como natural, já que é corroborada pelos discursos que constroem o conhecimento. Tal conceito nos parece útil para refletirmos sobre a violência simbólica embutida na ideia, cada vez mais difundida pelos discursos médico-científicos de que, na velhice, toda dependência consiste em desvio, ou seja; deve ser encarada como processo patológico.

Segundo Elias (1994), o processo de individualização, ou seja, aquilo que leva um sujeito a ser considerado como uma “pessoa” no corpo de uma sociedade é também parte do que este autor chama de “processo de civilização”. Para Elias (1994), este processo consistiria, em parte, na incorporação de uma capacidade de autocontrole sobre comportamentos, emoções, desejos e funções corporais, o que operaria no sentido de produzir uma separação entre as pulsões instintivas e que devem ser reprimidas e as normas do convívio social. Elias (1994) pondera que o desenvolvimento das sociedades teria inibido o caráter público do adoecimento e da morte, relegando essas contingências da vida ao domínio de especialistas e ao âmbito do privado. Além disso, se o processo de individualização, tal como concebido por esse autor, envolve a incorporação do autocontrole sobre o comportamento, as emoções e funções corporais, a eventual perda desta capacidade, quando a funcionalidade dos indivíduos é prejudicada, levaria a um progressivo processo de isolamento e exclusão social.

Segundo Motta (2008), a visão médica tradicional considera a incapacidade funcional, na velhice, como um problema individual e que requer habitualmente tratamento clínico. Este, nos parece, é o cerne do problema que o discurso da funcionalidade traz para a questão dos cuidados. Não estamos aqui para questionar os benefícios que uma boa saúde funcional pode representar para o bem estar individual na velhice e nem as eficácias das tecnologias e saberes médico-científicos sobre o prolongamento da vida. Entretanto, a redução da dependência a mero e exclusivo problema de saúde, sem levar em consideração as dimensões sociais,

econômicas e culturais dessa questão nos parece problemática e, cabe aqui acrescentar, não é o tamanho e o nível de detalhamento das escalas e instrumentos para a avaliação funcional, por mais bem elaborados que sejam, que conseguirão superar essa lacuna, pois o tipo de racionalidade empregada para o entendimento da dependência é também parte do problema. Dessa forma, parece-nos mais do que oportuna a busca pela construção de conhecimentos sobre os cuidados e as diversas interdependências que permeiam a vida em sociedade a partir de perspectivas outras, que não a da medicalização.

A equiparação da dependência a um desvio ou doença vai certamente ao encontro daqueles que querem transformar os cuidados em domínio privilegiado de uma ou outra profissão da saúde. Mais do que isso, o discurso científico geriátrico-gerontológico legitima a lógica da dominação neoliberal, já que a transformação da incapacidade funcional em problema individual e exime o Estado e a Sociedade de responsabilidade pela produção social das incapacidades, deficiências e dependências e municia, portanto, a individualização das soluções e cuidados, num jogo de empurra entre os indivíduos, suas famílias e a sociedade. Contra isso, entretanto, faz-se necessário resistir. Resistir, pois o problema dos cuidados, mais do que uma das questões contemporâneas de debate, diz respeito ao futuro de todos nós. Essa, nos parece, é a oportunidade que tal debate oferece: ao tornar-se pública, a crise dos cuidados propicia a oportunidade de desvelar alguns dos mecanismos de segregação e estigmatização daqueles que não mais correspondem aos ideais de saúde e funcionalidade e com isso, abrem-se oportunidades para movimentos de mudança e reforma. Tarefa, entretanto, que jamais será fácil, dado o contexto atual.

E aqui cabe uma pequena recapitulação do percurso até aqui empreendido em nossa pesquisa: o problema dos cuidados tende a emergir justamente no contexto em que a funcionalidade é definida enquanto parâmetro de saúde, conceito este que é necessário para sustentar o projeto de manter a população idosa economicamente ativa pelo máximo de tempo possível, como proposto pela agenda dos organismos internacionais e apregoado por um sem número de porta-vozes da geriatria e gerontologia. Historicamente, o cuidado tende a ser desvalorizado como trabalho, visto como ação da 'natureza' feminina e obrigação das esposas, filhas e demais familiares. No mundo laboral brasileiro, historicamente é explorado através da mão de obra escrava e, posteriormente, é mantido enquanto atividade desvalorizada, mal remunerada e expropriada de direitos. Este é o lugar que as cuidadoras, solução buscada por muitas famílias que se deparam com a impossibilidade de exercerem os cuidados, se encontram quando começam a se fazer mais visíveis: um lugar de

vulnerabilidade, carência de apoios e coberturas das políticas públicas, precarização de vínculos de trabalho, vivência de preconceitos e de ausência de incentivos para a sua escolarização e qualificação profissional.

Há, entretanto, iniciativas que buscam fortalecer e valorizar o trabalho de cuidados, mas estas esbarram em obstáculos de diferentes ordens. A ‘descoberta’ dos cuidadores, no contexto de também ‘descoberta’ do envelhecimento enquanto destinatário de políticas e ações públicas ou privadas, ao mesmo tempo em que busca dar contorno a uma emergente ocupação, serve também de veículo para a consolidação dos olhares e saberes especializados, que passam a atravessar a arena domiciliar e até então pouco devassada, dos cuidados. Tal movimento, de entrada de saberes e discursos das disciplinas já estabelecidas, se por um lado faz com que os cuidadores passem a se beneficiar de orientações e conhecimentos, por outro acirra alguns tensionamentos e contradições que são característicos da organização das profissões, como por exemplo, a separação entre os experts e os leigos, sendo os cuidadores, ora identificados como atores que devem ser empoderados na direção de um fortalecimento profissional e ora identificados como agentes que devem ser mantidos compulsoriamente numa posição de ignorância e subserviência aos saberes já estabelecidos.

O processo de reconhecimento e valorização profissional dos cuidadores esbarra, nessa passagem do século XX para o XXI, em impedimentos de diferentes ordens. Por um lado, a herança histórica que tende a desvalorizar o trabalho feminino e, especialmente, o trabalho doméstico. De outro, o corporativismo de profissões já estabelecidas, onde nitidamente se busca alcançar pela força e pelo conflito, o monopólio de segmentos inteiros do mercado de cuidados, ficando em segundo plano, entretanto, a defesa do interesse público. A tais impedimentos, as omissões e resistências também do Estado, para o qual sempre será mais cômodo manter os cuidados como um problema dos indivíduos e de suas famílias, posição essa que tende a se legitimar num cenário onde o receituário neoliberal prega a desconsolidação de direitos sociais e a privatização progressiva da responsabilidade pela promoção do bem estar. Tal posição enfrenta, dessa forma, baixos questionamentos, frente à inexistência de uma consciência ou comoção social capaz de reivindicar a inclusão dos cuidados no âmbito da seguridade social e, dessa forma, equipará-lo aos demais direitos sociais.

