

Formação de Cuidadores de Idosos: avanços e retrocessos na política pública de cuidados no Brasil¹

Daniel Groisman

Rio de Janeiro, outubro de 2008. Num hotel em Copacabana – bairro conhecido nacional e internacionalmente tanto pelo seu passado glamoroso quanto pela sua enorme concentração de moradores idosos –, um pequeno grupo de autoridades, imprensa e personalidades da área gerontológica prestigiam o lançamento do Programa Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos (PNFCI), do Ministério da Saúde. A data coincide também com a comemoração dos cinco anos do *Estatuto do Idoso* (lei 10.741, de 3 de outubro de 2003), a mais importante legislação dedicada à proteção dos direitos do idoso, que estabeleceu entre as suas prioridades a “capacitação e reciclagem” de trabalhadores “nas áreas de geriatria e gerontologia” e “na prestação de serviços aos idosos” (Brasil/Presidência da República, 2003).

A iniciativa de se implantar uma política voltada para a qualificação de trabalhadores para o cuidado ao idoso ocorre num contexto em que a preocupação, por parte dos gestores, especialistas e da sociedade em geral vem se voltando de forma cada vez mais crescente para as necessidades de se preparar o país, através de suas políticas públicas, redes de serviços e recursos institucionais para o processo de envelhecimento da população brasileira. Segundo Camarano, apesar dos avanços para se garantir “uma renda mínima para a população idosa, (...) a provisão de serviços de saúde e de cuidados formais ainda é uma questão não equacionada”. Para essa autora, tal questão assumiria “uma importância ainda maior em função do envelhecimento da própria população idosa” (Camarano, 2010: 13), ou seja, do aumento da população com 80 anos

¹ Quero aqui agradecer à coordenação da Pesquisa do Observatório dos Técnicos na Saúde, bem como a toda equipe de pesquisadores e bolsistas, pelo companheirismo e apoio nesses dois anos de trabalho.

ou mais, grupo que estaria mais propenso a se tornar dependente de cuidados, devido ao maior tempo de exposição a desgastes ambientais e doenças crônicas, dentre outros.

Apesar de o país ter adotado, já há alguns anos, propostas propagadas por agências internacionais e que enfatizam a priorização do investimento em ações voltadas para a promoção da saúde, prevenção de doenças, manutenção da autonomia e adoção de estilos de vida capazes de proporcionar um “envelhecimento ativo” para a população (OMS, 2005), os recursos para cuidar daqueles cuja saúde, funcionalidade e condições de vida não se enquadram nos ideais do envelhecimento “saudável e ativo” (Brasil/MS, 2006) seguem permanecendo aquém das necessidades.

Nesse cenário de desafios e crescente pressão sobre o Estado e a sociedade, um debate que emerge é justamente sobre a divisão de responsabilidades na provisão de cuidados e bem-estar para os idosos: a quem caberia esta responsabilidade, à família, à sociedade ou ao Estado? Segundo Goldani, uma parte das políticas sociais nacionais estaria ancorada na pressuposição “de um modelo idealizado de família”, no qual a solidariedade entre os membros seria “tida como dada” (Goldani, 2004: 224). Esse ‘familismo’ estaria explicitado, por exemplo, nas principais legislações voltadas para a proteção da população idosa, como por exemplo, o artigo da Constituição Federal de 1988, que delega à família, em primeiro lugar, o “dever de amparar as pessoas idosas”, juntamente com a sociedade e o Estado (Brasil, 1988). Esta tendência vem sendo reproduzida nas legislações que se seguiram à constituinte e que buscaram garantir a proteção dos direitos da pessoa idosa.

Para Lemos (2010), embora se preveja um compromisso de toda a sociedade e do poder público na garantia do bem-estar da pessoa idosa, a legislação “tende a apontar a família como a primeira grande responsável na transferência de apoio” para aqueles que se tornam dependentes e/ou venham a necessitar de cuidados (Lemos, 2010: 31). Segundo este autor, tal fenômeno funcionaria como uma espécie de “encobrimento” para a falta de uma “política consistente e concreta de apoio ao idoso em situação de dependência”, na qual a família e o poder público pudessem ter uma atuação combinada (Lemos, 2010: 36). De acordo com Goldani (2004), os domínios públicos e privados interagem, o que faz com que

as políticas possam afetar as relações familiares. Tal noção é essencial para se pensar na importância e na atualidade do debate em torno da construção de políticas públicas para o cuidado da população idosa e/ou dependente, no contexto brasileiro.

Embora o país tenha realizado avanços importantes, nas últimas décadas, na direção da construção de políticas públicas voltadas para a proteção e promoção do bem-estar da população em geral e, também, do segmento idoso, o sistema previdenciário e securitário social nacional, mesmo com as conquistas trazidas pela Constituição de 1988, não previa a implantação de políticas específicas para o apoio aos cuidados de longa duração para uma população cada vez mais envelhecida. Somam-se a esse fato as pressões pela privatização do Estado e redução de direitos sociais conquistados, gerando uma tensão entre a universalização da cobertura e a focalização da assistência.

Autores que analisam a conformação do ‘Estado de Bem-Estar’ brasileiro indicam algumas das suas contradições, notadamente, o fato de este ser universal em seus princípios, porém como uma prática amparada cada vez mais em políticas compensatórias e focalizadas (Pereira, Silva & Patriota, 2006). As pressões para o enxugamento do gasto público e para a transferência para o ‘mercado’ das responsabilidades pela previdência e bem-estar social esbarram inevitavelmente nas novas demandas e desafios trazidos pelas mudanças no perfil demográfico da população, já que o processo de envelhecimento tende a pressionar o sistema securitário de modo geral, com ênfase nos setores de saúde e previdência social.

Dessa forma, não é surpresa que a discussão sobre a ampliação de cobertura, de modo a incluir políticas, medidas, benefícios e prestação de serviços voltados para o apoio aos cuidados de idosos, ocorra ainda de forma tão incipiente no cenário nacional, sendo o PNFCI, possivelmente, uma das poucas iniciativas voltadas para esta necessidade que foi desenvolvida nos últimos anos. Nos países que já vivenciam, há mais tempo, as consequências trazidas pelo processo de transição demográfica e epidemiológica das suas populações, a adoção de programas e políticas específicas para o cuidado vem ocorrendo de forma mais avançada (Pasinato & Korkins, 2010). Como exemplo, pode-se citar a implantação do Sistema para a Autonomia e Atenção à Dependência pelo Estado

Espanhol em 2006, que garante, dentre outras medidas, benefícios monetários para as pessoas incapacitadas e que necessitam de cuidados ou cuidadores. Segundo Agulló (2006), o direito ao cuidado constituiria o quarto pilar do Estado de Bem-Estar Social espanhol, junto com a saúde, a educação e a previdência social.

A ideia de que a provisão de cuidados deve ser incorporada aos sistemas de seguridade social dos países está relacionada com a constatação de que os sistemas de saúde, assistência e previdência social tradicionais e historicamente estabelecidos não são suficientes para fazer frente aos novos desafios trazidos pelo processo de envelhecimento das populações (Batista *et al.*, 2008). A essas limitações, somam-se também as dificuldades que as famílias vêm encontrando para sustentar o cuidado domiciliar prolongado daqueles que se tornam dependentes, em um contexto em que a própria conformação da família vem se alterando, o que vem afetando a sua capacidade e disponibilidade para o cuidado.

