



Universidade de Brasília  
Instituto de Ciências Sociais  
Departamento de Antropologia

## **Do cuidar ao cuidado**

Uma etnografia da regulamentação da profissão de *cuidador de pessoa idosa* no Brasil

Autora: Mariana Souza Silva  
Orientadora: Carla Costa Teixeira

Brasília, maio de 2017

**Mariana Souza Silva**

**Do cuidar ao cuidado**

Uma etnografia da regulamentação da profissão de cuidador de idosos no Brasil

Monografia de final de curso para obtenção de título de Bacharel em Ciências Sociais com habilitação em Antropologia. Instituto de Ciências Sociais, Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília.

Orientadora:

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Carla Costa Teixeira

Examinadora:

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sílvia Maria Ferreira Guimarães

Suplente:

Prof. Dr. Luiz Eduardo Abreu

Brasília

**Mai de 2017**

Para vovó Delina

## Agradecimentos

Em toda caminhada há tantas mãos e olhares de apoio. Como revela o tema deste trabalho, todos nós precisamos ser cuidados em diferentes momentos da vida. Mais do que dependentes, somos todos interdependentes. O meu percurso até aqui não foi diferente, por isso há muita gratidão.

Primeiro, agradeço a Deus, por todo amor que me sustenta. Agradeço à minha avó, Dona Delina, quem me ensinou a reconhecer esse amor. Minha infância e adolescência junto a vovó Delina e a vovô Bezinho me fizeram uma pessoa apaixonada por cabelos brancos e pela velhice. À ela, agradeço pela prosa gostosa, pelos conselhos sábios, pelo abraço gostoso, pelo exemplo de firmeza e de amorosidade, pelo quintal florido, pelas gargalhadas... Agradeço por me proporcionar de forma tão intensa e profunda o “amor de avó”.

À minha mãe e ao meu pai, agradeço por todo amor e apoio. Quando eu vim morar em Brasília, nós quase provocamos uma enchente no rio Jiquiriçá com tantas lágrimas saudosas. Com o tempo, aprendemos que não importa por onde eu ande, estarei sempre pegando o caminho de volta até eles. Agradeço a meus irmãos, Bruno, Marina e Rosinha pela amizade e apoio e à minha sobrinha, Maria Clara, agradeço os sorrisos de criança que iluminam meus dias de descanso.

Aos meus tios, Fau e Peixão, tenho imensa gratidão por terem me recebido na casa deles com todo carinho para que eu pudesse vir estudar em Brasília. Mais do que tios, eles foram pais zelosos e amorosos. Zé e João, sou grata pela irmandade. Aos meus tios Fafá e Wanessa, Eri e Bel, Zé e Fafá, Mano e Gisa, Neide, Conça e Caetano, agradeço pela presença e incentivo. Agradeço aos primos, Bia, Malu, Marcus, Loy, Gabriel, Luana, Arthur, Duda, Camila, Mariana, Brenda e Lorena, assim como à Boca e Maysa.

À Seu Luís e Dona Lurdinha, tenho gratidão por toda acolhida e amor. Além de sogros e pais amorosos, vocês foram fundamentais no processo de escrita deste trabalho. Agradeço, em especial, por tantos finais de semana que passei escrevendo na casa de vocês em Pirenópolis.

Aos amigos da Casa do Estudante, agradeço em especial aos membros do Episteria, nosso grupo de estudos em antropologia e filosofia. Sem dúvidas, nossas madrugadas de café e discussão foram fundamentais para a minha formação acadêmica. Tiago, Vânia, Day, Leti, Gui, Antônio, Paulo, Abayomi, esses epistéricos são incríveis. Agradeço aos amigos do 121A, Day, Rafa, Lau e Maria Eugênia. Aos amigos do 115B, Olavo, Fabi, Zé, Leti e Gui, foram

muito importantes as nossas discussões antropológicas pela madrugada à dentro. Agradeço à Marília, sua firmeza e força nas lutas me inspiram. Ainda na CEU, agradeço às Divas, em especial à Anita. Agradeço também à Dona Joana pelas roseiras, pelos pés de acerola, pelo abacateiro e tantas outras plantas que seu cuidado fizeram florir e frutificar.

No Departamento de Antropologia da UnB, agradeço às professoras e professores que contribuíram com minha formação durante as disciplinas da graduação: Guilherme Sá, Antonádia Borges, Soraya Fleyscher, Marcela Coelho e José Jorge de Carvalho. À minha orientadora, Carla Teixeira, agradeço a relação de respeito, cuidado e parceria que tivemos ao longo de todo o processo de escrita da monografia. À professora Sílvia Guimarães, agradeço a disponibilidade em participar da banca avaliadora. Agradeço também ao professor Carlos Sautchuk, meu primeiro orientador na antropologia, à professora Tânia Mara, minha orientadora de iniciação científica na sociologia e à Professora Nancy Alessio, quem me orientou no início da graduação em pesquisa no campo da história, memória e oralidade.

À Rosa, Paulo, Adriana, Fernando e Branca, agradeço pelo apoio durante toda a minha graduação e pela parceria, como colegas de trabalho, durante o período em que estagiei na revista Anuário Antropológico. Tenho comigo a lembrança da convivência de respeito e carinho compartilhada.

Aos amigos da Katakumba, agradeço o período em que me agregaram em suas salas de estudo. À Chirley, Lediane, Fabiano, Nati, Bruner, Lu e Alex sou grata pela acolhida e pelos cafezinhos.

Às amigas, Maíra, Nana e Lu, agradeço pela força do encontro das águas. Ester, Natália Maria, Ana Livia, Farage, Claudinho, Olavo, Noshua e Luquinhas agradeço a amizade na singularidade e beleza de cada um. À Nynne e à Celo, agradeço a amizade, o carinho e os aprendizados sobre saúde pública. À Nati e Cacau, agradeço pela amizade bonita e pelos ensinamentos sobre psicanálise. Em Salvador, agradeço à Nati, Piu, Mila, Siu e Gil, aos tios Zé e Telma, aos primos Míriam, Helena, Beto e à amiga Leila. A todos os tios e primos soteropolitanos, minha gratidão por me ampararem nessa imensa família luz. Em Mutuípe, agradeço a toda a família amorosa.

À Gui, meu companheiro de vida, agradeço por ser o meu melhor amigo, meu principal interlocutor na academia e no mundo. Agradeço por todo o amor compartilhado e por essa imensa vontade de criar nossas crianças e ver nossos cabelos ficarem brancos juntos.

**Resumo:** O objetivo deste trabalho foi compreender a forma como os saberes das disciplinas médica e gerontológica avançam sobre a construção de subjetividades e condutas voltadas para os cuidados diários de pessoas idosas em situação de dependência. Em tal contexto, marcado por políticas governamentais que buscam normalizar o cuidado das pessoas idosas, alguns eventos e documentos formaram *locus* privilegiado para etnografar o tema. São eles: a) leis, decretos, portarias, projetos de lei e planos internacionais sobre cuidado e envelhecimento; b) o “Guia prático do cuidador”, manual publicado pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de capacitar e formar cuidadores familiares e remunerados de idosos no Brasil e c) requerimentos, atas de reuniões, notas taquigráficas e gravações de áudio das audiências públicas realizadas no Senado e no Câmara para informar o PL de regulamentação da profissão de cuidador de idosos (PL nº 4702/2011). A pesquisa identificou formas de definição em disputa sobre o que é e como deve ocorrer o cuidado de idosos, refletindo concepções medicalizadoras sobre a velhice. Vemos, neste processo, avanços em torno da tipificação, estabilização de definições, transcrição de experiências imediatas em textos de linguagem médica ou gerontológica, produzindo o que chamaremos de *institucionalização das relações de cuidar de idosos*.

**Palavras-chave:** velhice; cuidado; governo; medicalização

## **Siglas e Abreviações**

- ACIMIG** – Associação de Cuidadores de Idosos de Minas Gerais
- AIVD** – Atividades Instrumentais da Vida Diária
- ANG** – Associação Nacional de Gerontologia
- AVD** – Atividades de Vida Diária
- BPC** – Benefício de Prestação Continuada
- CAPs** – Caixas de Aposentadorias e Pensões
- CAS** – Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal
- CBO** – Classificação Brasileira de Ocupações
- CIDOSO** – Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa
- CIT** – Comissão Intergestores Tripartite
- CMI** – Centro de Medicina do Idoso
- CNDI** – Conselho Nacional dos Direitos do Idoso
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- CNTS** – Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde
- COBAP** – Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas
- COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem
- COREN** – Conselho Regional de Enfermagem
- CSSF** – Comissão de Seguridade Social e Família
- CTASP** – Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público
- CTASP** – Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público
- DATAPREV** – Dados da Previdência e Assistência Social
- HUB** – Hospital Universitário da Brasília
- IAPs** – Institutos de Aposentadorias e Pensões
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ILPIs** – Instituições de Longa Permanência para Idosos
- IMC** – Índice de Massa Corporal
- INPS** – Instituto Nacional da Previdência Social
- LBA** – Lei da Brasileira de Assistência
- LOAS** – Lei Orgânica de Assistência Social
- LOPS** – Lei Orgânica da Previdência Social

**MEC** – Ministério da Educação

**MPAS** – Ministério da Previdência e Assistência Social

**MS** – Ministério da Saúde

**OAB** – Ordem dos Advogados do Brasil

**OEА** – Organização dos Estados Americanos

**OLHE** – Observatório da Longevidade

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**ONG** – Organização Não-Governamental

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**PDT** – Partido Democrático Trabalhista

**PL** – Projeto de Lei (1), Partido Liberal (2)

**PMDB** – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

**PNAD** – Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios

**PNFCI** – Programa Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos

**PNI** – Política Nacional do Idoso

**PNSI** – Política Nacional de Saúde do Idoso

**PP** – Partido Progressista

**PROFAPS** – Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde

**PRONATEC** – Programa Nacional de Ensino Técnico

**PSB** – Partido Socialista Brasileiro

**PSDB** – Partido da Social Democracia Brasileira

**PT** – Partido dos Trabalhadores

**PV** – Partido Verde

**RAIS** – Relatório Anual de Informações Sociais /Ministério do Trabalho e Emprego.

**RMV** – Renda Mensal Vitalícia

**SBGG** – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

**SESC** – Serviço Social do Comércio

**SUAS** – Sistema Único de Assistência Social

**SUS** – Sistema Único de Saúde



# Sumário

<b>Introdução</b>	9
<b>Capítulo 1</b>	16
<b>A emergência da categoria “idoso” e as políticas públicas voltadas para seu “cuidado”</b>	
1.1 “Velhice”: uma categoria etária da modernidade.	17
1.2 As noções de “velho” e “aposentado” nos documentos oficiais do Brasil na primeira metade do século XX	20
1.3 Décadas de 1960 e de 1970: a entrada das formulações sobre envelhecimento populacional no campo das políticas públicas e a emergência da categoria “idoso”	22
1.4 Década de 1980 e 1990: a emergência do conceito de “terceira idade”	24
1.5 As décadas de 1990 e 2000: os conceitos de “envelhecimento ativo” e de “envelhecimento com dependência”	26
1.6 Medicalização da velhice e a produção do cuidado nas situações de dependência e adoecimento	32
<b>Capítulo 2</b>	34
<b>Cuidado como forma de governo da velhice: a formação dos cuidadores de idosos.</b>	
2.1 A formação dos cuidadores de idosos: etnografia de um manual	39
2.2 O cuidado como governo e a normalização da velhice	48
<b>Capítulo 3</b>	52
<b>O Projeto de Lei nº 4702/2011: a regulamentação da profissão dos cuidadores de idosos em debate.</b>	
3.1 O projeto inicial	53
3.2 No Senado	55
3.3 Na Câmara	57
3.4 As audiências	60
3.5 A escolaridade e a formação mínima	65
3.6 Os conflitos com os conselhos de enfermagem	68
3.7 Os diferentes significados do “cuidar de idosos” em disputa	70
<b>Considerações finais</b>	77
<b>Referências Bibliográficas</b>	81
<b>Documentos oficiais</b>	85
<b>Anexo</b>	87
Texto atual do PL nº 4702/2011	

## Introdução

Essa pesquisa surgiu do meu interesse pelo tema do cuidado voltado às pessoas idosas. Desde experiências anteriores de campo, entre 2011 e 2012, quando acompanhei grupos de apoio a familiares e cuidadores formais no cotidiano de assistência às pessoas idosas diagnosticadas com demência, me interessei pelas relações constituídas nas práticas e atividades de cuidar.

À época, acompanhei os grupos de apoio a cuidadoras de idosos e de estimulação cognitiva no Centro de Medicina do Idoso do Hospital Universitário de Brasília (CMI-HUB), onde participava de projeto de extensão universitária. As possibilidades de arranjos familiares e comunitários, assim como as estratégias de promoção de bem-estar das pessoas idosas com necessidades de cuidados associados a declínios cognitivos, esquecimentos, comprometimentos da linguagem ou impedimentos motores se mostravam diversas. O encontro entre cuidadores também permitia a troca de experiência, elaborações sobre o sofrimento e construção de outras possibilidades criativas de relações entre as pessoas idosas com seus acompanhantes e com o mundo ao redor.

Anos depois, em 2014, pesquisando sobre o assunto entre informações veiculadas na internet, encontrei notícias sobre audiências públicas ocorridas no Congresso Nacional e fora dele, para informar Projeto de Lei que propõe a regulamentação da profissão de cuidador de idosos. As matérias destacavam divergências entre entidades de enfermeiros e de cuidadores de idosos sobre a formação necessária para o exercício da profissão. Instigada pela polêmica, iniciei uma pesquisa informal sobre o tema que, posteriormente, também passou a compor meu cotidiano de trabalho no Ministério da Saúde. Como Analista Técnica de Políticas Sociais, lotada na Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa do MS, acompanhei nos anos de 2015 e 2016 a costura interna estabelecida dentro do órgão para apresentar posicionamento sobre a proposta legislativa em forma de parecer técnico e de participação em audiência pública no Congresso Nacional<sup>1</sup>.

Ao iniciar a investigação sobre o tema da regulamentação da profissão de cuidadores de idosos, projeto inserido no cenário das políticas públicas voltadas para o envelhecimento

---

<sup>1</sup> Trabalhar no Ministério da Saúde durante a realização desta pesquisa me possibilitou potencialidades e limitações. As formas de pensamento partilhadas na administração estatal da qual faço parte já foram internalizados por mim, considerando o tempo trabalhando no órgão. A desconstrução de categorias internalizadas tais como “Estado”, “Família” e “Cuidado” exigem contínuo esforço de vigilância para evitar reificações. Por outro lado, tomei muito cuidado para trabalhar apenas com informações já tornadas públicas, para as quais quem tiver interesse de encontrar possa ter acesso. Desse modo, não utilizei dados e informações internas ao órgão que tenho acesso privilegiado como trabalhadora da instituição.

de modo geral, me chamou atenção as continuidades e descontinuidades entre o cenário dos documentos das políticas públicas e a experiência com cuidadores, outrora vivenciada com o grupo do HUB. As noções do que é cuidar produzidas nas experiências imediatas e por eles compartilhadas escapam das definições estabelecidas nos documentos das políticas públicas. Além disso, a aprovação do projeto de regulamentação, na forma de sua apresentação atual, colocaria na informalidade muitos profissionais que conheci trabalhando com o cuidado cotidiano de idosos.

A equipe de saúde, em atuação na unidade que abrigava o grupo de cuidadores, buscava prestar orientações a partir de saberes (médicos ou gerontológicos) sobre como cuidar melhor, ou como fazer gestão das emoções e sobrecargas de quem cuida. A legitimidade do saber das disciplinas da saúde e seu avanço sobre o cotidiano do cuidar de idosos é um dos pontos de continuidade entre esses dois planos (os textos das políticas e o grupo de cuidadores). Seguindo as pistas desses cenários difusos, defini, o objetivo dessa monografia como sendo o de *compreender a forma como os saberes das disciplinas da saúde avançam sobre a construção de subjetividades e condutas voltadas aos cuidados diários de pessoas idosas em situação de dependência.*

Vemos, neste processo, avanços em torno da tipificação, estabilização de definições, transcrição de experiências imediatas em textos de linguagem médica ou gerontológica, produzindo o que chamaremos de *institucionalização das relações de cuidar de idosos.* Ciente das limitações dessa pesquisa, diante de tema tão extenso e ramificado, longe de pretender dar conta de uma totalidade do assunto, buscarei apresentar algumas faces da questão. Assim, me deterei um pouco na descrição do cenário do problema de pesquisa para, em seguida, apresentar à leitora como se configurou o campo deste trabalho.

### **Cenário: do cuidar ao cuidado governamental**

Atenção às necessidades do outro, solicitude, prestação de ajuda, preocupar-se com, estar atento às necessidades ou cuidado são possíveis formas de traduzir o termo inglês *care* para o português (Hirata et al, 2012). Os sentidos atribuídos ao termo estão relacionados a práticas, atitudes, ações ou disposições morais. Na França, por exemplo, a produção das ciências sociais sobre o tema utiliza diferentes expressões, como *prise en charge* (apoio) e *aide* (ajuda), evitando palavras com conotações terapêuticas como *soin*. Guimarães, Hirata & Sugita (2012) apresentam a seguinte abordagem sobre os usos da palavra “cuidado” no Brasil:

(... ) a palavra cuidado é utilizada para designar atitude, mas o verbo cuidar designa ação, que parece traduzir melhor a palavra *care*. Assim, se é certo que cuidado, ou atividade do cuidado, ou mesmo ocupações relacionadas ao cuidado, como substantivos, foram introduzidos mais recentemente na língua corrente, as noções de cuidar ou de “tomar conta” têm vários significados, sendo expressões de uso cotidiano. Elas designam, no Brasil, um espectro de ações plenas de significado nativo, longa e amplamente difundidas, embora difusas no seu significado prático. O “cuidar da casa” (ou “tomar conta da casa”), assim como o “cuidar das crianças”, ou “dos pais” têm sido tarefas exercidas por agentes subalternos e femininos, os quais, talvez por isso mesmo, no léxico brasileiro têm estado associados com a submissão... (Guimarães, Hirata & Sugita, 2012:82).

A introdução do cuidado como substantivo na língua corrente no Brasil, conforme destacam Guimarães, Hirata & Sugita (2012), é recente e está relacionada à identificação do cuidar como um trabalho. Para compreender a emergência dessa categoria, e a “modalidade de *care*” que vem sendo produzida no país, é importante observar a maneira como o mercado – a partir da mercantilização do cuidado - as políticas públicas, instituições políticas (sindicatos e partidos), entidades científicas, agentes da gestão da velhice, entre outros influenciaram esse processo.

Diferentes atores sociais se constituíram nesse contexto, a exemplo das cuidadoras de idosos<sup>2</sup>. De acordo com o Ministério do Trabalho, em 2012 foram registrados mais de 10 mil cuidadores de idosos com carteira assinada no Brasil<sup>3</sup>. Considerando o trabalho informal, esse número é ainda maior, sobretudo pelo fato de grande parte das trabalhadoras que atuam nesse tipo de atividade estarem registradas como empregadas domésticas ou não contarem com carteira assinada. Este cenário se caracteriza pela heterogeneidade e pela liminaridade entre tipos de ocupação e categorias profissionais tradicionalmente associadas às atividades de cuidado, sobretudo ao trabalho doméstico e às profissões da área da assistência social e da saúde.

Não obstante, tramita no Congresso Nacional um Projeto de Lei (PL) com o objetivo de disciplinar o exercício da profissão. Para informar a apreciação do PL nº 4702/2011, foram realizadas audiências públicas pelo poder legislativo, reunindo representantes do Ministério da Saúde, da Secretaria de Direitos Humanos, de Associações de Cuidadores de Idosos, pesquisadores da área, entre outros. Estes eventos amplificaram divergências, sobretudo no

---

<sup>2</sup> Utilizarei o termo “cuidadoras” pela clara relação com a presença maciça de mulheres entre as pessoas que atuam neste campo de atividades. Ao longo do trabalho, no entanto, utilizarei a palavra no masculino, como ela aparece no material etnográfico documental nesta monografia.

<sup>3</sup> Relatório de Informações Sociais (RAIS) do Ministério do Trabalho e Emprego.

que tange a definição das atribuições e dos pré-requisitos para exercício da profissão, evidenciando a existência de perspectivas díspares sobre o cuidar e sobre o envelhecimento.

Há no pano de fundo desses argumentos a preocupação com as transformações sócio-demográficas e culturais que têm provocado mudanças nas configurações de promoção do cuidado no Brasil. O envelhecimento populacional, os novos arranjos familiares, a presença de mulheres no mercado de trabalho, a queda na fecundidade e as migrações vêm alterando a forma como historicamente o cuidado de pessoas idosas em situação de dependência vinha sendo ofertado - majoritariamente por mulheres em suas próprias famílias estendidas. Fato é que existe um aumento da demanda por cuidadoras formais (remuneradas).

Nessa seara, também se proliferam cursos e manuais de formação de cuidadores por todo o país. É inegável que o envelhecimento demográfico, sobretudo o aumento da população mais longeva, com mais de 80 anos de idade, é um fato correlacionado à crescente procura pela contratação de profissionais para a oferta de serviços de cuidados. No entanto, a preocupação com o direcionamento a ser dado aos cuidados ofertados, tendo por base preceitos de ciências como a geriatria e gerontologia marcam, como demonstraremos ao longo desta dissertação, a conjuntura política dessa nova categoria profissional.

Tais cursos e manuais de formação compõem um contexto de avanço na produção de técnicas, instituições e estratégias de produção de governo sobre a forma como as pessoas envelhecem e de suas condições de saúde nas idades mais avançadas, sobretudo em sua intimidade cotidiana. Trata-se de perspectivas e práticas de governo produzidas em diferentes instâncias, tais como entre as organizações administrativas estatais, ONGs, movimentos sociais, entidades de classe, associações, instituições religiosas e universidades. Estes elementos nos levam a enfatizar, como estratégia metodológica e analítica deste trabalho, a dimensão “governamental” ou da “governamentalidade” das políticas públicas para o cuidado de idosos, pensando a partir da idéia de governo formulada por Foucault<sup>4</sup>. Para o viés de análise proposto, as políticas governamentais são compreendidas como:

(...) planos, ações e tecnologias de governo formuladas não só desde organizações administrativas de Estados nacionais, mas também a partir de

---

<sup>4</sup> Para Foucault, o estudo das formas de governamentalidade implica, então, a análise de formas de racionalidade, de procedimentos técnicos, de formas de instrumentalização. O autor ainda chama a atenção para a necessidade de prudência ao não considerarmos como um todo a racionalização da sociedade ou da cultura, “mas analisá-la como um processo de vários campos, cada um dos quais com uma referência e uma experiência fundamental: loucura, doença, morte, crime, sexualidade, etc”(Foucault, 1995: 276). É neste sentido que faremos o uso do conceito de “racionalidades” de governo no campo dos cuidados de idosos, evidenciando as especificidades das práticas e procedimentos técnicos adjacentes a este campo.

diferentes modalidades de organizações que estão fora desse âmbito, mas que exercem função de governo (Souza Lima & Castro, 2015:35).

Neste sentido, as políticas públicas, conforme nos apontam Chris Shore & Susan Wright (1994), são dimensões e ferramentas de governo e podem, desde uma perspectiva dos estudos da “anthropology of policy”, serem pensadas como ‘linguagem de poder’<sup>5</sup>, ‘tecnologia política’ ou ‘agentes culturais’. Os estudos da “antropologia das políticas públicas”, segundo esta abordagem, também potencializam uma abordagem metodológica singular, a das etnografias multi-localizadas, seguindo as conexões entre mundos organizacionais e funcionais que podem, inclusive, envolver sujeitos que não se conheçam e que não partilhem um universo moral em comum. Outra consequência metodológica dos estudos voltados às práticas e racionalidades de governo diz respeito aos materiais de trabalho; em especial, o potencial etnográfico dos documentos orientadores, sobre os quais abordaremos melhor na descrição do campo proposta abaixo.

## **O campo**

No contexto das políticas governamentais voltadas para o cuidado das pessoas idosas, alguns eventos e documentos formam, a meu ver, *locus* privilegiado para etnografar o tema. São eles: a) leis, decretos, portarias, projetos de lei e planos internacionais sobre cuidado e envelhecimento; b) o “Guia prático do cuidador”, manual publicado pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de capacitar e formar cuidadores familiares e profissionais de idosos no Brasil e c) requerimentos, atas de reuniões, notas taquigráficas e gravações de áudio das audiências públicas realizadas no Senado e no Câmara para informar o PL de regulamentação da profissão de cuidador de idosos (PL nº 4702/2011).

Para a realização desta empreitada investigativa, parti da premissa de que esse material documental conforma um campo etnográfico para compreender interpretações produzidas por atores em um dado contexto, informando sobre o mundo social e simbólico de sua produção (Cunha, 2004; Vianna, 2014; Carrara, 1998). Levando a sério esses materiais, é possível percebê-los como peças etnográficas construtores de realidade, o que pode ser identificado

---

<sup>5</sup> O poder, em tal linha de pensamento baseado nas contribuições da obra de Foucault, é compreendido “menos da ordem do enfrentamento de dois adversários, ou do compromisso de um frente a outro que da ordem do governo, [...] o modo de relação próprio do poder, não há, pois, que buscá-lo do lado da violência e da luta, nem do lado do contrato ou do nexa voluntário (que, no máximo, só podem ser instrumento), mas do lado desse modo de ação singular, nem guerreiro, nem jurídico, que é o governo” (Castro, 2016: 288)

tanto na autoridade potencial de suas orientações ou sentenças, como pelo processo que compõe a sua elaboração.