Frente a um panorama tão pessimista, a crise dos cuidados, ao se agravar e trazer visibilidade para a questão aponta alguns caminhos possíveis. A própria mobilização dos cuidadores, em associações de representação da sua categoria, representa um movimento

interessante da luta em prol da valorização dos trabalhadores e trabalhadoras do cuidado, ainda que embrionário. Outro ponto importante é a aproximação entre diferentes movimentos sociais, como o de defesa dos direitos da pessoa idosa, de usuários e trabalhadores da saúde mental e em defesa da pessoa com deficiência, dentre outros. Tal aproximação vem produzindo alguns desdobramentos interessantes, como por exemplo, o pleito para que os projetos de lei de profissionalização de cuidadores abranjam não apenas o segmento mais visível, o cuidado ao idoso, mas também os demais segmentos onde esta se faz necessária. Nesse sentido, a unificação de uma agenda em prol das pessoas que necessitam de cuidados sociais, é fato positivo pois supera fragmentações que enfraquecem as mobilizações sociais e oferece a possibilidade de construção de uma política de cuidados com um caráter mais holístico e menos compartimentalizado.

Por fim, a conclusão desse trabalho nos leva a reafirmar a necessidade incontestada de uma política pública que contemple o direito ao cuidado. Direito este que nos parece estar dividido em mais de uma faceta: de um lado, o direito de cuidar, o qual engloba não apenas o necessário reconhecimento de que o cuidado realizado por familiares é um trabalho, seja este remunerado ou não, como também, a garantia de condições dignas de trabalho e escolarização para os que fazem do cuidar um ofício, sendo o reconhecimento da profissão de cuidador, desde que bem sucedida, uma oportunidade para tal. Dessa forma, faz-se necessário acompanhar e apoiar o reconhecimento da profissão de cuidador, cuidando para que o texto contemple as necessidades desse segmento de trabalhadores e demandas da população e evitando que a matéria seja desvirtuada por interesses corporativistas de terceiros. Por outro lado, o direito de cuidar é complementar ao direito de ser cuidado, ou seja; ao princípio de que aqueles que necessitam de cuidados possam recebê-los. Tal princípio é fundamental já que hoje, a provisão de cuidados está fortemente relacionada ao nível de renda dos indivíduos e suas famílias, o que produz graves situações de desigualdades, falta de condições e de acesso aos cuidados necessários. Urge criar condições para democratizar o acesso aos cuidados, por meio de programas e políticas que propiciem apoios, oferta de serviços ajudas e incentivos, inclusive monetários, garantindo a sua universalização.

O processo de reconhecimento do direito ao cuidado passa necessariamente, é necessário enfatizar, pelo respeito à individualidade e dignidade das pessoas que são usuárias dos serviços e destinatárias dos cuidados. Políticas de cuidados devem favorecer, dentro das estratégias possíveis, o empoderamento desses indivíduos, junto com seus familiares e cuidadores. Dessa forma, a valorização de dispositivos que fortaleçam a participação social e

o protagonismo dos segmentos envolvidos, bem como o aperfeiçoamento de legislação relacionada à proteção dos direitos e promoção da cidadania é não apenas oportuno como necessário.

A busca pela longevidade sempre fez parte, de alguma forma, dos anseios da humanidade. À medida, entretanto, em que essa longevidade se faz real - não na utopia de uma juventude eterna, mas dentro das possibilidades que o progresso pode proporcionar, tal “realidade” inspira o debate acerca do modelo de sociedade que almejamos para acomodar aqueles que passaram a viver mais. A dificuldade em publicizar este debate, no entanto, resvala não apenas na aproximação quanto a temas considerados “tabus”, tais como a doença, a invalidez e a morte, mas também no choque entre modelos e concepções acerca do papel que o Estado deve ter, enquanto provedor de bem estar para a sua população. No caso brasileiro, o olhar para o futuro, que se faz necessário em função do tema que aqui abordamos, sugere que haja uma insistência para o avanço no debate dessas questões.

Bibliografia

ABREU, S. F. A.; CASTRO, M. M. P. A arte de administrar a pobreza: assistência social institucionalizada em São Paulo no século XIX. In: FRANÇA, I. (Org.). **Foucault Vivo**. Campinas: Pontes, 1987. p. 101–109.

AGULLÓ, M. S. Las enfermeras y la Ley de Dependencia en España. **Index de Enfermería**, v. 15, n. 52-53, p. 1–3, jun. 2006.

ANGELIN, P. E. Profissionalismo e profissão: teorias sociológicas e o processo de profissionalização no Brasil. **REDD – Revista Espaço de Diálogo e Desconexão**, v. 3, n. 1, p. online, 2010.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

BAHIA, L. Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 357–363.

BARBIERI, N. A. **O Dom e a técnica: o cuidado a velhos asilados**. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2008.

BARBIERI, N. A. **Doença, envelhecimento ativo e fragilidade: discursos e práticas em torno da velhice**. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2014.

BARREIRA, I. D. A. A reconfiguração da prática da enfermagem brasileira em meados do século XX. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 480–487, 2005.

BATISTA, A. S. et al. **Envelhecimento e Dependência: Desafios para a Organização da Proteção Social**. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2008.

BATISTA, A. S.; ARAÚJO, A. B. Intimidade e Mercado: o cuidado de idosos em instituições de longa permanência. **Revista Sociedade e Estado**, v. 26, n. 1, p. 175–195, 2011.

BECKER, G. The oldest old; autonomy in the face of frailty. **Journal of aging studies**, v. 8, n. 1, p. 59–76, jan. 1994.

BELLATO, R.; PASTI, M. J.; TAKEDA, E. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. **Rev. Latino-am. enfermagem**, v. 5, n. 1, p. 75–81, 1997.

BERZINS, M. A. V. D. S. Direitos humanos e políticas públicas. In: BORN, T. (Org.). **Cuidar melhor e evitar a violência: manual do cuidador da pessoa idosa**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008. p. 30–33.

BEZERRA JÚNIOR, B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Physis**, v. 17, n. 2, p. 243–250, 2007.

BORN, T. Quem vai cuidar de mim quando eu ficar velho / a ? Considerações sobre a família, asilo, (im)previdência social e outras coisas mais. **Kairós**, v. 4, n. 2, p. 135–148, 2001.