Segundo Puga (2005), os dois pilares que tradicionalmente sustentam a assistência à dependência na velhice são a família e o recurso à rede de atenção primária na saúde, sendo que ambos possuem limitações. Sobre a rede de atenção primária na saúde, essa autora salienta o seu importante papel como referência territorial para as populações, inclusive idosas, porém lembra das grandes limitações e dificuldades que essa rede vem encontrando para assistir a essa população, ressaltando a importância de se manejar o cuidado como uma questão não restrita apenas ao âmbito médico, mas sim envolvendo componentes sociais e de saúde. Puga (2005) sustenta que o modelo familista de bem-estar deve ser repensado, sem privar a família do seu papel de protagonismo, mas fazendo com que as responsabilidades pelo cuidado possam ser mais bem compartilhadas entre a família, a comunidade e o Estado.

No caso brasileiro, o PNFCI não atenderia a todas as necessidades associadas à implantação, de fato, de uma política para o cuidado, dado que as medidas destinadas à qualificação dos cuidadores compõem apenas uma parte do arcabouço de soluções que vêm sendo adotadas em outros países, as quais combinam benefícios monetários com a oferta de uma vasta gama de serviços voltados para o gerenciamento, apoio e prestação dos cuidados. Mas o PNFCI certamente representaria um passo importante, sobretudo ao trazer visibilidade para uma categoria

profissional emergente e em busca de reconhecimento – os cuidadores de idosos –, que ganharia um fortalecimento na sua qualificação e se beneficiaria de oportunidades de integração com as políticas públicas já existentes. Entretanto, pouco mais de um ano após o seu lançamento, o PNFCI é interrompido.

Neste capítulo, temos como objetivo central contextualizar a emergência do ‘cuidador de idosos’ como um ator inserido no debate a respeito da constituição de políticas voltadas para atender as demandas e necessidades da crescente população idosa nacional. Buscamos caracterizar este trabalhador e trazer elementos que evidenciem as tensões e discussões em torno do processo histórico de reconhecimento dessa ocupação profissional. Como fio condutor da nossa abordagem, realizamos um estudo de caso de uma política destinada a qualificar cuidadores em larga escala, em todo o território nacional: o PNFCI, em sua curta existência. Mostramos o cenário no qual o programa é iniciado, como ele se desenvolve e, por fim, os impasses e conflitos que levaram à sua desativação.

A abordagem ao PNFCI é aqui construída a partir das informações obtidas na pesquisa que realizamos entre 2010 e 2012, intitulada “Qualificação de trabalhadores para o cuidado ao idoso – análise de políticas”, a qual envolveu consulta de documentos, análise de legislação, visitas a algumas das instituições participantes do PNFCI, levantamento de informações através de entrevistas telefônicas com auxílio de computador (Etac) e entrevistas presenciais com gestores, coordenadores pedagógicos e docentes envolvidos na organização e operacionalização do referido programa.²

As Políticas de Formação em Larga Escala e a Qualificação de Cuidadores

Quando o PNFCI foi lançado, em 2007, na realidade esta não era a primeira vez que uma iniciativa desse tipo era empreendida no país. Em 1999, mesmo ano em que foi lançada a Política de Saúde do Idoso, uma portaria interministerial dos ministérios da Saúde e de Previdência

² A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz) sob o número CAAE 0041.0.408.000-11. Os depoimentos aqui reproduzidos foram coletados nos meses de outubro e novembro de 2011.

e Assistência Social instituiu o “Programa Nacional de Cuidadores de Idosos” (Brasil, 1999). Born, uma das pessoas que participou dessa iniciativa pioneira, relata esta experiência:

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

A descentralização da formação ocorreria através de repasses de recursos para os gestores locais dos estados e municípios, os quais eram responsáveis pela organização e realização dos cursos. Born explica que o grupo de trabalho que auxiliou na elaboração desse programa também realizou diversas discussões “com o objetivo de tornar mais definidas as funções do cuidador”, a fim de que se pudesse regulamentar a profissão (Born, 2006: 3). Entretanto, segundo a autora, houve impasses em relação à criação da profissão, e não se conseguiu avançar em relação a isso. De todo modo, seja pelas resistências existentes, seja pelas discontinuidades sistêmicas de muitas políticas que se iniciam no país, fato é que o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos acabou sendo descontinuado algum tempo depois de ser posto em funcionamento. Entretanto, deixou uma importante contribuição para a área, não apenas ao inaugurar uma política para a formação nacional de trabalhadores para o cuidado ao idoso, mas também por ter contribuído para a inclusão de um perfil de competências para o ‘cuidador de idosos’, na *Classificação Brasileira das Ocupações* (CBO), editada pelo Ministério do Trabalho (Brasil, 2002). Esta inclusão, que corresponde ao código 5162-10 do CBO, é até hoje o fundamento legal para o exercício remunerado da atividade.

Quando a formação de cuidadores é retomada, em 2007, ela ocorre em um contexto no qual a organização das políticas voltadas para a formação dos trabalhadores da saúde estava em um patamar diferente do momento anterior. Em 2003, o Ministério da Saúde instituiu a “Política de Educação Permanente no SUS”, com a constituição de diversos centros formadores em todo o país, sendo um dos componentes dessa

política a rede de escolas técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS), com escolas profissionalizantes em cada estado nacional. O ‘novo’ Programa para Formação de Cuidadores de Idosos trazia algumas diferenças em relação ao seu predecessor, sendo a principal delas a previsão de que a formação dos cuidadores ocorreria especificamente através das ETSUS. A ideia de formar cuidadores através das ETSUS, porém, representava um enorme desafio, já que se tratava de uma formação inteiramente nova para essas escolas. Além disso, acrescenta-se o fato de os cuidadores de idosos não estarem tradicionalmente inseridos no serviço público, como os demais trabalhadores qualificados por essas instituições, já que não existem políticas públicas de âmbito nacional que incorporem os cuidadores como força de trabalho, a não ser em situações pontuais e localizadas.

A iniciativa de reativar o PNFCI, em 2007/2008 surgiu a partir de uma demanda identificada pela área técnica de saúde do idoso do Ministério da Saúde, a qual, como relata um dos gestores da época, possuía a preocupação em resgatar a figura do cuidador, tida claramente como “uma lacuna importante na política pública”:

Nós sugerimos para a SGTES [Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde], a secretaria que foi montada no Ministério da Saúde para lidar com a qualificação, inserir a formação do cuidador. (...) Conseguimos fazer essa articulação e trazer o tema do cuidador, com o cuidado político de não achar que estávamos fazendo algo novo: buscamos a política de cuidadores, resgatamos documentos que estavam literalmente engavetados (...) e, enfim, surgiu essa janela de oportunidades e nós conseguimos resgatar o cuidador para a agenda, numa plataforma bastante sustentável que era a das escolas técnicas do SUS, uma rede que tem em todo o país, em todos os estados, e tem um *know-how* de formação. Coincidiu que estávamos também atualizando o *Manual do Cuidador*. Essa agenda correu com felicidade, porque nós tínhamos uma interlocução importante com a SGTES e tínhamos um material para dar sustentação e dar maior visibilidade a essa política. Fizemos o manual do cuidador e distribuímos para todas as secretarias de saúde. [Gestor 1]