Para reunir o material de campo, mapeei publicações oficiais e históricas sobre velhice e envelhecimento no Brasil, os documentos ministeriais voltados para a formação de cuidadores de idosos, assim como as atas de reunião, requerimentos e notas taquigráficas publicadas nos sítios eletrônicos do senado e da câmara a respeito da tramitação do PL nº 4702/2011 no congresso nacional. Em posse desse material, iniciei leituras exaustivas, registrando minhas interações com os documentos em um diário de campo. Também compôs as experiências e informações reunidas neste diário o registro etnográfico da última audiência pública realizada na Comissão de Seguridade Social e Família para informar a apreciação do PL, quando pude estar presente.

Mapear os atores e categorias centrais envolvidos nos “locais” de produção desses documentos possibilitou o rastreamento de conexões, interações, relações de poder e silenciamentos. Em especial, foi possível perceber paulatina invisibilização das práticas de cuidar de idosos não vinculadas aos saberes legitimados das disciplinas científicas do envelhecimento. Desenvolveremos melhor esse argumento no terceiro capítulo e nas considerações finais da monografia.

### **A trajetória de pensamento**

O caminho percorrido neste trabalho teve um papel formativo para uma estudante de graduação em processo de finalização do curso. A trajetória de pensamento aqui apresentada reflete uma necessidade de pesquisa inicial de desconstruir conceitos e categorias naturalizadas no universo de trabalho da ocupação que exerço dentro da administração pública federal, mas que também constituem a subjetividades de grupos identitários.

Por esse motivo, optei por iniciar a monografia fazendo uma incursão genealógica sobre a emergência da categoria etária da “velhice”, em torno da qual se configuram identidades políticas como a dos “aposentados” ou dos “idosos”, assim como valores/noções como os de “terceira idade”, “envelhecimento ativo” e “envelhecimento com dependência”.

Olhar para o contexto de emergência dessas categorias nos possibilitou apresentar e discutir no capítulo 1 da dissertação o cenário das políticas públicas voltadas para o cuidado ofertado às pessoas idosas em situação de dependência, ainda incipientes no Brasil. Chamou-me a atenção o foco das políticas estatais de cuidado voltar-se mais para a formação de

cuidadores (familiares e profissionais) e para a estabilização de conceitos e de saberes relacionados às relações de cuidar, do que para a oferta de serviços ou apoio material às necessidades de pessoas idosas em situação de dependência, suas famílias e comunidades. Veremos que essa escolha reflete a tendência de um universo mais amplo de práticas governamentais sobre a velhice que partem da compreensão do cuidado como forma de governo.

A etnografia de um manual de formação nos permitiu, por sua vez, adentrar no universo do que chamarei de racionalidade de governo produzida em torno do cuidar de idosos. O manual tem por título “Guia Prático do Cuidador” e compõe o Programa Interministerial de Formação de Cuidadores de Idosos lançado em 1999, conforme descreveremos com mais detalhes no capítulo 2. A descrição minuciosa de como proceder durante a rotina de atividades diárias de uma pessoa idosa perfaz o cerne do guia, abrangendo aspectos relacionados à higiene, prevenção de riscos, alimentação e morte. A etnografia destacou a forma como as técnicas de cuidado operam como formas de governo e de governamentalização de práticas de modulação da vida na velhice.

O cerne desse processo, de institucionalização das práticas de cuidar de idosos, deságua no Projeto de Lei que propõe a regulamentação da profissão de cuidador de pessoa idosa. A etnografia dos documentos referentes à tramitação do PL nº 4702/2011 é apresentada no capítulo 3. Demonstraremos que as audiências públicas realizadas para informar a apreciação do PL deram evidência a disputas em torno da estabilização de um conceito único para o “cuidado de idosos” e marcaram exclusões a serem criadas com a aprovação e êxito do projeto de lei.

## **CAPÍTULO 1**



## **A emergência da categoria “idoso” e as políticas públicas voltadas para seu “cuidado”**

A emergência de uma série de Projetos, Programas, Políticas e Ações voltadas para a questão do envelhecimento populacional no Brasil têm sido justificadas pela necessidade de políticas públicas que respondam aos desafios colocados pela transição demográfica da população brasileira, caracterizada pelo aumento da longevidade e a simultânea queda das taxas de natalidade. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE, 2015), a população idosa brasileira corresponde a aproximadamente 29,4 milhões de pessoas<sup>6</sup>. A participação percentual desse grupo na população total do país cresceu de 4,8%, em 1991, para 5,9%, em 2000. Em 2015 esse percentual chegou a 14,3%, enquanto a proporção do grupo de crianças e jovens diminuiu de 37,7% em 1991 para 24,1% em 2013<sup>7</sup>.

Ao contrário dos argumentos comumente difundidos nos debates públicos sobre o tema, a compreensão do envelhecimento populacional como um “problema social” não resulta apenas do aumento do número de idosos dentro da população geral. Esse processo está atrelado a construções históricas e sociais das categorias etárias. Nesta perspectiva, a criação de instituições e práticas legítimas associadas a cada etapa da vida não se restringem a consequências de características biológicas desvendadas pela ciência. Com efeito, também são criações sociais, constitutivas de realidades específicas (Debert, 1999).

As mudanças em tais noções e identidades associadas ao processo de envelhecimento também têm contribuído para o que Debert (1999) chamou de “socialização progressiva da gestão do envelhecimento”. De fato, a velhice, que fora por um bom tempo considerada como competência da esfera privada/familiar, questão de previdência social ou de caridade (filantropia), é elevada a um tema público e objeto de ações de instituições, mecanismos e políticas de governo, de organizações filantrópicas e privadas. Luana Silva (2008), ao descrever o surgimento das noções de “velhice” e, posteriormente, de “terceira idade”, evidencia o caráter complexo dos processos que resultaram na emergência dessas categorias, o que envolve:

(...) a convergência de discursos políticos, práticas sociais, interesses econômicos e disciplinas especializadas. A análise da formação dessas noções nos põe diante de teias intrincadas que unem saberes médicos, agentes de gestão e especialistas. Além disso, as novas identidades etárias

---

<sup>6</sup>São consideradas pessoas idosas no país, indivíduos com 60 anos ou mais, de acordo com o Estatuto do Idoso e recomendações da Organização das Nações Unidas para “países em desenvolvimento”.

<sup>7</sup>Para maiores informações ver publicações da Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios no site do IBGE, em [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br).

fazem parte de nosso imaginário, como, em muitos aspectos delimitam as possíveis descrições que fazemos de nós mesmos e de nossas vidas. (Silva, 2008:156)

Neste capítulo, apresentarei brevemente a trajetória de noções e conceitos sobre o envelhecimento a partir de legislações, projetos, ações e políticas voltadas para velhos e idosos no Brasil desde o início do século XX. Meu objetivo aqui é compreender o cenário histórico da construção das políticas públicas voltadas para as pessoas idosas no país e do recente investimento sobre as práticas historicamente “privadas” de cuidado. Parto da estratégia genealógica de Foucault (Dreyfus & Rabinow, 2010) para apresentar o surgimento de descontinuidades históricas marcadas por eventos, movimentos sociais, instituições, associações, fatos políticos e documentos públicos caracterizadores de práticas governamentais, conceitos e subjetividades relativas ao envelhecimento no Brasil. Nesse sentido, serão feitos alguns saltos temporais na trajetória que será descrita, mas que, ao contrário de desnortear, visam subsidiar o entendimento das questões desenvolvidas nesta dissertação.

### **1.1 “Velhice”: uma categoria etária da modernidade**

Os estudos da história das categorias etárias - como a velhice, a infância e a adolescência - entendem o surgimento dessas formas de fragmentação do curso da vida como resultado das transformações sociais ocorridas durante a emergência da modernidade (Ariès, 1978). Neste campo, há o entendimento de que toda sociedade dispõe de formas para definir e significar diferenças etárias, estabelecidas por marcadores de “papéis sociais”.

O trabalho do historiador Philippe Ariès sobre o surgimento da infância como categoria etária da modernidade é um dos estudos mais difundidos sobre a construção social de uma etapa do curso da vida. Para Ariès (1978), a distinção entre espaço público e privado durante a gênese da modernidade estabeleceu novas relações no âmbito familiar, definindo intimidades e privacidades, e, por conseguinte, instaurou funções, hábitos e espaços relativos a distintas identidades etárias. A obra do historiador é paradigmática no campo de estudos sobre o envelhecimento, ao compreender que ocorreu um momento de transição no contexto ocidental do século XIX: a saber, entre uma forma de organização social que não estabelecia funções significativas às idades, para outra em que a definição de etapas do curso da vida passa a ser elemento fundamental de distinção social (Silva, 2008: 157).

Assim, a convergência de novos discursos e transformações ocorridas no final do século XIX e início do século XX configurou o cenário de nascimento da noção de velhice (Katz, 1996; Peixoto,1998). Para tanto, a formulação de discursos médicos sobre o corpo envelhecido e a instituição das aposentadorias foram elementos centrais para a construção da velhice como grupo etário diferenciado.

Os “discursos sobre a senescência”, advindos das reformulações ocorridas na medicina neste período, reconstruíram o corpo com base na patologia, buscando explicar e situar nos tecidos corporais a degeneração, conforme Foucault (1994) descreve em “O Nascimento da Clínica”. Estas explicações se diferenciavam daquelas que atribuíam a ocorrência de doenças e infortúnios a reações dos indivíduos a forças cósmicas e divinas.

Para Katz (1996), tais “discursos sobre a senescência” constituíram um saber pré-geriátrico, germinal da disciplina médica que veio a ser formalizada no início do século XX. Deste modo, o processo de envelhecimento sob a ótica da localização da degeneração e das patologias nos tecidos corporais passou a ser reconhecido como um processo de morte. A organização posterior de conhecimentos médicos associados ao enfraquecimento do corpo com o passar dos anos produziu a medicalização do envelhecimento, como uma faceta da medicalização da vida, sob a rubrica de prevenção da morte.

Alicerçada nos “discursos sobre a senescência”, a geriatria nasce em 1910, tendo como expoente o trabalho do médico norte-americano Ignatz Nascher. A preocupação da área, como ainda se faz presente, era definir os fundamentos clínicos para a identificação da velhice. Correlacionada à degeneração do corpo, a velhice passou a ser diferenciada das outras fases da vida com base no saber médico. Neste sentido, a geriatria “não só distingue a velhice das outras etapas da vida, mas também a define como decadência física” (Silva, 2007: 158). A atual produção no campo da geriatria e da gerontologia tenta desfazer essa associação, mas o tema ainda é muito controverso. De acordo com Groisman (2002):

No caso da velhice, há indícios de que vivemos uma grande contradição: por um lado, ela parece ter sido concebida como uma espécie de doença, pois é medida justamente pelo grau de degeneração que causou ao organismo. Por outro lado, a geriatria e a gerontologia parecem estar a todo momento denegando esse aspecto, afirmando que o envelhecimento seria uma fase normal da vida. Nesse sentido, a grande função dessas ciências seria justamente identificar e combater as patologias que ocorressem na velhice (e não a própria velhice), para prolongar a vida humana. Mas para que isso fosse possível, elas deveriam conseguir estabelecer as normas do que seria saudável em cada estágio da vida do indivíduo. Daí o ambicioso projeto de se medir a idade real. A idade, no caso, seria também uma medida da saúde (:67).

O investimento científico sobre o envelhecimento, no entanto, não se restringiu a uma especialidade médica focada nas transformações de corpos envelhecidos. A velhice como objeto de formulação de conhecimentos também se voltou para a dimensão comportamental, para os hábitos, práticas e necessidades psicológicas e sociais dos velhos, o que os define como um grupo populacional. Assim, em seu aspecto coletivo, a velhice está sujeitada a dispositivos de biopolítica destinados ao controle da vida e da morte de uma massa global (Foucault, 1998). Tais tecnologias de poder são exercidas através das ciências estatais, como a estatística, a demografia e a gerontologia, cuja relação com processos estatais serão demonstrados ao longo deste trabalho. Estes dispositivos buscam combater o risco inerente a uma população de seres vivos regularizando os modos de vida e seu prolongamento, ou seja, fazendo viver (Tórtora, 2013).

Outro elemento fundamental para a constituição da noção de velhice é a instituição das aposentadorias. De acordo com Peixoto (1998), desde a sua origem, “o problema da aposentadoria foi saber que grupo social deveria tomar a si o encargo da velhice das classes menos favorecidas” (:72). Na França do século XIX, o termo velhice era utilizado para referir-se a indivíduos despossuídos e indigentes, incapazes de sustentar-se financeiramente através do trabalho. Os indivíduos que detinham patrimônio, por outro lado, eram respeitados e desfrutavam de status social. Estes não dependiam da própria força de trabalho para assegurar seu futuro financeiro, sem o risco de cair na indigência e invalidez.

Neste sentido, o estabelecimento das primeiras caixas de aposentadorias e de sistemas de proteção social, que ocorreram na França do século XIX, vieram a dar resposta à gestão empresarial da baixa de produtividade de trabalhadores velhos. Elas também foram influenciadas pela pressão exercida pela movimentação política das massas de trabalhadores inseridos em tensões com as classes dominantes, sobretudo representadas pela burguesia industrial.

Como consequência da criação dos sistemas de aposentadoria, passam a existir agentes especializados na gestão da velhice e instituições totais diferenciadas, como os asilos para velhos. Os discursos geriátricos sobre a velhice como degeneração e decadência física são incorporados como estratégias de reivindicações de políticas voltadas para a atenção a esta fase da vida. Também foram agregadas às reivindicações de movimentos de trabalhadores, necessidades apontadas pela gerontologia sobre aspectos psicológicos e sociais da velhice.

A constituição de um grupo delimitado foi uma das importantes consequências da institucionalização das aposentadorias, demarcando uma identidade política. Por um lado, há a vinculação da noção de velhice à invalidez, à improdutividade e à ociosidade, dada a centralidade do trabalho para a constituição de subjetividade de sujeitos dentro do sistema capitalista. Mas por outro, a delimitação de grupo unido pelas identidades de “velho” e “aposentado” contribuiu para a reivindicação de direitos e benefícios em nome de uma categoria - “os aposentados” - , reconhecidos como sujeitos de direitos.

### **1.2 As noções de “velho” e “aposentado” nos documentos oficiais do Brasil na primeira metade do século XX.**

Entre as leis e decretos brasileiros publicados durante a primeira metade do século XX que reconheciam direitos de velhos e aposentados, há destaque para o Código Civil de 1916 e para o Código Penal de 1940. O primeiro tornou obrigatório o regime de separação de bens entre conjugues maiores de 70 anos e o segundo aumentou a pena para crimes cometidos contra pessoas acima de 60 anos, atenuando aquelas a serem cumpridas por pessoas com 70 anos ou mais.

Nesse período emergiram as instituições embrionárias do sistema de seguridade social do país, como as Santas Casas, as entidades beneficentes, a regulamentação do direito à aposentadoria e os asilos para velhos. A primeira referência de asilo encontrada no Brasil foi a “Casa dos Inválidos” - uma instituição destinada a soldados velhos ou incapacitados, fundada no Rio de Janeiro em 1797. Ao longo dos séculos XIX, os velhos em situação de pobreza e exclusão social eram abrigados em instituições asilares criadas para a mendicidade. Elas abrigavam pobres, pessoas com transtornos mentais, órfãos, crianças abandonadas, pessoas com deficiência e velhos. Mas foi na transição entre o século XIX e o século XX que surgiram as primeiras instituições voltadas especificamente para velhos, a exemplo do *Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada*, fundado no Rio de Janeiro em 1890. O surgimento dessas instituições também marcou a criação simbólica de um “lugar” para a velhice, não apenas de amparo filantrópico, mas também de decadência e isolamento (Groisman, 1999).

Neste período, também surgiram as aposentadorias no país. As primeiras políticas previdenciárias de iniciativa estatal para os trabalhadores do setor privado foram o seguro de acidentes do trabalho, criado em 1919 e a Lei Eloy Chaves que estabeleceu as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em 1923. Em 1933, nascem os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que abrangiam toda a categoria profissional, diferente das

CAPs circunscritas a cada empresa (Rodrigues, 2001). Ainda que a primeira menção a aposentadoria no Brasil date de 1880, concedida pelo Ministério da Função Pública aos trabalhadores das estradas de ferro federais, a instituição das aposentadorias veio a ser efetivamente consolidada por iniciativa estatal ao longo do século XX (Peixoto, 1998).

Na década de 1960, foi criada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), unificando a legislação que dispunha sobre os Institutos de Aposentadorias e Pensões. Já em 1966, todos os IAPs foram agregados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Ressalta-se que três categorias profissionais ficaram excluídas do direito à previdência social, quais sejam: os empregados domésticos, os agricultores e os trabalhadores autônomos, que entraram no sistema de seguridade social apenas em 1970. As aposentadorias e benefícios continuavam ligados ao mundo do trabalho, direcionados exclusivamente a trabalhadores que contribuíam com o INPS. Ressalta-se também que o Código Eleitoral publicado em 1965 tornou facultativo o voto para as pessoas com mais de 70 anos de idade.

Observa-se que os documentos oficiais publicados até as décadas de 1960 e 1970 faziam referência às categorias “velhos”, “maiores de 60 anos”, “maiores de 70 anos”, “aposentados” e “pensionistas”, a exemplo do texto do Instituto Nacional de Previdência Social, segundo o qual:

(...) dada elevada taxa de natalidade, a baixa expectativa de vida, a pequena renda média *per capita* e a alta incidência de doenças de massa – os programas de saúde no Brasil devem, necessariamente, concentrar seus recursos no atendimento das doenças da infância e dos adultos jovens. A assistência ao *velho*, é forçoso reconhecer, deve aguardar melhores dias. (grifo de Peixoto, 1998:77)

Em geral, as legislações desse período eram marcadas pela noção de velhice como incapacidade produtiva e por invalidez para população trabalhadora e empobrecida com a perda de sua capacidade laboral, no caso do estabelecimento de seguridade financeira pelas aposentadorias. Em relação à dispensa da obrigatoriedade do voto ou na diminuição das penas a serem cumpridas por pessoas com mais de 70 anos a categoria de velhice se amplia para as diferentes classes sociais, para as quais se reconheciam direitos eleitorais e de cidadania, ficando excluídas, por exemplo, as mulheres<sup>8</sup>. Apesar de mais amplas, estas duas últimas leis também incorporam o entendimento da idade como um marcador de declínio e de proximidade da finitude.

---

<sup>8</sup>Para as mulheres, o empobrecimento na viuvez foi uma realidade marcante até a década de 1990, quando foram regulamentadas políticas de garantia de pensões e universalização das aposentadorias.

### **1.3 Décadas de 1960 e de 1970: a entrada das formulações sobre envelhecimento populacional no campo das políticas públicas e a emergência da categoria do “idoso”.**

No início dos anos 1960, os discursos e práticas sobre a velhice começam a ganhar força e unidade a partir da elaboração de uma “política para a velhice”. Nas décadas subsequentes, os sistemas de aposentadoria foram ampliados para todos os trabalhadores, transformando o status social dessa população a partir do aumento de seu poder aquisitivo. Isso contribuiu para a emergência e utilização da categoria “idoso”, em meio a tentativas de desvinculação da velhice dos estereótipos de indigência, isolamento e incapacidade.

De acordo com Peixoto (1998), houve uma transformação nos termos utilizados para se referir às pessoas envelhecidas ou a esta etapa do curso da vida. A palavra “velho” começa a ser suprimida dos documentos oficiais, substituída pelo uso do termo “idoso”, considerado mais respeitoso. A partir de então, “os problemas dos velhos passaram a constituir necessidades de idosos” (ibdem:76). A autora ainda evidencia que:

(...) analistas mostram o contorno impreciso do termo: idoso é uma noção *floue*, uma vez que abarca realidades diversas. Assim, trazendo consigo uma certa ambigüidade, o termo serve para caracterizar tanto a população envelhecida em geral, quanto os indivíduos originários das camadas sociais mais favorecidas. Para além do caráter generalizante desse termo, o que homogeneiza todas as pessoas de mais idade, esta designação deu outro significado ao indivíduo velho, transformando-o em sujeito respeitado (ibdem:73)

Camarano & Pasinato (2004) destacam a importância de duas iniciativas ocorridas durante a década de 1960 no âmbito das organizações sociais, associações científicas e grupos políticos que foram cruciais para o posterior desenvolvimento das políticas públicas brasileiras para as pessoas idosas. A saber: a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), em 1961, e as ações do Serviço Social do Comércio<sup>9</sup> (SESC) voltadas para as pessoas idosas.

A SBGG nasce com o objetivo de “estimular iniciativas e obras sociais de amparo à velhice e cooperar com outras organizações interessadas em atividades educacionais,

---

<sup>9</sup>Mantido pelos empresários de bens, turismo e serviços, o Serviço Social do Comércio é uma entidade privada que atua nos campos da Educação, Saúde, Cultura, Lazer e Assistência. Informações retiradas do site: <http://www.sesc.com.br/>.

assistenciais e de pesquisas relacionadas com a Geriatria e Gerontologia” (ibidem: 264). A segunda iniciativa, levada a cabo pelo SESC, partiu de um grupo de comerciários paulistas preocupados com o desamparo e isolamento entre idosos. Até o momento, os trabalhos institucionais voltados para as pessoas idosas se restringiam aos asilos. O SESC construiu grupos de convivência que transformaram o modelo de assistência social ao idoso existente na época (Camarano & Pasinato, 2004; Rodrigues, 2001).

A primeira iniciativa do governo federal para a promoção da assistência ao idoso se deu através de grupos de convivência para previdenciários que funcionavam nos centros de atendimento do INPS (Instituto Nacional da Previdência Social) e da internação via custódia dos aposentados e pensionistas do INPS sem amparo familiar ou recursos próprios. Essas investidas ocorreram por volta de 1974, ano em que foram criados os benefícios não-contributivos através da Lei nº 6179 – um marco para a proteção social da população idosa no Brasil. São eles: as aposentadorias para trabalhadores rurais e a Renda Mensal Vitalícia (RMV) para necessitados Urbanos e Rurais. As RMVs foram embrionárias dos atuais Benefícios de Prestação Continuada para pessoas idosas e para pessoas com deficiência, assegurados pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) promulgada em 1993 (Camarano & Pasinato, 2004; Rodrigues, 2001).

Em 1976 foi publicado pelo então Ministério da Previdência e Assistência Social o documento “Política para o idoso: diretrizes básicas”. Este material resultou do trabalho realizado em três seminários regionais (São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza) e um nacional, eventos inspirados e coordenados por um gerontólogo. Os encontros buscavam “um diagnóstico da questão da velhice no país e apresentar as linhas básicas de uma política da assistência e promoção social do idoso” (Rodrigues, 2001: 150). Foram orientações deste documento (Camarano & Pasinato, 2004: 265):

- implantação do sistema de mobilização comunitária, visando, dentre outros objetivos a manutenção do idoso na família;
- criação de serviços médicos especializados para idosos, incluindo atendimento domiciliar;
- revisão do sistema previdenciário e a preparação para a aposentadoria;
- formação de recursos humanos para o atendimento de idosos;
- coleta e produção de informações e análises sobre a situação do idoso pelo serviços de Processamento de Dados da Previdência e Assistência Social (Dataprev), em parceria com o Instituto de Geografia e Estatística (IBGE).

Destaca-se que as políticas voltadas para a população idosa no Brasil durante as décadas de 1960 e 1970 consistiam em provimento de renda para idosos que contribuíram



com o INPS e para aqueles necessitados e dependentes. A partir da publicação do documento “Política para o idoso: diretrizes básicas” é possível perceber a ampliação da área de atuação das ações que passaram a considerar a assistência social comunitária, a saúde, a formação de recursos humanos para trabalhar com este público alvo e o trabalho com informações estatísticas desse grupo populacional. Ainda prevalece, no entanto, a visão do envelhecimento como decadência, isolamento e vulnerabilidade. Essa perspectiva sofrerá fortes transformações ao longo da década de 1980, quando surgirá com mais força no Brasil as noções de “terceira idade” e “envelhecimento ativo”, fortemente influenciadas pelo cenário internacional.

#### **1.4 Décadas de 1980 e 1990: a emergência do conceito de “terceira idade”.**

No cerne desse processo, a partir da década de 1980 surgiram três movimentos importantes para a consolidação do tema do envelhecimento na agenda política nacional: a) a fundação da Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (COBAP), em 1984; b) a criação da Associação Nacional de Gerontologia (ANG), em 1985; e c) a propagação de diversos programas voltados para idosos que caracterizaram a emergência do conceito de “terceira idade” no Brasil. São exemplos desses últimos grupos as “escolas abertas”, as “universidades para a terceira idade”, os “clubes da melhor idade” e os “grupos de convivência de idosos” (Debert, 2007).

