UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

RAQUEL NOEL RIBEIRO

Cuidador de idoso:
discussão do processo de regulamentação da profissão
pela análise discursiva de audiências públicas

São Paulo

2015

RAQUEL NOEL RIBEIRO

Cuidador de idoso:

discussão do processo de regulamentação da profissão

pela análise discursiva de audiências públicas

(versão original)

Tese apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em
Psicologia

Área de concentração: Psicologia Social

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Afonso
Ribeiro

**São Paulo
2015**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Ribeiro, Raquel Noel.

Cuidador de idoso: discussão do processo de regulamentação da profissão pela análise discursiva de audiências públicas / Raquel Noel Ribeiro; orientador Marcelo Afonso Ribeiro. -- São Paulo, 2015.

189 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social e do Trabalho) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Cuidadores 2. Cuidado do idoso 3. Envelhecimento 4. Qualificação profissional 5. Discurso I. Título.

HV699

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Raquel Noel Ribeiro

Título: Cuidador de idoso: discussão do processo de regulamentação da profissão pela análise discursiva de audiências públicas

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Psicologia

Área de Concentração: Psicologia Social

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

DEDICATÓRIA

Aos cuidadores de idosos e aos idosos do Brasil.
Espero poder colaborar na construção dessa nova profissão
e no provimento de cuidados adequados àqueles que deles necessitam.

AGRADECIMENTOS

Assim como a vida, uma tese é uma construção em que a base é coletiva; dificilmente alguém finaliza uma pesquisa sozinho. O universo das pesquisas com documentos não está circunscrito aos livros e artigos científicos; ocorre nas trocas de e-mails, conversas informais sobre o tema e sobre o processo, muitas vezes, árduo, de escrita. Foram muitos os atores que participaram de maneiras diversas para que eu pudesse realizar este trabalho. Meu esforço é mencionar todos e peço desculpas caso alguém não esteja citado, pois acredito que agradecimentos são parte fundamental de todos os processos.

Inicialmente, quero agradecer ao Marcelo Afonso Ribeiro pelo acolhimento na linha de pesquisa em Psicologia do Trabalho e das Organizações e pela orientação serena e competente. Foram muitos os desafios para orientar uma aluna residente em outra cidade e com pouca disponibilidade para deslocamentos, mas a flexibilidade do Marcelo permitiu que mantivéssemos contato fazendo uso da tecnologia que possibilita proximidades apesar da distância física. Agradeço aos colegas de orientação pelos momentos em que estivemos juntos nas reuniões coletivas, foram momentos de grande aprendizado; e ao Professor Paulo de Salles Oliveira, pela acolhida inicial no Programa de Pós-Graduação da USP.

Sinto-me extremamente agradecida pela presença de Mary Jane Spink e Marília Berzins na banca de qualificação, pois as colaborações foram inestimáveis.

Agradeço aos queridos Ilídio Roda Neves e Fábio de Oliveira pelo maravilhoso trabalho de leitura crítica e pelo apoio do início ao fim. Ao colega carioca, Daniel Groisman, psicólogo, pesquisador e militante na área de formação de qualidade aos cuidadores de idosos, pelas trocas frequentes de informações. À Carla Fiori e Valéria Barbosa pelas contribuições em assuntos que precisavam de esclarecimentos. Ao assessor da senadora Marta Suplicy, Fábio Servo, pelo envio do material para compor a minha análise.

Um especial agradecimento ao Luis Pires, Ana Carmen Oliveira, Cristina Belotto e Silene Oliveira, que insistiram na importância de prosseguir nos momentos em que pensei em desistir da empreitada. A frase “Desistir não é uma opção”, da querida Ana Carmen. Essa frase foi repetida inúmeras vezes pelo Luis, que acompanhou de perto todo o processo.

Agradeço à minha rede de amigos paulistanos e campineiros pela escuta e incentivo de sempre.

Gostaria de expressar a minha gratidão à minha família, que me deu apoio do início ao fim desse trabalho que durou quatro anos. Obrigada Maria Inês (mãe), Jorge Claudio (pai), Tiago (irmão), Daniel (irmão) e Adriana Eiko (cunhada).

Por fim, agradeço à comunidade USP pelo acolhimento.

RESUMO

RIBEIRO, R. N. *Cuidador de idoso: discussão do processo de regulamentação da profissão pela análise discursiva de audiências públicas*. 189 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

Frente ao crescimento da população idosa no Brasil, observa-se a necessidade de cuidados de longo prazo voltados a parte desse grupo e de apoio aos seus familiares, que não conseguem mais assumir sozinhos a função do cuidado. Nesse contexto, é recente na sociedade a figura do cuidador de idoso, cuja função é classificada como ocupação pela Classificação Brasileira de Ocupações. O Projeto de Lei do Senado 284/2011 apresentou a proposta de regulamentação da profissão de cuidador de pessoa idosa que, entre outras ações, foi debatido em duas audiências públicas. A presente pesquisa teve como objetivos analisar o processo de regulamentação da profissão de cuidador da pessoa idosa ocorrido no Senado; identificar e discutir as possíveis consequências da aprovação do projeto de lei para a sociedade brasileira; analisar a relação dessa ocupação com profissões regulamentadas e identificar e analisar os encaminhamentos necessários após a regulamentação. Esta pesquisa apoiou-se epistemologicamente em pressupostos do construcionismo social e utilizou instrumental analítico-conceitual das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos para compreender os processos de comunicação. O objeto de pesquisa foram as duas audiências públicas promovidas pelo Senado Federal para discutir o projeto de lei: a primeira realizada em Brasília (2011) e a segunda em São Paulo (2012), gravadas pela TV Senado e encaminhadas em DVDs para a pesquisadora, que as transcreveu. A análise das audiências foi quantitativa e qualitativa e, para organizá-las, foram criados quadros de categorização dos enunciados e quadros síntese temáticos. Os eixos temáticos analisados foram Políticas Públicas, Formação Profissional, Competências e Procedimentos, Direitos Trabalhistas e Responsabilidade Criminal. Em cada eixo, foram criadas subcategorias, de acordo com os assuntos abordados pelas pessoas que fizeram pronunciamentos relevantes nas audiências. Na análise de cada audiência, realizou-se a descrição do contexto em que aconteceram e foram apresentados os palestrantes e outras pessoas que se pronunciaram e tiveram suas falas incluídas na análise. Baseada nessa análise global, foram analisados os eixos temáticos quantitativamente mais relevantes em cada audiência: na 1ª audiência foram Formação Profissional, Políticas Públicas, Competências e Procedimentos e, na 2ª audiência, Formação Profissional, Competências e Procedimentos. A discussão em conjunto das duas audiências foi realizada conforme as questões norteadoras: quais são as consequências da aprovação do projeto de lei para a sociedade brasileira?; qual a relação dessa ocupação com profissões regulamentadas?; quais são os encaminhamentos necessários após a regulamentação? Os principais resultados apontaram que uma das consequências da aprovação do projeto de lei é o reforço da obrigação estatal em relação à assistência direta ao idoso e à formação do cuidador de idosos, o que tem sido realizado de maneira tímida. Quanto à relação com profissões regulamentadas, observam-se arenas de conflitos pelo mercado de trabalho, tendo em vista que a atuação de profissionais de profissões regulamentadas inclui funções que cuidadores podem realizar, gerando disputa pelo mesmo público. Em relação aos encaminhamentos necessários após a regulamentação, discutem-se dois aspectos referentes à formação dos cuidadores de idosos. Observou-se a importância do diálogo aberto com a sociedade civil para refinamento e adequação do projeto especificamente às políticas públicas, às competências e procedimentos, à formação profissional e ficaram evidentes as lutas pelo mercado de trabalho e as vozes de apoio à regulamentação da profissão. Concluiu-se que o processo de regulamentação da profissão de cuidador de idosos passa pela sua regulação no mercado de trabalho, pois se relaciona com disputas com profissões já instituídas que se sobrepõem aos interesses e necessidades da população idosa que necessita de cuidados especiais.

Palavras-chave: Cuidadores. Cuidado do idoso. Envelhecimento. Qualificação profissional. Discurso.

ABSTRACT

RIBEIRO, R. N. *Elderly caregiver: discussion of the profession regulatory process by discursive analysis of public hearings*. 189 pages. Thesis (Ph.D.) – Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo, 2015.

Due to the growth of the elderly population in Brazil, there is the need for long term care aimed at part of this group and of support to their families, who can no longer assume the role of care alone. In this context, the figure of the elderly caregiver whose function is classified by the Brazilian Classification of Occupations is recent in our society. The Senate bill 284/2011 introduced a proposal for regulating the elderly caregiver profession that, among other initiatives, was discussed at two public hearings. The goals of this study were to analyze the regulatory process of the elderly caregiver profession in the Senate; to identify and discuss the possible consequences of the approval of the bill to the Brazilian society; to analyze the relationship of this occupation with regulated professions and to identify and analyze the actions that will need to be taken after the regulation. This research relied epistemologically on social constructionism assumptions and used conceptual analytical techniques of Discursive Practices and Production of Meaning to understand the communication processes. The research objects were the two public hearings held by the Federal Senate to discuss the bill, the first held in Brasilia (2011) and the second in São Paulo (2012), recorded by TV Senado and sent on DVD for the researcher, that transcribed them. The analysis of the hearings was quantitative and qualitative, and to organize the examination, statement categorization tables and thematic synthesis tables were created. The analyzed themes were Public Policy, Professional Formation, Skills and Procedures, Employment Rights and Criminal Responsibility. Subcategories were created in each theme, according to the subjects addressed by the people who made significant pronouncements in the hearings. In the analysis of each hearing, a description of the context in which they occurred was made, and the speakers and others who have spoken and who had the lines included in the analysis were presented. Based on this global analysis, the quantitatively most important themes were analyzed in each hearing: on the first hearing they were Professional Formation, Public Policy, Skills and Procedures and on the second hearing, Professional Formation, Skills and Procedures. The joint discussion of the two hearings was done according to the following guiding questions: What are the consequences of the adoption of the bill for the Brazilian society? What is the relationship of this occupation with regulated professions? What actions need to be taken after the regulation? The main results showed that one consequence of the adoption of the bill is an increase in the State's obligation in relation to the direct assistance to the elderly and the training of elderly caregivers, which has been happening timidly so far. As for the relation with regulated professions, areas of conflict were observed, given that the attributions of regulated professions include functions that caregivers may provide, creating a dispute for the same target audience. Regarding the necessary actions after regulation, two aspects related to the training of elderly caregivers are discussed. The importance of open dialogue with civil society to refine and adapt the bill specifically to public policies, skills and procedures and professional formation, in which the the struggles in competing for the same market and the voices of support for the regulation of the profession were made evident, was observed. It was concluded that the regulatory process of the elderly caregiver profession touches on its regulation on the labor market, as it relates to disputes with professions already in place, with overlapping interests and needs of the elderly population that needs special care.

Keywords: Caregivers. Elderly care. Aging. Professional qualification. Discourse.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1	Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola	47
Quadro 2	Quadro comparativo do PLS nº 284, de 2011	86
Quadro 3	Exemplo de categorização das audiências públicas por eixo temático	95
Quadro 4	Exemplo de quadro síntese da 1ª audiência	95
Tabela 1	Distribuição dos trechos dos enunciados nos cinco eixos temáticos	104
Tabela 2	Distribuição dos trechos dos enunciados no eixo temático da formação profissional	104
Tabela 3	Distribuição dos trechos dos enunciados no eixo temático das políticas públicas	105
Tabela 4	Distribuição dos trechos dos enunciados no eixo temático das competências e procedimentos	105
Tabela 5	Distribuição dos trechos dos enunciados no eixo temático dos direitos trabalhistas	105
Tabela 6	Distribuição dos trechos dos enunciados nos cinco eixos temáticos	123
Tabela 7	Distribuição dos trechos dos enunciados no eixo temático da formação profissional	124
Tabela 8	Distribuição dos trechos dos enunciados no eixo temático das competências e procedimentos	124
Tabela 9	Distribuição dos trechos dos enunciados no eixo temático dos direitos trabalhistas	125
Tabela 10	Distribuição dos trechos dos enunciados no eixo temático das políticas públicas	125
Tabela 11	Distribuição dos trechos dos enunciados no eixo temático da responsabilidade criminal	126

LISTA DE SIGLAS

ABG	Associação Brasileira de Gerontologia
ANG-RJ	Associação Nacional de Gerontologia – Seção Rio de Janeiro
ABRAz	Associação Brasileira de Alzheimer
ACI-MG	Associação dos Cuidadores de Idosos de Minas Gerais
Afascom	Associação Franciscana de Assistência Social Coração de Maria
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVD	Atividade de Vida Diária
CAS	Comissão de Assuntos Sociais
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CCJSL	Centro Comunitário do Jardim Santa Lúcia
CDHPR	Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República
Cepai	Centro Público de Atendimento ao Idoso
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CMI	Conselho Municipal do Idoso
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNDI	Conselho Nacional dos Direitos do Idoso
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
Coren-RJ	Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro
CSEGPS	Grupo de Cuidadores do Centro de Saúde Escola “Geraldo de Paula Souza”
DAPES/SAS/MS	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde
EACH-USP	Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo
EJA	Educação de Jovens e Adultos
Etec	Escola Técnica
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICHC-FMUSP	Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MIF	Medida de Independência Funcional
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NCI	Núcleos de Convivência do Idoso
OLHE	Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PAI	Programa de Acompanhamento de Idosos
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PI	Piauí
PL	Projeto de Lei

Planseq	Plano Setorial de Qualificação
PLS	Projeto de Lei do Senado
PMDB-ES	Partido do Movimento Democrático Brasileiro do Espírito Santo
PMDB-MS	Partido do Movimento Democrático Brasileiro do Mato Grosso do Sul
PNAD/IBGE	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PNFCI	Programa Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos
Pronatec	Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
PT-SP	Partido dos Trabalhadores de São Paulo
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SBGG-RJ	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia do Rio de Janeiro
Senac	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SINE	Sistema Nacional de Emprego
SMADS	Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social
STEL	Secretaria Técnica de Eletrônica
UFF	Universidade Federal Fluminense
UN	United Nations
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

Introdução	15
A. Apresentação e justificativas do tema estudado	15
B. Relação da pesquisadora com temas relacionados aos idosos	21
C. Posicionamento epistemológico	28
D. Percurso da Tese	30
Capítulo 1 – Conceção de cuidado	32
Capítulo 2 – Contextualização social	41
2.1 Transição demográfica	42
2.2 Transição epidemiológica	43
2.2.1 Dependência, incapacidade funcional e fragilidade na velhice	44
2.2.1.1 Dependência	44
2.2.1.2 Incapacidade funcional	46
2.2.1.3 Fragilidade	48
2.3 Transição de perfil familiar	49
2.4 Rede de provisão de cuidados ao idoso dependente	51
2.4.1 Família	53
2.4.2 Voluntários	54
2.4.3 Mercado	55
2.4.4 ONGs	58
2.4.5 Setor público	59
2.4.6 Considerações	61
Capítulo 3 – Cuidadores formais de idosos: situação atual	64
3.1 Ocupação, profissão e regulamentação profissional	65
3.1.1 Profissão e ocupação	65
3.2 Caracterização dos cuidadores de idosos no Brasil	69
3.2.1 Feminização e feminilização do cuidado	70
3.2.2 Escolaridade e formação profissional	71
3.2.3 Competências e procedimentos	72
3.2.4 Direitos trabalhistas	76
Capítulo 4 – Breve histórico do Projeto de Lei do Senado (PLS 284/2011)	79
4.1 1ª audiência pública: Brasília (20 de outubro de 2011)	82
4.2 Consulta pública (período de 1º de dezembro de 2011 a 25 de fevereiro de 2012)	82
4.3 2ª audiência pública: São Paulo (1º de junho de 2012)	83
4.4 Procedimentos finais para aprovação do PL no Senado	85
Capítulo 5 – Os caminhos metodológicos percorridos na pesquisa	91
5.1 Objetivos da pesquisa	92
5.2 Estudando documentos públicos	93
5.3 Como as audiências públicas foram analisadas	94

Capítulo 6 – Apresentação e análise da 1ª audiência pública (Brasília, 20 de outubro de 2011)	100
6.1 Contextualização	101
6.2 Palestrantes	102
6.3 Visão de conjunto	103
6.4 Análise do eixo Formação Profissional	106
6.4.1 Nível de escolaridade	106
6.4.2 Órgão regulamentador dos cursos	108
6.4.3 Padrão mínimo dos cursos	109
6.5 Análise do eixo Políticas Públicas	110
6.5.1 Responsabilidade pelo cuidado	110
6.5.2 Aumento da população idosa	112
6.5.3 Formação de cuidadores de idosos enquanto política pública	113
6.6 Análise do eixo Competências e Procedimentos	114
6.6.1 Relação com profissões regulamentadas	114
6.6.2 Locais de atuação	116
6.7 Algumas observações	117
Capítulo 7 – Apresentação e análise da 2ª audiência pública (São Paulo, 1º de junho de 2012)	118
7.1 Contextualização	119
7.2 Palestrantes	121
7.3 Visão de conjunto	121
7.4 Análise do eixo Formação Profissional	122
7.4.1 Padrão mínimo dos cursos	126
7.4.2 Critérios de dispensa do curso	127
7.4.3 Cursos presenciais x virtuais	129
7.4.4 Nível de escolaridade	131
7.4.5 Órgão regulamentador	132
7.5 Análise do eixo Competências e Procedimentos	132
7.5.1 Relação com profissões regulamentadas	132
7.5.2 Termo “exclusivamente”	136
7.5.3 Princípios éticos	137
7.5.4 Distinção entre cuidado e assistência	137
7.5.5 Cuidadores não são profissionais da saúde	138
7.5.6 Locais de atuação	139
7.6 Algumas observações	140
Capítulo 8 – Discussão	141
8.1 De quem é a responsabilidade pelo cuidado aos idosos dependentes?	143
8.2 Relação com profissões regulamentadas	146
8.3 Encaminhamentos necessários após a regulamentação	150
8.3.1 Nível de escolaridade	150
8.3.2 Padrão mínimo dos cursos	152
8.3.3 Critérios de dispensa do curso	155
8.3.4 Cursos presenciais x virtuais	157
8.3.5 Órgão regulamentador dos cursos	159
Capítulo 9 – Considerações finais	161

Referências

166

Anexos

Anexo 1 – PLS nº 284/2011 – Texto original	175
Anexo 2 – PLS nº 284/2011 – Texto apresentado na 2ª audiência	177
Anexo 3 – PLS nº 284/2011 – Texto aprovado no Senado	180
Anexo 4 – Quadro síntese da 1ª audiência pública	183
Anexo 5 – Quadro síntese da 2ª audiência pública	185

INTRODUÇÃO

A. Apresentação e justificativas do tema pesquisado

O tema desta pesquisa é o processo de regulamentação da profissão de cuidador de idoso que pôde ser analisado através da teia discursiva gerada por vários atores sociais que se defrontaram durante a realização de duas audiências públicas organizadas pela Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal sobre o Projeto de Lei do Senado (PLS) 284/2011, de autoria do Senador Waldemir Moka, que propõe a regulamentação da profissão de cuidador da pessoa idosa¹. Assim, propôs-se que, a partir dos discursos gerados nas audiências, uma análise do processo de regulamentação de uma profissão fosse realizada.