BORN, T. A formação de cuidadores: acompanhamento e avaliação. In: SEMINÁRIO “A VELHICE FRAGILIZADA”, Serviço Social do Comércio de São Paulo, São Paulo, 2006. **Anais eletrônicos**. Disponível em: www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/artigo1921.htm. Acesso em jul 2013.

BORN, T. (Org.). **Cuidar melhor e evitar a violência: manual do cuidador da pessoa idosa**. 1. ed. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008.

BORN, T. Quem vai cuidar de mim quando eu ficar velha ? Dez anos depois: considerações sobre família, assistência médica, lugar para morar, (im)previdência social e outras coisas mais. **Revista Portal de Divulgação**, v. 17, p. 4–15, 2011.

BOURDIEU, P. A “juventude” é apenas uma palavra: entrevista com Pierre Bourdieu. In: BOURDIEU, P. (Org.). **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983a. p. 112–121.

BOURDIEU, P. Algumas propriedades dos campos. In: BOURDIEU, P. (Org.). **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983b. p. 89–94.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

BOURDIEU, P. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. 9. ed. São Paulo: Papirus, 2008.

BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. DEPUTADO OTÁVIO LEITE. Projeto de lei no 2880, de 2008. Regulamenta a Profissão de Cuidador de Pessoa, delimita o âmbito de atuação, fixa remuneração mínima e dá outras providências. Brasília, DF, 2008. Disponível em: www.camara.gov.br. Acesso em: 1 out. 2014.

BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. DEPUTADO INOCÊNCIO OLIVEIRA. Projeto de lei 6966/2006. Cria a Profissão de Cuidador. Brasília, DF, 2006. Disponível em: www.camara.gov.br. Acesso em: 1 out. 2014.

BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA. DEPUTADO CHICO D’ANGELO. Parecer ao PL 6966, de 2006, que “Cria a profissão de Cuidador” (Apenso: PL2880/2008). Brasília, DF, 2009. Disponível em: www.camara.gov.br. Acesso em: 1 out. 2014.

BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. COMISSÃO DE TRABALHO, ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇO PÚBLICO. DEPUTADO LAÉRCIO OLIVEIRA. Parecer ao PL 6966, de 2006, que “Cria a profissão de Cuidador” (Apenso: PL2880/2008). Brasília, DF, 2011. Disponível em: www.camara.gov.br. Acesso em: 1 out. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. **Idosos: problemas e cuidados básicos**. Brasília: Secretaria de Estado de Assistência Social, 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 1395/GM. Política de Saúde do Idoso. **Diário Oficial da União**, 13 dez. 1999, seção 1, p.20.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 2.528, 19 out. 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, 20 out. 2006a, seção 1, p. 142.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia Prático do Cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comissão Intergestores Tripartite – CIT. Principais discussões e decisões da 9ª reunião ordinária de 2009. Brasília: 2009a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 3.189, de 18 dez. 2009. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps). **Diário Oficial da União**, 23 dez. 2009b, seção 1, p. 59.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE E MINISTÉRIO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL. Portaria Interministerial n 5, de 16 de julho de 2003. Institui formalmente a comissão responsável pela coordenação do Programa Nacional de Cuidadores de Idosos. **Diário Oficial da União**, v. 146, 31 jul. 2003, seção 2, p. 4.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE E MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Portaria interministerial MS/MPAS nº 5.153, de 7 de abril de 1999. Programa Nacional de Cuidadores de Idosos. **Diário Oficial da União**, 8 abr 1999, seção 1, p.13.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE E MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Proposta do perfil de competências profissionais do cuidador de pessoas idosas com dependência**. Brasília: 2007 [Mimeo].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde**. Série Legislação e Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Profae - Profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Classificação Brasileira das Ocupações (1994)**. Disponível em: <<http://consulta.mte.gov.br/>>. Acesso em: 13 dez. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Classificação Brasileira das Ocupações - volume 1**. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2002.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial da União**, 9 ago 1943, p. 11937.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto-lei no 8.079, de 11 de outubro de 1945. Altera a redação do art. 7º da Consolidação das Leis do Trabalho aprovada pelo Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. **Diário Oficial da União**, 13 out. 1945, p. 16170.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955. Regula o exercício da enfermagem profissional. **Diário Oficial da União**, 21 out 1955, seção 1, p. 17738.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei nº 5.859, de 11 de dezembro de 1972. Dispõe sobre a profissão de empregado doméstico e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 12 dez. 1972, Seção 1, p. 11065.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto 1948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei no 8.842, de 4 de janeiro 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 4 jul. 1996, seção 1, p. 12277.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei 10.741, de 1º de Outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 3 out. 2003, seção 1, p. 1.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Emenda Constitucional nº 72, de 2 de abril de 2013. Altera a redação do parágrafo único do art. 7º da Constituição Federal para estabelecer a igualdade de direitos trabalhistas entre os trabalhadores domésticos e os demais trabalhadores urbanos e rurais. **Diário Oficial da União**, 3 abr. 2013^a, seção 1, p. 6.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto nº 8.114, de 30 de setembro de 2013. Estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo. **Diário Oficial da União**, 1 out. 2013b, seção 1, p. 1.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto nº 16.107, de 30 de Julho de 1923. Aprova o regulamento de locação dos serviços domésticos. **Diário Oficial da União**, 2 ago. 1923, seção 1, p. 21901.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto-Lei nº 3.078, de 27 de Fevereiro de 1941. Dispõe sobre a lotação dos empregados em serviço doméstico. **Diário Oficial da União**, 1 mar. 1941, seção 1, p. 3731.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei no 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 26 jun. 1986, seção 1, p. 9723.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto Nº 94.406 / 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 9 jun. 1987, seção 1, p. 8853.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 8 dez. 1993, seção 1, p. 18769.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 5 jan. 1994, seção 1, p. 77.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, 31 dez 1940, seção 1, p. 23911.

BRASIL. SENADO FEDERAL. **Projeto de Lei do Senado nº 284, de 2011, do Senador Waldemir Moka, que “Dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de idoso”**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <www.senado.gov.br>. Acesso em: 1 out. 2014

BRASIL. SENADO FEDERAL. COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS. SENADORA MARTA SUPLICY. **Parecer ao PLS 284/11, que “Dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de idoso”**. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <www.senado.gov.br>. Acesso em: 1 out. 2014.

BRASIL. SENADO FEDERAL. COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS. SENADORA MARTA SUPLICY. **Parecer ao PLS 284/11, que “Dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de idoso.” [versão aprovada em 12 set 2012]**. Brasília, DF, 2012b. Disponível em: <www.senado.gov.br>. Acesso em: 1 out. 2013.