A criação da COBAP selou a unificação, a partir da década de 1980, de todos os movimentos de aposentados. A Confederação conseguiu exercer influência durante a Assembleia Constituinte (1987-1988), contribuindo, sobretudo, com a elaboração do capítulo da constituição sobre a seguridade social. Durante a década de 1990, a COBAP continuou a liderar importantes mobilizações contra a perda do poder aquisitivo das aposentadorias e atuou em favor da mudança da imagem do idoso aposentado, em contraposição ao estereótipo de “velho” como um peso para as gerações mais novas da família. O movimento dos aposentados buscou divulgar a imagem do idoso aposentado como arrimo de família e de ex-ativistas sindicais atuantes em associações de aposentados.

O segundo evento mencionado foi a criação da ANG, um órgão técnico-científico cujo objetivo centrava-se em “desenvolver constante ação política e técnica junto aos órgãos públicos, às entidades privadas e à comunidade em geral, reivindicando sua atenção e audiência para que os idosos possam expressar com dignidade suas reais necessidades e

reivindicando, ainda, a adoção de medidas minimizadoras de seus problemas” (Machado, s.d., apud Camarano & Pasinato, 2004). Produtores de saberes utilizados no âmbito das administrações estatais, do mercado e sociedade em geral, a organização política dos profissionais gerontólogos em uma Associação Nacional possibilitou o fortalecimento da influência exercida por essa comunidade técnico-científica na formulação de políticas públicas.

Os chamados grupos da terceira idade também contribuíram para a visibilidade alcançada pelo tema do envelhecimento no Brasil nesse período. Algumas das associações e programas pioneiros nessa área foram o SESC, a LBA<sup>10</sup> e as Universidades para a Terceira Idade. Estes projetos buscaram criar espaços coletivos com foco nas concepções positivas da velhice, afastando as imagens negativas da velhice vinculadas à solidão, doença, isolamento e apatia. Tanto as imagens propagadas pelo movimento de aposentados, pela ANG, como pelos grupos da terceira idade, são marcadas pela concepção de “estar ativo” na velhice, sobretudo na ideia de envelhecimento bem-sucedido como na de aposentadoria ativa.

Segundo Peixoto (1998), a incorporação na noção de “terceira idade” no Brasil é uma apropriação do conceito elaborado na França no contexto de formulação e implementação das políticas públicas para a velhice no país europeu ao longo da década de 1960. A desvinculação da imagem da velhice da ideia de indigência, foi, segundo a autora, uma consequência da extensão das aposentadorias para todas as classes trabalhadoras francesas, o que possibilitou o surgimento da noção de “terceira idade”. Com isso, emerge um mercado de consumo e agentes especializados nesse grupo populacional; notadamente, os gerontólogos. Em consonância, com as ideias de “envelhecimento positivo” propagada por esses novos agentes, a “terceira idade” desponta como uma categoria intermediária entre a maturidade e a velhice (Silva, 2008). Clarisse Peixoto (1998) indica que:

A rubrica da terceira idade é fundamentalmente empregada nas proposições relativas à criação de atividades sociais, culturais e esportivas. (...) E não é por acaso que surge um novo mercado para a terceira idade: turismo, produtos de beleza e alimentares, bem como novos especialistas profissionais, gerontólogos, geriatras, etc. A terceira idade passa assim a ser a expressão classificatória de uma categoria social bastante heterogênea. De fato, essa noção mascara uma realidade social em que a heterogeneidade econômica e etária é muito grande. (:80-81).

---

<sup>10</sup>Legião Brasileira de Assistência. Foi um órgão assistencial público brasileiro fundado em 1942 e extinto em 1995 no governo de Fernando Henrique Cardoso.

Debert (1999) chama esse processo de “reprivatização da velhice”, para o qual as representações da velhice se voltam para a responsabilização individual sobre o processo de envelhecimento. Segundo esta lógica, a forma como o envelhecimento ocorre passa a ser visto como consequência das ações do indivíduo no desenvolvimento de atividades coletivas (tais como grupos de dança, viagens, produção de artesanato etc.), de participação social (a exemplo dos movimentos sindicais) e na gestão de sua saúde através da adoção de estilo de vida adequado.

Tal foco no envelhecimento saudável, na valorização da independência, autonomia e participação produtiva dos idosos no desenvolvimento econômico dos países já vinha sendo propagado no campo político internacional, sobretudo em deliberações das assembleias internacionais para o envelhecimento, eventos que serão abordados na próxima seção deste capítulo. Essas concepções repercutirão nas principais políticas públicas brasileiras voltadas para as pessoas idosas publicadas a partir de 1988.

Nesse período, há a intensificação das tentativas de homogeneização das representações sociais sobre a velhice (Debert, 1999). Com efeito, influenciado pela inserção do tema do envelhecimento na agenda política internacional, bem como pelo cenário de progressiva socialização da gestão da velhice, a noção “idoso” é consolidada nas políticas públicas brasileiras, sobretudo a partir da década de 1990. Em torno desta categoria política foram reunidos diferentes noções e identidades: “aposentados”, “terceira idade”, “velhos”, “melhor idade” entre tantos outros que passam a ser utilizados para se referir à fase da vida iniciada aos 60 anos de idade (Siqueira, 2015).

### **1.5 As décadas de 1990 e 2000: os conceitos de “envelhecimento ativo” e de “envelhecimento com dependência”.**

As políticas públicas voltadas para as pessoas idosas foram marcadas ao longo das últimas décadas pelo, já mencionado, processo de “reprivatização da velhice” (Debert, 1999), cujo foco de atuação se dá na responsabilização dos indivíduos por seus processos de envelhecimento para que este seja bem-sucedido. Neste contexto, duas racionalidades de governo<sup>11</sup> inscritas nas políticas públicas se propagaram por diversos espaços de construção

---

<sup>11</sup>As políticas públicas – fenômenos inequivocamente antropológicos – podem ser lidas como textos culturais e dispositivos classificatórios de governança. Partimos do entendimento de que os dispositivos de governança influenciam a produção de conceitos, subjetividades, sentimentos, desejos e ações de forma interna à ordem social, configurando um poder exercido por dentro, que protocola nossa vitalidade social (Foucault, 1995). Neste sentido, em contextos de propagação de discursos liberais, onde os indivíduos são tidos como supostamente livres e racionais, operam mecanismos de produção de condutas e relações de poder inerentes à constituição dos sujeitos, em nosso caso específico, dos sujeitos idosos.

de subjetividades em torno da velhice, quais sejam: os conceitos de “envelhecimento saudável” e de “envelhecimento ativo”. Ambas as noções trazem a ideia de que os indivíduos em processo de envelhecimento (o que ocorre desde o nascimento) são responsáveis por suas condições de saúde ao alcançarem idades mais avançadas - fase caracterizada pela prevalência de doenças crônicas e declínios funcionais<sup>12</sup> na realização de atividades de vida cotidianas. Cada indivíduo deveria, assim, se submeter voluntariamente a uma ascese, sobretudo corporal, seguindo preceitos científicos de saúde e estéticos para se manterem saudáveis e ativos (produtivos, participativos e úteis para a sociedade).

As noções de envelhecimento ativo e saudável foram consolidadas em publicações da Organização Mundial de Saúde de 2002 e de 2005 e, posteriormente incorporadas no texto de nossa Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa em 2006. A partir de então, estas noções/valores foram difundidos e incorporados às diversas práticas em torno do envelhecimento. Fala-se em envelhecer de forma ativa entre profissionais de saúde, em propagandas de produtos voltados para este público alvo, grupos de terceira idade, pastorais da pessoa idosa<sup>13</sup>, sindicatos de aposentados, entre outros espaços. Antes disso, no entanto, estas noções já compunham, ainda de forma embrionária, os documentos publicados por organismos internacionais a partir da I Assembleia Mundial para o Envelhecimento, realizada no ano de 1982 em Viena (Áustria). Entre as preocupações do encontro, destaca-se a promoção de estilo de vida saudável e a manutenção da capacidade de participação dos idosos na vida social e laboral, mantendo-se “úteis”:

As políticas adotadas para enfrentar o problema que expõe uma população idosa mais numerosa, **mais ativa e mais saudável**, fundadas no conceito do envelhecimento da sociedade como oportunidade para ser aproveitada,

---

<sup>12</sup>Capacidade funcional é um conceito utilizado para avaliar as condições do indivíduo de qualquer idade desenvolver atividades cotidianas individuais e comunitárias. Para maiores informações recomenda-se consultar a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF).

<sup>13</sup> A atuação de instituições religiosas no campo do envelhecimento sempre teve força junto às instituições asilares. Muitas instituições, inicialmente criadas para a mendicidade ou velhice desamparada são religiosas, em especial católicas. Uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas em 2008 (Camarano, 2010) identificou, por exemplo, a existência de 700 Instituições de Longa Permanência para Idosos administradas pela Sociedade Católica São Vicente de Paulo. Esse número é maior do que as ILPIs públicas existentes no país. A Pastoral da Pessoa Idosa, por sua vez, surge mais tarde, em 1993. Sua criação partiu do encontro entre a coordenadora nacional da pastoral da criança, Zilda Arns, com o então presidente da Sociedade de Geriatria e Gerontologia, o geriatra João Batista Lima Filho. Segundo informações divulgadas no sítio eletrônico da pastoral da pessoa idosa ([www.pastoraldapessoaidosa.org.br](http://www.pastoraldapessoaidosa.org.br)), entre 1994 e 1995 “foi elaborado o manual ‘De Bem com a Vida’, de autoria de Dr. João Batista Lima Filho e de Sophia Sarmiento, que serviu de base para desencadear o processo de formação dos líderes comunitários. Material de conteúdo científico sobre o envelhecimento e os cuidados com as pessoas idosas, ao mesmo tempo, em linguagem simplificada, acessível às pessoas da comunidade”. Foi esse material de base científica que subsidiou a formação das primeiras lideranças da organização religiosa.

beneficiam automaticamente as pessoas de idade nos aspectos materiais e não-materiais. Do mesmo modo, qualquer esforço que se faça para melhorar a qualidade da vida dos idosos e para atender a suas distintas necessidades sociais e culturais aumenta sua capacidade de continuar interagindo com a sociedade. Neste sentido, os aspectos humanitários e de desenvolvimento da questão do envelhecimento estão intimamente ligados (Recomendações gerais de política – Plano de Viena).

(...)

Os serviços de bem-estar social podem ser um instrumento da política nacional e deverão ter como objetivo a maximização da capacidade dos idosos para viverem na sociedade. Os ditos serviços devem ser prestados na comunidade e proporcionar uma gama de serviços preventivos, de recuperação e desenvolvimento para as pessoas idosas, a fim de lhes permitir levar uma vida o mais independente possível em seu próprio lar e em sua comunidade, e continuar sendo cidadãos **ativos e úteis** (Recomendação n° 68 do Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento - ONU, 1982).

A Assembleia de Viena foi o primeiro fórum global intergovernamental que reconheceu a população idosa como novo ator social e político, cujo objetivo oficial era dar orientações no campo das políticas públicas para as necessidades específicas deste grupo populacional. As emergentes ciências da velhice, a geriatria e a gerontologia, foram responsáveis pelo estabelecimento do entendimento em torno do que são consideradas “necessidades específicas das pessoas idosas”, consolidando estas áreas de conhecimento como ciências estatais.

Foi convencionado no encontro que os Estados membros da Organização das Nações Unidas reconheceriam pessoas idosas como aquelas com idade igual a 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento e idade igual a 65 anos ou mais nos países desenvolvidos. Esta distinção partiu de critérios relacionados à expectativa de vida dos países classificados nestes dois grandes blocos, bem como das condições de vida e saúde das populações destes territórios políticos. Há destaque para o fato de que a classificação é aleatória. Trata-se de uma convenção política que visa determinar uma categoria etária através da escolha de critérios biológicos e sociais. Nota-se que a gestão da velhice, conforme descrevemos no início deste capítulo, segue o fluxo dos mecanismos de controle e monitoramento da vida produzidos na modernidade, dando cada vez mais evidência para a dimensão corporal da vida. Estes tipos de racionalidades classificatórias operam também como uma bioidentidade (Ortega, 2003), ou seja, uma identidade social constituída sob marcadores biológicos.

Apesar do foco das deliberações da Assembleia de Viena nos “países desenvolvidos”, o Plano Internacional aprovado neste encontro influenciou a formulação de políticas em

muitos “países em desenvolvimento”<sup>14</sup>. No Brasil, por exemplo, a Constituição de 1988 apresentou importantes avanços no reconhecimento de direitos das pessoas idosas. A Carta Magna brasileira é fruto do processo de redemocratização do país, após mais de 20 anos de regime de ditadura militar. Em decorrência dos avanços ocorridos no campo do reconhecimento de direitos políticos, humanos, sociais, de populações específicas, como os povos indígenas, quilombolas, pessoas idosas, crianças e adolescentes, o documento é chamado de Constituição Cidadã. Cabe destacar, ainda, a criação do Sistema Único de Saúde, público e universal para todos os cidadãos brasileiros, uma grande conquista da Constituição vigente.

A adoção do conceito de seguridade social universalizado foi o principal avanço da Constituição de 1988 em relação à proteção social das pessoas idosas. A fixação do benefício mínimo em um salário mínimo, a universalização do acesso à saúde e educação, bem como pela provisão de assistência social para a população necessitada foram outros direitos fundamentais garantidos pela Constituição Cidadã. Prevê-se o compartilhamento da responsabilidade sobre o apoio às pessoas idosas “entre a família, o Estado e a sociedade” (at. 230), que os programas de cuidados dos idosos sejam executados preferencialmente em seus domicílios e a gratuidade dos transportes urbanos para pessoas com mais de 65 anos de idade.

Ao longo da década de 1990, os direitos e dispositivos garantidos pela Constituição de 1988 foram regulamentados. Destaca-se a promulgação da Lei Orgânica de Assistência Social, Lei nº 8742, de 7 de dezembro de 1993, que prevê serviços de assistência e o Benefício de Prestação Continuada, inicialmente, para pessoas com mais de 70 anos, hoje a idade mínima é de 65anos.

Ainda em resposta ao Plano de Viena, a Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842, foi aprovada pelo Congresso Nacional em 4 de janeiro de 1994 e posteriormente regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. A PNI tem a finalidade de “assegurar os direitos sociais do idoso criando condições para sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (Art. 1º), considerando idosas as pessoas com 60 anos de idade ou mais. Temos na PNI a primeira política voltada especificamente para a população idosa no Brasil, consolidando o reconhecimento e investimento estatal sobre essa categoria de produção de subjetividade. Inicialmente, a gestão da PNI ficou a cargo do antigo Ministério da Previdência e Assistência Social e depois da Secretaria Especial de Direitos Humanos.

---

<sup>14</sup> As expressões “países desenvolvidos” e “países em desenvolvimento” estão apresentadas entre aspas por se tratarem de categorias político, econômicas e culturais utilizadas entre aqueles que atuam em organismos internacionais.

Recentemente, existe um impasse nos documentos atualmente publicados, foi criado um Departamento do Idoso no Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário e a Secretaria dos Direitos da Pessoa Idosa no Ministério dos Direitos Humanos. Ambas as organizações estatais têm a função publicada em diário oficial de coordenar a Política Nacional do Idoso. Tal contradição evidencia o caráter difuso das ações e processos estatais conduzidos por diferentes grupos políticos e atores sociais<sup>15</sup>, contradizendo o pressuposto de unicidade de uma noção de “Estado” comumente difundida.

Em 1999 o Ministério da Saúde considerou a necessidade de dispor de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do idoso e lançou a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI). O texto atual, fruto de uma revisão realizada em 2006, incorporou a promoção do “envelhecimento ativo e saudável” no item “a” de sua lista de diretrizes. A adesão sofreu forte influência de documento publicado pela Organização Mundial da Saúde no Brasil intitulado “Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde”. A publicação, de 2005, foi um desdobramento de contribuições apresentadas pela OMS na II Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento realizada em Madri (Espanha), em 2002.

A força da incorporação da noção de “envelhecimento ativo” nas políticas públicas brasileiras é tanta que o conceito também foi tema de ação interministerial. Em 2013 o governo brasileiro lançou o Compromisso Nacional para o Envelhecimento ativo através do Decreto nº 8.114, de 30 de setembro de 2013 que, além de estabelecer o compromisso, criou a Comissão Interministerial no âmbito da Secretaria Especial de Direitos Humanos. À época, objetivava monitorar, avaliar e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos na implementação de ações de promoção do “envelhecimento ativo”. Trata-se de uma ação muito influenciada pela necessidade de dar respostas aos compromissos internacionais firmados pelo governo brasileiro.

Conforme o panorama dos principais documentos das políticas públicas voltados para as pessoas idosas apresentados acima, vemos que elas se consolidaram no Brasil, com foco na manutenção da independência e da autonomia dos idosos. Estes também são os eixos estruturantes das recomendações dos principais documentos intergovernamentais que compõem a agenda política internacional sobre o tema. Há previsão da oferta de serviços públicos de promoção do envelhecimento ativo e saudável, evitando situações de

---

<sup>15</sup> A contradição revela que estes grupos e atores inseridos nos processos estatais nem sempre se conhecem ou conversam entre si.

dependência, assim como aumentando o máximo possível as possibilidades de exercício da autonomia dos idosos, mesmo diante de situações de incapacidade funcional.

O foco nos valores modernos da “independência” e da “autonomia” (Dumont,1985) constitui o cerne de práticas de governança de diferentes atores sociais envolvidos com o tema do envelhecimento, tais como agentes estatais, profissionais especializados, comunidades técnico-científicas, associações, grupos de terceira idade, entre outros. Estas estratégias de gestão do envelhecimento têm como objetivo o envelhecimento bem-sucedido, evitando a ocorrência de doenças crônicas e fatores incapacitantes durante o processo individual e populacional do envelhecimento.

O lugar ocupado pelas pessoas idosas em situação de dependência, no entanto, passa a estar na condição paradoxal de realidade a ser evitada e controlada. Muitas vezes as pessoas idosas em situações de dependência são esquecidas pelas imagens ativas e positivas propagadas pelos agentes do “envelhecimento ativo”, diante do esforço em favor da transformação das imagens da velhice associadas à doença e ao isolamento.

Por outro lado, o cuidado ofertado às pessoas idosas em situação de dependência também ocupará um espaço de preocupação com a gestão da vida com base em conhecimentos médicos e gerontológicos. Neste caso, há uma grande preocupação com a propagação de cursos e práticas de controle sobre o cuidado ofertado à velhice dependente difundidos, como veremos nos próximos capítulos, entre associações de classe ou comunitárias, ONGs voltadas para o envelhecimento, hospitais, acadêmicos, Associações Técnico-Científicas, como a ANG e a SBGG, pastorais da pessoa idosa, etc. Ambas as concepções (a de envelhecimento ativo e a de envelhecimento com dependência) são constituídas pela propagação de práticas de governança focadas nos corpos biológicos em processo de envelhecimento. O envelhecimento ativo e saudável e a velhice com dependência são duas faces da medicalização da vida e da velhice. Atentamos um pouco mais a esta questão para compreender o cenário de emergência da figura do “cuidador de idosos” e as disputas em torno do tema.

## **1.6 Medicalização da velhice e a produção do cuidado nas situações de dependência e adoecimento.**

A medicalização pode ser compreendida pela forma como a evolução tecnológica modifica as práticas legitimadas no campo de saberes médicos através de novas técnicas terapêuticas e de diagnóstico, indústria farmacêutica e equipamentos médicos. Um



desdobramento deste processo vem sendo apontado por estudos no campo das ciências sociais como a “medicalização do social”, quando eventos como a gravidez, o parto, o envelhecimento, a menopausa e a morte recebem descrições e narrativas em termos médicos, ampliando a interferência no cotidiano dos indivíduos através de normas e condutas sociais. Assim, a medicalização está articulada a processos de individualização (Menezes, 2004:31), orientados por um conjunto de preceitos que têm por base a busca pelo “risco zero”. Para tanto, é preciso aceitar viver sob a vigilância médica para minimização desses riscos. Essa vigilância se difunde na vida social em diversas circunstâncias, sendo potencializadas e legitimadas na autoridade dos profissionais formados nos campos de saberes disciplinares da saúde e na deslegitimação de saberes e práticas de saúde cotidianas.

Uma série de produtos, técnicas, fármacos e serviços difundem-se nas sociedades ocidentais com o objetivo de minimizar os riscos de morte, doença, degeneração ou declínios funcionais entre os idosos. Existe uma busca pela identificação da normalidade e da patologia nesta etapa da vida, o que virá a orientar as práticas preventivas que almejam o prolongamento da vida de um jeito específico: através de um envelhecimento bem sucedido, ativo e saudável. Ocorre, no entanto, a negação velada da velhice dependente e da própria finitude da vida, acompanhada por mecanismos de controle e isolamento.

A exclusão social dos moribundos (Elias, 2001), bem como a institucionalização e rotinização dos cuidados aos doentes são apontadas como transformações ocorridas ao longo do século XX em torno das representações sociais da doença e da morte (Menezes, 2004). De acordo com Foucault (1994;1999) entre o século XVIII e o século XIX, ocorreu a passagem do monopólio dos doentes e moribundos das famílias e religiosos para os médicos e instituições. Os hospitais, antes destinados à assistência aos pobres, sofrem a introdução de mecanismos disciplinares que possibilitaram sua medicalização, emergindo como um instrumento terapêutico.

A partir da consolidação da instituição hospitalar – medicamento administrada e controlada – iniciou-se um processo de medicalização do social durante o século XIX, extensamente desenvolvido ao longo do século XX. A medicina, seu saber e sua instituição tornam-se referências centrais no que se refere à saúde, vida, sofrimento e morte (Menezes, 2004: 30).

Ao longo do século XX, no entanto, a socialização de corpos em instituições disciplinares - como os hospitais, fábricas, exércitos e asilos - são paulatinamente substituídos, conforme aponta Foucault (1998), por regimes disciplinares aos quais os

indivíduos se submetem voluntariamente a práticas gestão da vida. No caso dos doentes, o monopólio dos cuidados médicos não têm mais tanto peso na instituição dos hospitais, mas na adoção de práticas medicalizadoras por toda a sociedade, seja na produção de autocuidado ou no cuidado do outro em domicílio.

No campo das políticas públicas, a difusão dos conhecimentos médicos e gerontológicos sobre a velhice é uma preocupação das incipientes políticas voltadas para o cuidado ofertado às pessoas idosas em situação de dependência no Brasil. Não é por acaso que as primeiras iniciativas e documentos públicos voltados para o tema têm por objetivo a formação/capacitação dos cuidadores de idosos, sejam eles familiares, vizinhos ou profissionais contratados, conforme critérios de qualidade do cuidado, previamente definidos e “estabilizados” com base em saberes científicos, conforme veremos ao longo desta monografia.

A incipiente Política Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos lançada em 2008 pelo Ministério da Saúde é um exemplo do processo de expansão de práticas de governança e medicalização da velhice no cotidiano dos indivíduos. Uma das estratégias da política foi a divulgação de um manual intitulado “Guia Prático do Cuidador”. O documento de orientação soma-se a diversos cursos voltados para a formação de cuidadores gerenciados por entidades públicas, filantrópicas ou privadas pelo país. Há um contexto de inserção de indivíduos responsáveis pela prestação de apoio e cuidado de idosos em situação de dependência em um campo de saberes e ações normalizadores sobre a velhice, orientados pelos conhecimentos geriátricos e gerontológicos. Desse modo, como veremos nos próximos capítulos, a constituição da identidade dos “cuidadores de idosos”, atualmente em disputa no Brasil, expõe correlações de forças envolvendo representações sobre a velhice, práticas de governança e de legitimação de saberes produtores de subjetividades sobre quem cuida e quem deve ser cuidado.

## **CAPÍTULO 2**

### **Cuidado como forma de governo da velhice: a formação dos cuidadores de idosos.**

Os serviços de cuidado ofertados às pessoas idosas em situação de dependência ou semidependência têm sido objeto de políticas públicas em todo o mundo, seja na oferta deste

tipo de assistência por instituições estatais, filantrópicas e privada; seja na preocupação com o controle de suas competências e qualidade (Batista, A. S., Jaccoud & Aquino, El-moor, 2008; Batista, A. S., Bandeira, 2015). O Plano Internacional de Viena, resultante da Primeira Assembléia Mundial sobre Envelhecimento, realizada pela Organização das Nações Unidas em 1982, por exemplo, expressa clara preocupação com a qualidade do cuidado ofertado às pessoas idosas. A construção argumentativa em torno do que vem a ser considerado como cuidado qualificado em diferentes documentos públicos voltados para o tema do envelhecimento, no entanto, é marcada por noções medicalizadoras, assim como por uma racionalidade de governo legitimadora do cuidado qualificado de idosos.