Na atual conjuntura, cuidador de idoso é ocupação e não profissão. A principal diferença entre ambas é que para ser uma profissão, a formação é obrigatória, regulamentada e padronizada no que diz respeito à carga horária e ao conteúdo mínimo. Atualmente, antes da regulamentação da profissão, parte dos cuidadores de idosos recebe formação, mas não existem critérios gerais seguidos pelas entidades que os organizam.

Além da formação, a regulamentação de uma profissão levanta outras discussões, em um efeito dominó. No caso dos cuidadores de idosos, espera-se o fortalecimento do debate micropolítico – sobre condições de trabalho, com esclarecimento amplo à sociedade a respeito das funções e dos direitos trabalhistas –, e do debate macropolítico – sobre a importância desse profissional ser inserido em políticas públicas, tendo em vista o crescimento da população idosa no Brasil, os cuidados de longo prazo necessários à parte desse grupo e o apoio aos familiares desses idosos, que não conseguem mais assumir sozinhos a função do cuidado.

¹ Atualmente, instituições ligadas ao poder público recomendam o uso do termo “pessoa idosa” em detrimento de “idoso” e essa substituição tem sido acatada quase sem oposição. No entanto, acredito que o termo “pessoa idosa” perpetua uma visão preconceituosa em relação ao idoso, apesar de aqueles que a utilizam terem a intenção oposta. Nos últimos anos, correntes científicas e políticas têm adotado a palavra “pessoa” antes de indicar **doença** (“pessoa portadora do vírus HIV”) ou **condição que gere algum tipo de deficiência** (“pessoa portadora de deficiência física”). Essa proposta talvez faça sentido nesses casos, pois as pessoas são muito mais do que portadores de uma doença ou deficiência física e ser definidas por apenas uma condição é um reducionismo que gera estereotipia. Esse tipo de argumento foi sobreposto à discussão dos idosos, no entanto, a palavra “idoso” não designa doença nem deficiência e utilizar o termo “pessoa idosa” faz referência à discussão de doença e deficiência, perpetuando a ideia preconceituosa de que idosos são doentes e têm deficiências. Outro motivo alegado pelos defensores do termo “pessoa idosa” é a questão de gênero, pois a maior parte da população idosa é feminina. Na língua portuguesa, a regra geral é que se utilize o masculino para designar populações gerais, ou seja, ao falar “idoso” em contextos gerais, entende-se a referência tanto a homens como a mulheres. Embora acredite ser necessário o aprofundamento teórico dessa discussão, optei por não realizá-la na tese, pois seria uma digressão que me distanciaria do objetivo da pesquisa. Minha postura foi justificar a escolha pelo termo “idoso” na maior parte do texto e a expressão “pessoa idosa” apenas quando me refiro ao projeto de lei em questão, que a utiliza. Adoto aqui a definição de idoso como pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento, e 65 anos ou mais, em países desenvolvidos, apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005).

Para esclarecer o significado do tema desta pesquisa, é preciso explicar resumidamente como são feitas as leis no Brasil. Projetos de lei (PL) podem ser propostos por qualquer membro ou Comissão da Câmara dos Deputados, do Senado Federal ou do Congresso Nacional, pelo presidente da República, pelo Supremo Tribunal Federal, pelos Tribunais Superiores, pelo Procurador-Geral da República e pelos cidadãos, conforme o art. 61 da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

No âmbito federal, o processo legislativo adota o sistema bicameral, no qual as duas Casas Legislativas – Câmara dos Deputados e Senado Federal – são envolvidas na elaboração de uma lei. Quando um projeto é apreciado e aprovado em uma das Casas (chamada Casa Iniciadora) será direcionado à outra (Casa Revisora) (PACHECO, 2013). O projeto de lei em questão, PLS 284/2011, teve como Casa Iniciadora o Senado e, portanto, a Casa Revisora é a Câmara dos Deputados.

Os trabalhos de elaboração de leis se desenvolvem, basicamente, em duas fases distintas em cada Casa Legislativa: a das comissões e a do Plenário. As comissões se fundamentam no princípio de divisão e especialização do trabalho, por isso são órgãos compostos por número reduzido de parlamentares. Nas comissões, os parlamentares podem analisar mais detalhadamente os projetos que tramitam na Casa e requisitar audiências públicas, momentos em que pode ser incluída a participação popular na formulação das leis. No caso do PLS 284/2011, a Comissão de Assuntos Sociais do Senado, cuja relatoria foi assumida pela senadora Marta Suplicy, requereu duas audiências públicas, uma ocorrida em Brasília e outra em São Paulo. O Plenário, constituído pelo conjunto dos parlamentares de cada Casa, é a instância de decisão final sobre a maioria das matérias analisadas pela Casa Legislativa sendo que as decisões tomadas nessa instância são definitivas e irrecorríveis (PACHECO, 2013).

Quando a Casa Iniciadora aprova o projeto, ele é encaminhado para a Casa Revisora para passar pelo processo de comissões e Plenário. Após a aprovação do projeto pela Casa Revisora, há duas possibilidades: 1) sendo o projeto integralmente aprovado, será encaminhado ao presidente da República ou à promulgação, conforme o caso; 2) caso o projeto tenha alguma alteração no texto original, deverá retornar à Casa Iniciadora para análise das modificações propostas passando pelo mesmo procedimento de apreciação nas comissões e no Plenário, ou apenas nas comissões (PACHECO, 2013).

Nesse último caso, a regra geral é que a Casa Iniciadora defina qual texto será encaminhado à promulgação ou ao presidente da República: poderá adotar as emendas

propostas pela Casa Revisora ou manter o texto original por ela aprovado, sendo sua a decisão final (PACHECO, 2013).

Os projetos de lei aprovados em ambas as Casas serão encaminhados ao presidente da República, para sanção ou veto. A sanção refere-se à concordância do chefe do Poder Executivo com o projeto aprovado pelo Poder Legislativo. O veto, ao contrário, demonstrará sua oposição, total ou parcial, ao texto da proposição. O projeto não poderá se transformar em lei a não ser que o veto seja rejeitado pelo Congresso Nacional. Promulgação é o ato pelo qual a autoridade competente informa ao público em geral que uma lei foi aprovada e passará a vigorar. A consequência mais imediata é a publicação em veículo oficial, para que se torne conhecida e aplicável (PACHECO, 2013).

No final de 2012, o PLS 284 foi aprovado pelo Senado (Casa Iniciadora) e, em seguida, foi encaminhado para a Casa Revisora, a Câmara dos Deputados, com o registro de PL 4702/2012, onde se encontra nesse momento (2014) para passar pelas fases de comissões e Plenário. Caso seja aprovado nessas fases, seguirá para a sanção presidencial e, se aprovado, será publicado. Após a publicação, a lei deve, ainda, passar por processo de regulamentação. O processo legislativo, ocorrido no Senado, do PLS 284/2011 será apresentado mais detalhadamente no Capítulo 4.

A sociedade civil é incluída neste processo, fundamentalmente, através de audiências públicas, nas quais os PLs são apresentados e colocados em discussão por todos que desejarem debatê-los, sendo principal arena onde acontece o diálogo entre a sociedade e os representantes políticos.

Com essa breve elucidação, observou-se a complexidade do processo pelo qual tramitam projetos de lei antes de serem aprovados, pois são analisados tanto no Senado como na Câmara dos Deputados e, depois, pelo presidente em exercício. Além disso, explicitou-se a teia discursiva que constrói um projeto de lei até se efetivar numa prática social regulamentada, como o exercício de uma profissão – foco da presente pesquisa, deixando claro que um PL pode sofrer muitas alterações ao longo deste processo. Desta forma, esta pesquisa, a partir do processo de tramitação de um projeto de lei na casa iniciadora e dos discursos gerados nas audiências públicas nela realizados, teve como objetivo analisar o processo de regulamentação da profissão de cuidador da pessoa idosa.

O tema de pesquisa é justificado social e historicamente pelo debate mundial sobre envelhecimento populacional, que consiste no crescimento acelerado da porcentagem de pessoas com 60 anos ou mais em relação às demais faixas etárias, explicado pela redução das

taxas de fertilidade e pelo aumento da longevidade, fazendo com que haja cada vez menos crianças e mais idosos (OMS, 2005).

No Brasil, o aumento da participação dos idosos pode ser observado ao longo do tempo: 6,7% em 1980; 6,7% em 1990; 8,12% em 2000; 9,98% em 2010. Projeções para as próximas décadas indicam 13,67% em 2020; 18,70% em 2030 e 29,75% em 2050, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2008)². Com o aumento dessa população, surgem questões relativas ao cuidado dos idosos em situação de dependência, como “Afinal, quem é responsável pelo seu cuidado?”

A Constituição Federal (BRASIL, 1988), no Art. 230º, define que “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”. O Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), no Art. 3º, indica uma direção: “É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”.

Apesar de essas leis estabelecerem que a responsabilidade do cuidado ao idoso pertencer a diversos agentes, ela tem recaído prioritariamente sobre a família. Esta, por sua vez, tem apresentado mudanças sociais em sua configuração que dificultam que os familiares cuidem de seus idosos direta e integralmente, o que será discutido com mais detalhes no Capítulo 2. Nesse contexto, as famílias com condições financeiras proveem o cuidado contratando como seu representante o cuidador formal³ de idoso e as que não têm condições se deparam com dificuldades complexas que exigem resposta da comunidade ou do governo, mas nem sempre recebem esse apoio.

Atualmente, observa-se intenso debate envolvendo cuidadores informais e formais de idosos. Até o momento, a maior parte das pesquisas enfocou os cuidadores informais familiares e, comparativamente, poucas são as pesquisas científicas a respeito de cuidadores formais, o que justifica a relevância acadêmica da presente tese. Não se tem a pretensão de

² Foram utilizados dados da Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade: 1980 – 2050 da revisão de 2008 devido ao fato de a revisão de 2013, que inclui dados do Censo de 2010, apresentar tabelas com números brutos, sem análise, no momento em que essa tese foi finalizada.

³ Baseei-me em Ravagni (2008) para classificar duas categorias de cuidadores de idosos: 1) **informal**: membro familiar ou da comunidade, que cuida voluntariamente, sem receber pagamento; 2) **formal**: pessoa que exerce a função de cuidador mediante remuneração e mantém vínculos contratuais.

suprir uma lacuna; o objetivo é colaborar com a produção científica que envolve esse grupo de trabalhadores.

A relevância da discussão sobre cuidadores formais fica evidente quando constatamos que, em novembro de 2012, tramitavam na Câmara dos Deputados quatro projetos que dispunham sobre a profissão de cuidador: 1) PL-4702/2012, de autoria do Senador Waldemir Moka, dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de pessoa idosa (Projeto do Senado Federal, PLS 284/2011 que, em dezembro de 2012, foi apensado⁴ ao PL-2178/2011); 2) PL-2178/2011, de autoria do Deputado Paulo Foletto, dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador; 3) PL-2880/2008, de autoria do Deputado Otávio Leite, regulamenta a profissão de cuidador de pessoa, delimita o âmbito de atuação, fixa remuneração mínima e dá outras providências. Este projeto foi apensado ao PL 6966/2006; 4) PL-6966/2006, de autoria do Deputado Inocêncio Oliveira, cria a profissão de cuidador (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2012b).

Como se observa nas disposições apresentadas acima, o projeto de autoria do Senador Waldemir Moka é o único específico de “cuidadores de pessoa idosa”, pois os demais versam sobre “cuidadores” ou “cuidadores de pessoas”, incluindo outros grupos etários. Pela sua especificidade e pelo fato de o PLS 284/2011 ter sido debatido publicamente em Brasília e em São Paulo, optou-se por acompanhar a discussão nas audiências públicas relacionadas a ele.

Os aspectos apresentados na justificativa incitaram-me a elaborar questões norteadoras da pesquisa que envolvem as duas audiências públicas organizadas pela Comissão de Assuntos Sociais do Senado sobre a proposta de regulamentação da profissão de cuidador de pessoa idosa: 1) quais são as consequências da aprovação do projeto de lei para a sociedade brasileira; 2) qual é a relação dessa ocupação com profissões regulamentadas; 3) quais são os encaminhamentos necessários após a regulamentação.

⁴ Apensação: tramitação em conjunto. Propostas semelhantes são apensadas ao projeto mais antigo. Se um dos projetos semelhantes já tiver sido aprovado pelo Senado, este encabeça a lista, tendo prioridade sobre os da Câmara. O relator dá um parecer único, mas precisa se pronunciar sobre todos. Quando aprova mais de um projeto apensado, o relator faz um substitutivo ao projeto original. O relator pode também recomendar a aprovação de um projeto apensado e a rejeição dos demais (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2012a).

B. Relação da pesquisadora com temas relacionados aos idosos⁵

Com proporções e enfoques diversos, temas relacionados aos idosos têm pautado minha reflexão e prática como psicóloga social. O início do meu contato profissional com idosos aconteceu durante o Aprimoramento Profissional e Especialização em Psicologia Hospitalar do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICHC-FMUSP). Logo após minha formatura como psicóloga, trabalhei em tempo integral, durante um ano (fevereiro de 2004 a fevereiro de 2005), com pacientes idosos no Serviço de Geriatria e realizei uma pesquisa que incluiu entrevistas com esse público (RIBEIRO, 2004).

Tive a oportunidade de trabalhar no ambulatório e na enfermaria do Serviço de Geriatria, tendo contato com idosos, familiares e uma equipe interdisciplinar inovadora e competente formada por médicos geriatras e de outras especialidades, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas, odontologistas, assistentes sociais. Além da assistência aos idosos com doenças agudas e/ou crônicas, o Serviço de Geriatria promovia o Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial (GAMIA), voltado aos idosos de ambos os sexos, com capacidade de locomoção independente e de comunicação que permitissem o contato em grupo, cuja proposta era contribuir para a promoção de saúde do idoso (JACOB FILHO, 2003). A lição mais importante foi sobre a necessidade do trabalho interdisciplinar quando se trata da atenção ao público idoso.

No ano seguinte ao aprimoramento, ingressei no mestrado em Psicologia Social, realizado na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), no qual estudei o processo de construção das imagens associadas à velhice em propagandas televisivas protagonizadas por idosos e dirigidas ao público idoso (RIBEIRO, 2007). A dissertação teve como pano de fundo o contexto social, político e histórico dos movimentos sociais para idosos no Brasil e no mundo. Essa contextualização gerou um artigo publicado no caderno especial sobre Políticas Públicas da Revista de Estudos Universitários de Sorocaba (RIBEIRO, 2011).

⁵ São citados nomes completos de pessoas que trabalharam comigo por ocuparem cargos publicamente conhecidos.

A cada ano, eu me interessava mais por questões relativas aos idosos na intersecção entre temas micro e macrosociais. Após o mestrado, atuei como professora universitária, supervisora de estágios em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e orientadora de trabalhos de conclusão de curso e pude enfocar questões amplas relacionadas à velhice, ao envelhecimento e aos idosos nos seus aspectos saudáveis, da vivência de dependência e abandono e suas relações com propostas de políticas públicas e interferência do Estado.

Minha atuação tornou-se mais política quando fui morar em Campinas (SP) e trabalhar no Centro Comunitário do Jardim Santa Lúcia (CCJSL), uma Organização Não Governamental (ONG) localizada na periferia da cidade, na qual atuava com psicóloga social com um público intergeracional formado por crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos. Tratava-se de uma instituição conhecida por seus embates políticos junto ao poder público. A coordenadora, Maria Aparecida Siqueira Diniz, possuía vasto conhecimento sobre a política de assistência social e contatos com as instituições públicas e as não governamentais que compunham a rede da assistência, educação e saúde, mantendo canal aberto de comunicação com pessoas e instituições dispostas a repensar a realidade social e política em que estávamos inseridos.

No CCJSL, eram fomentadas discussões com os membros da comunidade para análise das necessidades da população e pensávamos em propostas de ação para solucioná-las coletivamente dentro da comunidade e com manifestações junto ao poder público. Nas reuniões intersetoriais, nas quais participavam membros de ONGs e representantes de algumas secretarias do poder público, eu via se concretizar a ideia de que todos os aspectos da sociedade estão relacionados (educação, transporte, infraestrutura, saúde, lazer, assistência social etc.).

Nessa época aconteceu um fato que me marcou bastante. Um enfermeiro do centro de saúde do bairro foi até o CCJSL pedindo que algum técnico da instituição o acompanhasse para analisar o caso de um senhor, José⁶, 86 anos, que morava no bairro e estava sofrendo negligência nos cuidados por parte da família e das instituições de saúde. Apesar de não sermos uma instituição ligada à saúde, a coordenadora autorizou que eu acompanhasse a diligência até a casa do idoso. Segundo o profissional de saúde citado, José tinha diagnóstico de demência senil e morava na garagem transformada em quarto na casa da filha e da neta. Quando o encontramos, estava fraco, doente, muito magro e aparentava estar subnutrido. Tinha poucos dentes e estava sem dentadura no dia da visita. Era dependente de cuidados

⁶ Nome fictício.

básicos como comer, tomar banho, vestir-se, deitar-se, mas parecia não recebê-los com a frequência necessária. No quarto, havia apenas uma cama com colchão. Quando chegamos, a porta do quarto estava fechada pelo lado de fora, o idoso estava nu e sentimos um cheiro forte de urina e fezes.

Durante os meses que antecederam a nossa inclusão no caso, o enfermeiro do Centro de Saúde havia telefonado para várias ILPIs no município. A renda do idoso não era suficiente para pagar uma ILPI privada e as filantrópicas cofinanciadas pela prefeitura não recebiam idosos com demência. Além desse levantamento, o enfermeiro havia denunciado o caso ao Conselho Municipal do Idoso.