Antes do seu lançamento oficial, uma primeira etapa do PNFCI havia sido realizada, em caráter piloto, por seis ETSUS, localizadas nas cinco regiões geográficas do país. Nessa primeira etapa, cada escola for-

mou um número reduzido de turmas, em caráter experimental.³ Outro gestor envolvido nesse processo, relata esse início:

Naquela época, quando a coordenação de ações técnicas do Deges, atendendo a uma solicitação de um grupo que trabalhava na coordenação da saúde do idoso, trouxe a proposta da formação do cuidador, nós tínhamos uma sobra de recurso (...) que empregamos para fazer um projeto-piloto, para a gente testar essa qualificação. Nós não queríamos fazer isso assim de qualquer maneira, os modelos anteriores (...) nós não conhecíamos e, para ir pesquisar talvez fosse mais trabalhoso do que tentar uma coisa com as características do trabalho do Deges, principalmente naquela época, que era: todo curso que fosse ofertado tem que ter diretrizes. [Gestor 2]

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

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

³ As escolas que participaram desta primeira etapa foram: Escola Técnica de Saúde Profa. Ena de Araújo Galvão (MS); Escola Técnica de Saúde de Blumenau (SC); Escola Técnica de Saúde Profa. Valéria Hora (AL); Escola Técnica de Saúde do Centro de Ensino Médio e Fundamental da Unimontes (MG) e Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha (AC). Além destas, participou também a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz (RJ), na qualidade de centro formador de trabalhadores vinculado ao governo federal.

A metodologia da política de educação permanente no Sistema Único de Saúde (SUS) permitia que cada instituição pudesse formatar os cursos de acordo com as especificidades da sua região, porém com base em um referencial curricular. O *Perfil de Competências Profissionais para o Cuidador*, em seu texto de apresentação, conceituava o cuidador, “formal ou informal”, como um agente que

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. (Brasil/MS, 2007: 3)

Além disso, o documento destacava também a necessidade de se valorizar “a singularidade profissional” do cuidador como um “trabalhador no campo de interface intersetorial da saúde e da assistência social”, bem como a “necessidade de promover a qualificação profissional mediante processo sistemático de formação (...), assegurando acesso ao aproveitamento de estudos, formação em itinerário e obtenção de certificado profissional com validade nacional” (Brasil/MS, 2007: 2). Em relação à carga horária, foi definido que o curso deveria ter um total de 160 horas, sendo que, destas, 40 horas seriam destinadas a atividades de campo.

Esta primeira fase do programa foi acompanhada pela SGTES, que realizou um seminário de avaliação, ao término da experiência. Foi feito, na ocasião, um levantamento, por meio de questionários aplicados junto aos diretores das escolas participantes, docentes do curso e também discentes das turmas qualificadas, com perguntas de caráter avaliativo em relação à experiência. Além da avaliação realizada por meio dos questionários, realizou-se também um encontro, no qual as instituições que desenvolveram o curso apresentaram as suas experiências e deram sugestões para o aprimoramento do projeto. O saldo desse levantamento foi uma avaliação positiva da experiência desenvolvida até então no programa, o que preparou o terreno para o lançamento da sua segunda etapa, a qual ocorreria no segundo semestre de 2008. O seminário para o lançamento público do PNFCI, em 2008, correspondeu, na realidade, ao anúncio da sua segunda etapa, na qual não apenas as demais ETSUS poderiam obter recursos para realizarem a qualificação de cuidadores,

como ainda o financiamento contemplaria a formação em larga escala e de forma descentralizada, a partir da abertura de turmas nos municípios abrangidos pelas escolas participantes:

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

O lançamento oficial da (segunda etapa) do PNFCI obteve uma certa visibilidade na mídia, que noticiou o lançamento do programa. Apesar de a ‘capacitação’ de trabalhadores em saúde do idoso ser prevista desde meados da década de 1990, quando é lançada a Política Nacional do Idoso (lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994), historicamente, os treinamentos e qualificações na área sempre tenderam a privilegiar os profissionais de nível superior, sendo um dos exemplos o surgimento de diversos cursos de especialização em geriatria e gerontologia, tanto em centros universitários quanto vinculados às sociedades de especialistas.

Embora possam ter existido, eventualmente, treinamentos voltados para os trabalhadores de nível médio dos serviços públicos, tais iniciativas não chegaram a ocorrer no âmbito de uma formação em grandes proporções, ou como parte de uma política específica voltada para essa finalidade.

Uma modificação nesse quadro viria a se tornar possível exatamente a partir do lançamento do PNFCI, já que o Ministério da Saúde planejava incluir a qualificação de cuidadores no âmbito do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps), o qual possuía recursos para qualificar centenas de milhares de trabalhadores no país. Na época, a formação de cuidadores foi listada como meta do governo Lula, que previa qualificar 66.000 cuidadores de idosos em um período de quatro anos.

É nesse contexto que tem início a segunda fase do programa, na qual outras escolas, além daquelas primeiras, poderiam aderir. Outra diferença é que seria então realizada a formação em larga escala, na qual cada instituição formadora, de âmbito estadual, leva o curso aos municípios de sua abrangência, o que possibilita a realização de dezenas de turmas simultâneas em diferentes regiões geográficas.

O Processo de Surgimento da Profissão de Cuidador

“Uma profissão que tende a ganhar espaço com o envelhecimento da população é a de acompanhante de idosos”. Assim começava o texto de uma notícia, publicada como matéria de capa do caderno de empregos de um jornal de circulação popular do Rio de Janeiro, em 2008, mais ou menos na época do lançamento do PNFCI. “Na média é possível ganhar o equivalente a dois salários mínimos, dependendo da negociação com o empregador”, continuava o texto, que finalizava com uma orientação para os possíveis interessados em atuar na área: “quem quiser seguir na profissão não pode esquecer nunca de se qualificar” (Machado, 2008). A popularização da ‘profissão’ de cuidador de idosos é um fenômeno relativamente recente na história do país, embora possivelmente a atividade de cuidar seja tão antiga quanto a própria existência da família como instituição social. O cuidado, segundo Gorfinkiel (2008), é uma das atividades essenciais da organização social, dado que em graus e momentos diferentes todas as pessoas demandam algum tipo de atenção específica. Porém, o local e a forma como tradicionalmente o cuidado em família ocorre vêm se modificando, já que as próprias estruturas familiares e sociais passam por um processo de profundas transformações nas sociedades contemporâneas. O processo de nuclearização das famílias, a entrada da mulher no mundo do trabalho, o afastamento entre as gerações e a diminuição das taxas de conjugalidade são transformações que acarretaram uma diminuição da disponibilidade e capacidade das famílias para cuidarem diretamente de seus membros dependentes. A inserção das crianças nas instituições escolares ou pré-escolares, por exemplo, ocorre cada vez mais cedo. À institucionalização, soma-se a mercantilização do cuidado, caracterizada pela contratação de pessoas alheias à família para exercer tal função.