De acordo com a recomendação nº 07 do Plano Internacional de Viena, para manter o bem-estar e a independência das pessoas idosas mediante o auto-atendimento, promoção da saúde, prevenção de doenças e deficiências, há a exigência de “novas orientações e aptidões dos próprios idosos, assim como de suas famílias e dos trabalhadores dos serviços de saúde e bem-estar das comunidades locais”. Neste sentido, o documento recomenda:

- a) A população em geral deve ser informada sobre como lidar com os idosos que exijam cuidados. Os próprios idosos deverão ser educados para o autocuidado.
- b) Deverá ser ministrada capacitação básica para suas tarefas, a quem trabalha com pessoas de idade, no lar ou em instituições, destacando em particular a importância da participação dos idosos e de suas famílias, e a colaboração entre quem trabalha nas áreas da saúde e do bem-estar nos diversos níveis.
- c) Profissionais e estudantes de profissões que têm a seu cargo o cuidado de seres humanos (por exemplo, medicina, enfermagem, serviço social, etc.) devem ser treinados em princípios e aptidões pertinentes nas áreas de gerontologia, geriatria, psicogeriatría e enfermagem geriátrica.

O entendimento apresentado pela recomendação da ONU, como vimos, concentra a legitimidade dos conhecimentos e práticas de cuidados associadas às pessoas idosas no campo da medicina ocidental e da gerontologia. Esta legitimação vinculada a técnicas de gestão do envelhecimento exercerá forte influência sobre práticas de cuidado em diverso lugares do mundo, assim como na introdução do tema no texto das políticas públicas brasileiras e nos debates públicos sobre a regulamentação da profissão dos cuidadores de idosos.

No Brasil, a entrada do tema dos cuidadores de idosos no texto das políticas públicas ocorreu a partir da primeira versão da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999, revisada em 2006). A PNSI reconheceu o trabalho de cuidadores na complementação das ações de saúde, marcando a entrada do tema nas políticas

públicas de saúde para as pessoas idosas no Brasil de forma mais explícita. A normativa definiu cuidador como:

(...) a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços requeridos no cotidiano – por exemplo, ida a bancos ou farmácias –, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área da enfermagem. (1999, p.20)

Em seguida, com a instituição do Programa Nacional de Cuidadores de Idosos (Portaria Interministerial MS/MPAS nº 5.153, de 7 de abril de 1999) percebemos a acentuação de um processo de normalização dos cuidados ofertados às pessoas idosas, em especial para aquelas em situação de dependência. O programa era coordenado por uma Comissão Interministerial composta pelas Secretarias de Estado de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social e pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, conforme descrevo mais adiante. Foi proposto que sua atuação fosse descentralizada e estabelecesse parcerias específicas com universidades e entidades não-governamentais, visando a capacitação de “recursos humanos” nas diferentes modalidades de cuidadores: domiciliar (familiar e não-familiar) e institucional. Assim, o foco das políticas de estado brasileiras na atenção aos cuidados de idosos passou a abranger não apenas a pessoa idosa, mas o seu ambiente familiar e seus acompanhantes, nomeados agora como cuidadores.

Nesse entremeio, também como resultado do trabalho da Comissão Interministerial, os cuidadores de idosos foram reconhecidos pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) - Portaria nº 397, de 9 de outubro de 2002 do Ministério do Trabalho e Emprego. O código 5162 - 10 da CBO registra a ocupação cuidador de idosos e os seguintes sinônimos: acompanhantes de idosos, cuidador de pessoas idosas e dependentes, cuidador de idosos domiciliar, cuidador de idosos institucional e *gero-sitter*.

Este processo foi marcado por disputas de legitimação de procedimentos técnicos e de instrumentalização que visam tomar conta, controlar, conduzir práticas, neste caso, práticas de cuidado. Em especial, as organizações de classe da enfermagem e da gerontologia protagonizaram este campo de disputas. As práticas e condutas em disputa constituem a identidade desse novo sujeito “o cuidador”, de modo a legitimá-lo para um coletivo, como um profissional reconhecido e que presta um serviço qualificado, ou como um familiar zeloso que

cuida bem, que adota as condutas adequadas para a preservação da saúde de seu parente (marido, mãe, sogro, avó, etc).

O espaço de propagação dessa racionalidade de governo são as “capacitações para cuidadores”. Em geral, no período correspondente ao início dos anos 2000, surgiram diversas iniciativas de cursos de formação ou capacitação, vindas de setores estatais, de ONGs e de empresas. Cabe destacar que este movimento resultou em conflitos com os Conselhos Regionais de Enfermagem sob a alegação de que os conteúdos ministrados infringiam a legislação de exercício profissional dos enfermeiros e de que faltava acompanhamento/fiscalização das atividades realizadas pelos cuidadores (Duarte, 2006).

Seguindo esta tendência de normalização das práticas de cuidado, em 2008 foi publicado o Programa Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos – PNFCI, a ser operacionalizado pela rede de Escolas Técnicas em Saúde do SUS. O projeto foi implementado pelas escolas técnicas locais, tendo por base perfil de competências do cuidador previamente construído pelo Ministério da Saúde. Nesse ano, o MS também lançou o Guia Prático do Cuidador. Entre as iniciativas do governo federal para a formação de cuidadores, destaca-se ainda o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps), parceria do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, lançado em 2009 e a formação técnica de cuidadores de idosos ofertada pelo Programa Nacional de Ensino Técnico (Pronatec), que teve início em 2011.

O desenho dos cursos de formação de cuidadores formais foi subsidiado pela Proposta de Perfil de Competências Profissionais para o Cuidador de Pessoas Idosas com Dependência publicada pelo Ministério da Saúde em 2007. A ocupação foi definida nesta proposta da seguinte maneira:

O Cuidador de Pessoas Idosas com Dependência, formal ou informal, realiza atividades de assistência social e de saúde, prevenção e monitoramento das situações que oferecem risco à saúde da pessoa idosa, 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.

(...)

- Cuidador Informal: É aquele que presta cuidados à pessoa idosa no domicílio, com ou sem vínculo familiar e que não é remunerado.
- Cuidador Formal: Pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar as atividades e tarefas da vida cotidiana fazendo elo entre o idoso, a família, e serviços de saúde e da comunidade, geralmente remunerado.

O documento também definiu um entendimento a respeito das competências necessárias para a realização do trabalho de cuidador de pessoa idosa. De acordo com esta definição, compete ao cuidador:

(...) no exercício de sua prática, mobilizar e articular conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho para realizar ações de inserção social, apoio, acompanhamento e cuidado à pessoa idosa, a partir de suas necessidades, demandas e da concepção de saúde como promoção da qualidade de vida; e ainda, valorizar o desenvolvimento da autonomia e da independência da pessoa idosa diante de suas necessidades e escolhas, articulando-se, para tanto, com os indivíduos, os grupos sociais e a comunidade.

O perfil definido pelo Ministério da Saúde se referia ainda a três dimensões do saber que configuram as competências necessárias ao exercício da profissão, quais sejam: saber-ser (ético-profissional); saber-saber (saber-conhecer) e o saber-fazer. O texto do documento destaca que o saber-ser ético-profissional é transversal e se expressa “na capacidade de crítica, reflexão e mudança ativa em si mesmo e nas suas práticas, bem como por atitudes de solidariedade, civilidade, compartilhamento, responsabilidade, empatia, aceitação, prudência e ética”. As demais dimensões estão relacionadas, especificamente, a conteúdos ministrados pelos cursos de formação a partir dos campos de saberes do Serviço Social e da Saúde. A dimensão do saber-fazer é descrito como as habilidades cotidianas de identificar e intervir em situações de risco de saúde ou vulnerabilidade social. O saber-saber é descrito como o conhecimento que subsidia o saber-fazer, em especial, descreve-se conhecimentos sobre “o processo de saúde-doença e condicionantes”, assim como “características e necessidades físicas, psicológicas e sociais da pessoa idosa”. São pontos definidos pelo documento:

**Saber – Ser (Ético Profissional):**

- Interagir com a pessoa idosa e seus familiares.
- Estar atento à linguagem corporal da pessoa.
- Respeitar valores, a cultura e a individualidade da pessoa idosa ao pensar e propor ações de cuidado.
- Buscar alternativas frente a situações adversas com postura ativa.
- Compreender a pertinência e a oportunidade das ações que realiza em relação aos cuidados à pessoa idosa e sua família.
- Pensar criticamente seus compromissos e responsabilidades como cidadão e trabalhador.

**Saber -Fazer (habilidades)**

- Identificar a relação entre problemas de saúde e condições de vida.

- Identificar valores culturais, éticos, espirituais e religiosos da pessoa idosa e sua família.
- Participar da elaboração do plano de cuidado para a pessoa idosa, sua implementação, avaliação e reprogramação junto à equipe de saúde e de assistência social, bem como garantir a participação do idoso na elaboração e desenvolvimento do plano.
- Realizar ações de acompanhamento e cuidado à pessoa idosa com dependência, conforme as demandas e necessidades identificadas.
- Identificar situações presentes no contexto de vida do idoso que são potencialmente promotores ou prejudiciais ao seu bem-estar.
- Apoiar a pessoa idosa na execução das atividades da vida diária, conforme plano de cuidados.
- Analisar os riscos sociais e ambientais à saúde da pessoa idosa com dependência.
- Sensibilizar a pessoa idosa e sua família quanto à necessidade de mudanças graduais e contínuas em hábitos e atitudes, a fim de facilitar a vida do idoso.
- Estimular a prática de atividades que diminuem o risco de doenças crônicas, conforme orientações do plano de cuidado.
- Identificar sinais de depressão e demência em pessoa idosa e encaminhar para os cuidados específicos.
- Encaminhar o idoso para atendimento nos serviços de saúde e da assistência social, quando necessário.
- Avaliar condições de risco de acidentes domésticos, propor alternativas para resolução ou minimização.
- Acompanhar a situação vacinal da pessoa idosa.
- Orientar a família no caso de óbito da pessoa idosa.

### **Saber-Saber (Conhecimentos)**

- Processo saúde-doença e seus determinantes e condicionantes.
- Processo saúde doença da pessoa idosa.
- Sistema Único de Saúde- organização princípios e diretrizes.
- Conceito e critérios de qualidade do cuidado à pessoa idosa: integralidade e humanização do cuidado, satisfação do usuário, de seus familiares e do cuidador, dentre outros.
- Agenda de compromisso do Ministério da Saúde e do Desenvolvimento Social em relação à população idosa.
- Aspectos econômicos, sociais e psicológicos do envelhecimento: características, situações de vulnerabilidade e cuidados especiais.
- Características e necessidades físicas, psicológicas e sociais da pessoa idosa.
- Conceitos: dependência, autonomia, independência, desempenho e capacidade funcional.
- Estratégias de avaliação das condições sociais e de saúde da pessoa idosa.
- Conceitos: atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD).
- Esquema vacinal para pessoas idosas
- Doenças e agravos prevalentes do idoso: identificação dos sinais de risco, medidas de prevenção, encaminhamento e acompanhamento.
- Condições de risco social para o idoso: violência intra e extra familiar e maus tratos, abandono, abuso econômico, abuso sexual, analfabetismo, ausência de suporte familiar e social e medidas de intervenção cabíveis ao cuidador.
- Condições de risco ambiental e doméstico para o idoso e medidas de prevenção cabíveis ao cuidador.

- Concepções de morte e morrer; providências necessárias.

Estas dimensões de competência definidas para o trabalho de cuidar vêm protagonizado debates públicos em torno do conceito de “cuidado”, de quem está habilitado para cuidar, do que são práticas de cuidado cotidiano de idosos e do que é cuidado qualificado. Neste cenário, os manuais de formação e orientação para o cuidado exercem importante papel. Proponho nos debruçarmos um pouco mais sobre eles.

### **2.1 A formação dos cuidadores de idosos: etnografia de um manual.**

Em consulta ao dicionário *priberamonline* encontrei o seguinte significado para a palavra “manual”: “livro que sumariza as noções básicas de uma matéria ou assunto” ou “guia prático que explica o funcionamento de algo”. Em geral, os manuais refletem os valores e a mentalidade do universo social e histórico ao qual pertencem. No caso do cuidado da pessoa idosa, a formação de cuidadores é proposta de forma rotinizada e moral, mesclando saberes científicos e princípios valorativos sobre a velhice, a morte, sobre saúde, doença e corpo.

Ao analisar um manual produzido em 1530 por Erasmo de Rotterdam intitulado “Da civilidade em crianças”, Nibert Elias nos mostra que este tratado escrito para a educação de crianças à época revela um estilo de vida que, em muitos aspectos, assemelha-se ao nosso, embora em outras dimensões sejam muito diferentes. Erasmo fala de diversas dimensões do comportamento humano, da vida e do convívio social. Essa estrutura peculiar de relações humanas e suas correspondentes formas de comportamento em transformação na constituição da modernidade é denominada por Elias como o “processo civilizador” (Elias,1997). Vale ressaltar que essas imagens também foram construídas em contraposição à produção de alteridades em contextos coloniais e de renascença, o que possibilitou a emergência de concepções de humanidade e civilidade diferenciadoras e valorativas sobre corpos e comportamentos de forma geral.

Assim como Elias identificou no Tratado de Erasmo fragmento da cultura material de um tempo, uma fonte estratégica para reconhecer que “está longe de ser axiológico que o corpo deva formar essas zonas de perigo psicológicas” como acontece na fase mais recente da civilização” (Ibidem, 1997: 169) como conhecemos recentemente nas sociedades ocidentais, os manuais de formação de cuidadores também configuram um frutífero campo etnográfico para estudar a produção e controle do cuidado na velhice.

No Brasil, a abordagem etnográfica sobre os manuais na saúde perfaz um campo de estudos ainda em maturação, com destaque para os trabalhos de Carla Teixeira sobre os



manuais de formação dos Agentes de Saúde Indígena (Teixeira, 2008, 2012). Tomando como locus etnográfico os documentos da política de saúde indígena brasileira, Teixeira chama a atenção para a natureza singular dos manuais entre estes documentos:

Considera-se que os manuais trazem em si a legitimidade de construção de um dever ser no mundo, pela apresentação de ações, técnicas ou valores que seriam pautados em verdades (materiais e/ou morais), advindas de forma pretensamente não mediada, da realidade a qual se referem. Ainda mais, pela observação de que os manuais têm sido cada vez mais utilizados pelo Ministério da Saúde na formação de profissionais e gestores em saúde, bem como na chamada “educação em saúde” voltada para a população (Teixeira: 2012:570).

No campo dos cuidados voltados para as pessoas idosas, o Ministério da Saúde brasileiro publicou em 2008 o “Guia Prático do Cuidador”. Trata-se de uma das ações reunidas pelo Programa Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos – PNFCI. Diversos aspectos da vida da pessoa idosa e de seus acompanhantes são abordados no manual, como serviços disponíveis nas Políticas de Assistência Social, legislações relevantes, dicas de cuidado para os próprios cuidadores, banho, higiene como mudar de posição uma pessoa acamada, como reconhecer determinadas doenças, alimentação, e disfunções de órgãos específicos etc.

Grande parte da publicação gira em torno de práticas, sensações e técnicas de mediações e modulações dos corpos de pessoas idosas. Em um primeiro momento, elas nos parecem corriqueiras, dispõem de práticas corporais que grande parte das sociedades ocidentais realiza diariamente. Destacaremos as orientações apresentadas em cinco temas: a) higiene; b) alimentação; c) acomodação da pessoa cuidada na cama; d) informações sobre prevenção de agravos; e d)óbito. Vejamos:

#### *a) Higiene*

Sobre esse aspecto, o manual apresenta a seguinte definição:

A higiene corporal além de proporcionar **conforto e bem-estar** se constitui um fator importante para **a recuperação da saúde**. O banho deve ser **diário**, no chuveiro, banheira ou na cama. Procure fazer do horário do banho um momento relaxante. (:21)

São apresentadas orientações detalhadas e rotinas sobre como proceder no banho com o auxílio de cuidador. Em um primeiro caso, descreve-se como proceder, a temperatura da água, o uso de produtos emolientes (quantidade) e recomenda-se como portar o olhar diante da nudez do outro:

1) Como proceder no banho de chuveiro com o auxílio do cuidador:

- Separe antecipadamente as roupas pessoais.
- Prepare o banheiro e coloque num lugar de fácil acesso os objetos necessários para o banho.
- Regule a temperatura da água.
- Mantenha fechadas portas e janelas para evitar as correntes de ar
- Retire a roupa da pessoa ainda no quarto e a proteja com um roupão ou toalha.
- Evite olhar para o corpo despido da pessoa a fim de não constrangê-la.
- Coloque a pessoa no banho e não a deixe sozinha porque ela pode escorregar e cair.
- Estimule, oriente, supervisione e auxilie a pessoa cuidada a fazer sua higiene. Só faça aquilo que ela não é capaz de fazer.
- Após o banho, ajude a pessoa a se enxugar. Seque bem as partes íntimas, dobras de joelho, cotovelos, debaixo das mamas, axilas e entre os dedos.

A higiene dos cabelos deve ser feita no mínimo três vezes por semana. Diariamente inspecione o couro cabeludo observando se há feridas, piolhos, coceiras ou áreas de quedas de cabelo.

Os cabelos curtos facilitam a higiene, mas lembre-se de consultar a pessoas antes de cortar seus cabelos, pois ela pode não concordar por questões religiosas ou por outro motivo.

O banho de chuveiro pode ser feito com a pessoa sentada em uma cadeira de plástico com apoio lateral colocada sobre tapete antiderrapante, ou em cadeiras próprias para banhos, disponíveis no comércio. (:21)

Quando as pessoas idosas estão completamente acamadas, a necessidade de aparatos técnicos e as explicações científicas sobre os riscos e precauções a serem tomados são ainda maiores. As imagens trazidas pela leitura são bem próximas às descrições de procedimentos de higienização realizados dentro do hospital com um viés medicalizador mais forte. As descrições, como veremos, remetem às concepções de corpo, velhice e dependência de modo mais ampla:

2) Como proceder no banho na cama:

Quando a pessoa não consegue se locomover até o chuveiro o banho pode ser feito na cama. Caso a pessoa seja muito pesada ou sinta dor ao mudar de

posição, é bom que o cuidador seja ajudado por outra pessoa no momento de dar o banho no leito. Isso é importante para proporcionar maior segurança à pessoa cuidada e para evitar danos à saúde do cuidador.

Antes de iniciar o banho na cama prepare todo o material que vai usar: papagaio, comadre, bacia, água morna, sabonete, toalha, escova de dente, lençóis, forro plástico e roupas. É conveniente que o cuidador proteja as mãos com luvas de borracha. Existe no comércio materiais próprios para banhos, no entanto o cuidador pode improvisar materiais que facilitem a higiene na cama.

1. Antes de iniciar o banho cubra o colchão com plástico e coloque a pessoa com a cabeça apoiada nesse travesseiro que deve estar na beirada da cama.
2. Inicie a higiene corporal pela cabeça.
3. Com o pano molhado e pouco sabonete, faça a higiene do rosto, passando o pano no rosto, nas orelhas e no pescoço. Enxágue o pano em água limpa e passe na pele até retirar a espuma, secar bem.
4. Lavagem dos cabelos:
  - Cubra com plástico um travesseiro e coloque a pessoa com a cabeça apoiada nesse travesseiro que deve estar na beira da cama.
  - Ponha, embaixo da cabeça da pessoa, uma bacia ou balde para receber água.
  - Molhe a cabeça da pessoa e passe o xampu.
  - Massageie o couro cabeludo e derrame água aos poucos até que retire toda a espuma.
  - Seque os cabelos.
5. Lave com um pano umedecido e sabonete os braços, não se esquecendo das axilas, as mãos, tórax e barriga. Seque bem, passe desodorante, creme hidratante e cubra o corpo da pessoa com lençol ou toalha. Nas mulheres e pessoas obesas é preciso secar muito bem a região em baixo das mamas, para evitar assaduras e micoses.
6. Faça a mesma higiene das pernas, secando-as e cobrindo-as. Coloque os pés da pessoa numa bacia com água morna e sabonete, lave bem entre os dedos. Seque bem os pés e entre os dedos, passe creme hidratante.
7. Ajude a pessoa a deitar de lado para que se possa fazer a higiene das costas. Seque e massageie as costas com óleo ou creme hidratante para ativar a circulação.
8. Deitar novamente a pessoa com a barriga para cima, colocar a comadre e fazer a higiene das partes íntimas. Na mulher é importante lavar a vagina da frente para trás, assim se evita que a água escorra do ânus para a vulva. No homem é importante descobrir a cabeça do pênis para que possa lavar e secar bem.

A higiene das partes íntimas deve ser feita no banho e também após a pessoa urinar e evacuar, assim se evita umidade, assaduras e feridas (escaras).

**Fique atento:** Se durante a higiene você observar alterações na cor e na temperatura da pele, inchaço, manchas, feridas, principalmente das regiões mais quentes e úmidas e daquelas expostas a fezes e urina, assim como alterações a cor, consistência e cheiro das fezes e urina, comunique esses fatos à equipe de saúde.

É importante usar um pano macio para fazer a higiene e lembrar que as partes do corpo que ficam em contato com o colchão estão mais finas e

sensíveis e qualquer esfregada mais forte pode provocar o rompimento da pele e a formação de feridas (escaras).

O familiar e o profissional cuidador constituem objetos de intervenção das equipes de saúde devendo, em certa medida integrá-la como um braço dos profissionais de saúde no domicílio da pessoa idosa. Para tanto, como é perceptível ao longo do manual, devem ser incorporados os princípios básicos, valores e conhecimentos sobre o funcionamento de corpos envelhecidos advindos da geriatria e da gerontologia, a partir de orientações minuciosas sobre como proceder no cotidiano de uma pessoa idosa. Novas posturas diante da situação de dependência e adoecimento devem ser incorporadas pelos cuidadores sob o argumento de se garantir a qualidade de vida da pessoa idosa. O pano de fundo dos conteúdos demonstra que quanto mais conhecimento sobre os processos de adoecimento na velhice se difunde, menor o risco de complicações que levem à maior dependência e à morte. Nesse sentido, ainda na seção referente à higiene, o Guia orienta sobre a identificação de alterações corporais, como na tirinha “fique atento” apresentada acima, bem como sobre assaduras, cuidados com a boca (doenças da boca, sangramento das gengivas, feridas na boca), etc.

#### *b) Alimentação saudável*

O “Guia Prático do Cuidador” descreve a importância de uma alimentação nutricionalmente adequada e sem contaminação para o bem-estar físico e mental, no equilíbrio emocional, na prevenção e tratamento de doenças. Fala sobre a importância da alimentação seja saborosa, colorida e equilibrada e que respeite as preferências individuais valorizando os alimentos da região e da época, que sejam acessíveis do ponto de vista econômico. Explica que os nutrientes são substâncias químicas que o organismo absorve dos alimentos, fatores indispensáveis para o desenvolvimento do organismo e contextualiza a relação entre calorias ingeridas através dos alimentos e gasto de energia nas atividades diárias. São enumerados dez passos para uma alimentação saudável envolvendo quantidade de refeições por dia, cálculo do IMC (Índice de Massa Corporal), realização de atividade física diária, alimentos e bebidas que devem ser evitados, etc.

Para pessoas que precisam de cuidados e dietas especiais, o manual orienta que estas devem receber orientações específicas e individualizadas de um nutricionista, de acordo com o seu estado de saúde. Algumas orientações gerais são focadas nas situações de maior debilitação da pessoa idosa, tais como:

Nem sempre é fácil alimentar outra pessoa, por isso o cuidador precisa ter muita calma e paciência, estabelecer horários regulares, criar um ambiente tranquilo. São orientações importantes:

- Para receber a alimentação, a pessoa deve estar sentada confortavelmente. Jamais ofereça água ou alimento à pessoa na posição deitada, pois ela pode se engasgar.
- Se a pessoa cuidada consegue se alimentar sozinha, o cuidador deve estimular e ajudá-la no que for preciso: preparar o ambiente, cortar os alimentos, etc. Lembrar que a pessoa precisa de um tempo maior para se alimentar, por isso não se deve apressá-la.
- Quando a pessoa cuidada estiver sem apetite, o cuidador deve oferecer alimentos saudáveis e de sua preferência, incentivando-a a comer. A pessoa com dificuldades para se alimentar aceita melhor alimentos líquidos e pastosos, como: legumes amassados, purês, mingau de aveia ou amido de milho, vitamina de frutas com cereais integrais.  
(...)
- Para manter o funcionamento do intestino é importante que o cuidador ofereça à pessoa alimentos ricos em fibras como as frutas e hortaliças cruas, leguminosas, cereais integrais como arroz integral, farelos, trigo para quibe, canjiquinha, aveia, gérmen de trigo, etc. Substituir o pão branco por pão integral e escolher massas com farinha integral. Substituir metade da farinha branca por integral em preparações assadas. Acrescentar legumes e verduras no recheio de sanduíches e tortas e nas sopas.  
(...)
- Quando há necessidade de substituir o açúcar por adoçantes artificiais, recomenda-se variar os tipos. Os adoçantes à base de ciclamato de sódio e sacarina podem contribuir para o aumento da pressão arterial. Os adoçantes à base de surbitl, manitl e xilitol podem causar desconforto no estômago e diarreia. É importante receber orientação da equipe de saúde, quando for necessário usar adoçantes artificiais.