Após minha visita domiciliar a José, convidei a filha com quem o idoso morava para uma conversa e conheci a história da família, permeada de violências físicas graves cometidas por José contra a esposa e os filhos. Percebi que a família precisava de apoio técnico para lidar com o cuidado do idoso. Pensava o quanto era uma violência em relação à própria família ter que assumir o cuidado de um idoso que fora violento em tempos passados. Então, entrei em contato com onze instituições públicas ou cofinanciadas ligadas à saúde e à assistência. Inicialmente, deparei-me com a dificuldade de ser atendida, com algumas instituições com horários diminutos de atendimento. Depois, percebi que representantes do poder público sabiam do caso e o encaminhavam para outras instituições, mas não acompanhavam o desfecho, em um “jogo de empurra eterno”. Os prazos para avaliações não eram respeitados devido à falta de técnicos ou meios de transporte nas instituições relacionadas. Com todas essas dificuldades na comunicação e atenção ao idoso, José acabou morrendo logo depois da minha visita, sem assistência da família, da comunidade ou do poder público.

Nesse caso, pode-se pensar em diversos tipos de violência. A família negligenciando cuidados adequados ao idoso e tendo histórico de violência física de José para com a filha e seus irmãos. Violência institucional, a mais grave de todas, que foi a omissão do Estado na assistência ao idoso e à sua família. Todo o contexto denuncia a violência durante toda a vida das pessoas.

Baseada na minha experiência com idosos e no enfoque político que estava se fortalecendo, a diretoria e a coordenadora do CCJSL me indicaram como sua representante para conselheira titular e a coordenadora Maria Aparecida Siqueira Diniz assumiu como minha suplente no Conselho Municipal do Idoso (CMI), gestão 2010/2011. No conselho, atuei como membro da diretoria no cargo de primeira secretária e assumi a coordenação da Comissão de Instituições de Longa Permanência para Idosos. Permaneci um ano e meio no

CMI e, nesse período, vivenciei um conselho de direitos em seu funcionamento pleno. A presidência e a vice-presidência foram assumidas por duas assistentes sociais, respectivamente, Valéria Barbosa (representante da sociedade civil) e Mônica Giacomette Secco (representante do poder público), ambas militantes na área do idoso e com conhecimento aprofundado sobre as funções e encaminhamentos necessários do CMI. Acompanhei o florescimento do CMI com reuniões ordinárias lotadas, comissões em pleno funcionamento, conferências em cinco regiões da cidade sendo organizadas e realizadas para conhecermos a realidade dos idosos, dentre outras ações. Na gestão seguinte, 2012/2013, Mônica assumiu como presidente e Valéria como vice-presidente, perpetuando a proposta de ação intensa que ocorreu na gestão 2010/2011. Após meu desligamento, mantive contato com o CMI, participando ocasionalmente de reuniões ordinárias e alguns eventos organizados pelo conselho.

Na comissão de ILPIs coordenada por mim, as reuniões contavam com a presença do promotor público do idoso, Valcir Kobori, membros da Vigilância Sanitária das cinco regiões da cidade, donos e funcionários de ILPIs. Nosso trabalho foi iniciar a discussão e organizar o cadastramento das instituições junto ao CMI, o que consistia em três fases: 1) preenchimento de um formulário, 2) visita à instituição, 3) entrevista com o dono e com o responsável técnico, que ocorria no CMI. Nesse período, aprofundei meu conhecimento sobre a situação de moradia e cuidado aos idosos em ILPIs, questão bastante complexa que inclui a abstenção do poder público em auxiliar essas instituições a se capacitarem técnica e administrativamente para promover um cuidado adequado e assumindo apenas o lugar de fiscal via Vigilância Sanitária. A fiscalização tem abrangência limitada no município de Campinas, pois, se uma instituição for fechada, não haverá outros locais para encaminhar os idosos desalojados, já que não existem instituições públicas em Campinas, apenas as filantrópicas, cofinanciadas pelo governo, mas com longas filas de espera.

Depois de um ano de trabalho no CCJSL, pedi demissão e, em setembro de 2010, fundei o Ateliê do Cuidado, um serviço voltado ao público idoso, seus familiares e profissionais da área. Em maio de 2013, o Ateliê do Cuidado se formalizou, tornando-se uma empresa. Os primeiros serviços oferecidos foram seleção de cuidadores de idosos que seriam contratados pelas famílias e acompanhamento técnico dos cuidadores de idosos que atuavam em residências, organizando tabelas de medicação, estruturando relatórios, analisando situações de conflito e orientando quanto ao cuidado baseado nos princípios de personalização, autonomia, independência, estímulos físicos, sociais e cognitivos. Foi assim

que adentrei mais profundamente no universo dos cuidadores de idosos, sendo a maioria formada por mulheres, conhecendo suas trajetórias de vida e condições de trabalho.

Quando uma família contratava a seleção, eu a conscientizava sobre a importância de oferecer condições de trabalho dignas aos cuidadores de seus familiares idosos, com carga horária, salário e funções adequados, bem como garantia de direitos trabalhistas com o registro em carteira.

Durante as entrevistas de seleção, dois fatos frequentemente chamavam atenção: 1) muitas pessoas se candidatavam para a vaga de cuidador de idosos sem ter nenhuma noção das (muitas) responsabilidades que essa ocupação exige, e 2) pessoas com anos de experiência mostravam-se absolutamente inadequadas para desempenhar a função, indicando, por meio de relatos de cuidado, que ano após ano assumiam ações que mostravam negligência e despreparo quanto à técnica e à postura profissional.

Um exemplo de que tenho lembrança vívida foi o de uma candidata que estava nervosa pelo meu atraso em chamá-la para a entrevista e, quando o fiz, ela explicou que estava aflita porque *“a minha velhinha está no carro me esperando”*. Perguntei se a “velhinha” era a mãe dela, ao que ela me respondeu que era a idosa de quem cuidava, que tinha Doença de Alzheimer, e o filho da candidata havia assumido temporariamente o cuidado. Perguntei se a família da idosa sabia onde ela se encontrava e a cuidadora respondeu *“claro que não, eles não podem saber que estou aqui durante meu horário de trabalho”*. Em menos de dois minutos, a candidata havia demonstrado vários problemas de conduta profissional, incluindo negligência.

Outra cuidadora, com aproximadamente 60 anos, antes de iniciar a entrevista me perguntou se era um pré-requisito ter boa aparência e explicou que não a tinha porque estava doente, com estresse grave porque havia trabalhado, durante alguns anos, 24 horas por dia, sete dias por semana, cuidando de uma idosa com Doença de Alzheimer em fase avançada. Perguntei por que ela aceitou essa condição e ela respondeu que o salário era bom (algo em torno de três salários mínimos), mas que se arrependia porque perdeu sua saúde, teve que pedir demissão e está usando o dinheiro que ganhou para recuperá-la.

Depois de seis meses realizando processos seletivos e me deparando com situações variadas e complexas, percebi a necessidade de formar pessoas que quisessem trabalhar como cuidadores, e comecei a oferecer, no segundo semestre de 2011, módulos temáticos de três horas, aos sábados, com os seguintes assuntos: primeiros socorros, prevenção de quedas, massagem, Doença de Alzheimer e cuidados ao idoso acamado. Os professores convidados eram especialistas nas áreas discutidas.

Esse formato durou quatro meses e serviu de preparo para que eu apresentasse no ano seguinte, em fevereiro de 2012, uma proposta mais estruturada, com 20 aulas, cinco meses de duração e docentes de oito áreas (enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, serviço social, odontologia, nutrição, psicologia e gerontologia). As turmas eram formadas por, no máximo, 25 alunos. Assumi como coordenadora com a proposta de um curso que oferecesse embasamento teórico, técnico, sensibilização para o cuidado, que buscasse colocar o aluno no lugar do idoso, análise crítica das situações vivenciadas na situação de cuidado, importância do autocuidado e empoderamento das cuidadoras para que pudessem estabelecer contratos adequados.

Na segunda turma do Curso de Cuidadores de Idosos, fui procurada por Amanda Marques, doutoranda da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), cujo objetivo de pesquisa era analisar cursos de cuidadores de idosos em Campinas e outras cidades do interior de São Paulo. A pesquisadora, que acompanhou todas as aulas do Curso de Cuidadores de Idosos do Ateliê do Cuidado e entrevistou as alunas após o término do curso, apresentou a seguinte avaliação:

O Curso de Cuidadores de Idosos do Ateliê do Cuidado tem como diferencial a ênfase no profissionalismo, formando cuidadores capazes de exercer a profissão de maneira completa e responsável. O curso, numa perspectiva de vanguarda, coloca o idoso como sujeito de direitos, valorizando a autonomia desses indivíduos e preparando cuidadores que não são meros realizadores de procedimentos técnicos, mas que se empenham na atividade de cuidar de maneira ampla e profissional.

A partir da terceira turma, apresentamos uma apostila de aproximadamente 150 páginas e os alunos passaram a ser avaliados a cada aula, respondendo questões indicadas na mesma. No seu atual formato, o curso oferece 60 horas de aulas teóricas e 40 horas de atividades extraclasse, totalizando 100 horas de curso.

Depois de realizar a parte teórica, o aluno pode realizar estágio opcional em três ILPIs conveniadas e no Serviço de Cuidadores de Idosos de uma ONG cofinanciada pela prefeitura, a Associação Franciscana de Assistência Social Coração de Maria (Afascom), considerado um serviço modelo em Campinas. Quinzenalmente, os alunos passam por supervisão no Ateliê do Cuidado, na qual são analisadas as situações vivenciadas nos campos de estágio. Quando o aluno opta por complementar a formação com essa parte prática-reflexiva, adicionam-se 40 horas em campo de estágio e mais 12 horas de supervisão, aumentando a carga horária do curso de 100 para 152 horas.

Paralelamente à seleção, orientação e formação de cuidadores de idosos, o Ateliê do Cuidado oferece serviço de estimulação cognitiva aos idosos com Doença de Alzheimer, que consiste em atividades variadas e personalizadas de acordo com o interesse e as possibilidades de cada idoso, com o objetivo de mantê-lo o mais independente e autônomo possível.

Trabalhamos com orientações de cuidadores familiares para lidarem com as situações que o cuidado a idosos em situação de dependência apresenta e acompanhamos as dificuldades das famílias no cuidado ao idoso. Sendo o público-alvo desse serviço, a classe média alta tem condições de contratar cuidadores de idosos para auxiliar no cuidado. Temos contato também com relações trabalhistas, funções que podem ser assumidas, conflitos gerados por contratos mal estabelecidos ou não cumpridos.

Esse relato sobre a minha relação com temáticas que envolvem o idoso justifica meu interesse e minha prática como psicóloga social, acadêmica, professora, diretora de empresa e, fundamentalmente, como militante na área. Se essa descrição se estendeu, foi para deixar claras tanto minhas implicações em relação ao tema escolhido como minha ênfase como militante na busca de condições de trabalho adequadas, formação para os cuidadores de idosos e propostas de cuidado ao idoso que promovam sua autonomia e independência ao invés de gerar dependência, fato muito comum quando noções de cuidado não são problematizadas.

Ao utilizar o termo “implicação”, refiro-me ao conceito desenvolvido por René Lourau, adotado pela Análise Institucional. De maneira geral, implicação refere-se ao nosso envolvimento com tudo o que fazemos nos níveis afetivo, ideológico e profissional no que diz respeito às práticas de pesquisa, às intervenções, às instituições com as quais nos relacionamos, ao nosso campo teórico-metodológico e à sociedade da qual fazemos parte (L’ABBATE, 2012).

Uma das reversões epistemológicas que o conceito nos apresenta é a da implicação em oposição ao conceito de neutralidade, pois se entende que em atividades de intervenção e de pesquisa, as implicações devem ser reconhecidas, consideradas e analisadas, ao invés de serem ignoradas. No meu caso, estou absolutamente implicada no tema idoso desde que me formei e, na conjuntura atual, mantenho essa implicação especificamente com o tema da regulamentação da profissão de cuidadores de idosos enquanto militante, psicóloga e diretora de uma empresa privada. Tendo em vista a confluência entre as questões discutidas no processo de regulamentação da profissão de cuidadores de idosos e alguns dos serviços prestados no Ateliê do Cuidado, dispus de dados coletados na empresa e, sempre que isso ocorreu, essa fonte foi informada, assim como todas as demais.

C. Posicionamento epistemológico

Esta pesquisa apoia-se epistemologicamente em pressupostos do construcionismo social. Tendo em vista a variedade de trabalhos, enfoques e autores construcionistas, é tarefa difícil definir seus contornos precisamente. Sem um campo delimitado, temos uma proposta heterogênea e múltipla, embasada em uma nebulosa conceitual e metodológica que engloba muitas disciplinas na área das ciências sociais (DANZIGER, 1997; RASERA; JAPUR, 2005; M. J. P. SPINK, 2003).

De forma geral, os autores construcionistas baseiam-se na construção histórica e cultural dos fenômenos sociais e, de forma específica, os estudiosos construcionistas da Psicologia Social enfatizam a interação entre as pessoas, na qual ocorrem os processos de produção de sentidos na vida cotidiana.

As experiências no campo dos cuidadores de idosos – locais em que atuam, atividades desenvolvidas, condições de trabalho, concepções de cuidado do outro e de si mesmo, interações estabelecidas com idosos cuidados, seus familiares e demais profissionais – são complexas e abrangem o conhecimento teórico, técnico e manejo do espaço relacional constituído em torno do cuidado ao idoso.

Essa complexidade não se trata apenas de pontos de vista diferentes: de representantes do poder público (saúde, assistência social, educação, trabalho e renda), de instituições formadoras, dos cuidadores de idosos, dos idosos, dos familiares, dos demais profissionais envolvidos no cuidado ao idoso (médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, educadores físicos, nutricionistas, odontologistas, gerontólogos.). Tal complexidade refere-se à existência conjunta de versões múltiplas (MOL, 2008) “[...] de realidades fractais que são **performadas** de diferentes formas pelos muito actantes sociais e materiais que estão presentes nessa rede heterogênea” (M. J. SPINK, 2010, p. 42).

M. J. Spink e Frezza (1999) apontam que a linguagem possuiria um caráter performativo, porque possibilitaria que as pessoas criassem sentidos e se posicionassem nas relações sociais cotidianas, construindo versões deste mundo e produzindo a própria realidade em relação.

As várias formas de pensar e agir a respeito da regulamentação da profissão de cuidadores de pessoas idosas não são práticas sociais voltadas para si mesmas, ao contrário, elas produzem efeitos umas sobre as outras e indicam conexões parciais, “[...] de modo que

poderíamos conceber complexidade justamente como o ponto de encontro de vários ordenamentos simplificadores” (M. J. SPINK, 2010, p. 46).

Partindo-se do princípio que dado fenômeno social “[...] não precisaria ter existido ou ser como é; não é determinado pela natureza das coisas; não é inevitável. É essa premissa que distingue a pesquisa construcionista” (M. J. SPINK, 2004, p. 25). Considera-se que os fenômenos são resultado de interações sociais de instituições e pessoas e de tecnologias de visibilidade; por isso, é necessário compreendê-los no contexto em que são produzidos. Isso significa dizer que o projeto de lei para a regulamentação da profissão de cuidador da pessoa idosa tem um porquê histórico e social que é preciso ser compreendido.

Os aspectos histórico e social da regulamentação da profissão de cuidadores de pessoas idosas estão associados a mudanças profundas na sociedade brasileira, caracterizadas por algumas transições fundamentais: 1) **demográfica**: envelhecimento populacional proporcionado pela melhoria das condições de vida da população e avanço da tecnologia médica; 2) **epidemiológica**: aumento de doenças não transmissíveis, principais causas de dependência, incapacidade, fragilidade e mortalidade entre os idosos; 3) **perfil familiar**: diminuição das famílias, entrada massiva da mulher no mercado de trabalho.

No “Núcleo Práticas Discursivas e Produção de Sentidos” do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da PUC-SP, foi desenvolvido um instrumental analítico-conceitual particular para compreender os processos cotidianos de comunicação – nomeado *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos*. Na concepção desse Núcleo, tem-se considerado três dimensões do tempo. A primeira corresponde ao **tempo longo** e se faz presente por meio da história da circulação, na sociedade de repertórios linguísticos, apoiada nas mídias encontradas no cotidiano, como literatura, documentos, iconografia – essa pesquisa refere-se ao material produzido sobre cuidado, especialmente os relacionados aos idosos; sobre cuidadores de idosos familiares e formais; sobre elaboração de leis. A segunda dimensão, chamada de **tempo vivido**, consiste no filtro produzido nos nossos processos de socialização primária, secundária e pós-secundária – no caso, trata-se do que se conhece a respeito do debate sobre cuidadores de idosos por meio de conversas em casa, ônibus, hospitais, consultórios, centros de saúde, escolas, cursos, ou seja, quando as pessoas entram em contato mais próximo com o tema e têm a oportunidade de refletir a respeito dele, produzindo um filtro sobre o assunto; por fim, o **tempo curto** refere-se ao tempo da interação, ao aqui e agora, onde ocorre comunicação e negociação de significados – nessa pesquisa, o tempo curto está representado pelas duas audiências públicas analisadas, nas quais houve

interação entre diversos atores sociais, negociando significados a respeito dos cuidadores de idosos no Brasil.

É possível deduzir que os sentidos produzidos e performados acerca de determinados fenômenos sociais, como, por exemplo, aqueles atribuídos aos cuidadores de idosos e à necessidade ou não de sua regulamentação como profissão, derivam de um contexto imediato e de um conjunto de possibilidades anteriores que circulam na sociedade, desde a mídia até conversas cotidianas. Cada prática discursiva tem sua característica, seu local e sua história. No meu caso, foram analisadas duas audiências públicas promovidas pelo Senado Federal para discutir o projeto de regulamentação da profissão de cuidador de pessoa idosa divulgadas na TV Senado, em rede de televisão aberta: a primeira realizada em Brasília (2011) e a segunda em São Paulo (2012). Ambas tiveram contextos diferentes que influenciaram nas interações entre os atores e esse fato também foi objeto de análise.

Esta pesquisa analisou discursos referentes às consequências da aprovação do projeto de lei para a sociedade brasileira, à relação dessa ocupação com profissões regulamentadas e quais encaminhamentos são necessários após a regulamentação.