BRAZIL. DIRETORIA GERAL DE ESTATÍSTICA. **Recenseamento do Brazil - Vol II**. Rio de Janeiro: Typ. da Estatística, 1923.

BRÊTAS, A. C. P.; YOSHITOME, A. Y. Conversando com quem gosta de cuidar de idosos no domicílio. In: DUARTE, Y. A. D. O.; DIOGO, M. J. D. (Org.). **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 111–113.

BRITES, J. G. Trabalho doméstico: questões, leituras. **Cadernos de Pesquisa**, v. 43, n. 149, 2013.

BURKE, P. **Quem cuida de quem?** TV Cultura, 22 ago. 2011. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=GVnGi37Vw3E>>. Acesso em: 27 jan. 2015

CALDAS, C. P. (Org.). **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. 1. ed. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998a.

CALDAS, C. P. Cuidador: sua instância de experiência. In: CALDAS, C. P. (Org.). **A Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 1. ed. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998b. p. 9–10.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 733–781, 2003.

CAMARANO, A. A. Estatuto do idoso: avanços com contradições. **Texto para discussão**, n. 1840. Rio de Janeiro: IPEA, 2013.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. A população brasileira e seus movimentos ao longo do século XX. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: IPEA, 2014. p. 81–116.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. E. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 25–59.

CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L. E. Introdução. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010. p. 13–38.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253–292.

CAMARGO JR., K. R. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. **Cad Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 844–846, 2013.

CAMPOS, G. W. DE S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

CAMPOS, J. Geri sitter: uma iniciativa pioneira que deu certo. **Gerontologia**, v. 1, n. 3, p. 123–124, 1993.

CAMPOS, P. F. DE S. História social da enfermagem brasileira: afrodescendentes e formação profissional pós-1930. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 6, p. 167–177, 2012.

CAMPOS, P. F. DE S.; OGUISSO, T. A escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e a reconfiguração da identidade profissional da Enfermagem Brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 6, p. 892–898, 2008.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

CARLETTI, S. M. DA M.; REJANI, M. I. Atenção domiciliária ao paciente idoso. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 415–430.

CARULA, K. Perigosas amas de leite: aleitamento materno, ciência e escravidão em A Mãe de Família. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 19, n. supl, p. 197–214, 2012.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

CASTRO, R. P. Trabalho abstrato e trabalho concreto. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2008. p. 204–208.

CAUDURO, R. J. **O coração senil**. Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Typ. Medicamenta, 1928.

CÊA, G. S. DOS S.; REIS, L. F.; CONTERNO, S. Profae e lógica neoliberal: estreitas relações. **Trab. Educ. Saúde**, v. 5, n. 1, p. 139–159, 2007.

CHAUÍ, M. Diversos Notas sobre utopia Artigos & Ensaio. **Cienc. Cult.**, v. 60, n. spe1, 2008.

COLE, T. R. **The Journey of life: a cultural story of aging in America**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen 185/1995. Dispõe sobre a autorização para a execução de tarefas elementares de enfermagem pelo pessoal sem formação específica**. Rio de Janeiro: 1995. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/>. Acesso em 1 ago 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 267/2001. Dispõe sobre as atividades da Enfermagem em Domicílio - Home Care**. Rio de Janeiro: 2001. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/>. Acesso em 1 ago 2014.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Decisão COREN-SP Dir/006/1999. Dispõe sobre a regulamentação das empresas que prestam serviços de Atendimento de Enfermagem Domiciliar - Home Care**. São Paulo: 1999. Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/>. Acesso em 1 ago 2014.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL. **Decisão COREN-DF Nº 139/2003. Revoga a Decisão COREN-DF nº 136/2000**. Brasília: 2000. Disponível em: <www.coren-df.gov.br> Acesso em: 1 ago. 2014.

COUTINHO, C. N. Notas sobre cidadania e modernidade. **Revista Ágora**, n. 3, p. 1–24, 2005.

DALY, M. Care as a Good for Social Policy. **Journal of Social Policy**, v. 31, n. 02, p. 251–270, 25 abr. 2002.

DALY, M.; LEWIS, J. The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. **The British journal of sociology**, v. 51, n. 2, p. 281–98, jun. 2000.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: EDUSP, 1999.

DEBERT, G. G. Velho , terceira idade , idoso ou aposentado ? Sobre diversos entendimentos acerca da velhice. **Revista Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 1–5, 2011.

DENÚNCIAS de crimes contra idosos crescem quase 200% em um ano. **Fantástico**, TV Globo, 13 jan. 2013. Disponível em: <<http://glo.bo/UhRiKm>>. Acesso em: 27 jan. 2015

DOLL, J. et al. Atividade, Desengajamento, Modernização: teorias sociológicas clássicas sobre o envelhecimento. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 12, p. 7–33, 2008.

DUARTE, Y. A. D. O. Cuidadores de idosos: uma questão a ser analisada. **O mundo da saúde**, v. 21, n. 4, p. 226–228, 1997.

DUARTE, Y. A. D. O. O cuidador no cenário assistencial. **O mundo da saúde**, v. 30, n. 1, p. 37–44, 2006.

DUARTE, Y. A. D. O.; ANDRADE, C. L. DE; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 2, p. 317–325, 2007.

DUARTE, Y. A. D. O.; DIOGO, M. J. D. (Org.). **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2005.

DUBAR, C. **A socialização: construção das identidades sociais**. 2 ed. Porto: Porto Editora, 1997.

DWYER, J. W.; MILLER, M. K. Differences in Characteristics of the caregiving network by area of residence: implications for primary caregiver stress and burden. **Family Relations**, v. 39, p. 27–37, 1990.

ELIAS, N. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

ENFERMEIROS defendem especialização para quatro atividades sem novas profissões. **Agência Câmara de Notícias**, 19 mar. 2013. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias>. Acesso em out 2014.

ESTES, C. L. Critical feminist perspectives, aging and social policy. In: BAARS, J. et al. (Org.). **Aging, globalization and inequality: the new critical gerontology**. New York: Baywood Publishing Company, 2006. p. 81–102.

ESTES, C. L.; PHILLIPSON, C. The globalization of capital, the welfare state, and old age policy. **International journal of health services : planning, administration, evaluation**, v. 32, n. 2, p. 279–97, jan. 2002.

FALEIROS, V. DE P. Cidadania e direitos da pessoa idosa. **Ser Social**, n. 20, p. 35–61, 2007.

FARO, A. C. M. E. Uma proposta de levantamento de dados para assistência à família e ao cuidador de lesados medulares. **Rev Esc Enferm USP**, v. 33, n. 4, p. 334–41, 1999.