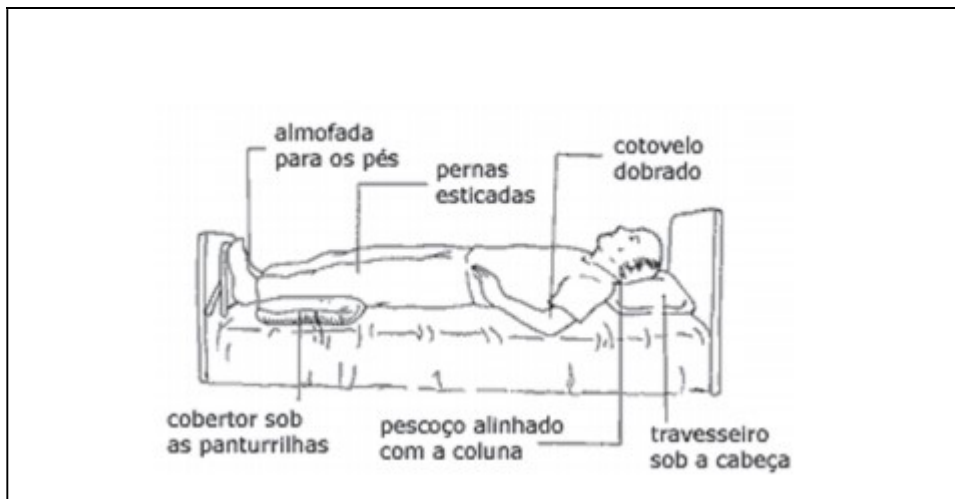
O manual apresenta, ainda, orientação alimentar para evitar sintomas como náuseas e vômitos, dificuldade para engolir, intestino preso (constipação intestinal) e gases, bem como sobre procedimentos relacionados à alimentação por sonda (dieta eteral).

A noção ampliada de saúde, envolvendo dimensões físicas, emocionais e ambientais são evocadas no conceito de alimentação saudável, assim como o respeito à individualidade da pessoa idosa são sempre mencionados. Por mais holista que essa concepção se proponha ser, quanto mais debilitações a pessoa idosa apresenta, mais fragmentada e localizada nos órgãos corporais as recomendações alimentares se direcionarão. Os alimentos voltados ao funcionamento do intestino, as substâncias que desregulam a pressão arterial, a posição que facilitará a deglutição e evitará o engasgo são alguns exemplos. Quanto mais idosa, com doenças crônicas ou debilitações a pessoa tem, mais fragmentada em sua corporalidade ela

fica, sobretudo nas recomendações direcionadas aos controles de sintomas e prevenção de agravos.

*c) Acomodando a pessoa cuidada na cama*

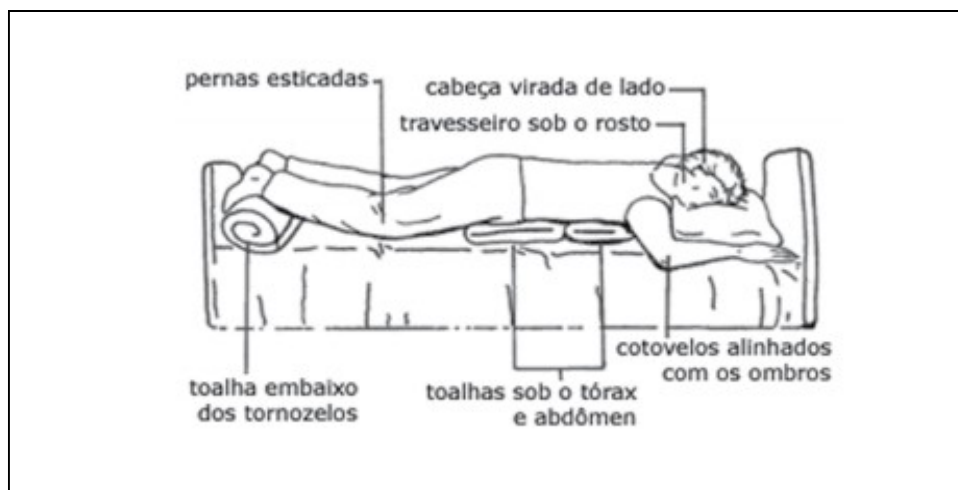
Nesta seção, o guia descreve a forma correta de posicionar a pessoa idosa acamada de diferentes maneiras. Cada membro do corpo deve estar corretamente alinhado conforme as orientações. As posições sugeridas têm o objetivo de evitar dores na coluna e dificuldades respiratórias que podem diminuir a qualidade do sono. Seguem alguns exemplos:



Deitada de costas



Deitada de lado



Deitada de bruços

#### d) *Prevenção de agravos*

Este tema não é apresentado em uma seção específica do manual, mas foi adotado por mim como uma estratégia didática para apresentar uma série de orientações apresentadas no documento para fins de gestão de situações de risco, evitando complicações e a morte concebida como “evitável” e minimizando o comprometimento da “qualidade de vida” das pessoas idosas, sobretudo aquelas em situação de dependência. Desse modo, são distribuídas ao longo do guia uma série de orientações para gestão de situações de risco, evitando complicações do quadro de saúde e a morte “evitável”. Desse modo, ao longo do manual são apresentadas formas de evitar assaduras e escaras, recomendações de adaptações ambientais, vestuário adequado, cuidados com ostomia<sup>16</sup>, demência, medicações, situações de emergência em domicílio, funcionamento de sonda urinária de diferentes tipos, cuidados com a medicação, etc.

Em especial, no que concerne à seção referente à demência, são apresentadas informações gerais sobre as doenças assim denominadas e seus principais sintomas, tais como falha de memória, desorientação, dificuldade de compreender o que as pessoas dizem, alucinações, dificuldades de fala e esquecimento do nome das coisas e de fatos recentes. O foco da seção é explicar o que significa a doença e a necessidade de fechamento diagnóstico com o apoio médico diante do reconhecimento dos sintomas.

<sup>16</sup>) Segundo o manual, ostomia é uma abertura cirúrgica realizada na parede de um órgão para ligá-lo ao meio externo. Pode ser realizada, por exemplo, no estômago, bexiga e intestino para fins de eliminação de fezes e urina ou para alimentação.

Recomenda-se que pessoas idosas com limitações físicas ou que estejam confusas, desorientadas no tempo ou no lugar não podem ser deixadas sozinhas, pois podem se envolver em acidentes, dentro ou fora de casa. Assim, o manual propõe que os cuidadores formais ou familiares devem organizar o ambiente da casa de forma a prevenir acidentes, adotando condutas como:

- Objetos pontiagudos, cortantes, quebráveis, pesados ou aqueles muito pequenos devem ser removidos do ambiente ou guardados em local seguro.
- A pessoa cuidada não deve executar sozinha atividades na cozinha, pois esse é o local da casa onde mais ocorrem acidentes.
- Os produtos de limpeza devem ser mantidos em armários fechados.
- O piso da casa deve ser, preferencialmente, antiderrapante e não deve ser encerado.
- No armário do banheiro devem ser guardados pequenos objetos de higiene de uso diário, como pente, escova de dente e sabonete.
- A cama deve estar encostada na parede e se possível ter uma proteção lateral
- Mantenha no mesmo lugar os objetos de uso freqüente, assim é mais fácil encontrá-los quando precisar.

*e) Reconhecendo o fim e como proceder em caso de óbito*

Estas seções do guia induzem o aprendizado de novas posturas e comportamentos de gestão das emoções frente às situações “fora de possibilidades terapêuticas”, ou seja, de morte iminente:

Diante da possibilidade de morte de alguém querido a família ou o cuidador passa pelo sentimento de incapacidade e isso gera sentimentos contraditórios, tais como raiva, culpa, alívio, etc.

(...)

Esses são sentimentos comuns e normais nessas situações, dificilmente são reconhecidos ou aceitos. É preciso que o cuidador e os familiares reconheçam os seus limites e entendam que mesmo que estejam fazendo tudo o que é necessário para o bem-estar da pessoa, pode ser que ela não recupere a saúde.

(...)

Esse momento de sofrimento pela perda de alguém é melhor suportado quando se tem com quem compartilhar.

A forma como os cuidadores lidam com a morte também recebe orientações com vistas a evitar adoecimentos e sofrimento mental. Desse modo, não apenas a morte passa a ser objeto de novas formas de representação, como são preconizados comportamentos adequados aos envolvidos.



Por fim, são registradas informações sobre como proceder diante de situações de óbito para a realização dos registros institucionais pertinentes, tais como a solicitação da declaração de óbito emitida por médico de um serviço de saúde (seja o caso de óbito em residência ou em hospital) e certidão de óbito emitida pelo cartório.

## **2.2 O cuidado como governo e a normalização da velhice.**

Três pontos do manual serão destacados nesta seção: 1) o fato dos manuais serem um espaço privilegiado para análise de práticas corporais e afecções “naturalizadas” em nosso cotidiano, mas que fazem parte de um código social produzido historicamente; 2) a desorganização simbólica provocada pela dependência em uma sociedade que tem o indivíduo como valor e que se esforça para prolongar um estilo de vida autônomo e independente e, de forma mais detida, 3) a maneira como as técnicas de cuidado operam como formas de governo e de governamentalização das práticas de modulação da vida na velhice.

As descrições apresentadas no manual detalham práticas corriqueiras e cotidianas carregadas de simbologias. Seria natural a necessidade de higienização corporal três vezes por semana e a intimidade da nudez, ao ponto do olhar para o corpo nu produzir constrangimento? A investigação conduzida por essas perguntas levarão a reflexões sobre a constituição da própria noção de corpo e pessoa modernos, tal qual os estudos antropológicos e sociológicos do corpo nos apontam (Elias, 1997; Le Breton, 2002,2010; Douglas, 1996 ; Foucault, 1994,1998; Hertz, 1980; Mauss, 2003; Lennhardt, 1997). Ainda nesta seara, outro ponto relevante é a preocupação com as atividades que a pessoa idosa consegue realizar sozinha, e neste sentido, a manutenção da independência e da autonomia como valores centrais. Em certa medida, a pessoa idosa em situação de dependência é concebida nas sociedades modernas sob a idéia da falta, em contraposição às noções auto-suficientes do indivíduo independente.

Ao romper com a independência e com a autonomia, as debilitações mais recorrentes no envelhecimento dependente colocam em cheque os valores que constituem as sociedades modernas e individualistas (Dumont, 1985). Em contraposição, há uma forte propagação da ideia de que as pessoas idosas podem e devem receber apoio para continuarem autônomas e independentes e, conseqüentemente, a desvalorização das pessoas idosas que não alcançam o ideal produtivista da juventude. Kittay (2005), assim como outras autoras do campo de estudos filosóficos do cuidado contrapõem esses valores e chamam atenção para a

centralidade da dependência nas relações humanas. Neste sentido, a filósofa feminista destaca o fato de que o cuidado e a interdependência são princípios que estruturam a vida social, ao contrário do que indica a lógica moral das sociedades individualistas. Para ela, todos estamos ou estaremos em situação de maior ou menor dependência para realização de atividades cotidianas em algum momento da vida. Embora importantes, essas reflexões transcendem o foco do presente trabalho e poderão ser desenvolvidas em desdobramentos futuros.

A respeito do terceiro ponto anunciado acima, a atuação das técnicas de cuidado como práticas de governo, vale caracterizar o contexto das sociedades normalizadoras e sua relação com a velhice. A partir desse preâmbulo pretendemos compreender melhor a expansão e a força que vem ganhando uma certa noção de cuidado “adequado”, pautado na necessidade de alcançar o envelhecimento com qualidade de vida, sobretudo com independência e autonomia.

Segundo Foucault (1998), a sociedade moderna e normalizadora é uma sociedade na qual se cruzam a norma da disciplina dos indivíduos e a norma da regulação da população, ou seja: a disciplina e o biopoder. Nas sociedades modernas, enfatiza Foucault, foi a vida, muito mais do que o direito, que se tornou objeto das lutas políticas, ainda que estas últimas se formulem através da linguagem do direito. Nestas organizações sociais, se proliferam tecnologias políticas que irão investir sobre o corpo, a saúde, as maneiras de se alimentar e de morar, as condições de vida, todo o espaço da existência.

O “Guia Prático do Cuidador”, como vimos acima, apresenta sugestões de rotina, sobre quantas vezes deve-se lavar os cabelos da pessoa idosa durante a semana, o olhar inspecionador de quem cuida para identificar doenças capilares e a sugestão do uso de cabelos curtos para facilitar a higiene lembram as modulações corporais constituídas em instituições disciplinares como os hospitais, prisões, manicômios e asilos. No entanto, o exercício deste poder controlador dos ritmos da vida não se propõe mais entre as paredes de uma instituição total (Goffman, 1974; Foucault, 1961,1998), ele encontra-se difundido entre as práticas individuais e na constituição de subjetividades. Em última instância, as recomendações sobre como proceder no banho são baseadas nas condutas de autocuidado que os indivíduos idosos livres “devem” praticar por si mesmos, sem coerções externas. No caso de situações de dependência, em específico, essas condutas de gestão da vida em seus processos mais íntimos são delegadas à figura do cuidador. Esses são pressupostos ideológicos colocados no manual analisado e nos principais documentos internacionais escritos sobre o tema.

Estas orientações se referem à idéia de um bom governo de si e do outro, incorporando conhecimentos legitimados no campo do envelhecimento para a gestão do corpo, da saúde e

dos afetos. Trata-se, em última instância, de uma racionalidade normativa fundamentada em preceitos de normalidade e patologia nos processos de envelhecimento, cuja legitimação se encontra nas disciplinas geriatria e gerontologia.

Para compreender a concepção de normalidade nos processos de envelhecimento, vale relembrar uma discussão apresentada no capítulo 1 desta monografia sobre a emergência do conceito de senescência como precursora das disciplinas especializadas na velhice. O discurso da senescência se constituiu como uma nova organização de idéias e práticas associadas que capturaram o corpo envelhecido como campo simbólico e em processo de degeneração tecidual e tem sido atribuído aos desenvolvimentos médicos no final do século XVIII e início do século XIX e à escola de medicina de Paris. Pesquisadores como Xavier Bichat e François-Joseph-Victor Broussais estabeleceram uma relação vinculativa entre envelhecimento e patologia, conforme Katz (1996) nos narra:

À medida que a assiduidade microscópica do olhar médico realçava tecnicamente o discurso da senescência, a lógica binária do normal e do patológico a legitimava conceitualmente. Séculos anteriores haviam separado a saúde da doença e a vida da morte. A medicina no século XIX abandonou essas distinções e as relacionou com um único espectro de quadros de percepções de patologia e normalidade. Georges Canguilhem, um dos mentores de Foucault, argumenta ainda que quando a medicina reorganizou a percepção do corpo de acordo com a medida das diferenças fisiológicas, produziu valores normais e patológicos como valores correlacionados e mutuamente definidores. (Katz, 1996:43 – tradução minha)

Como bem sabemos, os conceitos de normas, normalidade e patologia migraram da medicina para se tornarem padrões morais e estatísticos pelos quais as relações sociais em geral seriam governadas. Se os conceitos científicos expressam e constituem a organização social, vemos que uma organização social que estigmatiza a velhice dependente construirá esse estado como patológico ou anormal, o que nada mais é do que a forma da norma - da ordem vigente. Neste sentido, aquilo que sai da norma precisa ser combatido e governado, especificamente em seu estado de anormalidade, ou seja, a patologia e a dependência.

Os cuidadores de idosos são formados pelo “Guia Prático do Cuidador” para identificar e combater os estados patológicos do envelhecimento e, em última instância, retardar ao máximo as situações de maior dependência. Nesse sentido, o cuidado de idosos se coloca como uma técnica de governo que estrutura o campo de ação cotidiana dos idosos e de seus cuidadores.

Desse modo, as orientações presentes no “Guia Prático do Cuidador” em análise neste capítulo, compõem um conjunto constituído pelas instituições, procedimentos técnicos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem a indução de condutas, sejam elas entre sujeitos (do cuidador para com o idoso) ou na relação do sujeito consigo mesmo (o autocuidado dos idosos ou dos cuidadores). Para tanto, é imprescindível a produção de subjetividades específicas, a dos “cuidadores de idosos”, legitimados pela formação em noções de geriatria e gerontologia preconizadas para o cuidado tido como “adequado”, assim como a subjetividade dos idosos dependentes, um conceito também definido por técnicas específicas que calculam sua capacidade de realização das atividades cotidianas.

A produção da subjetividade do “cuidador de idosos” legitimada pela racionalidade de governo que conduz o trabalho do cuidador a partir das noções de normalidade e patologia produzidas nos espaços disciplinares da geriatria e da gerontologia, no entanto, encontra resistências em um campo em disputa. Como veremos no próximo capítulo, no debate legislativo sobre a regulamentação da profissão os significados produzidos sobre o cuidado de idosos e as subjetividades das pessoas que exercem esse tipo de atividade são diversos e produzem diferentes formas de resistência.

### **CAPÍTULO 3**

#### **Projeto de Lei nº 4702/2011 - A regulamentação da profissão dos cuidadores de idosos em debate.**

“Profissão de cuidador de idosos é uma das que podem ter maior demanda<sup>17</sup>”. Essa é a chamada para reportagem publicada no jornal Folha de São Paulo de 24/01/2012 em caderno dedicado às expectativas para os próximos 50 anos no Brasil e no mundo. A notícia chama atenção para a transição demográfica em curso na população brasileira, caracterizada pelo aumento da proporção de idosos, bem como pela prevalência de doenças crônicas entre os indivíduos deste grupo populacional que podem vir a precisar de serviços formais de cuidado.

A reportagem informa ainda que a regulamentação da profissão é tema de um projeto de lei em tramitação no Congresso Nacional que vem levantando debates acalorados. Trata-se

---

<sup>17</sup> <http://www1.folha.uol.com.br/treinamento/mais50/ult10384u1017427.shtml> - Acesso em 08.08.2014.

do PL nº 4702/2011, de autoria do senador Waldemir Moka (PMDB/MS). O tema da regulamentação da profissão, no entanto, não surge com este projeto em específico. Desde a publicação do Programa Nacional de Cuidadores de Idosos em 1999 (Portaria Interministerial MS/MPAS nº 5153) e do reconhecimento dos cuidadores pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO, código 5162-10) em 2000, a regulamentação da profissão está sendo engendrada.

Também não se trata do único projeto de lei em tramitação no Congresso Nacional sobre o tema. Antes da proposição nº 4702/2012, o deputado Inocêncio Oliveira (PL/PE) já havia apresentado um PL de regulamentação da profissão de cuidador de pessoas<sup>18</sup>. Em 2008, após o lançamento do Programa Nacional de Formação de Cuidadores operacionalizado pelas Escolas Técnicas do SUS, o Deputado Antônio Leite (PSDB/RJ) apresentou outro projeto de lei<sup>19</sup>, seguido, em 2011, por PL do Deputado Paulo Foletto (PSB/ES)<sup>20</sup>, ambos propondo a regulamentação da profissão de cuidadores. Recentemente, em 2015, mais um projeto foi apresentado pelo Dep. Marcelo Belinati (PP/PR)<sup>21</sup> com a proposta de instituir uma Política Nacional de Incentivo à Profissão de Cuidador de Idosos.

Apesar de existir mais de uma década de discussões sobre a regulamentação da profissão de cuidador, apenas recentemente, durante a tramitação do PL nº 4702/2012, o debate ganhou maior projeção. O projeto foi apresentado em 2011 no Senado Federal e atualmente aguarda a criação de Comissão Especial pela mesa diretora da Câmara dos Deputados para a análise da matéria. Nele, são estabelecidas definições conceituais, competências e diretrizes que vêm levantando questões polêmicas e disputas em torno do sentido de cuidado a ser legitimado na letra da lei.

Diante deste cenário, o presente capítulo propõe apresentar a tramitação do PL nº 4702/2012 no Congresso Nacional, utilizando como estratégia metodológica a etnografia de documentos e dos áudios das reuniões e audiências públicas realizadas sobre projeto de lei. Serão apresentadas as disputas em torno da noção legítima de “cuidado”, definição de escolaridade e formação mínima para o exercício da profissão, bem como sobre o papel das políticas públicas no atendimento às demandas da população idosa brasileira por serviços de cuidado. Assim, as discussões apresentadas no capítulo 1 e 2, sobre as noções de velhice e de

---

<sup>18</sup> Projeto de Lei nº 6.966/2006

<sup>19</sup> Projeto de Lei nº 2880/2008, apensado ao PL nº 6.966/2006

<sup>20</sup> PL nº 2178/2012, apensado ao PL nº 4702/2012.

<sup>21</sup> PL nº 4.114/2015, apensado ao PL nº 4702/2012.

cuidado nos documentos públicos brasileiros darão subsídio à compreensão das controvérsias em torno das noções de cuidado produzidas no debate legislativo em análise.

### **3.1 O projeto inicial**

De acordo com a narrativa apresentada pelo autor do projeto em audiência pública realizada no Senado, a construção do texto do PL nº 4702/2011 surgiu do diálogo do senador Valdemor Moka com os assistentes sociais da Secretária Estadual de Assistência Social do Mato Grosso do Sul, estado de origem do parlamentar. Na justificativa da proposta, são apresentadas projeções de aumento do número de idosos no Brasil nas próximas décadas e, com isso, o crescimento da demanda por serviços formais de cuidado. O texto da justificativa também cita a iniciativa do poder executivo - através do Programa Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos - como ação precursora do PL, na medida que possibilita a qualificação do cuidado ofertado aos idosos no país. Tânia Garib, Secretária de Assistência Social do Mato Grosso do Sul, uma das interlocutoras do Senador Moka durante a construção do texto em debate, defendeu em audiência a necessidade de uniformização da formação dos cuidadores em todo o país como um dos principais objetivos do Projeto de Lei:

E já há essas profissões estabelecidas em nosso código de ocupação, o cuidador de idoso no grupo 5162. Quer dizer, estaremos regulamentando o que está no código de profissões que é adotado e para o qual muita gente já faz qualificação. Com essa regulamentação, o que se vai permitir? E esse é o grande mérito dessa proposta. É que haja uma unificação, e não que cada um faça de um jeito, de uma forma, certifique num estado de uma forma e, em outro estado, de outra. Nós temos que ter um princípio único. A partir daí, quanto mais, melhor, mas nós temos que ter esse princípio único, por isso a importância dessa regulamentação. (Tânia Garib - audiência pública realizada na Comissão de Assuntos Sociais do Senado em 20/10/2011).

Sob o argumento da preocupação de garantir o controle sobre a qualidade do cuidado ofertado às pessoas idosas em situação de dependência no Brasil, o Senador Waldemir Moka apresentou o PL, um texto inicialmente curto, composto por quatro artigos, estendidos no substitutivo atualmente em vigência para sete. O cuidador de idosos é definido como “o profissional que, no âmbito domiciliar do idoso ou de Instituição de Longa Permanência para

Idosos<sup>22</sup> (ILPIs), desempenha funções de acompanhamento de idosos. Em seguida, a proposta de regulamentação exemplifica as funções:

- a) prestação de apoio emocional e na convivência social do idoso;
- b) auxílio e acompanhamento na realização de rotinas de higiene pessoal e ambiental e de nutrição;
- c) cuidados de saúde preventivos, administração de medicamentos de rotina e outros procedimentos de saúde;
- d) auxílio e acompanhamento no deslocamento de idoso.

Como podemos perceber, a apresentação da atividade de cuidar de pessoas idosas envolve de forma ampla o apoio que pode ser ofertado para a realização de grande parte das atividades cotidianas do idoso em ambientes diversos, mas, na maioria dos casos, domiciliares. Em última instância, essa proposição também define no campo do possível a existência cotidiana dos indivíduos idosos. Há a intenção de prever tudo o que compõe as necessidades e a vida cotidiana das pessoas que precisarão do apoio de um profissional cuidador, desde a dimensão emocional à higiene, administração de medicamentos, atividades culturais, de lazer, etc. Além disso, busca-se controlar o que o cuidador ou a pessoa idosa devem e podem ou não fazer.

O texto do PL define que para o exercício da atividade remunerada de cuidado é preciso ser maior de 18 anos, ter concluído o ensino fundamental e completado, com aproveitamento, o curso de cuidador de pessoa conferido por instituição de ensino reconhecida pelo Ministério da Educação. Segundo o projeto inicial, serão dispensadas da exigência de conclusão de curso de cuidador, a pessoa que, à época de entrada em vigor da Lei, venham exercendo a função há, pelo menos, dois anos.

### **3.2 No Senado**

Ao ser apresentado no Senado Federal, o PL foi distribuído para a apreciação da Comissão de Assuntos Sociais (CAS) em caráter conclusivo. A relatora designada pela CAS foi a senadora Marta Suplicy (PT/SP). Durante a tramitação de um Projeto de Lei no senado as comissões responsáveis pela análise do projeto definem um parlamentar para relatar o caso.

---

<sup>22</sup> O texto inicial do PL também define Instituição de longa permanência para idosos como a instituição destinada à residência coletiva de pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, com ou sem suporte familiar.

O relatório pode ser favorável ou contrário ao projeto, ou mesmo apresentar um substitutivo. Posteriormente o relatório é colocado em votação no pleno da comissão.

A votação da comissão pode ter caráter conclusivo ou ainda ser submetida ao pleno da casa. O fato é que cada proposição, salvo emenda, apresentada no Senado Federal tem seu curso próprio. Inicialmente ela é recebida pela mesa diretora do Senado e, a depender do caso, pode receber decisão da própria mesa diretora, do presidente da casa, de uma comissão, ou do plenário. O PL de profissionalização dos cuidadores se enquadra no terceiro caso e foi votado apenas no pleno da Comissão de Assuntos Sociais do Senado.