D. Percurso da Tese

A tese está dividida da seguinte maneira: no **Capítulo 1** se discute a concepção de cuidado adotada nessa pesquisa; no **Capítulo 2** é apresentada a contextualização social que o projeto de lei para regulamentar a profissão de cuidador de pessoa idosa se insere, ou seja, as transições demográfica, epidemiológica e de perfil familiar, e também se apresenta a rede de provisão de cuidados ao idoso dependente formada por famílias, voluntários, mercado, instituições filantrópicas e organizações não governamentais e Estado; o assunto do **Capítulo 3** é a situação atual dos cuidadores de idosos no Brasil, abordando a diferença entre ocupação e profissão e a caracterização dos cuidadores de idosos no país: feminização⁷ do cuidado, escolaridade e formação profissional, competências e procedimentos e direitos trabalhistas; no **Capítulo 4** é apresentado um breve histórico do Projeto de Lei do Senado, PLS 284/2011; no **Capítulo 5** é descrito o método da pesquisa; no **Capítulo 6** é apresentada e analisada a 1ª

⁷ Segundo Yannoulas (2011), feminilização teria um significado quantitativo, referindo-se ao aumento ou predominância do gênero feminino na composição de uma profissão ou ocupação, e feminização traria um significado qualitativo de predominância ou transformações de significados e valores sociais de uma profissão ou ocupação em uma dada época.

audiência pública, ocorrida em Brasília no dia 20 de outubro de 2011, apresentando contextualização, quem foram os palestrantes, visão do conjunto e análise dos eixos formação profissional, políticas públicas e competências e procedimentos; no **Capítulo 7** a 2ª audiência pública, ocorrida em São Paulo no dia 1º de junho de 2012, é apresentada e analisada a partir da contextualização, quem foram os palestrantes, visão do conjunto e análise dos eixos formação profissional e competências e procedimentos; no **Capítulo 8** são discutidos temas abordados nas audiências a partir das questões inicialmente colocadas: consequências da aprovação do projeto de lei para a sociedade brasileira, relação dessa ocupação com profissões regulamentadas e quais encaminhamentos são necessários após a regulamentação; no **Capítulo 9** são traçadas as considerações finais.

CAPÍTULO 1

CONCEPÇÃO DE CUIDADO

Para seguir adiante na discussão sobre cuidadores de idosos, é importante que o conceito de cuidado adotado nesta pesquisa seja apresentado, tendo em vista a existência de outras concepções que fazem parte do debate.

Parto do princípio proposto por Merhy (2006) de que cuidado é um “acontecimento produtivo intercessor”, ou seja, no momento em que pessoas com conhecimentos específicos e com propósito de solucionar problemas se encontram com pessoas e grupos que apresentam demandas de resolução de problemas, estabelece-se o espaço comum em que um intervém sobre o outro, mutuamente, produzindo atos micropolíticos. Ambos os grupos possuem necessidades macro e micropolíticas que atravessam suas relações e devem ser levadas em conta para que o cuidado produzido seja satisfatório para ambas as partes.

Merhy (2006) analisa trabalhadores da saúde envolvidos com o cuidado, tais como médicos, psicólogos, enfermeiros. Entendo que é possível incluir nessa análise cuidadores de idosos, que, até esse momento, não estão inseridos no campo da saúde, mas são trabalhadores do cuidado que interagem com idosos com o objetivo de solucionar demandas específicas, tais como os trabalhadores estudados no texto citado. Segundo o autor, para atuar, o trabalhador do cuidado utiliza três tipos de valises: tecnologias duras, leve-duras e leves.

As **tecnologias duras** envolvem instrumentos como estetoscópio, caneta, papel, que permitem processar dados físicos, exames laboratoriais, registros. As tecnologias duras de que os cuidadores de idosos podem dispor são caderno de relatório, agenda para anotar compromissos para o idoso, instrumentos de proteção pessoal, como luvas, caneta, telefone para se comunicar com familiares e outros profissionais que cuidam do idoso, agendar atividades de lazer e outros instrumentos que pode oferecer ao idoso, como papel, lápis de cor, revistas, tesoura, cola, bolas de tamanhos variados com o propósito de realizar atividades diversas.

O segundo tipo de valise que o trabalhador do cuidado utiliza é a formada por **tecnologias leves-duras**, que permitem processar seu olhar sobre o cliente em uma significação particular a respeito do mundo e das necessidades dele. Esse olhar é construído a partir de certos conhecimentos bem definidos, daí o lado duro. Os momentos de interação com o cliente geram certa incerteza sobre o ato a ser realizado, desviando o trabalhador de sua dureza e o encaminhando para o raciocínio analítico que a relação centralmente leve impõe.

Por fim, a terceira valise contém **tecnologias leves** atreladas ao espaço relacional que se estabelece entre duas pessoas. Os processos produtivos de cuidado que ocorrem nesse espaço apenas se realizam em ato e nas intercessões entre trabalhador e pessoa cuidada. Essa valise permite reconhecer na produção dos atos de cuidado uma situação de disputa em aberto

que aponta para o fato de que as finalidades não são de uma única ordem, ou seja, as opiniões de todas as partes envolvidas devem ser consideradas.

Outro teórico do cuidado, Ayres (2004) nos ajuda a aprofundar o conceito de tecnologia leves apresentado por Merhy ao relatar seu encontro enquanto médico com Dona Violeta, atendida em uma unidade básica de saúde. Transcrevo na íntegra para que não se percam detalhes preciosos para a análise.

Saí do consultório e caminhei pelo corredor lateral até a sala de espera, cartão de identificação à mão, para chamar a próxima paciente. Já era final de uma exaustiva manhã de atendimento no Setor de Atenção à Saúde do Adulto da unidade básica. Ao longo do percurso fiquei imaginando como estaria o humor da paciente naquele dia – o meu, àquela hora, já estava péssimo. Assim que a chamei, D. Violeta veio, uma vez mais, reclamando da longa espera, do desconforto, do atraso de vida que era esperar tanto tempo. Eu, que usualmente nesse momento, sempre repetido, buscava compreender a situação da paciente, acolher sua impaciência e responder com uma planejada serenidade, por alguma razão nesse dia meu sentimento foi outro. Num lapso de segundo tive vontade de revidar, nesse primeiro contato, o tom rude e agressivo de que sempre era alvo. Quase no mesmo lapso, senti-me surpreso e decepcionado com esse impulso, que me pareceu a antítese do que sempre acreditei ser a atitude de um verdadeiro terapeuta, seja lá de que profissão ou especialidade for. Essa vertigem produziu em mim muitos efeitos. Um deles, porém, foi o que marcou a cena. Ao invés da calculada e técnica paciência habitual, fui invadido por uma produtiva inquietude, um inconformismo cheio de uma energia construtora. Após entrar no consultório com D. Violeta, me sentar e esperar que ela também se acomodasse, fechei o prontuário sobre a mesa, que pouco antes estivera consultando, e pensei: ‘Isto não vai ser muito útil. Hoje farei com D. Violeta um contacto inteiramente diferente’. Sim, porque me espantava como podíamos ter repetido tantas vezes aquela mesma cena de encontro (encontro?), com os mesmos desdobramentos, sem nunca conseguir dar um passo além. Inclusive do ponto de vista terapêutico, pois era sempre a mesma hipertensa descompensada, aquela que, não importa quais drogas, dietas ou exercícios prescrevesse, surgia diante de mim a intervalos regulares. Sempre a mesma hipertensão, o mesmo risco cardiovascular, sempre o mesmo mau humor, sempre a mesma queixa sobre a falta de sentido daquela longa espera. A diferença hoje era a súbita perda do meu habitual autocontrole; lamentável por um lado, mas, por outro lado, condição para que uma relação inédita se estabelecesse. Para espanto da minha aborrecida paciente não comecei com o tradicional ‘Como passou desde a última consulta?’. Ao invés disso, prontuário fechado, caneta de volta ao bolso, olhei bem em seus olhos e disse: ‘Hoje eu quero que a senhora fale um pouco de si mesma, da sua vida, das coisas de que gosta, ou de que não gosta... enfim, do que estiver com vontade de falar’. Minha aturdida interlocutora me olhou de um modo como jamais me havia olhado. Foi vencendo aos poucos o espanto, tateando o terreno, talvez para se certificar de que não entendera mal, talvez para, também ela, encontrar outra possibilidade de ser diante de mim. Dentro de pouco tempo, aquela mulher já idosa, de ar cansado – que o característico humor acentuava, iluminou-se e pôs-se a me contar sua saga de imigrante. Falou-me de toda ordem de dificuldades que encontrara na vida no novo continente, ao lado do seu companheiro, também imigrante. Como ligação de cada parte com o todo de sua história, destacava-se uma casa, sua casa – o grande sonho, seu e do marido –construída com o labor de ambos: engenheiros e arquitetos autodidatas. Depois de muitos anos, a casa ficou finalmente pronta e, então, quando poderiam usufruir juntos do sonho realizado, seu marido faleceu. A vida de D. Violeta tornara-se subitamente vazia, inútil – a casa, o esforço, a migração. Impressionado com a história e com o modo muito “literário” como a havia narrado para mim, perguntei, em tom de sugestão, se ela nunca havia pensado em escrever sua história, ainda que fosse apenas para si mesma. Ela entendeu perfeitamente a

sugestão, à qual aderiu pronta e decididamente. Não me recordo mais se ela ainda voltou a reclamar alguma vez de demoras, atrasos etc. Sei que uma consulta nunca mais foi igual à outra, e eram de fato ‘encontros’, o que acontecia a cada vinda sua ao serviço. Juntos, durante o curto tempo em que, por qualquer razão, continuamos em contato, uma delicada e bem-sucedida relação de cuidado aconteceu. Receitas, dietas e exercícios continuaram presentes; eu e ela é que éramos a novidade ali (AYRES, 2004, p. 17).

A partir deste caso, Ayres (2004) propõe que o cuidado relaciona ativamente aspectos técnicos e de humanização das práticas na relação entre quem cuida e quem é cuidado, tornando a prática do cuidado em momento de encontro. Ao analisar a ineficácia da intervenção com Dona Violeta, indica que ocorrem situações de encontros não atualizados, ou seja, existe um potencial de interação não realizado plenamente. Pode-se dizer que o interesse da idosa pelo espaço de assistência é legítimo, já que ela o procura repetidamente. Esse espaço, no entanto, mostra-se estéril quando os mesmos comportamentos e queixas, tanto da senhora como do médico, se repetem a cada encontro.

A situação apresenta um ponto de mudança que levanta a questão: o que alterou a qualidade do encontro entre o médico e sua cliente? Segundo a análise do autor, a mudança foi a busca do significado de diagnósticos, exames, controles, medicações, dietas, riscos, sintomas e, mais do que isso, a busca do significado da própria presença da Dona Violeta diante do médico.

O que se observou no encontro foi o incômodo com a falta de sentido de desempenhar mecanicamente os papéis de médico e de cliente, e o que criou condições para a reconstrução da relação “[...]não foi uma técnica, um conceito, foi uma *sabedoria prática*, posta em ação por um misto de circunstância, desejo e razão dos que se encontraram” (AYRES, 2004, p. 20).

Entrou em cena um elemento fundamental para a reconstrução do encontro: o reconhecimento e a valorização do *projeto de felicidade* concebido por Dona Violeta e seu marido, fracassado diante da morte deste e que, na consulta, pôde ser recuperado. Esse espaço de escuta fez a idosa surgir diante de seu médico e pode promover a ressignificação de tudo ao seu redor, especialmente, o cuidado de si. A recuperação do projeto existencial de Dona Violeta estabeleceu um vínculo efetivo com seu médico e permitiu o trabalho de manejo da saúde, que começou a dar sentido às preocupações originais, como o controle da hipertensão. É no espaço relacional, orientado pela valise das tecnologias leves, que o cuidado pôde ser efetivado, provocando mudanças verdadeiras na vida de Dona Violeta e do médico.

No caso de cuidadores de idosos, esse encontro terapêutico pode ampliar-se por muitas horas e dias, já que são contratados para atuar por aproximadamente 40 horas semanais.

Quando de fato ocorre o encontro, operam-se transformações nos níveis emocional, físico e social, aumentando a qualidade de vida do idoso e a qualidade do trabalho que está desenvolvendo. Lembro-me de uma aluna do Curso de Cuidadores de Idosos do Ateliê do Cuidado, que cuidava de um escritor brasileiro, comentar que seguiu a sugestão, feita em uma das aulas, de conversar sobre determinados aspectos da vida do idoso. O escritor idoso e a aluna passaram uma tarde toda conversando, em um processo de transformação mútua. Ao final do dia, ele entregou um livro autobiográfico que havia escrito e falou que ela poderia conhecer melhor sua vida lendo as páginas. Esse mesmo senhor, dias depois, falou para ela “Eu não sei o que seria da minha vida sem você”.

Merhy (2006) afirma que é nesse encontro que ocorre um dos momentos mais particulares do trabalho enquanto produtor de cuidado. Trata-se de um espaço ocupado por processos produtivos que só podem ser realizados no encontro entre pessoas. No nível micropolítico, o autor denomina o encontro que opera na relação cuidador e cuidado de autopoietico. A palavra “autopoietico” foi emprestada da biologia, que a designa para descrever o movimento de uma ameba, que expressa e significa a imagem do caminhar de um ser vivo que se produz em vida. A autopoiese é um movimento da vida produzindo vida, o que permite ressignificar os encontros na produção do cuidado, que passam a ter novos sentidos.

Dentro do processo de cuidado, é importante destacar a existência de disputas e conflitos de diversas lógicas sociais, que procuram tornar a produção das ações de cuidado de acordo com certos interesses e interditar outros. O cuidado mantém-se como espaço de disputa e conflitos e caracteriza-se pela demonstração de que as forças interditas continuam operando em ato. Há que se ter em mente que, nesse espaço do cuidado, estão presentes processos relacionais de interdição, tais como dominação, exclusão, eliminação (MERHY, 2006), que precisam ser reconhecidos, analisados, discutidos e manejados continuamente para que ocorra o cuidado autopoietico. Essas disputas e conflitos ocorrem no nível micro e macropolítico em toda e qualquer situação de cuidado.

No nível micropolítico, observa-se a existência do conflito nas várias relações em que os cuidadores de idosos se veem envolvidos em seu trabalho: cuidador e idoso; familiares e cuidador; familiares e idoso; familiares entre si; equipe de cuidadores. As manifestações de disputas e conflitos são infinitas e pode-se citar como exemplos: cuidador oferece determinado cuidado e idoso não aceita (medicamento, banho, alimento); contratos de trabalho que não são respeitados; familiares desejam obter bens do idoso que está em situação de fragilidade e o manipulam a cedê-los; disputas entre familiares que não querem assumir o

cuidado; membros de uma equipe de cuidadores que dividem tarefas e não executam o combinado; instituições públicas que não assumem suas responsabilidades de cuidado ao idoso.

Apesar de o cuidado ser permeado de conflitos, percebemos que, no início do Curso de Cuidadores de Idosos do Ateliê do Cuidado, os alunos tendem a negar sua existência. Essa questão fica clara na segunda aula do curso, quando é feita a dinâmica “Bolsa dos Sentimentos”, na qual os alunos respondem à pergunta: “Quais sentimentos cuidar de idoso gera no cuidador?”.

Em levantamento realizado⁸ em uma turma de 2012, a maior parte das respostas (92,3%) apontava para sentimentos ou sensações positivas, como alegria, amor, apego, atenção, bem-estar, carinho, gratidão, paciência, prazer, realização, respeito, responsabilidade, satisfação e ser útil. Apenas 3,84% eram neutros (curiosidade) e 3,84% eram negativos (medo de errar), indicando o alto nível de idealização positiva quanto ao cuidado ao idoso. Na discussão sobre as respostas dadas, essa característica positivada do discurso dos alunos foi evidenciada e seguiu-se uma reflexão sobre o cuidado ideal e o cuidado real.

O *cuidado ideal* seria aquele em que aparecem apenas sentimentos agradáveis, fáceis de lidar, excluindo as dificuldades da experiência. Cria-se, assim, uma realidade ilusória, que tem pouca relação com o cotidiano. Essa situação gera problemas porque, quando o cuidador entra em contato com os problemas reais do trabalho, tem dificuldade para lidar com eles, pois não previu que poderiam gerar sentimentos bastante negativos.

Já no cotidiano do *cuidado real*⁹, todo tipo de sentimento aparece e deve ser considerado e analisado. Na compreensão de sentimentos reais o cuidador pode avaliar seu trabalho, pensar adaptações possíveis da prática e analisar se a atividade é adequada para ele/ela e para a pessoa cuidada.

Para encerrar essa dinâmica, propõe-se que os alunos falem sobre os sentimentos negativos que o cuidado ao idoso pode proporcionar e, então, aparecem palavras como estresse, medo, raiva, cansaço, humilhação, desvalorização, insatisfação, incompetência, estresse. Nesse momento, percebe-se que o cuidado real começa a ser considerado e discutido nas aulas seguintes, pois se integram sentimentos negativos aos positivos. Trabalhar como cuidador formal de idosos proporciona sentimentos diversos, que devem ser analisados com

⁸ Dados não representativos, apenas para ilustrar, retirados de dinâmica realizada com alunos.

⁹ Diferenciação conceitual realizada a partir da minha experiência e reflexão.

atenção. Com frequência, os sentimentos negativos existem, mas são desconsiderados, gerando uma realidade ilusória que pouco tem a ver com o cotidiano de cuidado.

No nível macropolítico, observamos disputas variadas no campo do cuidado ao idoso, pois tanto a Constituição Federal como o Estatuto do Idoso definem que família, sociedade e Estado possuem a obrigação de amparar os idosos e assegurar-lhes a efetivação aos direitos da vida em sociedade. Tais leis dividem responsabilidades entre família, comunidade, sociedade e poder público, mas se observa que o discurso, em vários âmbitos, revela que a maior responsável é a família, e os outros atores acabam por se omitir da responsabilidade de cuidado.

Outra discussão macropolítica do campo ocorre quando está em pauta a profissionalização da ocupação de cuidador de idoso, especialmente no que diz respeito a atribuições e formação. A respeito desses assuntos, surgem questões variadas. Quais tipos de remédios o cuidador pode ministrar? Profissionais de que áreas são responsáveis por supervisionar o cuidador de idoso? Quais são as atribuições e em quais contextos? Essas atribuições coincidem com as dos profissionais da enfermagem ou outras profissões regulamentadas? Coincidem com as das empregadas domésticas? Quem pode formar os cuidadores de idosos? Quais são os conteúdos que devem ser ministrados? Tais questões geram discussões políticas no âmbito de conselhos profissionais, na Câmara e no Senado e discussões sociais amplamente divulgadas pela mídia e pelas redes sociais.