O ‘cuidador’ de idosos é caracterizado, segundo a CBO, como um trabalhador preponderantemente da esfera doméstica, podendo, entretanto, atuar também no âmbito institucional. Historicamente, pode-se dizer que este tipo de atividade vem sendo exercida majoritariamente por pessoas oriundas da comunidade, com um aprendizado advindo muito mais da prática do cotidiano do que propriamente de uma qualificação prévia, na medida em que, como a profissão não foi ainda regulamentada, não estão ainda instituídos os requisitos para ingresso e

exercício da atividade. ‘Cuidador’ é um termo amplo, cujo sentido mais evidente talvez seja aquele trazido pelo dicionário: aquele que cuida. Sua utilização não está necessariamente referida exclusivamente para o cuidado ao idoso, mas também relacionada aos cuidados de outras pessoas em situação de dependência, como por exemplo, crianças, pessoas com deficiência, usuários da saúde mental e outros. O emprego do termo na literatura especializada é relativamente recente. No Brasil, ‘cuidador’ corresponde à palavra em inglês *caregiver* e seu uso começou a se intensificar mais especificamente a partir de meados da década de 1990, na literatura científica, principalmente nas áreas de saúde e assistência social. A palavra ‘cuidador’ tanto pode se referir a um familiar que exerce a função de cuidado, de forma não remunerada, quanto a uma pessoa contratada para esse fim.

Segundo Girardi, Fernandes Jr. e Carvalho (2000: 8), a maioria das ocupações de nível técnico médio “pode ser considerada fracamente regulamentada, tendo regulados apenas aspectos vinculados ao chamado credencialismo educacional”. Apesar da inclusão, no catálogo de cursos do MEC, do Curso Técnico de Cuidados de Idosos (Brasil/MEC, 2012), essa ocupação permanece sendo, preponderantemente, uma atividade de nível fundamental e médio. Devido à ausência de legislação para regular a profissão, a formação inicial para esses trabalhadores tem sido realizada de maneira heterogênea, sendo oferecida tanto por instituições públicas quanto privadas, com diferentes finalidades, currículos e carga horária variável. Não é incomum a existência de cursos de curta duração, muitas vezes restritos a uma formação elementar – tanto no aspecto teórico quanto prático – e restrita aos conteúdos de aplicação mais imediata no cotidiano do cuidador.

De acordo com Born, os cursos que se realizam no Brasil, “não seguem, até hoje, uma orientação padronizada, ficando seu programa a critério do preparo profissional e da experiência daqueles que os organizam” (Born, 2008: 2). O esforço em se lançar um programa nacional para formação de cuidadores, amparado em um perfil de competências profissionais, certamente traria uma enorme contribuição para a normatização da qualificação inicial do cuidador, não apenas em relação aos conteúdos básicos, mas também em relação à carga horária e duração dos cursos. Além disso, a formação em larga escala também traria um forte

estímulo para que o exercício da atividade se tornasse cada vez mais associado à qualificação prévia e/ou permanente do cuidador formal.

Embora a carga horária de 160 horas, proposta pelo PNFCI pudesse parecer pequena, se comparada às formações dos trabalhadores técnicos, representava um promissor início para uma política de elevação da escolaridade dos cuidadores, os quais se encontram hoje numa situação de vulnerabilização e falta de proteção nas suas condições de trabalho. Em pesquisa realizada com dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (Pnad), Guimarães, Hirata e Sugita (2011) concluíram que o ofício dos cuidadores, no país, é exercido por trabalhadores com baixa escolaridade, já que 63% possuiriam apenas o Ensino Fundamental. Além disso, somente 24% teria carteira de trabalho assinada e a vasta maioria (66%) ganharia no máximo um salário mínimo. As autoras ressaltam ainda a grande predominância de mulheres nessa atividade, fator este que tanto está relacionado à identificação do papel social da mulher com as atividades de cuidado, sobretudo no âmbito domiciliar, quanto com a baixa remuneração que a atividade ainda oferece. Entretanto, não obstante esses fatores, o ‘mercado’ de cuidados segue crescendo no país, associado ao aumento do número de pessoas idosos e/ou passíveis de necessitarem de serviços de cuidados, o que faz com que, cada vez mais, se torne importante e necessário pensar em medidas voltadas para a proteção, valorização e reconhecimento profissional dos cuidadores.

O aumento das preocupações com a temática dos cuidados é também um exemplo de como a própria visibilidade do envelhecimento populacional, como problema social, cresceu nas últimas décadas. Segundo Leibing (2005), a emergência da preocupação com o peso populacional da velhice, no Brasil, representou uma espécie de ruptura na identidade de um país que sempre se viu como jovem e onde a temática do envelhecimento era retratada apenas eventualmente como questão mais relacionada ao âmbito do privado. Para esta autora, a transição demográfica brasileira estaria ainda “diretamente ligada à descoberta dos idosos não apenas enquanto população, mas também como consumidores e eleitores” (Leibing, 2005: 17). A velhice, tradicionalmente vista como um problema essencialmente restrito ao âmbito familiar, torna-se, portanto, uma questão nacional, sobretudo a partir das duas últimas décadas do

século XX – fenômeno acompanhado da constituição de medidas destinadas à proteção social dessa população e também de um mercado de serviços destinados a suprir as novas demandas e necessidades trazidas por esse segmento etário.

É nesse contexto que se populariza também o conceito de ‘terceira idade’, que busca associar o envelhecimento a novos estilos de vida, ao lazer, ao consumo, à fruição do tempo livre, à promoção da saúde e à busca da realização pessoal nessa fase da vida. Debert (1999, 2011), uma das autoras que tematiza o surgimento da ‘terceira idade’ no país, considera que haveria uma contradição no processo de transformação da velhice – tradicionalmente vista como uma questão pertencente ao âmbito do privado – num problema social. Para ela, enquanto a velhice tem cada vez mais a sua gestão “socializada”, ou seja, alçada ao rol das questões públicas, haveria uma hegemonização das ideologias que valorizam o autocuidado individual, atribuindo-se uma excessiva responsabilização dos indivíduos pela manutenção da sua saúde e bem-estar social. Este movimento, a “reprivatização da velhice”, ajudaria ainda a encobrir o debate público a respeito da ausência de recursos para o enfrentamento da “decadência das habilidades físicas, cognitivas e emocionais que também podem ocorrer na velhice” (Debert, 1999: 219).

É, portanto, precisamente nesse cenário de transformações e de atribuição de novos significados para o envelhecimento na sociedade, que o cuidador de idosos, um trabalhador antes relegado a um lugar de “invisibilidade” e restrito à esfera da vida familiar privada (Wanderley & Blanes, 1998), passa a se tornar um pouco mais visível. Como parte desse processo, novas expectativas e exigências se impõem para esses trabalhadores, ditadas pelo crescente mercado de trabalho de cuidados, seja na esfera doméstica ou em instituições.

Um aspecto que convém destacar é o que diz respeito à qualificação prévia para o exercício da atividade. Se, tradicionalmente, o saber ‘vocacional’, ou seja, as características intrínsecas à pessoa do cuidador, tais como o ‘amor’, o ‘respeito’ e a ‘paciência’ eram as mais valorizadas (Barbieri, 2008), o saber relacionado à técnica, à escolarização e aos conhecimentos passam a ser vistos também como desejáveis, embora numa proporção possivelmente ainda menor do que os primeiros.