Para subsidiar a relatoria do projeto, a matéria foi colocada em consulta pública entre dezembro de 2011 e março de 2012. De acordo com a apresentação da relatora do projeto na Comissão de Assuntos Sociais do Senado sobre a consulta pública foram inseridas no site do senado federal 159 manifestação. Algumas contribuições propuseram a inclusão dos cuidadores de idosos nas Equipes de Saúde da Família e outras divergiram sobre a escolaridade mínima do cuidador, bem como sobre a necessidade de reconhecimento das entidades que ofertam os cursos de formação pelo MEC. Foi postulada, ainda, a necessidade de definir procedimentos que o cuidador não pode realizar, entrando em conflito com as competências de profissões da saúde já regulamentadas, como a medicina e a enfermagem. Outras contribuições giraram em torno das especificidades dos turnos de trabalho dos cuidadores, sobretudo no caso de quem trabalha no período noturno

Com base no material da consulta pública e de audiência realizada no senado e em diligências realizadas em seu estado, ainda em 2011, Marta Suplicy apresentou relatório favorável ao projeto na forma do substitutivo por ela apresentado. O relatório reconheceu a importância da profissão e de sua regulamentação considerando o contexto de acelerado envelhecimento da população brasileira, destacando o fato de que as pessoas exercendo o ofício de cuidado formal constituem uma realidade reconhecida pelo Código Brasileiro de Ocupações (CBO). A análise da senadora ainda menciona o fato de que a CBO, como um ato administrativo, não confere ao cuidador a cobertura legal necessária, assim como não dá ao idoso a segurança de uma boa prestação do serviço, enfatizando a necessidade de preenchimento desta “lacuna”. De acordo com o parecer da relatora:

Nosso maior desafio foi enfrentar essa grande diversidade e complexidade da profissão de cuidador de idoso sem renunciar a alguns princípios que nos são caros. Inicialmente, a lei que regulamenta a profissão é tanto para o cuidador quanto para o idoso. Buscamos conferir a segurança jurídica ao profissional, mas com as salvaguardas necessárias ao idoso. O cuidador deve



ter ciência de que os atos de imperícia, negligência e imprudência contra o idoso serão vigorosamente punidos. Por isso, ele deve sempre refletir se está capacitado para o exercício de certas funções e buscar a qualificação necessária para tanto (Relatório da Senadora Marta Suplicy).

O substitutivo apresentado na Comissão de Assuntos Sociais do Senado acrescentou 4 (quatro) artigos à proposta inicial e foi marcado pela forte influência de especialistas em gerontologia nas alterações do texto da lei. A primeira alteração, por exemplo, foi a substituição da palavra “idoso” por “pessoa idosa”, justificado por ser essa segunda expressão utilizada pelas entidades vinculadas ao exercício desta profissão.

Na definição do cuidador de pessoa idosa, acrescentou-se a palavra “exclusivamente”, segundo o parecer, para evitar desvios de função (como tarefas domésticas não relacionadas ao idoso), acrescentando ainda *o auxílio em atividades de educação, recreação, cultura e lazer*:

Art. 2º O cuidador de pessoa idosa é o profissional que desempenha funções de acompanhamento e assistência *exclusivamente* à pessoa idosa (...)

Outro ponto do substitutivo aprovado no senado foi o reconhecimento da atuação de cuidadores de pessoas idosas em outros ambientes, além do domicílio familiar e das Instituições de Longa Permanência para Idosos. São exemplos: hospitais, centros de saúde, eventos culturais e sociais, entre outros. Foram pautados temas como: a defesa dos direitos humanos, princípios éticos, respeito e solidariedade entre as competências dos cuidadores. Quanto à administração de medicamentos, eles foram condicionados às orientações e acompanhamento de profissionais de saúde habilitados e responsáveis pela prescrição:

§4º do Art. 2º. A administração de medicamentos e outros procedimentos de saúde mencionados no inciso III deste artigo deverão ser autorizados e orientados por profissional de saúde habilitado responsável por sua prescrição.

Em relação ao substitutivo, também se destaca a ênfase dada à conclusão de curso de formação como pré-requisitos para o exercício da profissão. Se na proposta inicial, aqueles que atuam em ofícios de cuidado de idosos a pelo menos dois anos ficam dispensados da necessidade de realizar curso de formação, na proposta deste substitutivo eles poderão ser dispensados, desde que nos 5 (cinco) anos seguintes cumpram essa exigência ou concluam, com aproveitamento, o programa de certificação de saberes reconhecido pelo Ministério da Educação. Além disso, o substitutivo dispõe que caberá ao órgão público estadual ou

municipal competente regulamentar no prazo de 1(um) ano a partir da vigência da lei, carga horária e conteúdos mínimos a serem cumpridos pelo curso de formação de cuidadores de pessoa idosa. Fica definido, ainda, que caberá ao poder público incentivar a formação do cuidador de pessoa idosa por meio de redes de ensino técnico-profissionalizante e superior.

O projeto substitutivo ainda prevê a prestação de assistência à pessoa idosa, em especial de baixa renda, por meio de profissional qualificado, seja cuidador de pessoa idosa ou não. Em caso de oferta de assistência através de cuidador, este deverá atuar em parceria com as equipes públicas de saúde, sendo acolhido e orientado por seus profissionais. Por fim, o artigo 7º acresce em 1/3 (um terço) as penas para os crimes previstos na Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso), quando cometidos por cuidador de pessoa idosa no exercício de sua profissão.

Feita a apreciação, de caráter conclusivo, da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, o substitutivo apresentado pela relatora foi aprovado e encaminhado para apreciação da Câmara dos Deputados.

### **3.3 Na Câmara**

Na Câmara Federal, o substitutivo apresentado pela Senadora Marata Suplicy foi direcionado, conforme regimento interno da casa, para a apreciação conclusiva de três comissões: Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP) e Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC). Inicialmente, o projeto foi direcionado à apreciação pela Comissão de Seguridade Social e Família, sob a relatoria da Deputada Benedita da Silva.

#### *Na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)*

Na CSSF foram realizadas duas audiências públicas para debater o PL nº 4702/2012. A primeira ocorreu em 08 de outubro de 2013 e a segunda em 03 de novembro de 2015. Diante do posicionamento do Ministério da Saúde inicialmente contrário à aprovação do PL, bem como da forte resistência enfrentada junto às entidades de classe da enfermagem, a deputada buscou realizar audiências públicas em diferentes espaços. Desse modo, Benedita da Silva foi ao Conselho Nacional dos Direitos do Idoso para discutir o PL, bem como participou

de audiência no Rio de Janeiro promovida pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), com a presença de Associações de Cuidadores, professores e outros atores.

O impasse mais significativo para a aprovação do projeto vinha sendo apresentado localmente pelos Conselhos Regionais de Enfermagem diante de projetos estaduais e municipais de regulamentação de cuidadores ou de sua incorporação nos serviços públicos, bem como nas instituições estatais federais. O Ministério da Saúde, como veremos no relato da primeira audiência realizada pela CSSF, vivia uma contradição interna sobre o posicionamento do órgão em relação à regulamentação da profissão de cuidadores de pessoas idosas. Enquanto a Secretaria de Atenção à Saúde, representada pela Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa, fortemente influenciada pelas entidades vinculadas aos saberes gerontológicos (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e Associação Brasileira de Gerontologia) se posicionava a favor do projeto, a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, cujos funcionários e dirigentes são ligados aos Conselhos de Enfermagem, manifestavam posição contrária à aprovação do projeto de lei.

A Deputada Benedita defendeu um relatório favorável ao PL na forma do substitutivo por ela apresentado. Ela justificou que após debater com setores da “sociedade civil”, mediante audiências públicas realizadas na Câmara dos Deputados e no Rio de Janeiro (estado da relatora), foi construído “o conceito de cuidador social”. O relatório define cuidador social como:

o profissional que desempenha funções de acompanhamento e assistência onde são necessários cuidados, realizados por ações destinadas a promover o bem estar, a saúde, a segurança, a autonomia e a independência das pessoas, consideradas as condições, limitações e necessidades pessoais, familiares, culturais, econômicas, sociais e comunitárias; respeitando a individualidade e a dignidade humana (Parecer da relatora do projeto na CSSF, Dep. Benedita da Silva, apresentado em 10/12/2015).

Destaca-se que o “cuidador social” permitirá ao Brasil enfrentar as demandas decorrentes da inversão da pirâmide demográfica do país, que ocorrerá, segundo consta no documento, nos próximos 30 anos. Por outro lado, argumenta-se que não reservar esse profissional exclusivamente ao público idoso permitirá que o cuidador também atenda um público mais abrangente. São exemplos de públicos que também seriam contemplados pelo “cuidador social”: pessoas acamadas, pessoas com deficiência, doentes temporariamente incapacitados, entre outros.

A Deputada Benedita incluiu ainda artigo que veta o empregador de pessoa física exigir do cuidador a realização de outros serviços além daqueles voltados à necessidade do

cuidado, em especial serviços domésticos de natureza geral. Quanto aos pré-requisitos para o exercício da profissão, foram mantidos os pré-requisitos anteriores, quais sejam: ser maior de 18 (dezoito) anos, com ensino fundamental completo, que tenha concluído, com aproveitamento, curso de formação de cuidador social, de natureza presencial, conferido por instituição de ensino reconhecida por órgão público federal, estadual ou municipal. Um dos acréscimos deste substitutivo foi a previsão de que o “Poder Público” incentive a formação do cuidador social por meio das redes de ensino técnico-profissionalizante e superior.

O substitutivo previu ainda que o “Poder Público” ofereça “cuidadores sociais” para a assistência de pessoas de baixa renda que necessitem de cuidados. Para tanto, o “cuidador social” atuará junto às equipes públicas, sendo acolhido e orientado por seus profissionais. Não foi definido que equipes são essas, se elas são, por exemplo, do SUAS (Sistema Único de Assistência Social) ou do SUS (Sistema Único de Saúde). Por fim, ficaram mantidas as mesmas legislações trabalhistas aprovadas no substitutivo anterior<sup>23</sup>.

#### *A criação da Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa e a devolução da matéria à mesa diretora da Câmara*

Em 2016 foi criada a Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa – CIDOSO. Composta por 22 membros e igual número de suplentes, a comissão tem caráter permanente e tem a proposta de atuar como órgão técnico da Câmara dos Deputados para contribuir com a formulação de políticas públicas para a população idosa. O pedido de criação desta comissão foi apresentado pela Deputada Leandre Dal Ponte (PV/PR).

Outro espaço de articulação de debates em torno dos projetos de lei relacionados à população idosa é a Frente Parlamentar Mista do Envelhecimento Ativo. Os membros desta frente também foram responsáveis pela articulação necessária à aprovação da criação da Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa. Parte das parlamentares (em sua maioria, mulheres) que estão envolvidas com esta temática têm atuado no campo do envelhecimento, considerando as projeções de crescimento desta parcela da população nos próximos anos. A frente é presidida pela Deputada Flávia Moraes (PDT/GO).

Após a criação da Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, foi apresentado requerimento à mesa diretora da Câmara dos Deputados para que o PL nº 4702/2012 também

---

<sup>23</sup> A relação trabalhista será regida pela Lei Complementar nº 150, de 1º de junho de 2015, quando contratado por pessoa física para prestar serviços de natureza contínua, subordinada, onerosa e pessoal e de finalidade não lucrativa à pessoa ou à família, no âmbito residencial; Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452 de 1º de Maio de 1943, quando contratado para prestar serviços a empregador definido no art. 2º da referida lei.

fosse distribuído para a apreciação desta comissão. Conforme regimento interno da Câmara, como a distribuição da matéria excedeu o número de três comissões de mérito, ficou definida a criação de uma comissão especial para apreciação do projeto. Desse modo, o substitutivo apresentado na relatoria da Deputada Benedita da Silva não pôde ser votado na CSSF, sendo encaminhado, junto a todo material produzido na comissão para a mesa diretora da casa. No momento, a tramitação do projeto está aguardando a criação da comissão especial para ter continuidade.

### **3.4 As Audiências**

Até o momento, como já mencionado, foram realizadas três audiências públicas para debater o conteúdo do PL nº 4702/2011. A primeira, quando o PL ainda tinha outra numeração,<sup>24</sup> ocorreu em 2011<sup>25</sup> no Senado Federal, durante a tramitação da matéria na Comissão de Assuntos Sociais. As outras duas ocorreram na Câmara, na Comissão de Seguridade Social e Família, a primeira em 2013<sup>26</sup> a segunda em 2015<sup>27</sup>.

Em geral, os convidados para esses debates também protagonizaram as discussões que já vinham ocorrendo em outros espaços sobre o tema. São eles: os profissionais do campo da geriatria e da gerontologia, a maioria deles membros da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), os representantes de Associações de Cuidadores, profissionais ligados aos Conselhos e Associações de Enfermagem e os agentes estatais, que, por ventura, também podem ser filiados a estes outros setores. Vejamos um pouco do cenário das audiências.

#### *Audiência I – A audiência do Senado*

Sob o argumento de instruir a apreciação da matéria, durante a 41ª reunião (extraordinária) da Comissão de Assuntos Sociais no Senado, em 20 de novembro de 2011, foi realizada Audiência Pública, atendendo a requerimento da senadora Marta Suplicy,

---

<sup>24</sup> PL nº 284/2011 do Senado Federal.

<sup>25</sup> Audiência Pública realizada na Comissão de Assuntos Sociais do Senado em 20 de outubro de 2011.

<sup>26</sup> Audiência Pública realizada na Comissão de Seguridade Social e Família em 8 outubro de 2013.

<sup>27</sup> Audiência Pública realizada na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara em 3 de novembro de 2015.

relatora do projeto, e do senador Waldemir Moka, autor do PL. Foram convidados para participar do evento<sup>28</sup>:

- Tânia Mara Garib (Secretária de Estado de Trabalho e Assistência Social do Mato Grosso do Sul);
- Karla Giacomini (Presidente do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI);
- Rosimeire Rodrigues (Representante da Secretaria Executiva da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República – SDH/PR);
- Ana Paula Da Silva (Diretora do Departamento de Qualificação do Ministério do Trabalho e Emprego);
- Luíza Fernandes Machado (Coordenadora da Área Técnica de Saúde do Idoso do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – DAPES/SAS/MS);
- Jorge Roberto Afonso de Souza Silva (Presidente da Associação dos Cuidadores de Idoso de Minas Gerais – ACIMG);
- Marília Berzins (Diretora do Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento – OLHE, Representante da Presidente da OLHE, Senhora Ingrid Mazeto).

Parte destes convidados, participam de cursos de formação de cuidadores e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, a exemplo de Carla Giacomini - geriatra pesquisadora da Fiocruz-UFMG e, à época, presidente do CNDI - e de Marília Berzins – Assistente Social e Gerontóloga da ONG OLHE, entidade que oferta cursos de formação de cuidadores de idosos. Tânia Garib, conforme relatado acima, foi uma das interlocutoras do autor do PL, na função de Secretária de Assistência Social do estado de origem do senador Waldemir Moka (autor do PL). As representantes ministeriais convidadas compõem as agendas da gestão federal para os temas da saúde da pessoa idosa e da qualificação do trabalho. Jorge Roberto Silva é presidente de uma das primeiras associações de cuidadores de idosos do país, a ACIMG, entidade que também oferta serviços para a prefeitura de Belo Horizonte.

#### *Audiência 2 – A primeira audiência na Câmara*

A reunião foi convocada em atendimento a requerimento da deputada Benedita da Silva, relatora do projeto na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara, e de outros

---

<sup>28</sup> Foi justificada a ausência de uma das convidadas: Ana Amélia Camarano, Técnica de Planejamento do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA/RJ.

deputados da mesma comissão. Foram convidados para o encontro realizado no dia 8 de outubro de 2013:

- Neusa Pivatto Müller (Coordenadora-Geral dos Direitos do Idoso da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República);
- Mário Jorge dos Santos Filho (Diretor Social e de Assuntos Legislativos da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS);
- Jorge Roberto Afonso de Souza Silva (Presidente da Associação dos Cuidadores de Idosos de Minas Gerais). Jorge Roberto também participou da audiência realizada no Senado.
- Daniel Groisman (Professor da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz) e
- Miraci Mendes da Silva (Coordenadora-Geral da Regulamentação e Negociação do Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde).

A primeira audiência da Câmara contou com muitos pontos em comum com a ocorrida no Senado Federal. Em geral, os participantes defenderam ações que responsabilizem o “Estado” pelo cuidado das pessoas idosas dependentes, considerando que o atendimento às necessidades de cuidado no país é ofertado quase exclusivamente pelas famílias. Vale destacar que a resistência dos conselhos de enfermagem à aprovação do projeto ganhou mais corpo neste evento, em especial, por causa da presença da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS) e da Coordenação-Geral da Regulamentação e Negociação do Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde. Ficou clara a ligação desses dois setores com a posição contrária ao texto do PL 4702/2011 que já vinha sendo apresentada pelos Conselhos Regionais de Enfermagem nos estados. Essa foi uma diferença em relação à audiência anterior, realizada no Senado, onde existiam mais representantes vinculados ao campo da Geriatria e Gerontologia do que da enfermagem.

### *Audiência 3 – A segunda audiência na Câmara*

A segunda audiência realizada na Câmara dos Deputados foi novamente solicitada pela Deputada Benedita da Silva para discutir o projeto e esclarecer divergências entre diferentes setores da “sociedade civil”<sup>29</sup>. Foram convidados para compor a mesa do evento:

---

<sup>29</sup> Utilizo a expressão é apresentada entre as aspas por se tratar de uma categoria utilizada pela deputada.

- Ana Lúcia Alves dos Santos (Presidente da Associação de Cuidadores da Pessoa Idosa, da Saúde Mental e com Deficiência, do estado do Rio de Janeiro).
- Daniel Groisman (Representante do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República). Ele também é professor na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Fundação Oswaldo Cruz). Daniel Groisman também participou da primeira audiência realizada para discutir o projeto na câmara.
- Sônia Maria Alves (Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem).
- Angelo D'Agostini Junior (Diretor do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde).
- Maria Cristina Hoffmann (Coordenadora Geral de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde/ Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/ Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde).

Um fato interessante na composição dessa mesa foi a presença de gestores de dois departamentos distintos do Ministério da Saúde. Esta configuração mostra que a autora do requerimento da audiência buscou promover o encontro entre setores discordantes em relação ao projeto de lei, entre eles, departamentos de um mesmo Ministério, especialistas em envelhecimento e entidades de classe vinculadas à enfermagem. As divergências anteriores ficaram mais diluídas neste evento, os representantes das duas áreas internas ao Ministério da Saúde manifestaram posição favorável à aprovação do PL e a Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem não se opôs à regulamentação da profissão, ressaltando, no entanto, a importância de que a profissão tenha suas atribuições bem definidas e que não sobreponha as competências dos profissionais da enfermagem.

Neste encontro, eu participei pessoalmente, não apenas como pesquisadora, mas na função que exerço dentro do Ministério da Saúde. Como Analista Técnica de Políticas Sociais lotada na Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa do MS acompanhei minha coordenadora nesta agenda. A participação no encontro me permitiu observar uma série de elementos que não foram passíveis de análise nos áudios e notas taquigráficas das audiências anteriores. Um fato marcante foi a forte presença de parlamentares e representantes de entidades de classe e movimentos sociais. A audiência foi muito mais movimentada e prestigiada pela atenção dos legisladores do que as anteriores. Além disso, foram distribuídos folhetos com manifestos de Associações de Cuidadores em favor da regulamentação da profissão, para todas as pessoas presentes, trazendo mais elementos para a cena marcada por manifestações da platéia como aplausos e pedidos de fala. Algumas dessas pessoas vieram de outros estados apenas para participar da audiência e tentavam influenciar o debate não apenas com discursos, mas



também com manifestações sinérgicas como aplausos, gritos de aprovação e balançando a cabeça para marcar posições contrárias.

*O papel das audiências nos processos de institucionalização do cuidado no campo legislativo.*

A partir do material das audiências públicas veremos que as práticas governamentais voltadas para velhice dependente abordadas nos capítulos 1 e 2 desta dissertação ganham na regulamentação da profissão de cuidador de idosos a possibilidade de estabilização de uma definição legítima para o cuidado de idosos. Assim, o movimento de normalização que vinha transformando relações de cuidar no substantivo cuidado pode ser estabilizado e institucionalizado em mais um campo: o da legislação. Neste movimento, vêm sendo produzidas disputas em torno das noções de cuidado e dos conhecimentos disciplinares que terão a autoridade para definir o que pode ou não ser realizado na vida de pessoas idosas e de profissionais remunerados que as apóiam em suas atividades cotidianas.

As audiências se apresentam como um campo etnográfico singular, na medida em que a própria idéia de produção de uma definição legítima para o cuidado de idosos se articula e converge com a proposta de construção de um evento performático onde se escutam diferentes seguimentos sociais para estabelecer uma perspectiva vencedora e universal.

Nessa trincheira, as associações e conselhos regionais de enfermagem reivindicam que o exercício da atividade de cuidado domiciliar e institucional de idosos deve ser exercido por pessoas habilitadas em cursos técnicos de enfermagem. O possível risco de realização de procedimentos errados e nocivos à vida e à saúde dos idosos é o principal argumento utilizado pelos setores ligados à enfermagem contrários ao PL. Para especialistas em envelhecimento e entidades ligadas à oferta de cursos de formação e capacitação de cuidadores de idosos, não existe a necessidade de formação em curso de enfermagem, em contrapartida, eles propõem a exigência de capacitação específica para cuidadores de idosos, lançando mão de uma formação em saberes vinculados ao campo das disciplinas do envelhecimento. O “risco” também é uma categoria utilizada para a defesa da formação “gerontológica” como pré-requisito ao exercício da profissão. Esses dois pólos do debate, para além das disputas de mercado em jogo, colocam em evidência duas racionalidades de governo e gestão da vida. Como não poderia deixar de ser, a estabilização de um sentido para a categoria cuidado será o foco da controvérsia.

Uma terceira voz, quase silenciada neste debate, diz respeito aos sentidos de cuidado produzidos nas experiências de pessoas engajadas na atividade e que não se encaixam nas formações em disputa, quais sejam: técnicas de enfermagem ou cursos de cuidador de idosos. Em geral, esse conhecimento não está consolidado em um campo disciplinar, mas aparecem como saberes práticos exercidos no cotidiano de pessoas que hoje atuam como cuidadoras remuneradas. Para grande parte dessas pessoas, um dos fatores mais excludentes é a exigência da escolaridade mínima para o exercício da profissão, seja de ensino médio ou de ensino fundamental, o que abordaremos de forma mais detida na próxima seção.

### **3.5 A escolaridade e a formação mínima**

O PL nº 4702/2011 prevê, como explicitarei anteriormente, que para o exercício da atividade remunerada de cuidado, é preciso ser maior de 18 anos, ter o ensino fundamental completo e ter concluído, com aproveitamento, o curso de cuidador de pessoa conferido por instituição de ensino reconhecida pelo Ministério da Educação. Ao longo da tramitação do projeto até o presente momento, esses foram temas recorrentes e significativos. Tais pré-requisitos ao exercício da profissão também fundamentaram a própria criação da proposição legislativa com o objetivo de padronizar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas idosas em todo o país. Três pontos referentes aos pré-requisitos de formação se destacaram: a) a responsabilidade estatal pelo cuidado das pessoas idosas que necessitam de apoio diário, b) a exigência de escolaridade mínima e de formação em curso específico para o exercício da profissão de cuidador e c) a necessidade de uniformização dos cursos de formação de cuidadores de idosos.

Sobre a defesa da responsabilidade do “estado” sobre a oferta dos cuidados necessários aos idosos em situação de dependência, a geriatra Karla Giacomini (representando o CNDI) enfatizou durante umas das audiências que:

As políticas de assistência social e de saúde precisam superar suas dificuldades de diálogo e de gestão. Desde 1999, existe uma Portaria Interministerial que prevê a formação de cuidadores de idosos que, na prática, nunca saiu do papel. Então, o Estado precisa assumir sua parte e garantir meios para que toda pessoa que necessita de cuidados, idosa ou não, e toda família que possua alguém nessa condição tenha assegurados os cuidados integralmente. (Karla Giacomini, representante do CNDI, Audiência realizada ano Senado Federal em 20/10/2011)

A porta voz da ONG OLHE (Observatório da Longevidade) falou sobre os atuais desafios trazidos pelo envelhecimento populacional no Brasil questionando aos parlamentares e demais pessoas presentes no evento “Quem vai cuidar dos idosos que precisam de cuidado?”. A diretora da ONG, que também é assistente social, ainda completou:

E nossa legislação, a nossa Constituição dá à família essa responsabilidade de cuidar, mas não pergunta que condições são essas de cuidado que a família presta ao cidadão idoso. Temos, por outro lado, como nos diz o marco legal quando se fala de envelhecimento, que a responsabilidade é da família, da sociedade e do Estado. E precisamos que o estado se comprometa com essa responsabilidade de prestar cuidado aos seus cidadãos que precisam de cuidado, uma vez que envelhecimento é um direito humano fundamental (Marília Berzins, representante do Observatório da Longevidade, Audiência realizada no Senado Federal em 20/10/2011)

Na linha dos argumentos favoráveis à participação do “estado” na oferta e responsabilidade pelo cuidado de pessoas que necessitam de apoio, as representantes dos ministérios e dos demais setores presentes no evento defenderam que há a necessidade de padronização da formação dos cuidadores com vistas à garantia da qualidade do cuidado ofertado às pessoas idosas. A definição de escolaridade mínima – do ensino fundamental completo ou do ensino médio – e a realização de curso de formação de cuidadores de idosos (padronizado a nível nacional) foram defendidos pela maioria dos participantes como pré-requisito a serem exigidos para o exercício da profissão:

Será preciso, antes de falar que está liberado para quem tem dois anos de experiência, saber qual a formação foi dada, porque é necessário que haja um padrão mínimo, senão, estaremos definindo que pessoas que fizeram cursos de final de semana têm o mesmo tratamento de pessoas que foram adequadamente qualificadas e não gostaríamos que essa lei abrisse esse tipo de precedente. (Karla Giacomini, em audiência pública realizada no Senado, em 20/10/2011)

\*

E aí nós fazemos uma observação, uma vez que o nosso olhar vem contribuir, porque somos uma ONG que forma cuidadores de idosos. Os cursos que capacitam o cuidador da pessoa idosa não estão ainda regulamentados; não existe uma padronização e normas fixas sobre o conteúdo de horas mínimas obrigatórias para ele. Ao olhar, nos dá a sensação que esse é um assunto que é uma terra de ninguém: tudo pode e não se tem um princípio que regula isso (Marília Berzins, em Audiência Pública realizada no Senado em 20/10/2011).