Os conceitos e as práticas de cuidado estão permeados pelos contextos histórico, social, cultural e político. Atualmente, vários grupos apontam para a necessidade do desenvolvimento do cuidado aos idosos na sociedade brasileira. Exemplo dessa discussão pode ser encontrado no relatório “Declaração do Rio: Além da Prevenção e Tratamento: Desenvolvendo uma Cultura do Cuidado em resposta à Revolução da Longevidade”, elaborado durante o Fórum Internacional World Demographic Association, evento realizado em outubro de 2013 no Rio de Janeiro, que reuniu profissionais e instituições que trabalham com e para os idosos (FÓRUM INTERNACIONAL WORLD DEMOGRAPHIC ASSOCIATION, 2013).

Segundo o relatório, o aumento da longevidade é uma realidade global e os idosos estão alcançando idades muito avançadas. Muitos deles mantêm-se ativos, mas um número crescente vai necessitar de cuidados de longo prazo para incapacidades geradas por doenças incuráveis. Por outro lado, os contextos onde o cuidado se faz necessário são culturalmente multifacetados e mudam rapidamente: hoje em dia, as redes familiares, menores, mais complexas e dispersas, possuem menor capacidade de oferecer cuidado sem ajuda adicional.

Muito se avançou em termos de prevenção e tratamento, mas para acompanhar a revolução da longevidade é necessário desenvolver uma cultura de cuidado universal, sustentável, viável economicamente, feita com compaixão.

Os autores do relatório citado declaram que cultura do cuidado é a que prioriza tanto o indivíduo recebedor como o provedor do cuidado e que promove diálogo e solidariedade intergeracional. Reafirmam os Princípios das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas (UNITED NATIONS [UN], 1991) e apoiam a ênfase em independência, dignidade, autorrealização, participação e cuidados. Lembram que, na maioria dos países, as mulheres são mais longevas, frequentemente vivem sozinhas e têm mais incapacidades e fragilidades. A maior parte dos cuidadores é de mulheres que, geralmente, não têm reconhecimento, apoio, formação ou treinamento para as funções que assumem. O cuidado a ser oferecido a elas exige atenção especial. Mencionam que é imperativo identificar e erradicar crenças, atitudes e comportamentos individuais e coletivos que levam ao abuso e à negligência nos locais em que os idosos são cuidados. Realçam a necessidade de a cultura de cuidados oferecer mais do que medicação às pessoas que precisam de cuidados crônicos e assinalam cinco elementos fundamentais para a prestação do sistema de cuidados: comunicação, continuidade, coordenação, integralidade e ligações com a comunidade (FÓRUM INTERNACIONAL WORLD DEMOGRAPHIC ASSOCIATION, 2013).

Por fim, chamam à ação “[...] todos os governos, legisladores, profissionais, sociedade civil, pessoas idosas e organizações que os defendem, o setor privado e os meios de comunicação a investir, apoiar e realizar” (FÓRUM INTERNACIONAL WORLD DEMOGRAPHIC ASSOCIATION, 2013, p. 6) as ações nos seguintes níveis: direitos das pessoas idosas; serviços de cuidados; planejamento e realização do cuidado; educação e treinamento e ambientes para uma cultura do cuidado.

Nesse sentido, a regulamentação da profissão de cuidadores de pessoas idosas desperta discussões que estão inseridas na análise global sobre o cuidado, pois englobam políticas públicas e privadas de cuidado baseadas no princípio legislativo de que o cuidado aos idosos deve ser realizado pela família, comunidade e Estado; esse cuidado leva à necessidade de serviços especializados que devem ser planejados de maneira a serem sustentáveis a longo prazo e ampliados a todos de que deles necessitam (idosos cuidados e cuidadores, sejam eles familiares ou formais); os profissionais de todos os níveis educacionais que trabalham em serviços voltados ao cuidado do idoso precisam passar por treinamentos para que suas ações estejam em consonância com um cuidado que vise à autonomia e independência dos idosos e que os entenda como cidadãos inseridos na sociedade que deve oferecer ambientes públicos

de cuidado; o treinamento específico de cuidadores de idosos deve ser pensado nesse contexto, questão essa que envolve definições de quem poderá realizar tal formação, quais serão os conteúdos mínimos obrigatórios, carga horária mínima, qualificação dos docentes e qual será o órgão público responsável por fiscalizar os cursos de cuidadores de idosos.

Assim, marcamos a importância de que pensar sobre o cuidador de idosos é pensar na relação de cuidado que se estabelece entre ele e o idoso e que essa relação necessita ser pautada em uma noção de cuidado que, nesta tese, foi definida como interação que ocorre nos níveis micro e macropolítico entre pessoas ou grupos que apresentam necessidades específicas e pessoas ou grupos com conhecimentos específicos e intenção de suprir tais necessidades. Esse espaço de encontro é composto por instrumentos, conhecimentos bem definidos e pelo espaço relacional estabelecido entre quem cuida e quem recebe o cuidado, sendo permeado de conflitos constantes. Quando o cuidado suscita autopoiese, o encontro pode gerar importantes transformações emocionais, físicas e sociais, aumentando a qualidade de vida de quem é cuidado e a qualidade do trabalho da pessoa que o promove.

CAPÍTULO 2

CONTEXTUALIZAÇÃO SOCIAL

O contexto social e histórico que acomoda o projeto de lei regulador da profissão de cuidador de pessoa idosa é complexo, pois questões do cuidado ao idoso associam-se a transições profundas na sociedade brasileira. A **transição demográfica** é assinalada pelo envelhecimento populacional, ocorrido no Brasil e no mundo, proporcionado por melhores condições de vida da população e pelo avanço da tecnologia médica. A **transição epidemiológica** refere-se ao aumento de doenças não transmissíveis, principais causas de dependência, incapacidade, fragilidade e mortalidade entre os idosos. A **transição do perfil familiar** é marcada, principalmente, pela diminuição das famílias e pela entrada da mulher no mercado de trabalho.

Tais transições apontam para a necessidade de estudar o modelo de cuidado à população idosa dependente, assim, será apresentada a rede de provisão de cuidados formada por famílias, voluntários, mercado, instituições filantrópicas e organizações não governamentais e Estado.

2.1 Transição demográfica

Nos últimos anos, o envelhecimento da população em escala mundial é um fenômeno amplamente divulgado. Dados da OMS sobre a população mundial indicam que a proporção de pessoas com 60 anos ou mais cresce mais rapidamente que a de outras faixas etárias. Entre 1970 e 2025, espera-se um aumento de 223%, ou aproximadamente 694 milhões, no número de idosos. Em 2025, estima-se que existirá 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos e, até 2050, haverá dois bilhões, sendo que 80% delas se encontrarão em países em desenvolvimento (OMS, 2005).

No Brasil, um dos órgãos oficiais que o acompanham é o IBGE. De acordo com este órgão, em 1940, a população se dividia entre a proporção de 42,9% de crianças e adolescentes (0 a 14 anos), 53% de adultos (15 a 59 anos) e 4,1% da população de idosos (60 anos ou mais) (IBGE, 2007). Em 2011, conforme os últimos dados apresentados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do IBGE – PNAD/IBGE (2012), havia 23,3% de crianças e adolescentes (0 e 14 anos), 64,7% de adultos (15 a 59 anos) e 12,1% de idosos (60 anos ou mais), indicando o crescimento do número de idosos em relação às crianças e aos adolescentes.

Dados divulgados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) mostram que a expectativa é de que o grupo dos idosos, formado por 20,6 milhões de pessoas em 2010, seja constituído por 57 milhões em 2040, o que corresponde a aproximadamente 28% da população brasileira (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2013).

O que esses dados não revelam é a heterogeneidade da população idosa cuja faixa etária compreende mais de 30 anos de vida, sendo que os seus integrantes experimentaram trajetórias de vida muito diferentes no Brasil, entre grupos sociais e raciais (CAMARANO; PASINATO, 2004). Hoje em dia, coexistem idosos independentes e dependentes.

2.2 Transição epidemiológica

Paralela à transição demográfica, observa-se a transição epidemiológica, que consiste no aumento de doenças não transmissíveis em comparação às doenças transmissíveis. Essa transição possui dois aspectos: 1) com a melhoria das condições sanitárias, a porcentagem de pessoas de todas as faixas etárias que contraem doenças transmissíveis diminui; 2) conforme as pessoas envelhecem, as doenças não transmissíveis tornam-se as principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade no mundo todo. Esse tipo de doenças, típicas da velhice, são financeiramente custosas para os indivíduos, as famílias e o Estado (OMS, 2005).

Segundo a OMS (2005), as principais doenças crônicas que afetam os idosos no mundo todo são: doenças cardiovasculares, hipertensão, derrame, diabetes, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças músculo-esqueléticas, doenças mentais e cegueira.

O processo de envelhecimento traz consigo o aumento de idosos mais idosos (com 80 anos ou mais), mais sujeitos às doenças e aos agravos crônicos não transmissíveis que, muitas vezes, levam a sequelas que limitam o desempenho funcional e geram situações de dependência de cuidado. Em 2010, esse subgrupo representava aproximadamente 14% da população idosa e 1,5% da população brasileira. Em 2040, as projeções sugerem que os muito idosos serão 25% da população idosa e aproximadamente 7% da população geral (CAMARANO; MELLO, 2010a).

2.2.1 Dependência, incapacidade funcional e fragilidade na velhice

Ao discutir sobre a necessidade de provimento de cuidados de longa duração¹⁰ aos idosos, observa-se o uso de três conceitos, tanto na comunidade acadêmica e em documentos oficiais como nos serviços de cuidado da saúde e da assistência social: dependência, incapacidade funcional e fragilidade.

2.2.1.1 Dependência

Coexistem algumas definições de **dependência**. As pesquisadoras do IPEA, Camarano e Mello (2010a) indicam que dependência está relacionada à perda das capacidades física, cognitiva e de gerar renda. Segundo as autoras, a dependência pode ou não ser incapacitante, gradual e definitiva.

Para Duarte et al. (2010), “[...] dependência é um estado em que a pessoa não é capaz de viver satisfatoriamente sem auxílio de outra. As dependências observadas nos idosos são resultados de alterações biológicas e sociais e, frequentemente, as últimas tendem a ser mais importantes que as primeiras” (p. 127).

Outra definição é proposta pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283 para fiscalização das instituições de longa permanência para idosos. Segundo esse documento, dependência é a “[...] condição do indivíduo que requer o auxílio de pessoas ou de equipamentos especiais para realização de atividades da vida diária¹¹” e considera que existem três graus de dependência dos idosos: “**grau de dependência I**: idosos independentes, mesmo os que necessitam de aparatos de auto-ajuda como bengalas e andadores; **grau de dependência II**: idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária, sem comprometimento cognitivo ou com

¹⁰ Existem diversas definições para cuidados de longa duração. Camarano e Mello (2010a) apresentam a de Um-Desa (2008): “apoio material, instrumental e emocional, formal ou informalmente oferecido por um longo período de tempo às pessoas que o necessitam, independentemente da idade” (p. 15).

¹¹ As **atividades de vida diária** (AVDs) são divididas em 1) **básicas ou de autocuidado** (tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro a tempo, deitar/levantar-se da cama ou da cadeira, alimentar-se sozinho, pentear-se, cortar as unhas dos pés, subir um lance de escada e andar no plano); 2) **instrumentais** (preparar refeições, subir escadas, pegar ônibus, ir andando a um lugar perto de sua casa, tomar remédios na hora certa e fazer a limpeza da casa); 3) **avançadas** (atividades sociais, produtivas e de lazer) (ROSA et al., 2003; DUARTE et al., 2010).

alteração cognitiva controlada; **grau de dependência III**: idosos com dependência que precisam de assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e/ou com comprometimento cognitivo” (Anvisa, 2005). As atividades de autocuidado têm sido utilizadas em diversas pesquisas como parâmetro para medir o nível de dependência de idosos no Brasil.

Camarano e Kanso (2010), ao analisar dados da PNAD-IBGE 1998/2008, afirmam que a dificuldade para realizar as atividades de vida diária aumenta com a idade e é mais frequente entre as mulheres: em 2008, entre toda a população com dependência, independentemente da idade, 63% eram mulheres e 31,8% tinham mais de 80 anos. Ao avaliar a população idosa, quase 21% necessitava de algum tipo de auxílio, especialmente por conta da diminuição da capacidade funcional.

Já dados do município de São Paulo, levantados no Estudo Sabe, apontam que, em 2000, 19,2% dos idosos pesquisados (cerca de 200 mil) indicavam ter dificuldades nas atividades básicas de vida diária e, em 2006, observou-se o aumento na porcentagem para 26,6% (DUARTE et al., 2010).

O manual técnico do Ministério da Saúde (2007) “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa” apresenta a escala Medida de Independência Funcional (MIF), cujo objetivo é medir o nível de cuidados de terceiros que o idoso necessita para realizar tarefas motoras e cognitivas. O texto afirma: “[...] diferentemente das outras escalas de avaliação funcional, a MIF consegue quantificar de forma mais objetiva a necessidade de ajuda ou a dependência parcial, o que facilita a elaboração do projeto terapêutico”.

A MIF pode ser empregada em duas partes distintas (motora e cognitiva) e o texto do Ministério da Saúde optou por expor apenas a descrição da MIF motora quanto aos níveis de dependência:

Independência (sem ajuda): não é necessária a ajuda de outra pessoa para realizar as atividades.

- Independência completa: todas as tarefas descritas que constituem a atividade em questão são realizadas em segurança, sem modificação, ajuda técnica e em tempo razoável;
- Independência modificada: a atividade requer ajuda técnica, adaptação, prótese ou órtese, tempo de realização demasiado elevado, ou não pode ser realizada em condições de segurança suficientes.

Dependência (com ajuda): é necessária outra pessoa para supervisão ou ajuda física; sem esta, a atividade não pode ser realizada.

- Supervisão ou preparação: a pessoa só necessita de um controle, ou uma presença, ou uma sugestão, ou um encorajamento, sem contato físico; ou o ajudante (a ajuda) ainda arranja ou prepara os objetos necessários ou coloca-lhe a órtese ou prótese (ajuda técnica).
- Assistência mínima: o contato é puramente “tátil”, com uma ajuda leve, a pessoa realiza a maior parte do esforço.
- Assistência moderada: a pessoa requer mais que um contato leve, uma ajuda mais moderada, realiza um pouco da metade do esforço requerido para a atividade.

Dependência completa: a pessoa efetua menos da metade do esforço requerido para a atividade. Uma ajuda máxima ou total é requerida, sem a qual a atividade não pode ser realizada.

- Assistência máxima: a pessoa desenvolve menos da metade do esforço requerido, necessitando de ajuda ampla ou máxima, mas ainda realiza algum esforço que ajuda no desempenho da atividade.
- Assistência total: a pessoa efetua esforço mínimo, necessitando de ajuda total para desempenhar as atividades.

De acordo com Duarte et al. (2010), a condição de dependência é a que mais assombra os idosos, pois vivemos em uma cultura de valorização de autonomia e independência do adulto. Assim, encontrar-se em situação de dependência é visto socialmente como algo deplorável.

2.2.1.2 Incapacidade funcional

Outro conceito bastante discutido é o de **incapacidade funcional**. Em artigo de revisão, os pesquisadores Alves, Leite e Machado (2008), da Fundação Oswaldo Cruz, historicam a evolução do conceito de incapacidade funcional e afirmam a dificuldade de mensurá-lo e conceituá-lo devido ao seu caráter multidimensional, dinâmico e complexo.

Após análise de artigos de referência, os autores propõem a seguinte definição: “Incapacidade funcional diz respeito ao desempenho físico e pode ser definida pela dificuldade ou necessidade de ajuda para o indivíduo executar tarefas cotidianas básicas ou mais complexas necessárias para a vida independente na comunidade e tarefas relacionadas à mobilidade.” (p. 1203). Observa-se que incapacidade funcional engloba os quesitos dependência e mobilidade.

A Secretaria da Saúde da cidade de São Paulo (2007), no Guia de Apoio sobre Cuidados Domiciliares de Saúde, propõe a adoção do grau de incapacidade funcional definido a partir da Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola como critério de elegibilidade para o provimento de cuidados domiciliares de saúde, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola

Grau	Dependência	Mobilidade
0	Realiza totalmente as AVDs	Caminha normalmente
1	Realiza suficientemente as AVDs	Apresenta algumas dificuldades para locomoções complicadas
2	Apresenta algumas dificuldades nas AVDs, necessitando apoio ocasional	Caminha com ajuda de bengala ou similar
3	Apresenta graves dificuldades nas AVDs, necessitando de apoio em quase todas	Caminha com muita dificuldade, ajudado por pelo menos uma pessoa
4	Impossível realizar, sem ajuda, qualquer das AVDs	Capaz de caminhar com extraordinária dificuldade, ajudado por pelo menos duas pessoas
5	Necessidade de cuidados contínuos	Imobilizado na cama ou sofá

Segundo Rosa et al. (2003), a hipótese principal de alguns estudos é a de que a capacidade funcional sofre influência de fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais e, com isso:

[...] nota-se a inclusão de comportamentos relacionados ao estilo de vida como fumar, beber, comer excessivamente, fazer exercícios, padecer de estresse psicossocial agudo ou crônico, ter senso de auto-eficácia e controle, manter relações sociais e de apoio como potenciais fatores explicativos da capacidade funcional (p. 41).

Ao considerar a existência de fatores ambientais relacionados à manutenção da capacidade funcional, os autores afirmam que eles são passíveis de intervenção e que os conhecimentos gerados podem ser subsídios para implantar programas, planejar estratégias de atendimento e intervenção apropriados à realidade brasileira.

2.2.1.3 Fragilidade

Por fim, o terceiro conceito que tem sido enfatizado quando abordado o tema envelhecimento populacional é o de **fragilidade**. No documento “Envelhecimento e saúde da pessoa idosa”, o Ministério da Saúde (2007) informa que o termo é controverso e o define como:

[...] uma síndrome multidimensional envolvendo uma interação complexa dos fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual, que culmina com um estado de maior vulnerabilidade, associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos – declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte (p. 50).