Paulatinamente, aquele trabalhador doméstico leigo, recrutado na

comunidade pelo simples fato de demonstrar alguma afinidade com o cuidado, tende a dividir espaço com trabalhadores que conciliam essas características com alguma preparação ou experiência prévia na área, como, por exemplo, ter feito um curso para cuidadores, ainda que de pequena duração. Esta passagem – que ainda está em seu início na nossa sociedade – é condizente com o tipo de expectativa que se tem para o cuidado na velhice, a qual hoje difere daquela que era vigente no passado, quando a velhice era praticamente sinônima de valores de cunho negativo, tais como adoecimento, afastamento da vida social, ausência de desejos e projetos de vida e proximidade com a morte (Debert, 1999). Dessa forma, o ‘cuidador’ parece se diferenciar do ‘acompanhante’ de idosos, termo um pouco mais antigo e que era utilizado para designar a mesma ocupação. Segundo a CBO, o cuidador é aquele que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida” (Brasil, 2002). Conceituando também este trabalhador, o *Guia Prático do Cuidador*, lembra-nos de que “o papel do cuidador ultrapassa o simples acompanhamento das atividades diárias dos indivíduos” (Brasil/MS, 2008: 10). Entretanto, apesar dos avanços no sentido de se conferir uma maior visibilidade para esse ator, esta ainda é pequena e periférica, restando ainda muito a se avançar nessa direção. Como nos lembram Martinez, Marques e Melo Silva,

o cuidador muitas vezes acaba invisível aos olhos da sociedade, ora confundido como empregado doméstico, ora como profissional de enfermagem, não sendo atingida ainda a real compreensão de seu trabalho de apoio ao idoso, devido à falta de informação da família e da sociedade. (Martinez, Marques & Melo Silva, 2009: 6)

As discussões em torno da regulamentação da profissão de cuidador de idosos remontam ao final da década de 1990, quando foi lançado o primeiro programa de formação de cuidadores de idosos. Tais discussões avançaram muito pouco naquela época, sobretudo em função das resistências dos conselhos e entidades da enfermagem que se opuseram à profissionalização do cuidador. Somente em 2006 é que foi efetivamente apresentado, na Câmara dos Deputados, o primeiro

projeto de lei visando à criação dessa profissão. Tal projeto, de autoria do deputado Inocêncio de Oliveira, já recebeu diferentes redações e vem tramitando lentamente.

Os avanços mais significativos ocorreram, até o momento, no Senado Federal, que conseguiu aprovar, em 2012, o PLS 284/11, que prevê a regulamentação da profissão de cuidador de pessoa idosa. Sua redação, que recebeu texto substitutivo da senadora Marta Suplicy, envolveu um amplo processo de debates com a sociedade, por meio da realização de audiências públicas e ainda uma consulta pública na Internet, por meio do portal do Senado Federal.

Em seu texto introdutório, o PLS 284/11 manifestava a clara preocupação com a necessidade de trazer para os cuidadores de idosos a proteção legal necessária para o exercício da profissão, destacando o fato de que, apesar da ocupação já “ser uma realidade no mercado de trabalho”, é necessário “suprir a lacuna” deixada pela ausência de uma regulamentação, de modo a também garantir ao idoso, “a segurança de uma boa prestação do serviço” (Brasil/Senado Federal, 2012: 3). Além, disso, o texto da senadora também mencionava a necessidade de que a “sociedade ofereça compensações e estímulos” aos cuidadores “valorizando-os devidamente, pelo seu trabalho em benefícios de todos” e destacava a relevância social dessa regulamentação, na medida em que “se ainda não somos, seremos todos idosos um dia”, cabendo à sociedade, portanto, o dever de “preparar-se e organizar-se, promovendo a articulação de organizações sociais, das famílias e do Estado, cada qual assumindo as suas responsabilidades”, sendo dever do congresso prover “o amparo legal para o exercício da profissão” de cuidador (Brasil/Senado Federal, 2012: 3). Em sua redação aprovada no Senado, mas que ainda necessitará tramitar pela Câmara dos Deputados, o PLS 284/11 estabelece que o cuidador de idosos deve ser maior de 18 anos, ter o Ensino Fundamental completo e ter concluído, “com aproveitamento, curso de formação para cuidador de pessoa idosa conferido por instituição de ensino reconhecida por órgão público (...) competente” (Brasil/Senado Federal, 2012: 10).

Todo esse cenário de transformações no campo dos cuidados, impulsionadas pelas modificações no perfil etário e demográfico da população brasileira, pelo processo de nuclearização da família e pelas tendências

de profissionalização dos cuidadores, dentre outros fatores, são evidências de como o campo do *care*⁴ – termo que vem sendo utilizado na literatura internacional – vem se organizando em novas configurações no país.

Segundo Guimarães, Hirata e Sugita (2011), *care* é um termo multidimensional, que vem sendo designado para denominar um amplo campo de ações e atitudes, envolvendo temáticas, como a divisão de responsabilidades entre os âmbitos público e privado para o cuidado, a regulação do trabalho de cuidados, bem como a sua mercantilização e profissionalização e a incorporação de direitos relacionados a esta temática às legislações. O que o caso brasileiro parece indicar é que, possivelmente, estamos vivenciando um momento de relevância para a construção social e institucional de um ‘lugar’ para o *care* no cenário nacional, ao longo das próximas décadas. Ao debatermos a profissionalização do cuidador – tema que se atrela, inevitavelmente, à incorporação desses trabalhadores às políticas públicas de setores tais como o de saúde, assistência social e/ou direitos humanos –, estamos certamente realizando um debate sobre qual é o lugar que ‘os cuidados’ passarão a ocupar na sociedade brasileira, não apenas como prestação de serviços, mas também – e sobretudo – pela própria incorporação do ‘cuidado’ à seguridade social, no contexto de uma política para a promoção do bem-estar para a população em geral. Em outras palavras, pensar o cuidado nos remete ao questionamento de qual sociedade queremos para as gerações futuras que envelhecerão e de que tipo de cuidados estas receberão da família, da sociedade e do Estado.

É, portanto, neste contexto de reconfigurações das relações de cuidado, à medida em que a família, tradicional instância cuidadora, dá cada vez mais sinais de que precisa de auxílio para desempenhar esta função, que a temática do cuidador não familiar emerge com maior força, seja como objeto de uma política do governo – na experiência abruptamente interrompida do PNFCI –, seja nos debates em torno da regulamentação da profissão. Como analisam Maffioletti, Loyola e Nigri (2006: 1.086), “o surgimento do cuidador formal como uma nova categoria profissional, (...) não pode ser entendida como uma resultante exclusiva das pressões do campo gerontológico. Ela se inscreve no campo do cuidar – apesar das resistências que tem encontrado”.

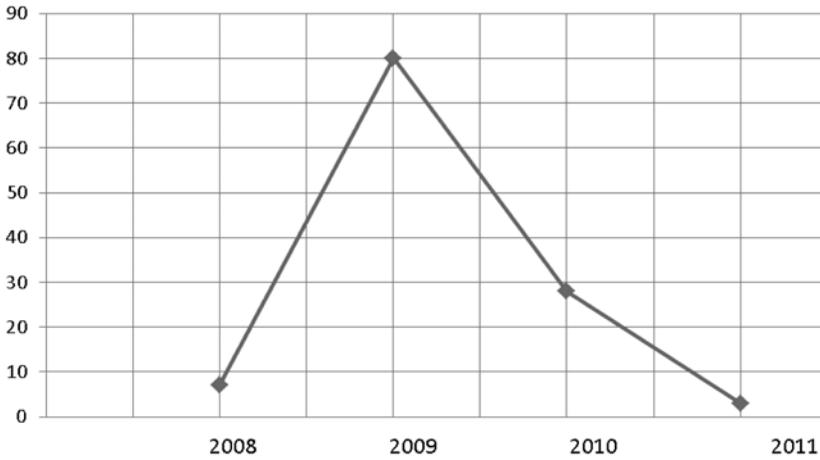
⁴ Termo em inglês que significa ‘cuidado’.