\*

A formação do cuidador que a gente defende é o curso de cuidadores. É uma formação também interdisciplinar, específica para o cuidado. A importância da profissionalização é garantir a formação inicial, elevar a escolaridade, o

que pode ser a curto, médio e longo prazo (Daniel Groisman, em audiência realizada na Câmara em 08/10/2013).

Tais pré-requisitos, no entanto, não foram consenso, o representante das associações de cuidadores, por exemplo, advogou contra a exigência da escolaridade mínima prevista no Projeto de Lei. Jorge Roberto relatou a preocupação de mulheres<sup>30</sup> que atuam como cuidadoras de serem colocadas na clandestinidade por não cumprirem as exigências de escolaridade e formação, caso o PL seja aprovado com o texto atual. Reproduzimos o relato da contribuição do cuidador durante a audiência realizada no Senado:

Sou cuidador de idosos, meu nome é Jorge, criado por uma idosa, graças a Deus até hoje ela cuida de mim, tem 90 anos de idade; é empregada doméstica, não sabe ler nem escrever, minha mãe empregada doméstica, meu pai porteiro; baixa escolaridade.

Eu antes de cuidador, era carregador de mudança e tive a oportunidade de estar nesse ramo. Sim, pode não parecer – eu deixei a gravata de fora para não fugir muito a minha origem, sou cuidador de idosos; e tem uma fala que me preocupa muito, e que vou até copiar, do Dr. Matheus Papaléo, uma vez em que estive em Brasília também. Ele menciona que, antes de definirmos a escolaridade, vamos pensar que, para muitos brasileiros e brasileiras que hoje trabalham como cuidadores de idosos com excelência; esse trabalho leva o sustento para seu lar e que esses cuidadores de idosos, que podem ficar excluídos dessa profissão, ajudaram a construí-la.

E se eu não fizesse essa fala, eu não teria como olhar nos olhos de uma cuidadora chamada Porcina, viúva, por sinal, de 50 anos de idade, com apenas a 5ª série, e que com muita alegria, no final do ano, foi mostrar o seu contracheque e dizer: “Jorge, muito obrigada, eu acabei de construir a minha casa”. Para ela é uma casa, para muitos, se olharem, é um puxadinho, mas é a casa dela, que construiu com o dinheiro que ela ganhou trabalhando, cuidado de idosos. Não é um salário ruim, não: ela ganha R\$ 3 mil. Por méritos. Começou com muito menos. Por méritos!

Então, em nome das cuidadoras, citei um exemplo como o dela, vamos pensar muito bem antes de definirmos a escolaridade. Eu compreendo que é muito importante, sim, que as pessoas voltem a estudar, aquelas que já estão, que dêem oportunidades, que possam aumentar o prazo e incentivos para essas pessoas que têm escolaridade um pouco menor e que não compreendem o projeto. (Jorge Roberto Silva, em audiência realizada no Senado em 20/10/2013)

O cuidador de idosos tentou chamar a atenção das autoridades legislativas para as competências desenvolvidas no cotidiano de quem já trabalha como cuidadora há algum

---

<sup>30</sup> A grande maioria das cuidadoras de idosos são mulheres, chama a atenção o fato de que o representante desse seguimento nas duas primeiras audiências realizadas no Senado e na Câmara ter sido um homem com nível superior completo. Uma linha de análise muito importante para os estudos do cuidado versa sobre a divisão sexual do trabalho e a desvalorização dos trabalhos “emocionais”, entre eles o cuidado. A meu ver, há uma forte relação entre a deslegitimação das experiências e saberes de cuidado não letrados com a desvalorização dos trabalhos feminilizados. Para mais informações a respeito desta abordagem ver Hiratra (2010), Araújo (2011) e Marcondes & Yannoulas (2012).

tempo e que ficará excluída da profissão, caso sejam exigido o ensino fundamental completo para atuar na área. Além disso, o representante da ACIMG se posicionou favorável aos cursos de formação como exigência, mas que eles não tenham custos muito altos e que seja previsto tempo e oportunidade de realização do curso pelas pessoas que já trabalham na área:

Então, sonho que, no futuro, nós possamos sim, voltar a ter uma qualificação permanente, digo, fiscalizada, mas temos que tomar cuidado para não encarecer também o curso, porque das pessoas que fazem esse curso, a renda é baixa, é uma realidade. A maioria delas são mulheres - eu tenho dados, pelo menos Belo Horizonte e região metropolitana, que comprovam isso -, muitas delas fora do mercado de trabalho, que não teriam condições, se esse curso encarecer, de fazê-lo, a não ser que viesse sempre da iniciativa pública. (Jorge Roberto, em audiência pública realizada na Câmara em 08/10/2013)

A fala do cuidador mobilizou preocupações das autoridades presentes nas duas audiências em que participou, fazendo as relatoras do projeto nas duas casas desistirem de exigir o ensino médio como nível de escolaridade mínimo para o exercício da profissão. Outras pessoas presentes ficaram se indagando sobre a dimensão afetiva dos cuidados, que os cursos e a escolaridade não ofertam, e que são construídas na experiência prática ou fruto de “vocação” das pessoas que “gostam de cuidar de idosos”.

O outro pólo do debate se deu entre os seguimentos que defendem a necessidade da escolaridade e de formação através da realização de curso, mas que advogam por campos disciplinares diferentes. Este debate se deu, em especial, a partir dos conflitos entre a proposta de regulamentação apresentada no projeto de lei e as posições firmadas pelos Conselhos de Enfermagem.

### **3.6 Os conflitos com os conselhos de enfermagem**

A resistência dos conselhos regionais e do conselho nacional de enfermagem constituiu, ao longo dos anos de tramitação do projeto de lei, a força maior de oposição à regulamentação da profissão de cuidadores de idosos. Para os conselhos, a regulamentação dos cuidadores sem a exigência de formação em enfermagem representa a permissão irregular do exercício de atividades por pessoas despreparadas, acarretando risco à saúde dos idosos assistidos. O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo publicou em 2012 um manifesto contrário ao Projeto de Lei. Abaixo apresentamos um trecho:

(...) consideramos ser de suma importância a capacitação de profissionais habilitados para o cuidado e a **prevenção dos erros relacionados à assistência da saúde**, que são cada vez mais estudados, além de ser uma das diretrizes primordiais da Organização Mundial da Saúde.

Segundo a nossa avaliação, o PL é contraditório e omissivo no que diz respeito às atribuições e locais de atuação dos profissionais cuidadores e por este motivo este Regional julga necessária a revisão do PL, a fim **de garantir a segurança da pessoa idosa**, não sendo em nenhum momento contrário à regulamentação da atividade do Cuidador de Idosos, desde que não contrarie a legislação existente e regulamentadora dos profissionais de Enfermagem e **assegure uma assistência livre de danos à sociedade**. (Manifesto do COREN-SP, em 12/06/2012)

Durante primeira audiência da câmara, um dos representantes do Ministério da Saúde declarou:

Nós fazemos uma reflexão em cima de uma preocupação, em cima do que está no projeto, que vem de encontro exatamente às atribuições dos auxiliares e técnicos de Enfermagem. Segundo a Resolução nº 418 do Conselho Federal de Enfermagem, é uma especialidade do técnico de Enfermagem. Por que então se esfalçar a Enfermagem, a saúde, se já existe essa resolução desde 2011? (Mário Jorge dos Santos Filho, em audiência realizada na Câmara em 08/10/2013).

Os representantes das Associações de Cuidadores de Idosos respondem à contraposição dos Conselhos de Enfermagem argumentando que os cuidadores não pretendem ser reconhecidos como profissionais da saúde, mas entendem que a prestação de apoio às atividades cotidianas de idosos se localiza entre as áreas da saúde e da assistência social:

Eu, como cuidador e representante de 4 mil cuidadores de idosos associados e bem organizados na Associação dos Cuidadores de Idosos de Minas Gerais, posso falar com categoria: nós não somos nem temos a intenção de ser profissionais da saúde. Agora, nós trabalhamos, sim, em conjunto com a saúde e com a assistência social. É importante que isso fique bem frisado. Não é do nosso interesse. Para tal, caso alguém queira, como cuidador, ser técnico ou auxiliar de enfermagem, que vá buscar esse curso, que integre o conselho entre outros.

Essa é uma fala para acabar de vez com o entendimento de algum setor da saúde que tenta, de alguma forma, barrar a atuação do cuidador. Vou reforçar aqui: sem nós, cuidadores de idosos, eu garanto, eu afirmo, sem titubear, que o trabalho de muitos profissionais, a exemplo do nosso Senador, que é médico – do fisioterapeuta, do nutricionista, do terapeuta ocupacional entre tantos outros –, seria prejudicado completamente, porque, no dia a dia, quem convive, quem cuida, quem auxilia é esse cuidador! Então, vamos trabalhar em conjunto. (Jorge Roberto Silva, em audiência pública realizada no Senado em 10/10/2011)

Profissionais vinculados aos cursos de formação de cuidadores, na maioria dos casos gerontólogos, também argumentaram em favor de que a sobreposição de atividades entre duas profissões é comum e não pode representar conflitos e impedimentos para a regulamentação da profissão, considerando em especial, a necessidade deste trabalhador para o atendimento às demandas de cuidados entre idosos, fenômeno crescente no país.

O senador Waldmir Moka, médico e autor do Projeto de Lei, também fez ponderações sobre a exigência de cursos de formação para práticas cotidianas de cuidado durante a audiência realizada no Senado. O senador demonstrou-se preocupado com as reivindicações que exigem a conclusão de curso técnico de enfermagem para que um familiar ou profissional esteja apto a realizar atividades como a administração de medicamentos:

Uma coisa é o papel da enfermeira, da técnica em enfermagem, e outra coisa, eu quero que esse projeto seja assim: cuidador de idoso mesmo, a pessoa que vai ler, que vai cuidar da higiene, acompanhar – são completamente diferentes –, mas também vai dar um remédio. É claro que vai dar em função de uma receita, de uma prescrição. Agora, eu fico preocupado, porque, às vezes, não está ali, mas dizem: “Não, ele não pode dar o remédio”. Isso me preocupa. (Senador Waldemir Moka, Audiência Pública realizada no Senado em 20/10/2011)

As posições em disputa, como vemos, reúnem argumentos em torno da definição do cuidado adequado e das competências necessárias para se garantir segurança, evitando possíveis “riscos” oferecidos pelo cuidado inadequado à saúde e à vida dos idosos. Neste sentido, vale olhar com mais atenção para os sentidos que vêm sendo articulados e atribuídos à atividade de cuidar de idosos, transpassados pela preocupação com a segurança e com a prevenção de “riscos”.

### **3.7 Os diferentes significados do “cuidar de idosos” em disputa**

A geriatra Karla Giacomini, compôs a mesa da primeira audiência pública realizada no Senado para debater o PL nº 4702/2011 como representante do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI). Assim como os demais participantes, Giacomini buscou apresentar definições para os cuidadores de idosos concentrando essa descrição em dois aspectos, quais sejam: na necessidade das pessoas idosas e nas competências e atividades realizadas pelos cuidadores. Assim, ela definiu cuidador como “a pessoa que oferece os cuidados para suprir as necessidades e a incapacidade funcional de outro ser humano”. Tais necessidades,

enfatizou ela, serão supridas por outro ser humano que “pode ser um familiar, pode ser um cuidador, ou pode ser um cuidador profissional”. Em seguida, a representante do CNDI defendeu que a contribuição do conselho para o PL é “esclarecer o que entende por rotina de cuidados”:

O cuidador responsabiliza-se pela ambiência, e não pelo ambiente – e não pela limpeza do ambiente, por exemplo. Ele é responsável pela ambiência. Queremos que o idoso esteja num lugar aprazível, mas respeitando a intimidade, a privacidade e a autonomia.

Também é preciso definir o que é administração de medicamentos e qual administração, porque fica muito amplo. Ele vai fazer uma injeção endovenosa? Não vai. Então, isso tem que estar claro. (Karla Giacomini, audiência pública realizada no Senado em 20/10/2011)

O que significa prestar cuidados para idosos, no entanto, não é um entendimento tão estável como foi descrito pela geriatra. A noção de cuidado e as competências do profissional cuidador são disputas centrais ao debate sobre a regulamentação da profissão. Nesta seara, as atribuições definidas para os cuidadores revelam a forma de diferentes segmentos encararem as necessidades dos idosos decorrentes do processo de envelhecimento, o que coloca em disputa as próprias noções de velhice.

#### *Cuidado como dom, vocação e afeto*

O professor da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Fiocruz), responsável pelo curso de formação de cuidadores oferecido pela Fiocruz/RJ expressou em audiência pública sua contrariedade em relação ao que ele denominou de “visão tradicional do cuidado”:

Numa das discussões que eu tive sobre essa questão, e eu participei de muitas, escutei o seguinte comentário: “olha, desculpe-me a franqueza, mas sou contra a profissionalização do cuidador, porque, na minha opinião, para cuidar, basta querer, basta ter vontade”. **O que essa pessoa me disse expressa, de certo modo, o que eu chamaria da visão tradicional sobre o cuidado; que o cuidado é uma vocação que as pessoas têm e, querendo, bastando ter boa vontade, vai cuidar.** Basta querer para cuidar. Eu diria o seguinte: para cuidar, é importante querer; é fundamental querer. E tem que querer muito, porque cuidar é difícil. Cuidar não é fácil, ainda mais num lugar de desvalorização, de invisibilidade social, sem o devido reconhecimento, em condições de trabalho precárias, sem o direito a uma formação. O projeto de lei traz esse direito de uma formação inicial para o cuidador; ele traz reconhecimento social para o cuidador, algo que ele não tem hoje. (Daniel Groisman, audiência pública realizada na Câmara em 08/10/2013)



A idéia de que se faz necessário ter disposição afetiva para o cuidado também foi manifestada nas contribuições inseridas no site do Senado enquanto o PL esteve em consulta pública, argumento colocado em contraposição à idéia de que a exigência de escolaridade mínima e da formação inicial dá conta dos pré-requisitos necessários ao exercício da profissão:

**Brasília - DF:**

“Acredito que o nível de escolaridade exigido para a profissão deva ser o ensino fundamental. O que deve garantir que a pessoa é alfabetizada e conseguirá entender as orientações fornecidas. Mas, **mais importante do que nível de escolaridade é o tratamento que a pessoa tem com o idoso: paciência, cuidado, carinho.** Valores subjetivos, mas que fazem a diferença no cuidado.”

As representantes do Ministério do Trabalho e Emprego, assim como do Ministério da Saúde também manifestaram a compreensão de que “prestar cuidados” requer uma disposição vocacional e afetiva que as exigências de escolaridade e formação não contemplam essa dimensão fundamental do cuidar:

Além da questão da formação e tudo mais, essa é uma ocupação que necessariamente passa pela questão vocacional. A pessoa **tem que ter vocação**, tem que ter esse instinto de realmente querer bem e de cuidar de seu próximo para ser um bom cuidador, e isso está acima de todas as coisas (Ana Paula da Silva, em audiência realizada no Senado em 20/10/2011)

\*

Bom, para encerrar – meu tempo acabou -, eu queria ler somente um pedacinho de uma mensagem de Leonardo Boff: “Tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar existindo. Uma planta, uma criança, um idoso, o planeta Terra. Tudo o que vive precisa ser alimentado. Assim, o cuidado, a essência da vida [...], precisa ser continuamente alimentado. **O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia e da convivência**” [Leonardo Boff, em 1999]

Só quero dizer aqui uma coisa: que nós tenhamos cuidadores, que nós nos preocupemos com a formação desses cuidadores, com a proposta que aqui se encontra de profissionalização dessa pessoa, desse cuidador, mas também que não esqueçamos que vamos criar um nicho também de gratificações, de dinheiro. **Quem é esse cuidador? Não é só o foco da capacitação, mas sim, o gostar. Para cuidar de velhos não basta saber; além de tudo, também tem que gostar.** Muito obrigada. (Luíza Machado, em audiência realizada no Senado em 20/10/2011)

A reverberação dessas colocações sobre o trabalho dos parlamentares durante a apreciação do PL emergiu contradições importantes. Um delas, diz respeito à distinção entre

conhecimentos letrados e conhecimentos afetivos e práticos, o que foi apresentado em fala da relatora do projeto no Senado:

E tinha pensado na expertise que as pessoas vão adquirindo e, ao mesmo, como a gente gostaria também de qualificar a profissão, o que tem a ver com a escolaridade. Agora a sua fala (referência às colocações do presidente da Associação de Cuidadores de Idosos de Minas Gerais) mostrou uma coisa muito clara: que talvez não seja a parte técnica que a gente vai ter que ver no cuidador, porque o cuidador que seja só técnico talvez vá desempenhar a metade do trabalho. A gente sabe que com o idoso, há o carinho. (Senadora Marta Suplicy, em Audiência Pública realizada no Senado Federal em 20/10/2011)

Essa divisão foi proeminente nas discussões a respeito da exigência de escolaridade mínima e de formação inicial para o exercício da profissão. Uma reflexão analítica deste dado etnográfico diz respeito às limitações das potencialidades das normas estatais diante dos imponderáveis da vida que envolve a prestação de cuidados.

As sociólogas britânicas Janet Finch e Dulcie Groves descrevem o cuidado como “uma combinação de sentimentos de afeição e responsabilidade, com ações que suprem as necessidades pessoais de um indivíduo ou de um ser humano em uma interação face a face” (Cacican, 2000 apud Tronto, 2007: 286-287). As brasileiras Marcondes & Yannoulas (2012) adotam esta definição e destacam o papel da divisão sexual do trabalho para a realidade social da prática de cuidar. Elas definem o cuidado como uma prática social que, ancorada na divisão sexual do trabalho, tem como objetivo atender às necessidades humanas materiais, mas também emocionais e psicológicas, pressupondo “a interação face a face entre quem cuida e quem é cuidado, em uma relação de interdependência”. Elas ainda chamam atenção para o fato de que o cuidado é uma “prática social essencial para a vida humana” (Marcondes, 2013:34).

Este é um campo de debate muito frutífero e que já conta com alguns trabalhos interessantes produzidos no Brasil (Batista, 2011; Araújo, 2011, 2014), mas que não será o foco da presente dissertação. Essa breve incursão sobre conceitos de cuidado que consideram os aspectos emocionais da prática tem o objetivo de trazer ao argumento desta monografia um ponto de análise: a centralidade ocupada pelo caráter relacional e afetivo do cuidado na vida cotidiana e na realidade imediata. Conforme foi tensionado na fala do representante da associação de cuidadores e na preocupação expressa por outros participantes e parlamentares, as idéias de “dom”, “vocação” e “afeto” também são sentidos do cuidar que estiveram presentes no debate legislativo.

Vemos, no entanto, que as definições legislativas com foco na capacitação e formação de cuidadores como pressuposto de qualidade do cuidado restringem e deslegitimam os possíveis sentidos de cuidado produzidos na experiência prática. Isso ocorre, na medida em que se define com força de lei conceitos e restringe-se o exercício dessa atividade relacional, a de cuidar, às pessoas que tenham uma formação escolarizada e detenham conhecimentos produzidos em campos disciplinares, onde são pré-concebidas noções de normalidade, saúde, patologia e vulnerabilidade na velhice. Desse modo, a regulamentação da profissão dos cuidadores de idosos compõe um processo de institucionalização das relações de cuidar a partir de racionalidades de governos atualmente em disputa e que têm o “risco” como uma categoria central.

### *Cuidado como gestão do risco*

O representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde (CNTS), em uma de suas falas contrárias à aprovação do PL, enfatizou a necessidade de cuidados domiciliares às pessoas idosas similares aos oferecidos no ambiente hospitalar, utilizando o termo “paciente” para se referir aos idosos:

O cuidador é um trabalhador da área da saúde, tem de ter os mesmos direitos e deveres que os trabalhadores da saúde. O seu **paciente** tem de receber a mesma preocupação, o mesmo cuidado, zelo, a mesma assistência segura que recebe um paciente hospitalar, mesmo estando em casa (Mário Jorge Filho, em audiência pública realizada na Câmara em 08/10/2015)

Em geral, a palavra “paciente” é utilizada em referência a pessoas em situação de adoecimento assistidas por profissionais de saúde. No campo da saúde pública no Brasil, trata-se de uma expressão rechaçada, por trazer uma conotação de passividade às pessoas assistidas ou ao que se prefere denominar “usuários do SUS”, em defesa do sistema público de saúde brasileiro e do conceito de saúde como um direito<sup>31</sup>. Outro ponto criticado na expressão é sua associação ao conceito de saúde restrito ao tratamento de doenças. O uso do substantivo “paciente” também é uma expressão pouco adequada para a compreensão comumente difundida no campo da gerontologia, dado o esforço realizado pelos profissionais da área para a difusão de noções mais positivas da velhice, tais como a idéia de

---

<sup>31</sup> “Usuários do SUS”, no entanto, não é um conceito estável, podendo existir outras possibilidades, por exemplo: “experenciante”, proposta por Coelho (2012).

“envelhecimento ativo e saudável” apresentados no primeiro capítulo desta monografia. Além disso, entre os gerontólogos, uma pessoa idosa que precisa de apoio para as atividades da vida diária não necessariamente está doente, sendo mais provável que ela disponha de limitações funcionais decorrentes de diferentes motivos. Em audiência pública realizada na Câmara, o representante da Associação de Cuidadores de Idosos, diante da posição da CNTS destacou estas divergências conceituais:

A maior parte dos cuidadores hoje atua em domicílio. Qualquer pessoa que preste trabalho em domicílio se encaixa na legislação do **trabalho doméstico**. A função do cuidador de idosos, nesse lar, é extremamente importante, até mesmo para a economia deste país. As mulheres que até então assumiam os cuidados, hoje, estão aqui. Vejam que maravilha! Vemos deputadas e assessoras trabalhando. Não citei homens porque eles nunca assumiram o cuidado, na realidade. Em 95% dos casos, quem o assume são as mulheres. O que seria dessas bravas trabalhadoras que hoje estão no mercado de trabalho, se não houvesse cuidadores atualmente dando suporte no seu lar, para que elas possam trabalhar com tranquilidade? Para que essa tranquilidade possa ser aumentada, nós temos que regulamentar a profissão do cuidador da pessoa idosa. Por que eu fiz questão de frisar a pessoa idosa? Porque **nós não tratamos o idoso como paciente**. Ele não é o nosso paciente, ele não é o nosso foco. O trabalho principal do cuidador é o de prevenção. Nós temos que prevenir os agravos causados, às vezes, pelo tempo; às vezes, infelizmente, por uma condição de vida, que levou a pessoa a um adoecimento. Nós temos que prevenir esses agravos, para que esse idoso não tenha uma ferida maior, mais complexa, e tenha que depender, aí sim, de um técnico de Enfermagem, entre outros. (Jorge Roberto Silva, audiência pública realizada na Câmara em 8/10/2013)

Os discursos em contraposição acionam a idéia de risco em duas diferentes formas de atualização. De um lado, os defensores da formação em enfermagem defendem a necessidade de que os cuidadores prestem assistência segura e evitem situações que provoquem risco de vida aos idosos assistidos. Do outro lado, as associações de cuidadores e responsáveis pelos cursos de formação, em geral, defendem a assistência voltada à prevenção de agravos relacionados ao envelhecimento. Neste segundo caso, busca-se prevenir riscos de se envelhecer de forma mal sucedida, o risco de perda da autonomia e da independência, de diminuição da qualidade de vida na velhice através do desenvolvimento de agravos e condições patológicas. No primeiro caso, ver-se a velhice como uma condição patológica à priori e no segundo velhice é vista como uma condição que precisa de uma gestão que evite a evolução de condições patológicas.