Na comunidade, estima-se a presença de 10 a 25% das pessoas acima dos 65 anos e de 46% acima dos 85 anos em situação de fragilidade. Os dados assinalam que os idosos mais idosos têm maior risco de ocorrência da síndrome, o que torna esse grupo prioritário na organização dessa atenção. Há que se notar que fragilidade é um fenômeno clínico diferente do envelhecimento, com possibilidade de reversibilidade por meio de intervenções clínicas adequadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Nos Estados Unidos, a Dra. Linda Fried e seu grupo da John Hopkins University realizaram estudos sobre fragilidade, que passou a ser compreendida como uma síndrome clínica em que ocorre a diminuição da reserva energética e pela resistência reduzida aos estressores. Tal condição resulta de declínio cumulativo dos sistemas fisiológicos e causa vulnerabilidade às condições adversas, por haver dificuldade de manutenção da homeostase em situações de exposição a perturbações, como alterações de temperaturas ambientais e variações na condição de saúde (DUARTE, 2007; DUARTE et al., 2010; MINISTÉRIO DA

SAÚDE, 2007). Um exemplo foi a grande mortalidade de idosos devido à elevação de temperatura no verão de 2003, em Paris, e na Itália em 2005, onde morreram, respectivamente, aproximadamente 19 e 20 mil idosos (DUARTE et al., 2010).

Fried e sua equipe propuseram critérios mensuráveis para a definição de fragilidade em idosos a partir da identificação de um fenótipo que inclui cinco elementos: 1) perda de peso não intencional, 2) fadiga autorreferida; 3) diminuição da força de preensão; 4) baixo nível de atividade física; 5) diminuição da velocidade da marcha (DUARTE, 2007; DUARTE et al., 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Demonstrou-se que idosos em situação de fragilidade apresentam três ou mais componentes do fenótipo e que idosos com alto risco de desenvolver a síndrome apresentam um ou dois componentes. Assim, a detecção precoce de um ou dois sintomas, indicando condição pré-frágil, auxiliará na prevenção da instalação da síndrome por meio da adoção de intervenções específicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Paralela às transições demográfica e epidemiológica, que indicam a necessidade de cuidados de longa duração aos idosos, observa-se na sociedade brasileira a transição de perfil familiar, que altera profundamente a dinâmica do cuidado aos seus membros dependentes.

2.3 Transição de perfil familiar

O processo de envelhecimento populacional brasileiro tem sido acompanhado por mudanças relevantes no papel social da mulher, decorrentes do aumento da escolaridade e da participação no mercado de trabalho¹². Nos contratos tradicionais de gênero, o homem desempenhava o papel de provedor, e a mulher, de cuidadora. Atualmente, a mulher tem assumido duplo papel: provedora¹³ e principal cuidadora dos membros da família (CAMARANO; KANSO, 2010).

O aumento da escolaridade das mulheres, seu ingresso maciço no mercado de trabalho e o acesso a contraceptivos foram os principais motivos da diminuição da taxa de fecundidade, que, em 2008, atingiu 1,89 filho por mulher, considerada abaixo da taxa de

¹² A taxa das mulheres no mercado de trabalho no Brasil é considerada alta: em 2008, os resultados indicaram que de cada 100 mulheres, 52 estavam ocupadas ou procurando trabalho (IBGE, 2009).

¹³ 40,9% da renda das famílias brasileiras em 2009 era proveniente das mulheres (CAMARANO; KANSO, 2010).

reposição. A Região Sudeste apresenta os menores níveis, especialmente nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo: pouco acima de 1,5 filho por mulher (IBGE, 2009).

Também estão em curso no Brasil mudanças na estrutura familiar e na nupcialidade. De acordo com dados do Censo 2010 do IBGE, os arranjos familiares são menos tradicionais: cresce o número de uniões consensuais¹⁴ e, com o aumento dos divórcios, ocorrem dois eventos: a) crescimento das famílias reconstituídas, nas quais os filhos podem ser de apenas um dos cônjuges; b) aumento da porcentagem de crianças que vivem em famílias monoparentais. Diversos casais optam pelo estabelecimento no mercado de trabalho antes de terem filhos, gerando mudanças nos padrões da organização da família. Além disso, observa-se a ampliação do percentual de casais sem filhos (com ou sem parentes) entre 2000 e 2010, que passou de 14,9% para 20,2% do total de famílias (IBGE, 2010).

Em paralelo, os brasileiros têm valorizado a vida independente, que resultou, entre outros fatores, na ampliação do número de pessoas que vivem sozinhas (CAMARANO; KANSO, 2010). No Brasil, entre 1998 e 2008, a proporção de pessoas que moravam sozinhas aumentou de 8,4% para 11,6% (IBGE, 2009).

Tais modificações no perfil familiar brasileiro podem enfraquecer as relações de solidariedade intergeracionais e já influenciam na economia do cuidado. Se, por um lado, a inserção da mulher no mercado de trabalho favorece o apoio material ao idoso, por outro, desfavorece as demais ajudas (CAMARANO et al., 2004). É importante fomentar a discussão sobre a responsabilidade do cuidado ao idoso dependente para que a mulher não seja culpabilizada pela não oferta de cuidado. O declínio da fecundidade gerou a diminuição do número de filhos por mulher e tem sido considerado como um dos fatores redutores da oferta de cuidadores familiares (CAMARANO; KANSO, 2010), apesar de se reconhecer que alta quantidade de filhos não garante uma velhice assistida (DEBERT, 2004). As mudanças na nupcialidade e nos arranjos familiares também podem relacionar-se à baixa oferta de cuidado familiar: é esperado que haja menor atenção dos familiares quando ocorrem mais casamentos (CAMARANO; KANSO, 2010).

Observa-se que estão em curso dois fatos que precisam ser analisados lado a lado: a) aumento do número de idosos que necessitam de cuidados prolongados; b) diminuição da oferta de cuidadores familiares. Baseadas em tais apontamentos, Camarano e Kanso (2010) levantam as questões “as famílias brasileiras serão capazes de manter o seu papel tradicional

¹⁴ Quando há uma relação estável com ou sem contrato.

de principal cuidador dos idosos frágeis?” ou “novas alternativas deverão ser fornecidas pelo Estado ou mercado privado?”.

Apesar de essas mudanças terem alterado a configuração das famílias, não significa, necessariamente, a diminuição da sua importância no que diz respeito ao apoio e ao cuidado de seus membros, mas uma nova organização e divisão de responsabilidades entre família, Estado, mercado privado e voluntariado (CAMARANO, 2012).

A família brasileira tem sido a cuidadora principal de seus membros, mas, como vimos, sua capacidade de exercer essa função vem se enfraquecendo (CAMARANO, 2012). Ao longo da história da humanidade, em quase todas as sociedades, a família é colocada no centro do cuidado aos seus membros e a geração mais idosa é cuidada pela geração mais nova, especialmente pelas mulheres.

Formou-se a ideia de que o cuidado adequado ao idoso é proporcionado pela família, sem levar em conta que ela é idealizada, constitui-se como *locus* de disputas de poder entre seus membros, vem passando por muitas transformações (CAMARANO; MELLO, 2010a) e que existem contradições e conflitos no nível emocional e das condições cotidianas (GOLDANI, 2004).

Apesar da omissão do papel do Estado no que diz respeito ao cuidado da população idosa que necessita de cuidados de longa duração, há consenso entre autores da área do envelhecimento (DUARTE et al., 2010; GOLDANI, 2004; LOUVISON; ROSA, 2012) de que o novo formato das famílias diminui sua capacidade de cuidar adequadamente dos idosos e força um posicionamento do Estado para a elaboração de políticas públicas voltadas a esse público.

Dado que a dependência é uma questão complexa e multifacetada, sua análise não pode se limitar apenas aos aspectos biológicos nem à esfera individual. A dependência na velhice é abrangente e para lidar com ela é necessário que se estabeleçam políticas e mecanismos para que o custo do cuidado não se limite ao idoso e à família.

2.4 Rede de provisão de cuidados ao idoso dependente

As transições acima descritas apontam para a necessidade de repensar o modelo de cuidado à população idosa que se encontra dependente. Os países desenvolvidos tiveram a possibilidade de adaptar-se às questões levantadas pelas novas demandas sociais ligadas à

população envelhecida pelo fato de a transformação etária ter ocorrido ao longo de mais de um século. Já no Brasil e na América Latina, o envelhecimento populacional ocorreu em poucas décadas e não foi acompanhado pelas mudanças necessárias nas condições socioeconômicas e de assistência à saúde da população em geral (GROISMAN, 2009), refletindo na precária oferta de assistência aos idosos como um todo e especificamente aos idosos dependentes.

A Constituição de 1988 estabelece que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas” e que “os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares” (BRASIL, 1988). Segundo Camarano e Mello (2010b), fica evidente que as instituições específicas apenas serão acionadas nos casos em que a família não puder cuidar dos idosos.

O Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) define que:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Essas leis deixam claro que a responsabilidade pelo cuidado ao idoso deve ser compartilhada entre família, sociedade e Estado. No entanto, observa-se que na sociedade brasileira a família continua sendo considerada como responsável primordial pelos cuidados de seus membros, em especial dos indivíduos dependentes. As famílias que não conseguem arcar com os cuidados, segundo Groisman (2009), são responsabilizadas por meio da criminalização do abandono de idosos em uma situação em que o Estado encobre a falta de políticas adequadas e concretas de apoio ao idoso dependente e à sua família. Nesse sentido, ocorre o que Debert (2004) aponta como *reprivatização da velhice*, indicando que questões voltadas às necessidades da população idosa são direcionadas às famílias e que o poder público se omite de suas responsabilidades.

Ao discutir as configurações dos diferentes campos do cuidado e a interdependência dos agentes, Guimarães, Hirata e Sugita (2012) se apoiam no modelo desenvolvido por Miriam Glucksmann, que identifica um conjunto de atores elementares que prestam atendimento aos idosos: 1) famílias; 2) voluntários; 3) mercado; 4) instituições filantrópicas e organizações não governamentais; 5) Estado.

Com base nesse modelo, serão apresentados a seguir atores que compõem a **rede de assistência domiciliar** aos idosos que necessitam de ajuda para realizar as AVDs (tomar

banho, vestir, levar ao banheiro, deitar e levantar da cama ou da cadeira, alimentar, pentear, cortar as unhas, auxiliar na locomoção, preparar refeições, pegar ônibus, organizar a medicação, fazer a limpeza da casa, acompanhar em atividades sociais). Não se pretendeu realizar um estudo exaustivo que incluísse todos os serviços de cuidado ao idoso dependente, para não fugir ao escopo da pesquisa, mas sim apresentar alguns exemplos ilustrativos.

Não serão incluídos nessa descrição serviços domiciliares de avaliação do idoso e orientação dos cuidadores por profissionais da saúde. São exemplos desses serviços a Estratégia da Saúde da Família (Sistema Único de Saúde), em que o Agente Comunitário de Saúde é elemento fundamental para avaliação do idoso e reconhecimento dos possíveis sinais referentes ao grau de dependência, à incapacidade funcional e presença de síndrome de fragilidade ou pré-fragilidade e orientação dos cuidadores quanto às providências a serem adotadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), mas não tem como função auxiliar diretamente o idoso a realizar as AVDs no seu cotidiano.

2.4.1 Família

Em pesquisa realizada sobre o perfil do cuidador doméstico entre 1992 e 1997, Karsch (2003) verificou que em 98% dos casos pesquisados o cuidador era alguém da família, sendo 92,9% mulheres, especialmente esposas e filhas. A pesquisadora analisa que o cuidado dos idosos em casa deve ser preservado, mas observa que cuidar por 24 horas sem pausa não pode ser função para uma mulher sozinha, geralmente com mais de 50 anos, sem quaisquer apoios ou serviços que possam dividir com ela tarefas, e sem uma política de proteção e apoio para que esse papel seja desempenhado de maneira adequada tanto para o cuidador informal como para o idoso.

Vale acrescentar que a sobrecarga do cuidador familiar o leva, muitas vezes, ao esgotamento emocional, isolamento social, sentimentos de insatisfação, descontentamento, cansaço, insônia, irritabilidade, ansiedade, depressão, fragilidade física e psicológica, dificuldades financeiras (CAMARGO, 2010), e pode ser fonte de violência contra o idoso.

2.4.2 Voluntários

O movimento de voluntários tem ganhado força no Brasil em diversos campos de atuação e grupos etários, incluindo o auxílio voluntário aos idosos. Geralmente, os voluntários se organizam em grupos religiosos ou laicos e se propõem a realizar atividades diversas em instituições e nos domicílios dos idosos.

Entre exemplos de grupos religiosos, encontra-se a Pastoral da Pessoa Idosa, criada em 2004, vinculada à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). Sua principal missão é visitar mensalmente idosos em seus domicílios, acompanhando indicadores com o objetivo de manter o idoso autônomo e independente por mais tempo possível. De acordo com o site da entidade, em 2010, a pastoral estava presente em 26 Estados e 815 municípios brasileiros e contava com a colaboração voluntária de 22.800 líderes comunitários. Nesse ano, foram acompanhados quase 200 mil idosos em todos os meses, representando 1% da população idosa do Brasil (PASTORAL DA PESSOA IDOSA, 2014). Além das visitas de acompanhamento, muitos voluntários dispõem-se a auxiliar nos cuidados básicos dos idosos.

O Portal Terceira Idade é um canal de conteúdo e interatividade para os cidadãos (especialmente idosos) que foi desenvolvido pela Associação Cultural Cidadão Brasil¹⁵ em parceria com a Prefeitura da Cidade de São Paulo, a Secretaria da Comunicação e os Telecentros. O portal divulga a campanha “Seja um Cuidador Voluntário” e alerta para a necessidade de cuidadores voluntários. O texto afirma:

Todos nós temos um vizinho, um amigo, um parente, ou mesmo alguém que não conhecemos que precisa de nossa ajuda. Que tal doarmos algumas horas do nosso dia para quem precisa? Cada um de nós pode ser um agente social transformador. O item mais importante e necessário para mudarmos a nossa sociedade é termos consciência da realidade em que vivemos e solidariedade para com o próximo (PORTAL TERCEIRA IDADE, 2014).

¹⁵ A Associação Cultural Cidadão Brasil é uma organização não governamental fundada em julho de 1984 que trabalha para a disseminação da cultura e informação, tendo realizado projetos educativos para a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Universidade de São Paulo (USP), TV Cultura.

2.4.3 Mercado

As pessoas e instituições que atuam no mercado foram divididas em três tipos: a) cuidados em casa, b) instituições de moradia, c) instituições de permanência durante determinados períodos do dia.

a) Cuidados em casa

Na categoria do cuidado prestado em casa, encontram-se mulheres contratadas para prestarem serviços domésticos e que, aos poucos, acumulam a função de cuidadoras na medida em que seus patrões idosos associam envelhecimento ao aumento de dependência. Quando contratadas, costumam trabalhar por 8 horas diárias durante a semana, mas há muitos casos de aumento de carga horária conforme o idoso passa a necessitar de mais tempo de ajuda. É bastante comum que não tenham registro na carteira de trabalho e, quando têm, estejam registradas como empregadas domésticas e não como cuidadoras de idosos.

Outro grupo de trabalhadores que atuam no ambiente doméstico são os cuidadores de idosos formais, contratados e pagos para tal função. Os cuidadores de idosos podem ser contratados pelos familiares ou por empresas de atendimento domiciliar (também conhecidas como *home care*). Os custos com os salários variam de acordo com o município, grau de dependência do idoso, carga horária, o perfil do cuidador e vão de 1 a 6 salários mínimos. No caso de necessidade de cuidado por 24 horas, quando a família não pode prover o cuidado diretamente, é necessária a contratação de uma equipe de quatro cuidadores (com duas cuidadoras se revezando durante o dia e duas a noite), o que encarece e elitiza o serviço.

No Brasil, observa-se a expansão de empresas de atendimento domiciliar. Elas ficam responsáveis pela contratação e pelo gerenciamento dos cuidadores de idosos nas casas das famílias contratantes. As famílias pagam diretamente para a empresa e as despesas variam de acordo com a carga horária dos cuidadores de idosos. Temos dois grandes exemplos de franquias, a Home Angels e a Right at Home.

A Home Angels é uma rede de franquias que pertence ao grupo brasileiro Zaiom, criado em 2008. De acordo com a Revista Home Angels (2014), a rede de atendimento Home Angels é composta por 99 unidades distribuídas em 18 Estados brasileiros: Alagoas (1),

Amazonas (1), Bahia (4), Ceará (1), Distrito Federal (3), Maranhão (1), Minas Gerais (9), Pará (1), Paraíba (1), Paraná (4), Pernambuco (2), Piauí (1), Rio de Janeiro (8), Rio Grande do Norte (2), Rio Grande do Sul (2), Santa Catarina (1), São Paulo (56) e Sergipe (1). Já a empresa Right at Home é americana e tem 297 unidades em outros seis países. Está alocada no Brasil desde 2010 e, a partir de fevereiro de 2014, começou a abrir franquias brasileiras, sendo a primeira em São Paulo. O plano de expansão no Brasil prevê a abertura de 200 franquias (LIRA, 2014).

b) Instituições de moradia

As instituições asilares, renomeadas para Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), são as alternativas mais antigas de cuidado não familiar ao idoso. Apesar disso, a residência em ILPIs não é comum em países do Hemisfério Sul, pois é vista como lugar de exclusão, dominação, isolamento e rompimento de laços com familiares e amigos. No Brasil, apenas 1% da população idosa reside em ILPIs, proporção baixa se comparada aos padrões internacionais. No entanto, a demanda por essas instituições deve crescer nos próximos anos devido ao aumento da população idosa e às mudanças na família brasileira (CAMARANO et al., 2010).

Segundo censo inédito realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), entre 2007 e 2009, as ILPIs privadas com fins lucrativos constituíam em apenas 28,2%¹⁶ do total. Por outro lado, observou-se seu crescimento: foram responsáveis por 64,2% das instituições criadas na primeira década do século XXI. Esse fato pode ter se dado tanto pela redução do preconceito em relação a essas instituições como pela baixa atenção que a população idosa tem recebido das políticas públicas em geral (CAMARANO et al., 2010).

Quando o idoso ou a família não conseguem manter os cuidados necessários na própria casa, uma opção é a institucionalização. As ILPIs oferecem moradia, alimentação e assistência de cuidados por 24 horas. Existe uma gama extensa de ILPIs nos quesitos infraestrutura, quantidade e qualificação da equipe, serviços oferecidos e custos¹⁷.

¹⁶ Como a pesquisa do IPEA refere-se a apenas um ponto temporal, é difícil especificar as variações ocorridas após o levantamento.

¹⁷ Ver detalhamento em Camarano et al. (2010).

Em São Paulo, Estado que acolheu grande número de imigrantes de diversas partes do mundo, encontramos ILPIs étnicas, que oferecem atendimento de excelência: 1) Ikoinosono ou Assistência Social Dom José Gaspar, da comunidade japonesa, localizada no município de Guarulhos; 2) Centro Social Holandês, da comunidade holandesa, localizado no município de Holambra; 3) Lar Recanto Feliz, da comunidade alemã, localizada no município de São Paulo, no bairro do Butantã; 4) Residencial Israelita Albert Einstein, da comunidade israelita, localizado no município de São Paulo, no bairro da Vila Mariana.