FERREIRA, A. P.; TEIXEIRA, S. M. Direitos da pessoa idosa: desafios à sua efetivação na sociedade brasileira. **Argumentum**, v. 6, n. 1, p. 160–173, 2014.

FERREIRA, M. DE A. A prática da ciência e da arte de cuidar e as exigências à produção e difusão do conhecimento. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 12, n. 2, p. 205–207, 2008.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**, v. 24, n. 3, p. 180–188, 2008.

FILIZZOLA, M. **A velhice no Brasil: etarismo e civilização**. Rio de Janeiro: Comp Bras de Artes Gráficas, 1972.

FINE, M. Renewing the social vision of care. **Australian Journal of Social Issues**, v. 39, n. 3, p. 217–231, 2004.

FINE, M. **A Caring Society? Care and the Dilemmas of Human Services in the 21st Century**. New York: Palgrave, 2007.

FINE, M. Employment and Informal Care: Sustaining Paid Work and Caregiving in Community and Home-based Care. **Ageing International**, v. 37, n. 1, p. 57–68, 20 dez. 2011.

FINE, M.; GLENDINNING, C. Dependence, independence or inter-dependence? Revisiting the concepts of “care” and “dependency”. **Ageing and Society**, v. 25, n. 4, p. 601–621, jun. 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar na saúde suplementar : dispositivo da reestruturação produtiva. **Ciencia & saúde coletiva**, v. 13, n. 3, p. 1511–1520, 2008.

FRANZOI, N. L. Profissão. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. (Org). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ed. ed. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2008.

FREIDSON, E. Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 11, n. 31, p. 141–145, 1996.

FREIDSON, E. **Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado**. São Paulo: UNESP, 2009.

GARZONI, L. DE C. História Social e gênero: investigando os sentidos do trabalho doméstico no início do século XX. **Anais do XXI Encontro Estadual de História – ANPUH-SP - Campinas**, p. 1–11, set. 2012.

GIKOMIN, K. C.; COUTO, E. . A fiscalização das ILPIs: o papel dos conselhos, do Ministério Público e da vigilância sanitária. In: CAMARANO, A. A. (Org). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010. p. 213–248.

GIRARDI, S. N.; FERNANDES JR., H.; CARVALHO, C. L. A regulamentação das profissões de saúde no Brasil. **Espaço para saúde**, v2, n.1, 2000. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/Doc/RPSB.doc>>. Acesso em jul 2013.

GLENN, E. N. Creating a Caring Society. **Contemporary Sociology**, v. 29, n. 1, p. 84–94, 2000.

GOLDANI, A. M. Relações intergeracionais e reconstrução do estado de bem-estar: por que se deve repensar essa relação para o Brasil ? In: CAMARANO, A. A. (Org). **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 211–250.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M.; SANTOS, S. M. A. Os cuidadores leigos de pessoas idosas. In: DUARTE, Y. A. D. O.; DIOGO, M. J. D. (Org). **Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 102–116.

GORFINKIEL, M. D. El mercado de trabajo de los cuidados y la creación de las cadenas globales de cuidado: ¿ cómo concilian las cuidadoras? **Cuadernos de Relaciones Laborales**, v. 26, n. 2, p. 71–89, 2008.

GRENIER, A. Constructions of frailty in the English language, care practice and the lived experience. **Ageing and Society**, v. 27, n. 03, p. 425, 27 mar. 2007.

GROISMAN, D. Duas abordagens aos asilos de velhos: da clínica Santa Genoveva à história da institucionalização da velhice. **Cad. Pagu**, v. 1, n. 13, p. 161–190, 1999a.

GROISMAN, D. **A infância do asilo: a institucionalização da velhice no Rio de Janeiro da “virada do século”**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999b.

GROISMAN, D. A velhice, entre o normal eo patológico. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 9, n. 1, p. 61–78, 2002.

GROISMAN, D. Envelhecimento, dependência e cuidado: desafios para as práticas educativas em saúde. In: MONKEN, M.; DANTAS, A. (Org). **Estudos de Politecnia e Saúde, Vol. 4**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009. v. 4p. 141–165.

GROISMAN, D. Formação de Cuidadores de Idosos: avanços e retrocessos na política pública de cuidados no Brasil. In: MOROSINI, M. V. et al. (Org). **Trabalhadores Técnicos em Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013. p. 391–419.

GROISMAN, D. Saúde Mental e envelhecimento: um passo necessário para as políticas públicas. In: JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. DE A.; FAGUNDES, P. R. (Org). **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 229–277.

GROOTEGOED, E.; KNIJN, T.; DA ROIT, B. Relatives as paid care-givers: how family carers experience payments for care. **Ageing and Society**, v. 30, n. 1, p. 467–489, 2010.

GUEDES, S. L. A concepção sobre a família na geriatria e na gerontologia brasileiras: ecos dos dilemas da multidisciplinaridade. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 15, n. 43, p. 69–82, 2000.

GUILLEMARD, A.-M. Re-Writing Social Policy and Changes within the Life Course Organisation. A European Perspective. **Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement**, v. 16, n. 03, p. 441–464, 29 nov. 1997.

GUIMARÃES, N. A. A qualificação como relação social. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. F. (Org). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2008. p. 304–309.

GUIMARÃES, N. A.; HIRATA, H. S.; SUGITA, K. Cuidado e cuidadoras: o trabalho de care no Brasil, França e Japão. **Sociologia e Antropologia**, v. 1, n. 1, p. 151–180, 2011.

HADDAD, E. G. DE M. **A ideologia da velhice**. Rio de Janeiro: Cortez, 1986.

HAREVEN, T. K. Changing images of aging and the social construction of the life course. In: **Images of aging: cultural representations of later life**. London: Routledge, 1995. p. 119–134.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 132, p. 595–609, dez. 2007.

HIRATA, H. S.; GUIMARÃES, N. A. Introdução. In: HIRATA, H. S.; GUIMARÃES, N. A. (Org). **Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care**. São Paulo: Atlas, 2012. p. 1–12.

JORDÃO, J. V. D. P. Trabalhadoras domésticas: representação midiática e identidade. **Sociedade e Cultura**, v. 14, n. 1, p. 99–108, 14 out. 2011.

JUTRAS, S. Caring for the elderly: the partnership issue. **Social science & medicine**, v. 31, n. 7, p. 763–771, jan. 1990.

KALACHE, A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. **Cad Saúde Pública**, v. 3, n. 3, p. 217–220, 1987.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1107–1111, 2008.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial. um desafio novo. **Rev Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 200–210, 1987.

KARSCH, U. M. **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: Educ, 1998.