Avanços e Retrocessos na Política de Qualificação de Cuidadores no País

A segunda etapa do PNFCI coincidiu com um período de mudanças políticas no Departamento de Gestão da Educação na Saúde (De-ges), órgão que integra a SGTES do Ministério da Saúde e que era responsável pela realização dos cursos. A coordenadora de ações técnicas desse departamento, uma professora com um largo percurso histórico na área de educação profissional, deixa o cargo. Ela seria posteriormente substituída por outra profissional com perfil mais alinhado com a área de saúde, sobretudo com o ensino acadêmico. Tal mudança na configuração política da secretaria traria implicações para os destinos do recém-lançado PNFCI.

Diferentemente da primeira etapa do programa, quando as escolas formaram um contingente reduzido de turmas, a formação ocorreria agora em maior escala. As ETSUS que participaram dessa etapa foram: Dr. Manoel Ayres (PA) e Profa. Ena de Araújo Galvão (MS), que formaram, cada uma, cerca de dez turmas; a Escola Técnica de Saúde de Blumenau (SC), que formou oito turmas; o Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manuel da Costa Souza (RN), que qualificou cerca de 14 turmas e; finalmente, o Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha (PR), que qualificou mais de 40 turmas de cuidadores. Além dessas, outras ETSUS também qualificaram cuidadores no período, porém com recursos próprios, como a EPSJV/Fiocruz, que formou cerca de quatro turmas. O Gráfico 1 a seguir registra o desenvolvimento do programa no período em que esteve ativo, sendo que o seu ápice ocorreu em 2009.

Gráfico 1 – Turmas formadas por ano, no PNFCI

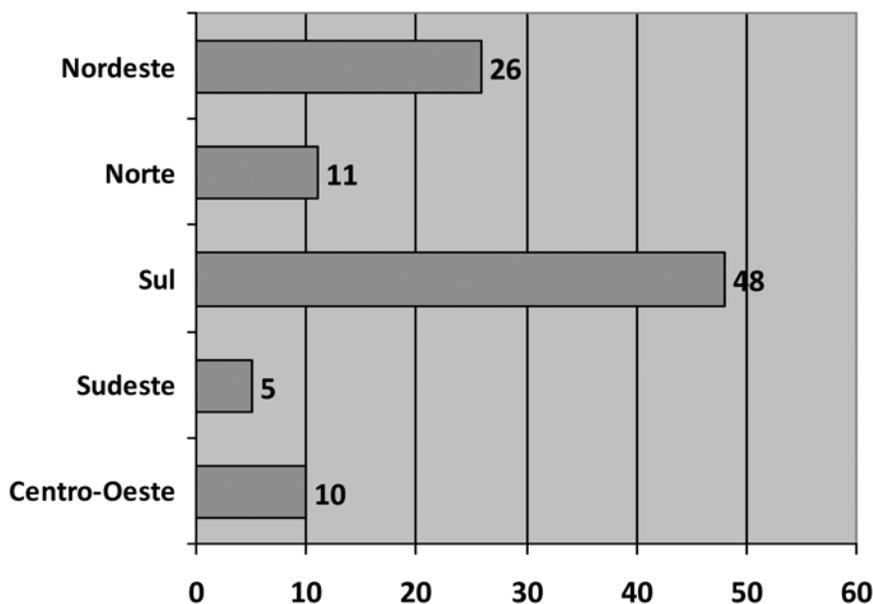


Fonte: Informações obtidas diretamente com as instituições formadoras, por meio de entrevista telefônica assistida por computador (Étac).⁵

A curva ascendente demonstra como o programa estava rapidamente crescendo, antes de ser abruptamente interrompido, em 2009/2010. Em relação à distribuição das turmas pelos estados, houve uma maior concentração na região Sul, devido ao enorme projeto desenvolvido pela ETSUS de Curitiba (PR), como demonstra o Gráfico 2:

⁵ Por terem sido obtidas por meio de entrevista telefônica, as informações podem estar sujeitas a imprecisões. Este levantamento foi realizado em agosto de 2010 e posteriormente atualizado em agosto de 2011.

Gráfico 2 – Quantidade de turmas formada por região no PNFCI (%)



Fonte: informações obtidas diretamente com as instituições formadoras, por meio de Etac.

A qualificação dos cuidadores representou, certamente, um grande desafio para as ETSUS, na medida em que este era um curso novo para essas instituições. Entretanto, a metodologia do programa previa a realização, antes de cada etapa, de uma qualificação para os professores e coordenadores dos cursos. Um dos entrevistados, coordenador do curso para cuidadores de uma das ETSUS narra como isso ocorreu:

Nós organizamos um minicurso de 40 horas, para fazer a formação dos nossos professores. Chamamos pessoas da universidade e também profissionais de serviços de atendimento a idosos, já que alguns já haviam sido professores em outros cursos nossos. Foi uma oportunidade também para que nós mesmos nos capacitássemos e foi um espaço muito proveitoso para discussão da proposta do curso junto aos professores. Depois disso, começamos a formação dos cuidadores, já que as inscrições já estavam abertas, naquela época, e a demanda foi muito grande. [Coordenador Pedagógico 1]

As ETSUS compõem hoje uma parte importante da política de formação para os trabalhadores do SUS. Conforme nos contam Pereira

e Ramos (2005), na década de 1980, a partir da 7ª Conferência Nacional de Saúde, a Secretaria de Recursos Humanos do Ministério da Saúde revela a preocupação com a formação de trabalhadores de nível médio e elementar da saúde. Constata-se que um enorme contingente de trabalhadores, sobretudo da área de enfermagem, possuía preparo e escolaridade precários, aos quais se somavam as também precárias condições de trabalho que lhes eram muitas vezes oferecidas. É nesse contexto que se inicia o pioneiro Projeto Larga Escala, que deu origem aos primeiros centros formadores do SUS e que doravante vieram a constituir a Rede de Escolas Técnicas do SUS. Com a constituição de 1988 e com a implantação do SUS, na década de 1990, a formação dos trabalhadores das funções de nível elementar e médio foi considerada uma necessidade para o desenvolvimento da própria Reforma Sanitária Brasileira, que pregava a melhoria da qualidade e a humanização do atendimento nos serviços, em uma perspectiva da integralidade na saúde (Pereira & Ramos, 2005). Em 2003, é aprovada na 12ª Conferência Nacional de Saúde e, no Conselho Nacional de Saúde, a *Política de Educação Permanente em Saúde*, a qual, segundo Ramos (2009), caracterizava-se não por ser exclusivamente de formação, mas também de gestão do processo de trabalho em saúde, tendo como eixo principal a integração ensino-serviço. A inclusão da formação de cuidadores no âmbito das ETSUS representou, entretanto, um diferencial em relação ao tipo de cursos que essas instituições vinham oferecendo, os quais eram voltados, tradicionalmente, para a formação dos profissionais que integram o SUS: agentes comunitários e de vigilância em saúde; técnicos de enfermagem; técnicos de higiene dental; trabalhadores da área de biodiagnóstico e outros.