É interessante citar uma proposta de moradia para tratamento específico de idosos diagnosticados com Doença de Alzheimer, criada em 2009, na Holanda. Campbell-Dollaghan (2014) afirma que Hogeweyk, situada na cidade de Weesp, é um vilarejo cercado formado por edifícios e apartamentos onde os idosos vivem de maneira independente e podem circular com segurança em restaurantes, cafés, supermercados, jardins, praças para pedestres. Os apartamentos hospedam de 6 a 8 pessoas, incluindo cuidadores que se vestem de maneira comum. Os residentes participam da rotina da casa, desde cozinhar até limpar. O autor afirma que:

Ao tratar os moradores como pessoas normais, Hogeweyk parece sugerir que não há uma diferença tão grande, apenas algumas diferenças de necessidades. Ao projetar uma cidade pensando nessas necessidades únicas, os moradores evitam a desumanização que os cuidados médicos de longo prazo causam involuntariamente (2014).

c) Instituições de permanência durante determinados períodos do dia

Como alternativa à institucionalização e ao cuidado prestado exclusivamente em casa, algumas empresas particulares têm apresentado um formato de serviço em que os idosos passam algumas horas do dia ou o dia todo no local e voltam para suas residências no período noturno. Esse serviço recebe nomes variados como “centros dia”, “pousadas do idoso” e “creches do idoso”¹⁸.

Os objetivos são proporcionar convivência entre idosos, alimentação, higiene, monitoramento da saúde (pressão, glicemia, medicação) e atividades variadas, como

¹⁸ A expressão “creche do idoso” tem sido questionada por profissionais da gerontologia por infantilizar o idoso ao associá-lo a um local tradicionalmente direcionado à criança. Apesar dessa crítica, o termo tem se tornado popular entre empresas que prestam esse serviço.

caminhadas, cuidados com horta, aulas de informática, aulas de dança, oficinas de arte, oficinas terapêuticas, jogos. Muitos centros dias funcionam por 12 horas, normalmente das 6h às 18h ou das 7h às 19h e dispõem do serviço de traslado, com vans que buscam os idosos em suas casas de manhã e os levam ao final do período.

2.4.4 ONGs

A participação da sociedade no cuidado ao idoso é fundamental, pois representa a democratização das políticas públicas. A Constituição Federal sugere o fortalecimento das organizações da sociedade civil como indicador do nível de organização da sociedade e da qualidade da democracia. Assim, é fundamental que a sociedade esteja organizada e crie instituições para defesa de seus interesses e direitos.

As organizações não governamentais (ONGs) que prestam serviços aos idosos dependentes também podem ser categorizadas como: a) cuidados em casa e b) as instituições de moradia.

a) Cuidados em casa

Na cidade de São Paulo, o Programa de Acompanhamento de Idosos (PAI) é desenvolvido em cinco regiões da cidade, com financiamento da Secretaria Municipal de Saúde e gerenciado pelas ONGs Associação de Saúde da Família e Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto (GUIMARÃES; HIRATA; SUGITA, 2012), que atualmente têm 22 equipes, cada uma formada por 17 profissionais (um assistente social, um enfermeiro, um médico, dois técnicos de enfermagem, dez cuidadores de idosos, um auxiliar administrativo e um motorista). É um serviço realizado no domicílio do idoso em situação de fragilidade e vulnerabilidade social no qual profissionais da saúde e cuidadores de idosos auxiliam nas atividades de vida diárias, no suprimento de outras necessidades de saúde e sociais.

Em Barueri (SP), a ONG Grupo Vida Brasil desenvolve, desde 2012, o Programa Vincular, que oferece a 100 idosos um atendimento domiciliar diário por cuidadores de idosos que auxiliam em atividades da vida diária, saídas sociais, compras.. Os idosos também

são acompanhados por uma equipe multidisciplinar formada por profissionais do serviço social, da psicologia, fisioterapia e enfermagem. O objetivo do programa é preservar a autonomia do idoso, fortalecer vínculos familiares e comunitários e evitar abrigo (GRUPO VIDA BRASIL, 2014).

O município de Campinas (SP) conta com o Programa de Cuidadores de Idosos, gerenciado pela ONG Afascom e cofinanciado pela Secretaria de Assistência Social. Atualmente, o programa tem duas equipes, sendo cada uma formada por 14 profissionais (um do serviço social, um da psicologia, 11 cuidadores de idosos e um motorista). Oferece atendimento domiciliar a idosos em situação de maior vulnerabilidade social com nível de dependência II, conforme preconiza a Anvisa, prioritariamente aqueles que são vítimas de violência doméstica. Os cuidadores de idosos realizam atendimento ao idoso em relação à “higiene pessoal e do ambiente domiciliar, preparo de alimentos, administração de medicamentos prescritos pelo médico, acompanhamento aos recursos socioassistenciais e comunitários, atividade física, auxílio a compras, lazer e demais necessidades” (AFASCOM, 2011, p. 6).

b) Instituições de moradia

Segundo Camarano et al. (2010), a maioria das ILPIs (65,2%) é filantrópica, incluindo instituições religiosas e laicas. O fato de serem filantrópicas garante isenções de taxas, de alguns impostos, além da propensão a receber doações (dinheiro, alimentos, roupas, móveis, repasse de verba pública e contar com o importante apoio de voluntários. Muitas compõem sua renda com eventos, como bazares, bingos e festas realizados com doações de voluntários.

2.4.5 Setor público

As instituições públicas que prestam serviços aos idosos dependentes serão divididas em: a) instituições de moradia; b) instituições de permanência durante determinados períodos do dia.

a) Instituições de moradia

Idosos que não possuem condições de serem cuidados por suas famílias, ou que estão abandonados, podem ser encaminhados para ILPIs públicas. No entanto, a oferta desse tipo de moradia é extremamente restrita, pois apenas 6,6% das instituições brasileiras são públicas ou mistas (CAMARANO et al., 2010).

b) Instituições de permanência durante determinados períodos do dia

O Centro Dia é voltado ao idoso que, devido a carências familiares ou funcionais, não pode permanecer sozinho no domicílio. O serviço funciona durante o dia e o idoso recebe cuidados gerais e de saúde, além de realizar atividades culturais e conviver com outros idosos.

Na cidade de São Paulo, a prefeitura tem como plano de metas a implantação de 15 centros dia públicos, até 2016, de responsabilidade da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) com monitoramento da Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania. A SMADS estabeleceu parceria com a Secretaria de Saúde para que possa disponibilizar profissionais da saúde para atuar nos Centros Dia¹⁹.

Observa-se a escassez de serviços de provisão de cuidado ao idoso dependente apresentados pelo Estado. Para realizar esse levantamento, entrei em contato com a Associação Brasileira de Gerontologia (ABG) e pedi indicações de serviços públicos que provesses cuidado ao idoso dependente. Meu e-mail foi encaminhado para os associados e profissionais que atuam com idosos, os quais entraram em contato comigo para oferecer esclarecimentos.

Parte das respostas apresentou serviços públicos voltados para idosos *independentes*, como o Centro Público de Atendimento ao Idoso (Cepai), mantido pela Secretaria Municipal de Assistência Social, em Jundiaí (SP), que tem, como critérios de inclusão, mobilidade

¹⁹ Informações coletadas por telefone junto à assistente social Marcela Teodoro Lazarini, assessora técnica da Coordenação de Políticas para o Idoso (setembro de 2014). Em pesquisa anterior, no site da prefeitura de São Paulo, o texto sobre os centros dia públicos permitia a interpretação de que eles já estavam em funcionamento. No entanto, a assistente social disse que os Centros Dia eram um projeto e que, no momento, a prefeitura estava buscando locais para instalação do serviço.

independente de outra pessoa e não apresentar déficit cognitivo, excluindo assim idosos dependentes²⁰. Outras respostas indicaram serviços que não são executados pelo poder público e sim cofinanciados por ele, além de serem voltados para idosos *independentes*, como os Núcleos de Convivência do Idoso (NCI), em parceria com a Secretaria de Assistência Social do município de São Paulo.

Esse levantamento está em consonância com as observações feitas por Hirata (2012):

O Estado, apesar dos esforços realizados (especialmente desde os anos 1990), não possui um programa de assistência aos idosos que seja eficaz e bem sustentado financeiramente, muito embora existam algumas iniciativas experimentais, localizadas e descentralizadas. Via de regra, associações comunitárias são mobilizadas na gestão desses programas (p. 96).

2.4.6 Considerações

Frente ao envelhecimento populacional, as políticas de saúde e assistência social têm como desafio alcançar o equilíbrio entre o estímulo ao autocuidado (pessoas que cuidam de si mesmas), o apoio informal (cuidado por familiares e amigos) e o cuidado formal (assistência social e saúde).

A OMS (2005) afirma que é uma realidade mundial que familiares, amigos e vizinhos (mulheres em sua maioria) ofereçam a maior parte do cuidado aos idosos dependentes. Apesar de alguns legisladores acreditarem que, ao oferecer mais cuidado formal, as famílias se envolvem menos, estudos indicam que quando cuidados formais adequados são providos, os cuidados informais continuam sendo o principal aliado.

O envelhecimento populacional está inserido em um contexto social e histórico. Os idosos de hoje vivem uma realidade diversa da que viverão os idosos de 2040, 2050 e daí por diante. Muitas variáveis devem ser consideradas, mas, ao analisar tendências demográficas recentes, que indicam, como vimos, o aumento do número de mulheres sem filhos, diminuição do número de filhos, alterações nos padrões de divórcio e casamento, estes são dados que contribuem para a diminuição da rede de apoio informal. Assim, é necessário que

²⁰ Após ter conhecimento do serviço, entrei em contato por telefone com a coordenadora Sônia Maria Ferraz, assistente social, para obter mais informações (2014).

haja planejamento de políticas públicas para o cuidado ao idoso dependente considerando a projeção dessa nova realidade.

Segundo a OMS (2005), a maioria dos idosos dependentes prefere ser atendida em sua própria casa. No geral, os cuidadores familiares também são idosos e devem receber apoio para continuarem a cuidar e não adoecerem. Esses cuidadores precisam ser orientados sobre as condições que enfrentam, a provável evolução da situação e como obter serviços de apoio. Alguns serviços importantes capacitam os cuidadores informais para continuar a auxiliar os idosos dependentes: acompanhantes domiciliares, programas de cuidado domiciliar (home care) e de apoio aos pares, serviços de reabilitação, provisão de equipamentos de auxílio (desde recursos básicos, como aparelhos auditivos, até mais sofisticados, como sistema de alarme eletrônico), hospital dia etc. Outros tipos de apoio incluem treinamento, seguros (como seguro social e pensões), ajustes domésticos que proporcionam às famílias cuidar de pessoas incapacitadas e auxílio financeiro para colaborar com os custos relacionados aos cuidados especiais (OMS, 2005).

Um exemplo interessante de serviço de apoio aos cuidadores de idosos foi descrito por Santos, Karsch e Montañés (2010). Na Grande Barcelona (Espanha), a Diputació Barcelona é uma organização pública que arrecada verbas das prefeituras para conduzir ações sociais. Ela organiza o Programa Respir, que consiste em uma residência com duzentos leitos que funciona como serviço de alívio de estresse aos cuidadores de idosos. A inscrição ocorre na rede municipal e o idoso concorre a um período de um a dois meses de internação nessa residência para que o cuidador possa ter um período de descanso.

No Brasil, uma pesquisa que problematizava “quem cuidará de nós em 2030” investigou opiniões de representantes da Secretaria Municipal de Saúde, dos usuários dos serviços que participam do Conselho Municipal de Saúde e dos representantes dos idosos do CMI de São Paulo. Uma das considerações de Oliveira (2014) é que a oferta de serviços de saúde para cuidados formais de longa duração ainda não está equacionada. A autora sugere que a atenção ao idoso deve superar a esfera filantrópica, pois essa concepção compromete o acesso do segmento ao seu direito de obter cuidado formal de longa duração.

Como a população de idosos cresce em todos os países, viver em casa até idades avançadas e com a ajuda de familiares se tornará uma realidade cada vez mais comum. É fundamental que o cuidado domiciliar e os serviços comunitários de apoio aos cuidadores estejam disponíveis para todos e não apenas aos que conhecem esses serviços ou que podem pagar por eles.

O treinamento também deve ser realizado com cuidadores profissionais (formais) para que aprendam modelos que reconhecem as capacidades dos idosos e os estimule a se manter independentes e autônomos mesmo quando doentes ou dependentes. Atitudes paternalistas, preconceituosas e desrespeitosas dos profissionais podem ter efeito devastador na autoestima, na independência e na autonomia de idosos que precisam de seus serviços.

Vimos neste capítulo o contexto sócio-histórico do projeto de lei que regulamenta a profissão de cuidador de pessoa idosa: a transição demográfica, que é marcada pelo envelhecimento populacional; a transição epidemiológica, com o aumento de doenças não transmissíveis que aumentam condições de dependência, incapacidade, fragilidade e mortalidade entre os idosos; a transição do perfil familiar, com a diminuição do número de pessoas nas famílias e entrada da mulher no mercado de trabalho, fatos que diminuem o tamanho da rede de suporte familiar ao idoso. Nesse sentido, foram apresentados pontos de apoio na rede de provisão de cuidados ao idoso dependente, composta por família, voluntários, mercado, ONGs e setor público.

No próximo capítulo, será abordada a situação atual dos cuidadores de idosos formais, discutindo a diferença entre ocupação e profissão e aspectos da regulamentação para que a primeira seja transformada na segunda. Além disso, será feita a caracterização desses cuidadores de idosos no Brasil em relação à feminização do cuidado, escolaridade e formação profissional, competências e procedimentos e direitos trabalhistas.

CAPÍTULO 3

CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS: SITUAÇÃO ATUAL

O objetivo deste capítulo é apresentar um panorama geral e atual sobre cuidadores formais de idosos. A questão norteadora é: “O que está sendo discutido a respeito dos cuidadores formais de idosos?” e, para problematizá-la, discute-se inicialmente sobre ocupação, profissão e regulamentação profissional e, em seguida, caracterizam-se os cuidadores formais em quatro aspectos: feminização do cuidado; escolaridade e formação profissional; competências e procedimentos e direitos trabalhistas.

3.1 Ocupação, profissão e regulamentação profissional

A atividade de cuidador de idosos está classificada como ocupação pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) registrada com o número 5162 e foi incluída no dia 3 de janeiro de 2003 (MTE, 2013).

De acordo com dados do MTE, em atualização realizada em 2009, existem 2.422 **ocupações** catalogadas pela CBO. Entre essas, 68 (2,8%) são **profissões** regulamentadas variando quanto ao nível de escolaridade exigido. Os conceitos ocupação, profissão e regulamentação profissional são complexos e exigem análise mais detalhada.

3.1.1 Profissão e ocupação

Em discussão sobre profissão, Franzoi (2006) indica ser verificada a dificuldade em precisar conceitualmente o termo profissão, pois há conotações diferentes de acordo com a esfera e o idioma utilizado. Na sociologia anglo-saxã, o conceito está restrito às profissões consideradas sábias, ou seja, que necessitam de formação universitária, ao contrário das ocupações, que são o conjunto dos empregos. Já na língua francesa, o termo refere-se tanto às profissões sábias como ao conjunto de empregos.

A partir da década de 1960, parte da literatura sobre as profissões passou a buscar mais as semelhanças entre profissões sábias e ocupações do que suas diferenças. As novas abordagens entendiam a formação de grupos profissionais como disputas pelo monopólio de mercado e indicavam que a característica mais ou menos científica do conhecimento de cada grupo profissional não é dada, mas socialmente constituída.

Os cuidadores de idosos formais são trabalhadores cada vez mais presentes no dia a dia da sociedade brasileira. Camarano e Mello (2010) indicam que, de modo geral, a oferta pública ou privada de cuidadores de idosos tem como objetivo substituir ou amenizar o trabalho dos cuidadores familiares que, não raro, acontece precariamente e é permeada de conflitos. Eles são contratados para atuar: em residências, assumindo o tempo total do cuidado ao idoso ou se revezando com familiares; em instituições de longa permanência para idosos (ILPIs²¹); em programas de cuidadores de idosos públicos ou de entidades cofinanciadas; em centros-dia²² e hospitais dia; em eventos culturais em que figuram idosos como público-alvo. Assim, o estabelecimento dos cuidadores de idosos no mercado fica claro e é crescente.

A profissionalização dos cuidadores de idosos esbarra no que Franzoi (2006) indicou como “disputas de monopólio de mercado” com outras profissões que atuam com idosos. Nota-se o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) (2012) como o órgão que expressa maior preocupação em relação ao nascimento da profissão de cuidador de idosos. Em nota no site do órgão, divulgada em setembro de 2012, a presidente do Cofen, Marcia Krempel, afirma a importância dos cuidadores de idosos frente ao envelhecimento da população e deixa clara a disputa de mercado na frase “em hipótese alguma permitiremos que esta nova profissão conflite com a lei do exercício profissional da enfermagem”.

Essa disputa fica mais evidente no trecho da nota técnica encaminhada pelo Cofen (2012) aos parlamentares:

Estender a atuação dos cuidadores de idosos para o âmbito das unidades de saúde e na área da assistência retira atribuições que são desempenhadas pela equipe de enfermagem. A obrigatoriedade dos entes públicos integrarem os cuidadores de idosos às equipes de saúde pode representar um pesado ônus para o poder público, já que existem profissionais de enfermagem perfeitamente habilitados tecnicamente e legalmente para o exercício de tais atribuições.

Em artigo publicado na revista do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (Coren-RJ), Brites e Santana (2014) comentam sobre a necessidade de proteger e valorizar o papel da enfermagem brasileira na sociedade e que, para tanto, a categoria profissional de enfermagem apresentou o PL 979/2011, que propõe a obrigatoriedade de contratação apenas de profissionais que possuam formação mínima de auxiliar de enfermagem para as instituições que cuidam de idosos. Segundo os autores, essa medida

²¹ Popularmente conhecidas como casas de repouso ou asilos.

²² O nome que está se popularizando no Brasil para a proposta de centros dia para idosos é “creche do idoso”, termo bastante controverso entre os estudiosos da área.

busca garantir atendimento qualificado aos idosos. Esse PL, se aprovado, limitaria o campo de atuação dos cuidadores de idosos com a suposta garantia de qualidade dos profissionais da enfermagem.