KARSCH, U. M.; LEAL, M. DAS G. S. Pesquisando cuidadores: visita a uma prática metodológica. In: KARSCH, U. M. (Org). **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: Educ, 1998. p. 21–46.

KATZ, S. **Disciplining old age: the formation of gerontological knowledge**. Charlottesville: University Press of Virginia, 1996.

KATZ, S. Busy Bodies: Activity, aging, and the management of everyday life. **Journal of Aging Studies**, v. 14, n. 2, p. 135–152, jun. 2000.

KATZ, S.; MARSHALL, B. L. Is the Functional “Normal”? Aging, Sexuality and the Bio-marking of Successful Living. **History of the Human Sciences**, v. 17, n. 1, p. 53–75, 1 fev. 2004.

KAUFMAN, S. R. The social construction of frailty: an anthropological perspective. **Journal of Aging Studies**, v. 8, n. 1, p. 45–58, 1994.

KAWASAKI, K.; DIOGO, M. J. D. E. Assistência domiciliaria ao idoso: perfil do cuidador formal - parte I. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 35, n. 51, p. 257–264, 2001a.

KAWASAKI, K.; DIOGO, M. J. D. E. Assistência domiciliaria ao idoso: perfil do cuidador formal - parte II. **Rev Esc Enferm USP**, v. 35, n. 4, p. 320–7, 2001b.

KELETEMBERG, D. F. et al. O Processo de Enfermagem e a Lei do Exercício Profissional. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 1, p. 26–32, 2010.

KEMP, A.; EDLER, F. C. A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 11, n. 3, p. 569–585, 2004.

KOMATSU, R. S. Prefácio. In: RODRIGUES, R. A. P.; DIOGO, M. J. D. (Org). **Como cuidar dos idosos**. Campinas: Papyrus, 1996. p. 7–8.

KOUTSOUKOS, S. S. M. Amas na fotografia brasileira da segunda metade do século XIX. Programa Cultura e Pensamento, **2007**. Disponível em: <http://www.studium.iar.unicamp.br/africanidades/koutsoukos/>. Acesso em: 3 fev. 2015.

KOUTSOUKOS, S. S. M. “Amas mercenárias”: o discurso dos doutores em medicina e os retratos de amas – Brasil, segunda metade do século XIX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 16, n. 2, p. 305–324, 2009.

KRUSE, M. H. L. Enfermagem Moderna: a ordem do cuidado. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. (esp), p. 403–410, 2006.

KÜCHEMANN, B. A. O cuidado dos idosos e das idosas: velhas tensões e novos desafios para conciliar trabalho produtivo e reprodutivo. **III Seminário Nacional Trabalho e Gênero**, Goiânia, 2010a. Disponível em: <https://strabalhoegenero.cienciassociais.ufg.br>. Acesso em: jul 2013.

KÜCHEMANN, B. A. **Mulheres , Estado e cuidados: tensões e desafios do feminismo**. Fazendo Gênero 9: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos. **Anais eletrônicos**. Florianópolis: 2010b. Disponível em: <<http://www.fazendogenero.ufsc.br>> Acesso em: jul 2013.

LAÉRCIO recebe visita de representantes da Associação Médica Brasileira. **Laercio Oliveira Deputado Federal**, 26 set 2011. Disponível em: <http://www.laerciooliveira.com.br>. Acesso em out 2014.

LEIBING, A. The old lady from Ipanema: changing notions of old age in Brazil. **Journal of Aging Studies**, v. 19, n. 1, p. 15–31, 2005.

LEIRA, A. Care, social citizenship and conflict: gender matters. In: BAERT, P. et al. (Org). **Conflict, Citizenship and Civil Society**. London/New York: Routledge, 2009. p. 91–110.

LEMOS, C. E. S. **A solidão judicializada: a criminalização do abandono de idosos na cidade de Campos dos Goytacazes/ Rio de Janeiro – 2003/2007**. Tese (Doutorado em

Sociologia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

LEMOS, C. E. S. DE. A solidão judicializada e a solidariedade intergeracional. **Vértices**, v. 12, n. 2, p. 29–54, 2010.

LIMA, A. L. G. S. DE; PINTO, M. M. S. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 10, n. 3, p. 1037–1051, 2003.

LINS DE BARROS, M. M. Trajetória dos estudos de velhice no Brasil. **Sociologia, Problemas e Práticas**, v. 1, n. 52, p. 109–132, 2006.

LINS DE BARROS, M. M.; ALVES, A. M. Aprender com as velhices. **Comunicações do ISER**, v. 66, p. 31–39, 2012.

LUCENA, C. D. DE; BARREIRA, I. D. A.; BAPTISTA, S. D. S. Cinquentenário do “Manual de Técnica de Enfermagem” (1957-2007): contribuições na construção do saber de enfermagem. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 14, n. 1, p. 13–18, 2010.

MACHADO, A. Cuidadores de idosos. **O Dia**, Economia. 6 dez. 2008.

MACHADO DE ASSIS. O enfermeiro. In: MACHADO DE ASSIS (Org). **Contos Consagrados**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2001.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MAFFIOLETTI, V. L. R.; LOYOLA, C. M. D.; NIGRI, F. Os sentidos e destinos do cuidar na preparação dos cuidadores de idosos. **Ciencia & saúde coletiva**, v. 11, n. 4, p. 1085–1092, 2006.

MAGALHÃES, D. N. **A invenção social da velhice**. Rio de Janeiro: Papagaio, 1989.

MARTINS, B. C. R. Reconstruindo a memória de um ofício: as amas-de-leite no mercado de trabalho urbano do Rio de Janeiro (1820-1880). **Revista de história comparada**, v. 6, n. 2, p. 138–167, 2012.

MENDES, P. B. M. T. Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano. In: KARSCH, U. M. (Org). **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: Educ, 1998. p. 171–198.

METCHNIKOFF, E. **The nature of man: studies in optimistic philosophy**. New York: Arno Press, 1977.

MOLYNEAUX, V. et al. Reconsidering the term “carer”: a critique of the universal adoption of the term “carer”. **Ageing and Society**, n. Foster 2005, p. 1–16, nov. 2010.

MORAES, E. N. DE. Como preparar o sistema de saúde brasileiro para enfrentar o envelhecimento, tendo em vista a mudança do perfil demográfico. **Consensus**, v. ano XV, n. 10, p. 40–45, 2014.

MOREIRA, M. C. . A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 3, n. 1, p. 621–645, 1998.

MOREIRA, M. DE M. Envelhecimento da população brasileira: aspectos gerais. In: RODRÍGUEZ-WONG, L. (Org). **O Envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade: subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso**. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 2000. p. 25–56.