O cuidador de idosos não integra, institucionalmente, o SUS, apesar de eventualmente existirem cuidadores atuando em instituições de longa permanência ou residências terapêuticas vinculadas a este sistema. Além disso, cabe ressaltar que o curso não era exclusivo ‘para cuidadores’, mas também – e fundamentalmente – ‘sobre o cuidado a idosos’. Nesse sentido, obteve a adesão de um grande número de trabalhadores dos serviços de saúde, os quais possuíam demanda de qualificação sobre a temática do cuidado, na medida em que este é um problema que compõe o seu cotidiano de trabalho. Este é o caso, por exemplo, dos agentes comunitários de saúde, que lidam cotidianamente com famílias cuida-

ras de idosos nas comunidades. Dessa forma, os cursos para cuidadores possuíam este diferencial, que era o fato de congregarem, nas mesmas turmas, tanto trabalhadores dos serviços quanto pessoas oriundas da comunidade. A proporção entre trabalhadores ‘de dentro’ dos serviços e demais pessoas ‘da comunidade’ variava conforme as turmas e regiões. Pela tradição das ETSUS e pelos estreitos vínculos destas com os serviços de saúde, pode-se inferir que, ao menos nas turmas iniciais, o número de discentes oriundos dos serviços certamente não era pequeno. Em uma das ETSUS participantes e que qualificou cerca de dez turmas na segunda fase do programa, a proporção nas turmas iniciais era de 90% de alunos oriundos dos serviços e 10% vindos da comunidade. Como relata uma das docentes envolvidas nessa qualificação,

naquele momento, os cursos, eles incluíam pessoas da comunidade, tinha uma quota de 10% e foi muito bom aquilo. Por quê? Tínhamos cuidadoras, tínhamos pessoas do conselho do idoso, que era comunidade, então esta troca de experiência do instituído e do que não era instituído foi muito produtiva. Porque você, enquanto profissional, você se foca por uma ação mais institucional, e às vezes você não se dá conta de que existe um monte de coisa ao seu redor que influencia isso. E que às vezes o profissional não consegue enxergar que a sua ação, ela está muito pontual, e que ele precisa da extensão da ajuda daquela família ou daquela comunidade, para que aquela ação dê certo. Então, quando a gente juntou os dois grupos, eram poucas pessoas de fora, (...) mas isso fazia com que todos conseguissem fazer algumas reflexões importantes, tanto quem estava da comunidade participando quanto quem era profissional da própria saúde. [Docente 1]

Para os profissionais dos serviços, a qualificação no curso para cuidadores (ao menos na avaliação realizada entre os docentes daquela escola) foi avaliada como tendo trazido contribuições muito positivas:

como docente e também em algumas supervisões, eu percebia uma grande satisfação de quem estava fazendo o curso. (...) Tem um formulário de avaliação que a gente via o quanto eles, ao final do curso, eles estavam satisfeitos. Não é questão de assimilar, mas sim o que foi de importante para aquele trabalho dentro das unidades. Pois o que a gente vê, hoje, dentro da unidade? A responsabilidade deles

seria maior, pois eles tinham o conhecimento de como proceder, (...) e também estavam mais fortalecidos para as cobranças em relação aos gestores. [Docente 1]

Apesar das experiências regionais até então positivas, na experiência de desenvolvimento e implantação do PNFCI, nem tudo eram flores no caminho que o programa ainda tinha a percorrer. Assim como ocorrera durante o primeiro programa nacional de cuidadores, na década de 1990, uma série de resistências se apresentaram:

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

As mudanças ocorridas em cargos de coordenação na SGTES, naquele período, contribuíram para fragilizar a base de sustentação política do PNFCI, no interior do Ministério da Saúde. Em paralelo a isso, outra categoria de trabalhadores lutava pelo reconhecimento profissional: os agentes comunitários de saúde, que estavam fortemente mobilizados pela aprovação de uma lei regulamentando a sua profissão. A pressão dos agentes de saúde pela aprovação da nova legislação, fruto de uma intensa mobilização nacional, recaía sobre o Congresso Nacional, mas também sobre os conselhos nacionais dos secretários estaduais e municipais de saúde (Conass e Conasems), colegiados que integram a gestão democrática do SUS e que temiam as consequências econômicas que a regulamentação da profissão de agente comunitário geraria para os estados e municípios. Este contexto político favoreceu a emergência de uma inquietação nesses colegiados ante a possibilidade da incorpora-

ção de ainda mais um outro profissional para os quadros do SUS: os cuidadores. É precisamente neste momento que a SGTES decide reformular o PNFCI: ao invés de formar cuidadores, os recursos seriam empregados para o desenvolvimento de cursos de aperfeiçoamento em saúde do idoso, destinados exclusivamente para “as equipes da Estratégia Saúde da Família e equipes de enfermagem das instituições de longa permanência”.⁶

A proposta de encerramento do programa e de realocação dos seus recursos é pautada na reunião de outubro de 2009 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), um dos órgãos mais importantes da gestão do SUS e do qual participam o Conass e o Conasems. Na reunião, a representante da SGTES apresenta o problema da “inexistência no SUS da ocupação/profissão de cuidador de idoso”, e afirma: “(...) temos que saber que profissionais vamos capacitar, principalmente refletir sobre a regulamentação da profissão”.⁷ Além disso, defende: “não devemos fragmentar ainda mais as ações de saúde”, já que “uma equipe deve ter um olhar integral das ações de saúde”.⁸ A discussão é concluída com a deliberação de que “não se deve criar outra profissão”, e a modificação na destinação dos recursos é aprovada. O ‘novo’ PNFCI, decorrido pouco mais de um ano de seu lançamento, era ali encerrado.

Conclusão

A qualificação para o trabalho, como nos lembra Tartuce (2004), é sobretudo uma construção social. Isso significa pensar que no processo de qualificação de qualquer categoria profissional estão refletidos não apenas os conteúdos a serem ensinados, mas também as relações de trabalho e os demais aspectos que compõem o cenário social e cultural no qual aquela ação está inserida.

Quando os cuidadores são privados de uma política pública destinada a elevar, em um cenário futuro, a sua escolaridade, essa supressão de direitos se aproxima daquilo que Marx denomina alienação do trabalho, tendo em vista que eles são relegados a se manterem como uma

⁶ Conforme emenda publicada na portaria n. 3.189, de 18 dez. 2009, do Ministério da Saúde e que estabeleceu as diretrizes do Profaps (Brasil/MS, 2009c).

⁷ Informações constantes na ata desta reunião (Brasil/MS, 2009a, 2009b).

⁸ Brasil/MS (2009a, 2009b).

massa de trabalhadores de baixo custo e expropriada de conhecimentos. Para Guimarães (2008), a qualificação deve ser entendida como relação social, na medida em que expressa, em certa medida, as relações econômicas de dominação ou de exploração entre indivíduos, grupos ou classes de trabalhadores.

Ao refletirmos sobre o processo de regulamentação e de constituição de uma nova categoria profissional – os cuidadores de idosos –, evidencia-se um campo de disputas entre grupos, entidades de classe e ainda entre representantes do Estado e da sociedade civil. A necessária discussão sobre a melhoria da qualidade dos cuidados e ampliação do acesso a este tipo de serviço para a população em geral, dessa forma, parece ser constantemente sobrepujada por outras motivações, de ordem econômico-financeira, tais como: a desoneração do Estado, a privatização da assistência e a designação de uma lucrativa fatia do mercado para esta ou aquela classe profissional.