Os significados atribuídos ao cuidar de idosos defendidos pelo seguimento da enfermagem e pelo seguimento vinculado aos cursos de formação de cuidadores atualizam

duas racionalidades de governo vinculadas às práticas ocidentais modernas de gestão da vida. Marcam essa disputa dois conceitos de cuidado: 1) cuidado como prevenção/gestão do risco de morte e 2) cuidado como prevenção/gestão de uma vida indesejada (sem autonomia e independência, compreendidos como fatores preponderantes para a idéia de qualidade de vida).

O “risco” atua como um dispositivo de medicalização da velhice através destas duas racionalidades. Esse tema vai compor a discussão apresentada no capítulo de conclusão da presente monografia, buscando articular o caminho percorrido nos três capítulos deste trabalho: as noções de velhice apresentadas no capítulo 1, a medicalização da velhice dependente presente nos manuais de formação dos cuidadores descritos no capítulo 2 e os significados do “cuidar de idosos” em disputa no debate da regulamentação da profissão etnografado no capítulo 3.

### **Considerações finais**

Conforme apresentamos ao longo deste trabalho, a categoria profissional dos cuidadores de idosos emerge em contexto sócio-demográfico caracterizado pelo

envelhecimento populacional, pelas transformações nas formas de organização familiar e pela influência das ciências médicas e do envelhecimento sobre as práticas cotidianas de cuidado. Destacamos que existe uma tendência de expansão de práticas governamentais que visam “qualificar” e padronizar o cuidado ofertado às pessoas idosas em todo o território nacional, especialmente em seus domicílios.

Vemos que o Projeto de Lei de regulamentação dos cuidadores de idosos compõe este processo de institucionalização das relações de cuidar na velhice. Tal movimento que consiste na busca por estabilizar conceitos e tipificar práticas foi etnografado a partir de dois *locus* de observação: os manuais de formação de cuidadores e o debate legislativo referente ao PL de regulamentação da profissão.

Tanto nos manuais, como nos argumentos acionados no debate do PL, a noção de cuidado está associada à ideia de “prevenção de riscos” na velhice. Os manuais propõem rotinas para a vida cotidiana de uma pessoa idosa, abordando aspectos como a higiene, a alimentação, a posição adequada para acomodar o idoso na cama, doenças crônicas e a morte. O pano de fundo é uma idéia pré-concebida sobre a forma “adequada” de se envelhecer que passa por evitar eventos adversos, doenças crônicas ou a perda de “qualidade de vida”. A noção de “risco” também marca os sentidos de cuidado defendidos pelas entidades de enfermagem, que apresentam o cuidado na velhice como um conceito mais próximo da prevenção/gestão do risco de morte. O mesmo ocorre entre os sentidos articulados pelas associações de cuidadores de idosos, trazendo a noção de cuidado como prevenção/gestão de uma vida indesejada. Essas concepções foram apresentadas no capítulo 3 da presente monografia, ao descrevermos o debate legislativo sobre o PL nº 4702/2011.

A importância dada à prevenção de situações de “risco” nas formulações conceituais sobre cuidado apresentados por entidades da enfermagem e da gerontologia, refletem o caráter medicalizador das duas perspectivas. O foco dessa medicalização é a velhice. Para tanto, são acionadas concepções de envelhecimento adjacentes aos cuidados preconizados por ambos os campos disciplinares. No primeiro, vimos uma noção de velhice mais próxima do sentido de finitude e de adoecimento. No segundo, a velhice é apresentada como uma condição específica da vida que deve ser gerida de modo adequado, evitando o envelhecimento mal sucedido, com perdas de autonomia e de independência.

Uma forma resumida de definir a medicalização social é a expansão progressiva do campo dos conhecimentos biomédicos sobre a vida cotidiana e sobre o comportamento humano, tratados como questões médicas. Desse modo, eventos como a gravidez, o parto, a

menopausa, o envelhecimento, a morte e o comportamento das pessoas de uma forma geral são descritas em termos biomédicos.

A dor, a velhice, a saúde, o adoecimento e a morte são objetos de classificações científicas formuladas pelos saberes médicos. O grau de difusão dessas definições é tanto que os saberes dos profissionais da saúde (tidos como legítimos) mediam a forma como as pessoas vivenciam suas próprias experiências vitais e constituem suas subjetividades. Configura-se aquilo que Foucault chamou de *somatocracia*, em referência à centralidade do corpo e das explicações biologizantes, como objeto de vigilância panóptica do indivíduo e das populações. Preceitos orientadores de práticas individuais, fundamentados na busca pelo “risco zero” também são responsáveis pela produção de hierarquias entre saberes e práticas. Atribui-se autoridade aos profissionais formados nos campos de saberes da saúde, desautorizando práticas e saberes diversos que constituem experiências e concepções sobre vitalidades, saúde e bem-viver não biomédicos. Assim, o “risco” opera como um dispositivo de biopolítica, produzindo relações de poder, transformando e conduzindo condutas<sup>32</sup>.

Um potencial da medicalização social, que tem em uma de suas facetas a medicalização da velhice, é a deslegitimação de saberes não biomédicos, levando ao que Illich (1975) chamou de “iatrogenia estrutural”<sup>33</sup> ou ao que Tesser (2006) denominou por epistemocídio promovido pelo privilégio epistemológico da ciência moderna:

Trata-se, portanto, de um processo colossal de epistemocídio progressivo de saberes e estilos de pensamento em saúde-doença, mais ou menos estruturados, e de práticas diluídas nas culturas, populações e subculturas, importantes para o manejo autônomo dos problemas em saúde-doença, agora em rápida transformação e extinção parcial (Tesser, 2006:71)

Não obstante, o processo de institucionalização em análise nesta monografia promove a transformação na língua corrente da utilização do verbo “cuidar” pelo substantivo “cuidado”. O primeiro, de caráter experimental e singular, em grande medida compartilhado em primeira pessoa - “eu cuido”, nós cuidados assim”, etc. - , vai paulatinamente sendo

---

<sup>32</sup> Para informações sobre os estudos sociológicos e antropológicos sobre a noção de “risco”, ver Beck (2010) e Douglas (1992).

<sup>33</sup> Para Ian Illich, o desenvolvimento da medicina contemporânea ameaça o poder gerador de saúde inerente a toda cultura tradicional. Segundo o autor: “a eliminação da dor, da enfermidade, das doenças e da morte é um objetivo novo que jamais tinha servido, até o presente, de linha de conduta para a vida em sociedade. E o ritual médico e seu mito correspondente que transformaram a dor, a enfermidade e a morte, experiências essenciais a que cada um deve se acomodar, em uma seqüência de obstáculos que ameaçam o bem-estar e que obrigam cada um a recorrer sem cessar a consumos cuja produção é monopolizada pela instituição médica”. (:102).

substituído pelo substantivo “cuidado”, estabilizado e descrito como um objeto exterior, universal e normalizado. Ou seja, “o cuidado deve ser feito assim ou assado”, “o cuidador tem tal tipo de formação”, o “cuidado qualificado”, etc. Estas mudanças também passam pela compreensão do cuidado como governo, a normalização da velhice, neste caso, passa pela prevenção de risco praticada pelo cuidado “adequado”. Esse processo também revela o poder de nomeação exercido pelos grupos e classes vinculados aos saberes médicos no monopólio da produção legítima de sentidos (Bourdieu, 1998). O título profissional do cuidador proposto no Projeto de Lei, reunirá por sua vez, um capital simbólico institucionalizado, legal e legítimo.

Uma das falas apresentadas por defensores do PL, em audiência externa ao congresso nacional realizada em 2011, consistia em afirmar a necessidade de profissionalização dos cuidadores de idosos para garantir a qualidade do cuidado, na medida em que a formação “adequada” virá a ser uma exigência legal. Essas afirmações eram complementadas por dados de pesquisas realizadas no campo da saúde pública segundo os quais grande parte dos cuidadores familiares e remunerados de idosos não “sabem cuidar”<sup>34</sup>, devendo ser capacitados.

As formulações e definições legislativas propostas no PL nº 4702/2011 acompanham essa compreensão de que a escolaridade e formação do cuidador de idosos é pressuposto da qualidade do cuidado. A etnografia dos documentos, no entanto, nos mostrou a existência de uma terceira voz, quase silenciada neste debate. Trata-se dos conceitos de cuidado produzidos nas experiências de pessoas engajadas na atividade e que não se encaixam nas formações em disputa, quais sejam: técnicas de enfermagem ou cursos de cuidador de idosos. Em geral, esse conhecimento não está consolidado em um campo disciplinar, mas aparecem como saberes práticos exercidos no cotidiano de pessoas que hoje atuam como cuidadoras remuneradas. A aprovação do projeto, nos termos de sua atual formulação, colocará essas pessoas, em sua maioria mulheres, na informalidade.

Tão silenciadas são essas vozes que nem presentes nas audiências elas estavam. O presidente da Associação de Cuidadores de Idosos de Minas Gerais, um homem com formação de nível superior para cuidador de idosos, foi o responsável por fazer a defesa de mulheres com larga experiência prática como cuidadoras, mas sem as “qualificações” a serem exigidas no projeto. Jorge Roberto (ACIMG) afirmou em duas audiências públicas (no senado e na câmara) a grande probabilidade de que grande parte de mulheres que ajudaram a

---

<sup>34</sup> <http://www1.folha.uol.com.br/treinamento/mais50/ult10384u1017427.shtml> - Acesso em 08.08.2014.



construir a profissão e que atuam nesta atividade há muitos, realizando o cuidado com “com excelência”, sejam excluídas.

Uma limitação desta monografia resulta de um importante dado de campo, os documentos silenciam vozes e concepções de cuidar produzidas na experiência imediata. Um desdobramento de pesquisa futura é a etnografia de práticas cotidianas de cuidar identificando os sentidos e as estratégias utilizadas na experiência dessas relações para a produção de “qualidade de vida” e de vitalidades singulares. Há um campo construído pelas pessoas idosas em situação de dependência junto à suas redes de apoio produtoras de outras referências sobre envelhecimento, cuidar e qualidade de vida. Os estudos etnográficos nesta área podem vir a contribuir com a divulgação de experiências criativas de resistência e produção de concepções e redes em torno do cuidar<sup>35</sup>.

### **Referências Bibliográficas**

AIRÈS, Philippe. *História social da criança e da família*. Zahar, Rio de Janeiro: 1978.

ARAUJO, Anna Bárbara. Trabalho e Afeto: a relação entre cuidadores e idosos em uma Instituição de Longa Permanência. *Revista Habitus*, v. 9, 2011.

---

<sup>35</sup> Outro desdobramento consiste na produção de pesquisas sobre a realidade de carências por apoio e cuidados vivenciadas por pessoas idosas em situação de dependência, sobretudo entre as camadas mais pobres da população. Para esses idosos, mais do que normas de cuidado, há a necessidade de potencialização de redes de cuidado e amparo, assim como oferta de serviços públicos domiciliares.

\_\_\_\_\_. Continuidades e descontinuidades entre trabalho de cuidado não remunerado e remunerado: por uma análise a partir da desvalorização das demandas emocionais do trabalho. *Revista Áskesis*, v. 3, n. 2, Julho/Dezembro, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Mari/Downloads/152-725-1-PB.pdf>.

BATISTA, Analía Soria; JACCOUD, Luciana; AQUINO, Luseni; EL-MOOR, Patrícia Dario. *Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social*. Ministério da Previdência Social, Secretaria de Políticas da Previdência Social. Coleção Previdência Social, v. 28. Brasília: 2008.

BATISTA, Analía Soria; ARAUJO, Anna Bárbara Intimidade e mercado: o cuidado de idosos em instituições de longa permanência. *Sociedade & Estado* [on line], vol.26, n.1, 2011, pp.175-195. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69922011000100009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922011000100009).

\_\_\_\_\_; BANDEIRA, Lourdes M. *Trabalho de cuidado: um conceito situacional e multidimensional*. *Rev. Bras. Ciênc. Polít.* [online], n.18, 2015, pp.59-80. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-335220151803>.

BATISTA, Marina Picazzio Perez; ALMEIDA, Maria Helena Morganie; LANCMAN, Selma. Cuidadores formais de idosos: contextualização histórica no cenário brasileiro *Rev. bras. geriatr. gerontol.* vol.17, n. 4, Rio de Janeiro Oct./Dec, 2014.

BECK, Ulrich. *Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade*. São Paulo: Ed. 34, 2010.

BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand, 1998.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. *Manual de enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa: É possível prevenir. É necessário superar*. Texto de Maria Cecília de Souza Minayo, Brasília: 2014.

BRASIL, *Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílios*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2014. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)

CAMARANO, Ana Amélia e PASINATO, Maria Tereza. O envelhecimento populacional na agenda das Políticas Públicas. In: CAMARANO, A. A (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004, p. 253-292

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; LEITÃO E MELO, Juliana; CARVALHO, Daniele Fernandes. As instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. In: CAMARANO, Ana Amélia (Orgs.). *Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

CARRARA, Sérgio. *Crime e loucura: o nascimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro/São Paulo: Eduerj, Edusp, 1998.

CASTRO, Edgardo. *Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016.

COELHO, José Ramos. *A tragicomédia da medicalização: a psiquiatria e a morte do sujeito*. Rio Grande do Norte: Editora Sapiens, 2012.

CUNHA, Olívia. “Tempo imperfeito: uma etnografia do arquivo”. *Mana* [online], vol.10, n.2, 2004, pp. 287-322. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-93132004000200003>.

DEBERT, Guita. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Edusp/Fapesp, 1999.

\_\_\_\_\_. Antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: BARROS, Myriam Moraes Lins de. *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

DOUGLAS, Mary. *Risk and blame - essays in cultural theory*. London: Routledge, 1992.

\_\_\_\_\_. *Pureza e Perigo: ensaio sobre as noções de poluição e tabu*. Col. Perspectivas do Homem, n.º 39. Lisboa: Edições 70, 1996.

DREYFUS, Hubert L; RABINOW, Paul. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica)*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. O cuidador no cenário assistencial. *Mundo Saúde*. 2006 Jan-Mar; 30(1):37-44.

DUMONT, Louis. *O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

ELIAS, Nibert. *O Processo Civilizador. Volume 1: Uma História dos Costumes*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

\_\_\_\_\_. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1961.

\_\_\_\_\_. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

\_\_\_\_\_. *O sujeito e o poder*. In: RABINOW, Paul e DREYFUS, Hubert. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica)*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

\_\_\_\_\_. *História da Sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

\_\_\_\_\_. *O Nascimento do Hospital*. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GROISMAN, Daniel. Asilos de velhos: passado e presente. *Estudos Interdisciplinares do envelhecimento*. Porto Alegre, v.2, 1999, p.67-87.

. *A velhice, entre o normal e o patológico. História ciência e saúde-Manguinhos* [online], vol.9, n.1, 2002, pp. 61-78. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702002000100004>

GUIMARÃES, Nadya Araujo; HITATA, Helena Sumiko; SUGITA, Kurumi. Cuidado e cuidadoras: o trabalho do *care* no Brasil, França e Japão. In HIRATA, Helena; GUIMARÃES, Nadya Araujo (org.). *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Atlas, 2012.

HERTZ, Robert. A proeminência da mão direita: um estudo sobre a polaridade religiosa. *Religião e Sociedade*, 6: 1980, p. 99-128.

HIRATA, Helena; GUIMARÃES, Nadya Araujo (org.). *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Atlas, 2012.

ILLICH, Ian. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

KATZ, Steven. *Disciplining old age. The formation of gerontological knowledge*. Charlottesville: University Press of Virginia. 1996.

KITTAY, Eva Feder. *Dependency, Difference and the Global Ethic of Longterm Care*. J. Political Philos, 13(4), 2005, pp. 443- 469.

SHORE, Chris; WRIGHT, Susan (eds.). *Anthropology of Policy: Critical perspectives on governance and power*. London and New York: Routledge, 1997.

SOUZA LIMA, Antônio Carlos de; CARTRO, João Paulo Macedo e. Notas para uma Abordagem Antropológica da(s) Política(s) Pública(s). *Revista Antropológicas*. Ano 19, 26(2), 2015, pp. 17-54.

LE BRETON, David. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires; Nueva Visión: 2002.

\_\_\_\_\_. *A sociologia do corpo*. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

LEENHARDT, Maurice. *Do kamo: la persona y el mito en el mundo melanésio*. Barcelona: Paidós, 1997.

MARCONDES, Mariana; YANNOULAS, Silvia. Políticas Sociais de Cuidado e a Responsabilidade do Estado. *Revista Ártemis*, Edição V, 13, jan-jul, 2012, pp. 174-186.

\_\_\_\_\_. *A corresponsabilização do Estado pelo cuidado: uma análise sobre a Política de Creches do PAC-2 na perspectiva da divisão sexual do trabalho*. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social. Universidade de Brasília – UnB, 2013.

MAUSS, Marcel. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a de 'eu'. In: *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify: 2003, p. 367-397.

\_\_\_\_\_. As técnicas do corpo. In *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify, 2003, pp. 399-424.

MENEZES, Rachel Aisengart. *Em busca da boa morte: uma investigação sócio-antropológica sobre cuidados paliativos*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Área de concentração em Ciências Humanas e Saúde do Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004.

NOTARI, Maria Helena de Aguiar; FRAGOSO, Maria Helena J. M. de Machado. A Inserção do Brasil na Política Internacional de Direitos Humanos da Pessoa Idosa. *Revista de Direito GV*, São Paulo, vol. 7, n. 1, jan-jun 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. OPAS, 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento. Viena, Áustria, 1982. Relatório*.

\_\_\_\_\_. *Declaração de Brasília*, Brasil, 2007. Relatório.

\_\_\_\_\_. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Resolução 217 (III) da Assembléia Geral das Nações UNIDAS em favor das Pessoas Idosas. Resolu 46/91 da Assembléia Geral das Nações UNIDAS, 1991. Relatório.

\_\_\_\_\_. *Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento. Organização das Nações Unidas*. ONU, 2002. Relatório.

ORTEGA, Francisco. Práticas de ascese corporal e a constituição de bioidentidades. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 11(1), 2003, pp. 59-77.

PEIXOTO, Clarice Ehlers. Entre o estigma e a compaixão e os outros termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade... In: BARROS, Myriam Moraes Lins de (Orgs.). *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1998.

\_\_\_\_\_. (Org.). *Família e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

RODRIGUES, Nara da Costa. Política nacional do idoso: retrospectiva histórica. *Estudos interdisciplinares sobre envelhecimento*, Porto Alegre, v. 3, 2001, pp. 149 – 158.

SILVA, Luna Rodrigues Freitas. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *Hist. cienc. Saúde - Manguinhos* [online], vol.15, n.1, 2008, pp. 155-168. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702008000100009>

SIQUEIRA, Monalisa Dias de. *Vivendo bem até mais de 100! Envelhecimento, saúde e políticas públicas para idosos*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2015.

TEIXEIRA, Carla Costa. Interrompendo rotas, higienizando pessoas: técnicas sanitárias e seres humanos na ação de guardas e visitadoras sanitárias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, p. 965-974, 2008.

\_\_\_\_\_. A produção política da repulsa e os manejos da diversidade na saúde indígena brasileira. *Revista de Antropologia (USP)*, v. 55(2), 2012, pp. 1-37.

TESSER, Charles Dalcanale. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface (Botucatu)*. vol.10, n.19, 2006, pp. 61-76.

TÓRTORA, Silvana. *Genealogia da velhice*. Apresentação oral realizada no XXVII Simpósio Nacional de História: conhecimento histórico e diálogo social. Natal, de 22 a 26 de julho de 2013.

TRONTO, Joan. Assistência democrática e democracias assistenciais. *Sociedade & Estado*, Brasília, v. 22, n. 2, p. 285-308, maio/ago. 2007.

VIANNA, Adriana. Etnografando documentos: uma antropóloga em meio a processos judiciais. In: CASTILHO, Sérgio Ricardo Rodrigues; SOUZA LIMA, Antônio Carlos de Souza; TEIXEIRA, Carla Costa. *Antropologias das práticas de poder: reflexões etnográficas entre burocratas, elites e corporações*. Rio de Janeiro: Conta Capa/ Faperj, 2014.

### **Documentos oficiais:**

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 7 de dezembro de 1993.

BRASIL. Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 6 de janeiro de 1994.

BRASIL. Portaria Interministerial MS/MPAS nº 5.153 de 7 de abril de 1999. *Diário Oficial da União*, 7 de abril de 1999.

BRASIL. Portaria nº 1395/GM de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 13 de dezembro de 1999.

BRASIL. Portaria nº 2528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*, 20 de outubro de 2006.

BRASIL. Decreto nº 8.114, de 30 de setembro de 2013. Estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e institui Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação. *Diário Oficial da União*, 30 de setembro de 2013.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei 4702/2011. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/proposicoes>

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Parecer da relatora do PL nº 4702/2011 na Comissão de Seguridade Social e Família. Deputada Benedita da Silva. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/proposicoes>

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Requerimento de redistribuição nº 4.697/2016. Propõe redistribuição do PL nº 4702/2011. Deputado Marcelo Matos. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/proposicoes>

SENADO FEDERAL. Projeto de Lei nº 284/2011. Senador Waldemir Moka. Disponível em: <http://www12.senado.leg.br/web/atividade>

SENADO FEDERAL. Parecer da relatora do PL nº 284/2011 na Comissão de Assuntos Sociais. Senadora Marta Suplicy. Disponível em: <http://www12.senado.leg.br/web/atividade>

**ANEXO**

**PROJETO DE LEI Nº 4702, DE 2011**

Dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de pessoa idosa e dá outras providências.

**O CONGRESSO NACIONAL decreta:**

**Art. 1º** O exercício da profissão de cuidador de pessoa idosa é regido pelo disposto nesta Lei.

**Art. 2º** O cuidador de pessoa idosa é o profissional que desempenha funções de acompanhamento e assistência exclusivamente à pessoa idosa, tais como:

I – prestação de apoio emocional e na convivência social da pessoa idosa;

II – auxílio e acompanhamento na realização de rotinas de higiene pessoal e ambiental e de nutrição;

III – cuidados de saúde preventivos, administração de medicamentos e outros procedimentos de saúde;

IV – auxílio e acompanhamento na mobilidade da pessoa idosa em atividades de educação, cultura, recreação e lazer.

§ 1º As funções serão exercidas no âmbito do domicílio da pessoa idosa, de instituições de longa permanência, de hospitais e centros de saúde, de eventos culturais e sociais, e onde mais houver necessidade de cuidado à pessoa idosa.

§ 2º O cuidador, no exercício de sua profissão, deverá buscar a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa em relação a si, à sua família e à sociedade.

§ 3º As funções do cuidador de pessoa idosa deverão ser fundamentadas nos princípios e na proteção dos direitos humanos e pautadas pela ética do respeito e da solidariedade.

§ 4º A administração de medicamentos e outros procedimentos de saúde mencionados no inciso III deste artigo deverão ser autorizados e orientados por profissional de saúde habilitado responsável por sua prescrição.

**Art. 3º** Poderá exercer a profissão de cuidador de pessoa idosa o maior de 18 (dezoito) anos com ensino fundamental completo que tenha concluído, com aproveitamento, curso de formação de cuidador de pessoa idosa, de natureza presencial ou semipresencial, conferido por instituição de ensino reconhecida por órgão público federal, estadual ou municipal competente.

§ 1º Caberá ao órgão público de que trata o *caput* regulamentar, no prazo de 1 (um) ano a partir da vigência desta Lei, carga horária e conteúdo mínimos a serem cumpridos pelo curso de formação de cuidador de pessoa idosa.

§ 2º O Poder Público deverá incentivar a formação do cuidador de pessoa idosa por meio das redes de ensino técnico-profissionalizante e superior.

§ 3º São dispensadas da exigência de conclusão de curso de formação à época de entrada em vigor desta Lei as pessoas que venham exercendo a função há, no mínimo, 2 (dois) anos, desde que nos 5 (cinco) anos seguintes cumpram essa exigência ou concluam, com aproveitamento, o programa de certificação de saberes reconhecido pelo Ministério da Educação.

**Art. 4º** O contrato de trabalho do cuidador de pessoa idosa:



I – quando contratado por pessoa física para seu próprio cuidado ou de seu familiar, seguirá a Lei nº 5.859, de 11 de dezembro de 1972, e legislação correlata;

II – quando contratado por pessoa jurídica, seguirá a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e legislação correlata.

§ 1º O disposto neste artigo não impede a contratação do cuidador de pessoa idosa como Microempreendedor Individual.

§ 2º No caso do inciso I, é vedado ao empregador exigir do cuidador a realização de outros serviços além daqueles voltados ao idoso, em especial serviços domésticos de natureza geral.

**Art. 5º** É vedado ao cuidador de pessoa idosa, exceto se formalmente habilitado, o desempenho de atividade que seja de competência de outras profissões legalmente regulamentadas.

Parágrafo único. O disposto neste artigo não se aplica à administração de medicamentos e outros procedimentos de saúde na forma do § 4º do art. 2º.

**Art. 6º** 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.

Parágrafo único. O cuidador atuará em parceria com as equipes públicas de saúde, sendo acolhido e orientado por seus profissionais.

**Art. 7º** Aumentam-se em 1/3 (um terço) as penas para os crimes previstos na Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso), quando cometidos por cuidador de pessoa idosa no exercício de sua profissão.

**Art. 8º** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.