MOTT, M. L. et al. Médicos e médicas em São Paulo e os Livros de Registros do Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional (1892-1932). **Ciencia & saúde coletiva**, v. 13, n. 3, p. 853–868, 2008.

MOTTA, L. B. DA. O que determina nosso envelhecimento? O que é envelhecimento? In: CALDAS, C. P. (Org). **A Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 1. ed. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998. p. 57–59.

MOTTA, L. B. DA. **Atenção integral ao idoso no contexto da estratégia de saúde da família: um olhar sobre a formação e práticas médicas**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

MOULAERT, T.; BIGGS, S. International and European policy on work and retirement: Reinventing critical perspectives on active ageing and mature subjectivity. **Human Relations**, v. 66, n. 1, p. 23–43, 27 jun. 2012.

NERI, A. L. Bem estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência. In: NERI, A. L. (Org). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus, 1993. p. 237–285.

NERI, A. L. **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicossociais**. Campinas: Átomo Alínea, 2002.

OGUISSO, T. et al. Enfermagem pré-profissional no Brasil: questões e personagens. **Enfermagem em foco**, v. 2, n. supl, p. 68–72, 2011.

OLIVEIRA, J. **Considerações sobre a velhice e sua higiene**. Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Typ. A vapor do Correio do Jahu, 1908.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2005.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Org). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 91–121.

PAIVA, A. N. **Assistência pública e privada no Rio de Janeiro: história e estatística**. Rio de Janeiro: Typografia do Anuario do Brasil, 1922.

PALOMO, M. T. M. Domesticar el trabajo: una reflexión a partir de los cuidados. **Cuadernos de Relaciones Laborales**, v. 26, n. 2, p. 13–44, 2008.

PASCHOAL, S. M. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org). **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 26–43.

PASINATO, M. T.; KORNIS, G. E. M. A inserção dos cuidados de longa duração para idosos no âmbito dos sistemas de seguridade social: experiência internacional. In: CAMARANO, A. A. (Org). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010. p. 39–66.

PAVAGNINI, L. A. C. O cuidador da pessoa idosa: formação e responsabilidades. In: BORN, T. (Org). **Cuidar melhor e evitar a violência: manual do cuidador da pessoa idosa**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008. p. 53–58.

PAZ, S. F. Movimentos sociais: participação dos idosos. In: PY, L. et al. (Org). **Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais**. Rio de Janeiro: Nau, 2006. p. 197–218.

PAZ, S. F.; GOLDMAN, S. N. Estatuto do idoso. In: FREITAS, E. V. et al. (Org). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1402–1410.

PEIXOTO, C. E. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade... In: LINS DE BARROS, M. M. (Org). **Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política**. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2007. p. 69–84.

PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. **Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

PEREIRA, J. D.; SILVA, S. S. DE S.; PATRIOTA, L. M. POLÍTICAS SOCIAIS NO CONTEXTO NEOLIBERAL: focalização e desmonte dos direitos. **Qualit@s - Revista Eletrônica**, v. 5, n. 3, 2006.

PEREIRA NETO, A. D. F. Identidades profissionais médicas em disputa: Congresso Nacional dos Práticos (1922). **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 2, p. 399–409, 2000.

PERES, M. A. DE A.; BARREIRA, I. DE A. Significado dos uniformes de enfermeira nos primórdios da enfermagem moderna. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 7, n. 1, p. 25–38, 2003.

PERRACINI, M. R. **Análise multidimensional de tarefas desempenhadas por cuidadores familiares de idosos de alta dependência**. Dissertação (Mestrado em Educação) - Departamento de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed rev ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 110–113.

PINHEIRO, R. Cuidado como valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. DE (Org).

Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Cepes/Abrasco, 2009. p. 15–28.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579–4589, 2011.

PRADO, S. D.; SAYD, J. D. A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, n. 2, p. 491–501, 2006.

PRADO, S. D.; SAYD, J. D. O ser que envelhece: técnica, ciência e saber. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 1, p. 247–252, 2007.

RAMOS, M. Concepções e práticas pedagógicas nas escolas técnicas do Sistema Único de Saúde: fundamentos e contradições. **Trab. Educ. Saúde**, v. 7, n. suplemento, p. 153–173, 2009.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE - RIPSAs. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** Brasília: OPAS, 2008.

RIBAUT, T. Cuidadoras domiciliares: que tipo de profissionalização? In: HIRATA, H. S.; GUIMARÃES, N. A. (Org). **Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care.** São Paulo: Atlas, 2012. p. 119–132.

RIO DE JANEIRO (DISTRITO FEDERAL). **Recenseamento do Rio de Janeiro - Distrito Federal.** Rio de Janeiro: Oficina da Estatística, 1907.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA. DEPUTADA ENFERMEIRA REJANE. Projeto de Lei 979/11. Estabelece normas para o exercício da atividade profissional de cuidador de idoso no âmbito do Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.alerj.rj.gov.br/>. Acesso em: nov 2014.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA. COMISSÃO DE SAÚDE. Reunião realizada em 21 de maio de 2012: formação dos cuidadores de idosos. **Ata da 5ª Audiência Pública da Comissão de Saúde.** Rio de Janeiro: 2012. Disponível em: <http://www.alerj.rj.gov.br/>. Acesso em: nov 2014

RIZZOTTO, M. L. Focalização em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. . (Org). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 221–226.

RODRIGUES, N. DA C. Política Nacional do Idoso: retrospectiva histórica. **Estud. interdiscip. envelhec**, v. 3, p. 149–158, 2001.

RODRIGUES, R. A. P.; DIOGO, M. J. D. (ORG). **Como cuidar dos idosos.** Campinas: Papyrus, 1996.

RONCADOR, S. Histórias paranóicas, criados perversos no imaginário literário da Belle Époque tropical. **Estudos de Literatura Brasileira Contemporânea**, n. 29, p. 127–140, 2007a.

RONCADOR, S. O demônio familiar: Lavadeiras, amas-de-leite e criadas na narrativa de Júlia Lopes de Almeida. **Luso-Brazilian Review**, v. 44, n. 1, p. 94–119, 2007b.

ROSA, L. C. DOS S. As condições da família brasileira de baixa renda no provimento de cuidados com o portador de transtorno mental. In: VASCONCELOS, E. M. (Org). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. Rio de Janeiro: Cortez, 2008. p. 263–288.

ROSA, T.; CRUZ, A. O tempo não para. Estamos preparados para envelhecer? **Consensus**, v. ano IV, n. 10, p. 13–23, 2014.

RUMMERY, K.; FINE, M. Care: A Critical Review of Theory, Policy and Practice. **Social Policy & Administration**, v. 46, n. 3, p. 321–343, 28 jun. 2012.