A descontinuidade do PNFCI, em meio ao contexto de transição demográfica e epidemiológica pelo qual passa o Brasil, é um sinal inequívoco de como o Estado não está preparado para lidar com o envelhecimento da sua população e muito menos com as necessidades de cuidado que esse segmento etário pode vir a apresentar, a médio e longo prazo. O ‘cuidador de idosos’ desafia o sistema público, na medida em que não se enquadra facilmente naquilo que está instituído: ele está na interface da saúde com assistência social, no ponto de interseção entre as responsabilidades familiar, comunitária e estatal com o cuidado e ainda no lugar de mediação entre as pessoas com dependência e os serviços. Incluir o ‘cuidado’ e o ‘cuidador’ no âmbito das políticas públicas significa fortalecer o Estado providência, rompendo com a lógica que socializa a gestão do envelhecimento, mas focaliza as políticas e privatiza a responsabilidade pelo cuidado. Significa, em outras palavras, considerar que o ‘cuidado’ deve se constituir como direito social universal, já que é imprescindível para o envelhecimento com dignidade e para o direito inalienável à vida.

Concluindo, consideramos que é importante tomarmos consciência de que o debate em torno do reconhecimento do cuidador ultrapassa, certamente, o âmbito de um mero problema entre categorias profissionais. Ele diz respeito à sociedade de um modo geral e ocupa hoje um

local de centralidade em torno da discussão sobre o modelo de Estado de Bem-Estar Social que desejamos para o futuro e sobre a sociedade que desejamos construir para o vasto contingente de pessoas idosas que habitará este país nas próximas décadas.

Referências

AGULLÓ, M. S. Las enfermeras y la ley de dependencia en España. *Index de Enfermería*, 15(52-53): 1-3, jun. 2006.

BARBIERI, N. A. *O Dom e a Técnica: o cuidado a velhos asilados*, 2008. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

BATISTA, A. S. *et al. Envelhecimento e Dependência: desafios para a organização da proteção social*. Brasília: MPS, SPPS, 2008.

BRASIL. *Constituição Federal*. Brasília, 1988.

BRASIL. Portaria Interministerial, n. 5.153, 7 abr. 1999. Cria o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos. *Diário Oficial*, Brasília, 1999.

BRASIL. *Classificação Brasileira das Ocupações*. Livro 1 – códigos, títulos e descrições. 2002. Disponível em: <www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/download?tipoDownload=1>. Acesso em: 20 dez. 2012.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.842, 4 jan. 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial*, Brasília, 1994.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 10.741, 1 out. 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial*, Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, 19 out. 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial*, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Proposta de Perfil de Competências Profissionais do Cuidador de Pessoas Idosas com Dependência*. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Guia Prático do Cuidador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite – CIT.

Principais discussões e decisões da 9ª reunião ordinária de 2009a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/deciso-es_cit_outubro_09.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite – CIT. Principais discussões e decisões da 9ª reunião ordinária de 2009b. Apresentação suplementar. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/idoso_1009.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.189, de 18 dez. 2009. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps). *Diário Oficial*, Brasília, 2009c.

BRASIL. Ministério da Educação. *Catálogo Nacional de Cursos Técnicos*. Brasília: MEC, 2012.

BRASIL. Senado Federal. Comissão de Assuntos Sociais. Parecer ao Projeto de Lei 284/11, que dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de idoso. Brasília, 2012.

BORN, T. *A Formação de Cuidadores: acompanhamento e avaliação*. In: SEMINÁRIO VELHICE FRAGILIZADA. São Paulo, 22-24 nov. 2006. Disponível em: <<http://tinyurl.com/yjeo7j5>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

CAMARANO, A. A. (Org.). *Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

DEBERT, G. G. *A Reinvenção da Velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. 1. ed. São Paulo: Edusp, 1999.

DEBERT, G. G. Velho, terceira idade, idoso ou aposentado? Sobre diversos entendimentos acerca da velhice. *Revista Coletiva*, 5(1): 2-5, 2011.

GIRARDI, N. S.; FERNANDES JR., H. & CARVALHO, C. L. A regulamentação das profissões de saúde no Brasil. *Espaço para Saúde*, 2(1), 2000. Disponível em: <www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/Doc/RPSB.doc>. Acesso em 20 dez. 2012.

GOLDANI, A. M. Relações intergeracionais e reconstrução do estado de bem-estar. Por que se deve repensar essa relação para o Brasil? In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os Novos Idosos Brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

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

- GUIMARÃES, N. A. Qualificação como relação social. In: PEREIRA, I. B. & LIMA, J. F. (orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.
- GUIMARÃES, N. A.; HIRATA, H. S. & SUGITA, K. Cuidado e cuidadoras: o trabalho de care no Brasil, França e Japão. *Sociologia e Antropologia*, 1(1): 151-180, 2011.
- LEIBING, A. The old lady from Ipanema: changing notions of old age in Brazil. *Journal of Aging Studies*, 19: 15-31, 2005.
- LEMOS, C. E. S. A solidão judicializada e a solidariedade intergeracional. *Vértices*, 12(2): 29-54, maio-ago. 2010.
- MACHADO, A. “Cuidadores de idosos”. *O Dia*, Rio de Janeiro, 6 dez. 2008. Economia.
- MAFFIOLETTI, V. L. R.; LOYOLA, C. M. D. & NIGRI, F. Os sentidos e destinos do cuidar na preparação dos cuidadores idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4): 1.085-1.092, 2006.
- MARTINEZ, T. M.; MARQUES, E. & MELO SILVA, E. *Envelhecimento e Cuidado Social: um debate necessário*. In: SEMINARIO LATINOAMERICANO DE ESCUELAS DE TRABAJO SOCIAL, 19, Guayaquil. *Anais...*, 2009. Disponível em: <www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-233.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2012.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde*. Brasília: OMS, 2005.
- PASINATO, M. T. & KORNIS, G. E. M. A inserção dos cuidados de longa duração para idosos no âmbito dos sistemas de seguridade social: experiência internacional. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010.
- PEREIRA, I. B. & RAMOS, M. *Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- PEREIRA, J. D.; SILVA, S. S. de S. & PATRIOTA, L. M. (2006). Políticas sociais no contexto neoliberal: focalização e desmonte dos direitos. *Qualit@s - Revista Eletrônica*, 5(3). Disponível em: <revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/viewFile/64/56>. Acesso em: 20 dez. 2012.
- PUGA, D. La dependencia de las personas con discapacidad: entre lo sanitario y lo social, entre lo privado y lo público. *Revista Española de Salud*

Publica, 79(3): 327-330, 2005.

RAMOS, M. Concepções e práticas pedagógicas nas Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde: fundamentos e contradições. *Trabalho, Educação e Saúde*, 7(Supl.): 153-173, 2009.

TARTUCE, G. Algumas reflexões sobre a qualificação do trabalho a partir da sociologia francesa do pós-guerra. *Educação e Sociedade*, 25(87): 353-382, 2004.

WANDERLEY, M. B. & BLANES, D. *Publicização do Papel do Cuidador Domiciliar no Âmbito da Política de Assistência Social*. São Paulo, Brasília: IEE, PUC-SP, SAS, MPAS, 1998.