RUSSO, J. A. et al. O campo da sexologia no Brasil: constituição e institucionalização. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 617–636, 2009.

SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (ORG). **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

SANTOS, I. Izabel dos Santos: fazendo história na história da enfermagem brasileira. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. (Esp), p. 853–858, 2007.

SARAMAGO, J. **As intermitências da morte**. São Paulo: Cia das Letras, 2005.

SENNETT, R. **O Declínio do Homem Público: as tiranias da intimidade**. São Paulo: Cia das Letras, 1999.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. supl, p. 243–245, 2005.

SFEZ, L. **A Saúde Perfeita: crítica de uma nova utopia**. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

SIMÕES, J. A. **Entre o lobby e as ruas: movimento de aposentados e a politização da aposentadoria**. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

SISTEMA S. **Glossário Legislativo do Senado Federal**. Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/noticias/glossario-legislativo/sistema-s>>. Acesso em: 5 jan. 2014.

SKINNER, B. F. **Walden II: uma sociedade do futuro**. São Paulo: EPU, 1972.

SOMMERHALDER, C.; NERI, A. L. Avaliação subjetiva da tarefa de cuidar: ônus e benefícios percebidos por cuidadoras familiares de idosos de alta dependência. In: NERI, A. L. (Org). **Cuidar de Idosos no contexto da Família: questões psicológicas e sociais**. Campinas: Alínea, 2002. p. 93–134.

SOUZA, F. F. DE. Criados ou empregados? Sobre o trabalho doméstico na cidade do Rio de Janeiro no antes e no depois da abolição da escravidão. **Anais do XVII Simpósio Nacional de História**, p. 1–16, 2013.

STEFFENON, R. **Abrigamento de idosos : situações documentadas no Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

STONE, D. **The Disabled State**. Philadelphia: Temple University Press, 1984.

STONE, D. Caring by the book. In: MEYER, M. H. (Org). **Care Work: gender, class and the welfare state**. New York/London: Routledge, 2000.

STONE, D. For love nor money: the commoditication of care. In: ERTMAN, M. M.; WILLIAMS, J. C. (Org). **Rethinking Commodification**. New York: New York University Press, 2005. p. 271–290.

STONE, S. D. Disability, Dependence, and Old Age: Problematic Constructions. **Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement**, v. 22, n. 01, p. 59–67, 31 mar. 2010.

TARTUCE, G. L. Qualificação profissional: tarefa de sísifo. **Cadernos de Pesquisa**, v. 34, n. 123, p. 726–730, 2004.

TEIXEIRA, V. M. N. **De práticos a enfermeiros : os caminhos da enfermagem em Belo Horizonte - 1897-1933**. Tese (Doutorado em História) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

TOWNSEND, P. The structured dependency of the elderly: a creation of social policy in the twentieth century. **Ageing and Society**, v. 1, n. 01, p. 5–28, 1981.

TRONTO, J. C. Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso? In: JAGGAR, A. M.; BORDO, S. R. (Org). **Gênero, Corpo, Conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997. p. 186–203.

TRONTO, J. C. Assistência democrática e democracias assistenciais. **Sociedade e Estado**, v. 22, n. 2, p. 285–308, 2007.

TRONTO, J. C. **Caring democracy: markets, equality and justice**. Kindle ed. New York/London: New York University Press, 2013.

TRONTO, J. C.; GILLIGAN, S. C. Beyond gender difference to a theory of care. **Signs**, v. 12, n. 4, p. 644–663, 1987.

TUOMINEM, M. The conflicts of caring. In: MEYER, M. H. (Org). **Care Work: gender, class and the welfare state**. Kindle ed. New York/London: Routledge, 2000.

UNGERSON, C. Cash in care. In: MEYER, M. H. (Org). **Care work: gender, class and the welfare state**. Kindle ed. New York/London: Routledge, 2000.

UNITED NATIONS. **Vienna International Plan of Action on Aging**. New York, 1983.

UNITED NATIONS. **Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing**. New York: 2002.

VASCONCELOS, E. M. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em Saúde Mental no Brasil. **vivência**, n. 32, p. 173–206, 2007.

VASCONCELOS, E. M. Da hiperpsicologização normatizadora ao recalçamento da subjetividade: notas históricas sobre serviço social, subjetividade e saúde mental no Brasil e no Rio de Janeiro. In: VASCONCELOS, E. M. (Org). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2008a. p. 181–214.

VASCONCELOS, E. M. Reivenção da cidadania no campo da saúde mental e estratégia política no movimento dos usuários. In: VASCONCELOS, E. M. (Org). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2008b. p. 35–68.

VASCONCELOS, E. M. Cenário econômico , social e psicossocial no Brasil recente , e a crescente difusão do crack : balanço e perspectivas de ação. **O social em questão**, v. ano XV, n. 28, p. 149–186, 2012.

VELHO, G. O patrão e as empregadas domésticas. **Sociologia, Problemas e Práticas**, v. 2012, n. 69, p. 12–30, 19 out. 2012.

VERAS, R. A reestruturação do Abrigo do Cristo Redentor: o macrosilo transformado em uma minicidade. **Physis**, v. 7, n. 2, p. 85–104, 1997.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo : demandas , desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548–554, 2009.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Uerj, 1994.

VERAS, R. P. Prefácio. In: CALDAS, C. P. (Org). **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 1. ed. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998. p. 7–10.

VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Revista de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 225–233, jun. 1987.

VISCARDI, C. M. R. Pobreza e assistência no Rio de Janeiro na Primeira República. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 18, n. Supl 1, p. 179–197, 2011.

WALKER, A. **The new generational contract: intergenerational relations and the welfare state**. London: UCL, 1996.

WALKER, A. Active ageing in employment: Its meaning and potential. **Asia-Pacific Review**, v. 13, n. 1, p. 78–93, maio 2006.

WALKER, A.; MALTBY, T. Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. **International Journal of Social Welfare**, v. 21, p. S117–S130, 12 out. 2012.

WANDERLEY, M. B.; BLANES, D. **Publicização do papel do cuidador domiciliar no âmbito da política de assistência social**. São Paulo, IEE/PUC-SP, 1999. Disponível em: <<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-016-123.pdf>>

WILSON, C. B.; DAVIES, S.; NOLAN, M. Developing personal relationships in care homes: realising the contributions of staff, residents and family members. **Ageing and Society**, v. 29, n. 07, p. 1041, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Active Ageing: a policy framework**. World Health Association. Genebra, 2002.

YOUNG, P. et al. Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. **Rev Med Chile**, v. 139, n. 1, p. 807–813, 2011.