O discurso da qualidade de atendimento dos profissionais da enfermagem, presente nos exemplos citados para desqualificar o trabalho dos cuidadores de idosos, desconsidera a existência de bons e maus profissionais em ambas as funções, concepção que se mostra ingênua, pois não reconhece as fraquezas de formação e atuação em pessoas da enfermagem nem a existência de grande porcentagem de excelentes profissionais cuidadores, com formações consistentes e práticas competentes que atendem os idosos em diversos graus de dependência em suas rotinas.

O grau de dependência é outro tema discutido pelos autores Brites e Santana (2014), que indicam que o cuidador de idosos tem “[...] grande potencial para atuar junto dos idosos considerados saudáveis e que necessitam de apoio afetivo e emocional” (p. 104). É de conhecimento público, está bem estabelecido e os autores reafirmam em diversos trechos que apenas profissionais da enfermagem podem realizar procedimentos invasivos, como troca de sondas, aspiração de traqueostomia, troca de curativo. No entanto, idosos com nível maior de dependência podem não necessitar desses procedimentos e, portanto, receberem cuidados de qualidade de cuidadores de idosos treinados adequadamente para tal. Assim, talvez não seja o nível de dependência que define quem deverá cuidar, e sim os tipos de procedimentos indicados que, quando invasivos, certamente apenas profissionais da enfermagem devem realizá-los.

Outro aspecto importante na exemplificação da disputa de mercado de trabalho é o que Brites e Santana (2014) afirmam: “a atuação dos acompanhantes ou cuidadores formais e informais de idosos denuncia uma prática que atravessa o exercício profissional de enfermagem” e indicam que isso também ocorre com “outras áreas da saúde como nutrição, fisioterapia e terapia ocupacional” e justificam esse fato pela inexistência de “uma diferenciação específica entre as tarefas do cuidador de idosos e as atribuições destes profissionais de saúde” e que, portanto, “a atividade do cuidador continua sem uma legitimidade técnica, ética e legal” (p. 103).

A definição das tarefas dos cuidadores de idosos está estabelecida pela CBO, descrita mais adiante. Este documento está disponível na internet e diferencia as funções dos cuidadores de idosos e dos demais profissionais. Porém, de fato, existe uma nebulosa na prática de cuidadores de idosos que precisa ser discutida e esclarecida nos cursos de formação de cuidadores de idosos, nos locais de atuação, na mídia, em debates públicos para que os

cuidadores não realizem práticas que são de outros profissionais qualificados para tal. Acredito que se trata de esclarecer as funções de maneira mais didática para todos os envolvidos (cuidadores, familiares, profissionais da saúde, idosos).

No campo da discussão teórica mais ampla sobre profissão, Franzoi apoia-se em Freidson (1998) para distinguir profissão de ocupação, ao afirmar que as profissões são ocupações em que a educação é requisito fundamental, fazendo com que haja reserva de mercado para os membros da profissão e exclusão dos que não tiveram acesso à educação específica. Nesse processo, as instituições formadoras recebem papel importante e o Estado as regula por meio de reconhecimento e credenciamento.

A definição de profissão de Franzoi (2006) fala sobre reconhecimento social dos saberes que a pessoa adquiriu no âmbito da formação, bem como serviços ou produtos que consegue oferecer. Esse reconhecimento é conferido pela sua inserção no mercado de trabalho em uma posição que corresponde ao conhecimento adquirido. Nesse ponto de vista, profissão envolve:

- a) correspondência entre a posição ocupada no mercado de trabalho e os conhecimentos adquiridos na esfera da formação (que pode se realizar no próprio trabalho); b) reconhecimento da validade desses dois elementos – conhecimento e valor social dos serviços – por parte da sociedade, através da inserção desse indivíduo no mercado de trabalho (p. 50).

Observa-se, assim, que três aspectos diferem profissões de ocupações: posição no mercado, formação e reconhecimento social da posição de mercado e da formação.

Tanto a posição de mercado como a formação dos cuidadores de idosos são construções sociais que estão em processo e interagem com disputas nos dois âmbitos. A posição de mercado encontra-se na equação juntamente com a demanda de cuidadores formais, discutida no capítulo 2, e com a reserva de mercado, mencionada anteriormente. Na qualificação para o trabalho, temos contidos os conteúdos a serem ensinados, mas também as relações de trabalho e outros aspectos que formam o cenário social e cultural no qual aquela ação se desenvolve.

Nesse debate, é fundamental manter o foco de que o acesso ao cuidado ao idoso é um direito fundamental e concordamos com Groisman (2013) quando afirma que é importante nos conscientizarmos de que o debate sobre o reconhecimento da profissão de cuidador ultrapassa a problemática que envolve 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 (p. 415-416).

Atualmente, enquanto ocupação, coexistem cuidadores de idosos com formação (de maior ou menor qualidade) com os que não têm formação alguma. Caso a categoria consiga a regulamentação da profissão, pessoas sem formação não poderão mais exercer as funções atribuídas aos cuidadores de idosos, aumentando o reconhecimento dos profissionais da área.

Esse quadro, potencialmente, pode gerar descompasso entre necessidade de atendimentos e número de pessoas legalmente qualificadas para tal, com impactos na questão do sistema de formação que terão que ser resolvidos gradativamente, sem ônus para o cuidado ao idoso.

3.2 Caracterização dos cuidadores de idosos no Brasil

A ampla literatura científica a respeito de cuidadores de idosos familiares contrasta com a produção a respeito de cuidadores de idosos formais. Essa constatação é compartilhada com pesquisadoras do tema (COUTO, 2012; PAULIN, 2011).

Em sua tese de doutorado, Paulin (2011) realizou levantamento nas bases de dados Lilacs e Scielo²³ no período de julho de 2000 a julho de 2010. Utilizando os descritores “cuidador” e “idosos”, obteve o total de 176 artigos e, após a leitura dos resumos em busca de temas relativos aos cuidadores formais, encontrou 19 artigos, ou seja, pouco mais do que 10% do total. Na sua revisão de literatura, incluiu mais três artigos citados nas referências do universo inicial da bibliografia levantada.

O mundo laboral dos cuidadores de idosos foi pouco estudado até o momento, o que traz um desafio na discussão acerca da caracterização dos cuidadores de idosos no que diz respeito: 1) à feminização do cuidado; 2) à escolaridade e formação profissional; 3) às competências e procedimentos; 4) aos direitos trabalhistas.

²³ A base de dados LILACS encontra-se no endereço www.lilacs.bvsalud.org e a SCIELO encontra-se no endereço www.scielo.br.

3.2.1 Feminização e feminilização do cuidado

Para Yannoulas (2011), determinadas profissões ou ocupações têm a característica de predomínio (quantitativo ou qualitativo) do gênero feminino em sua composição, gerando os fenômenos nomeados de feminilização (significado quantitativo relativo ao predomínio de mulheres na composição de uma profissão ou ocupação) e feminização (significado qualitativo de predominância de significados e valores sociais de uma profissão ou ocupação em uma dada época).

Entre os cuidadores de idosos, há predomínio claro de mulheres (COUTO, 2012; HIRATA, 2009; KAWASAKI; DIOGO, 2001; MAFFIOLETTI, 2004; PAULIN, 2011). Dados coletados em 1998, em Campinas, por Kawasaki e Diogo (2001) apontam que entre 41 cuidadores da amostra analisada, 39 eram mulheres, ou seja, 95%. Mais recentemente, Paulin (2011) realizou um levantamento com 18 cuidadores formais de idosos²⁴ e notou a participação de 100% de mulheres. Outra pesquisadora (COUTO, 2012), que desenvolveu um estudo com 14 cuidadores formais²⁵, relata que 12 (85,7%) eram mulheres.

Como visto no capítulo anterior, o cuidado às pessoas historicamente coube às mulheres, especialmente da mesma família. Atualmente, mesmo com o aumento da formalização do cuidado, as mulheres são as maiores responsáveis por ele, tanto no Brasil como no restante do mundo, como se houvesse a naturalização do cuidado feminino.

Segundo Maffioletti (2004), ao entender que o cuidado é natural às mulheres, ocorre um duplo processo: por um lado, configura um aspecto facilitador do cuidado que qualifica as mulheres para realizar tais tarefas, e isso favorece a inclusão no mercado de trabalho de uma parte que estava excluída; por outro lado, essa naturalização tende a reduzir a importância da maior escolaridade ou da formação técnica específica. Isso pode manter a condição de invisibilidade do cuidador e do idoso, favorecendo a leitura de que não se justificam investimentos públicos e privados para o provimento de assistência mais qualificada à população idosa.

²⁴ Alunos do Programa Nacional de Qualificação de Cuidadores de Idosos Dependentes desenvolvido pelo Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social em 2009 nas cidades do Rio de Janeiro e Blumenau.

²⁵ Participantes indicados por profissionais autônomos da área de saúde que atendem o público idoso integram as relações profissionais da pesquisadora, indicados por um dos participantes da pesquisa e Grupo de Cuidadores do Centro de Saúde Escola “Geraldo de Paula Souza” (CSEGPS), em São Paulo.

3.2.2 Escolaridade e formação profissional

No levantamento de Paulin (2011), 83,3% dos cuidadores formais tinham escolaridade entre o Ensino Fundamental e o Ensino Médio e 100% participavam de curso de cuidadores de idosos. A maior parte tinha experiência prévia como cuidador familiar. Entre os participantes analisados por Couto (2012), 25% tinham Ensino Fundamental completo ou incompleto e os demais (75%) tinham Ensino Médio completo, sendo que 41,6% tinham formação na enfermagem e 16,6% tinham iniciado o Ensino Superior. Ambos os dados indicam que existem diferenças grandes de escolaridade entre os cuidadores de idosos, pois desempenham essa função desde pessoas com Ensino Fundamental incompleto até com nível superior.

Independente da formação básica, o posicionamento atual de grande parte das famílias que contratam é a exigência de formação específica, o que tem aumentado a procura dos cuidadores de idosos pelos Cursos de Cuidadores de Idosos, pois tem ficado evidente a complexidade do ato de cuidar.

O Curso de Cuidadores de Idosos é livre, o que significa que qualquer pessoa e instituição pode oferecê-lo. Até que a profissão seja regulamentada, não existe a obrigatoriedade de padronização nem fiscalização dos cursos por órgãos oficiais do governo. Atualmente, existe grande variedade de cursos sendo oferecidos, que diferem entre si quanto a: instituição responsável, carga horária, duração, conteúdo, didática, variedade das áreas dos docentes, presencial ou virtual, material didático oferecido, estágio, valores (GROISMAN, 2009; MAFFIOLETTI; LOYOLA; NIGRI, 2006).

Uma referência no que diz respeito à formação de cuidadores de idosos é o Programa Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos (PNFCI), do Ministério da Saúde, lançado em 2007. A proposta era que o programa fosse realizado pela Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS) e a primeira etapa ocorreu em seis escolas de diferentes regiões do Brasil. Os cursos tinham 160 horas de formação, sendo 120 teórico-práticas e 40 de atividades práticas. Em 2008, o Ministério da Saúde ampliou a oferta da formação para as escolas técnicas de saúde do SUS, porém logo depois foi interrompido (GROISMAN, 2009).

Além dessa proposta, tem crescido a oferta de cursos pelo Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec), criado pelo Governo Federal, em 2011, para aumentar a oferta de cursos de educação profissional e tecnológica. De acordo com a Lei nº 12.513/2011, o Pronatec deve priorizar o atendimento aos seguintes públicos: 1) estudantes do

Ensino Médio da rede pública; 2) trabalhadores; 3) beneficiários dos programas federais de transferência de renda; 4) estudantes que tenham cursado o Ensino Médio completo em escola da rede pública ou em instituições privadas na condição de bolsista integral (Ministério da Educação e Cultura [MEC], 2012).

O Pronatec é composto de subprogramas, projetos e ações, sendo que merece evidência a Bolsa-Formação, pela qual a União oferece gratuitamente cursos presenciais de Educação Profissional e Tecnológica e assistência estudantil plena a diversos públicos. A Bolsa-Formação tem duas modalidades: a Bolsa-Formação Trabalhador é voltada para beneficiários do seguro-desemprego e de programas de inclusão produtiva do governo federal e oferece cursos de Formação Inicial e Continuada (cursos de curta duração, com o mínimo de 160 horas-aula); e a Bolsa-Formação Estudante, direcionada a estudantes das redes públicas, oferecendo cursos técnicos (cursos de maior duração, com o mínimo de 800 horas-aula). Em ambas as modalidades de bolsa, o Curso de Cuidador de Idoso é oferecido, sendo realizado por instituições parceiras (MEC, 2012).

Segundo Groisman (2009), atualmente, o cuidado ao idoso passa pelo processo de mercantilização e formalização. Apesar de a qualificação ainda não ser legalmente obrigatória para que os cuidadores de idosos assumam essa função, ela se mostra como exigência do mercado. Com isso, há maior oferta de cursos e publicações a respeito do tema. Estes passam a:

[...] integrar-se às políticas públicas que enxergam, na formação de cuidadores, uma forma de enfrentamento para diferentes problemas, tais como a prevenção da violência, a necessidade de qualificação de recursos humanos e a intenção em se inserir no mercado de trabalho uma parcela da população carente de qualificação (p. 159).

O autor, no entanto, questiona se apenas a qualificação de cuidadores é uma medida satisfatória para responder a demandas tão diversas.

3.2.3 Competências e procedimentos

Por meio da CBO, a função de cuidador de idoso foi reconhecida como ocupação pelo MTE em 3 de janeiro de 2003 na família ocupacional 5162, que descreve cuidadores de crianças, jovens e adultos. De acordo com a descrição sumária, cuidadores de crianças, jovens

e adultos são pessoas que “[...] cuidam de bebês, crianças, jovens, adultos e idosos, a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida” (MTE, 2013).

A CBO indica como condições gerais que o trabalho seja realizado no domicílio ou em instituições que cuidam de crianças, jovens, adultos e idosos, e que as atividades devem ser exercidas com algum tipo de supervisão, o que raramente ocorre no caso dos cuidadores de idosos, tanto no nível domiciliar como no institucional. Ainda explicita que existe a possibilidade de esses profissionais terem que lidar com situações de agressividade quando cuidarem de indivíduos com alterações de comportamento.

O código específico para cuidadores de idosos é o CBO 5162-10 e existem outras denominações para a ocupação: “[...] acompanhante de idosos, cuidador de pessoas idosas e dependentes, cuidador de idosos domiciliar, cuidador de idosos institucional, gero-sitter” (MTE, 2013).

No site da CBO, é possível gerar um relatório de tabelas de atividades de acordo com a ocupação específica: babá (5162-05), cuidador de idoso (5162-10), mãe social (5162-15) e cuidador em saúde (5162-20). Ao selecionar cuidador de idosos, é possível obter a descrição de suas funções, aqui compiladas:

a) cuidar da pessoa: levantar informações sobre a pessoa; controlar horários das atividades diárias da pessoa; ajudar a pessoa nas atividades diárias (banho, necessidades fisiológicas); estar atento às ações da pessoa; verificar informações e sinais dados pela pessoa; passar informações do dia a dia da pessoa; relatar o dia a dia da pessoa aos responsáveis; manter o lazer e a recreação no dia a dia; desestimular a agressividade do idoso;

b) cuidar da saúde da pessoa: observar a qualidade de sono; ajudar nas terapias ocupacionais e físicas; prestar cuidados especiais a pessoas com limitações e/ou dependência física; manusear adequadamente o idoso; observar alterações físicas (manchas, inchaços e ferimentos); controlar guarda, horário e ingestão de medicamentos; acompanhar o idoso em consultas e atendimentos médico-hospitalares; relatar orientação médica aos responsáveis; seguir orientações de profissionais de saúde.

c) promover o bem-estar da pessoa: ouvir o idoso respeitando sua necessidade individual de falar; dar apoio emocional; ajudar a recuperação da autoestima, dos

valores e da afetividade; promover atividades de estímulo à afetividade; estimular a independência;

d) cuidar da alimentação da pessoa: participar na elaboração do cardápio; observar a qualidade e a validade dos alimentos; preparar a alimentação; servir a refeição em ambientes e porções adequadas; estimular a ingestão de líquidos e de alimentos variados; controlar a ingestão de líquidos e alimentos; reeducar hábitos alimentares do idoso; ajudar a pessoa na alimentação;

e) cuidar do ambiente domiciliar e institucional: manter o ambiente organizado e limpo; recomendar adequação ambiental; prevenir acidentes; cuidar da roupa e objetos pessoais do idoso; preparar o leito de acordo com as necessidades do idoso;

f) incentivar a cultura e educação: selecionar jornais, livros e revistas de acordo com a idade; ler histórias e textos para o idoso.

g) acompanhar a pessoa em atividades externas (passeios, viagens e férias): planejar passeios; listar objetos de viagem; arrumar a bagagem; preparar a mala de remédios; preparar documentos e lista de telefones úteis; acondicionar alimentação para atividades externas; acompanhar a pessoa em atividades sociais, culturais, de lazer e religiosas;

h) demonstrar competências pessoais: respeitar a privacidade do idoso; demonstrar paciência; manter a calma em situações críticas; demonstrar discrição; demonstrar criatividade; transmitir valores a partir do próprio exemplo e pela fala; demonstrar honestidade.

Na tabela de atividades da CBO, são apresentadas sete competências pessoais, no entanto, no item com a descrição de **competências pessoais** são listadas 19: 1) demonstrar preparo físico; 2) demonstrar capacidade de acolhimento; 3) demonstrar capacidade de adaptação; 4) demonstrar empatia; 5) respeitar a privacidade do CJAI (criança, jovem, adulto e idoso); 6) demonstrar paciência; 7) demonstrar capacidade de escuta; 8) demonstrar capacidade de percepção; 9) manter a calma em situações críticas; 10) demonstrar discrição; 11) demonstrar capacidade de tomar decisões; 12) demonstrar capacidade de reconhecer limites pessoais; 13) demonstrar criatividade; 14) demonstrar capacidade de buscar informações e orientações técnicas; 15) demonstrar iniciativa; 16) demonstrar preparo emocional; 17) transmitir valores a partir do próprio exemplo e pela fala; 18) demonstrar capacidade de administrar o tempo; 19) demonstrar honestidade.

Ao analisar as atribuições propostas pela CBO, observa-se que mesmo com a tabela específica do cuidador de idosos, em muitos momentos utiliza-se o termo “pessoa” ao invés de “idoso”. Talvez por esse motivo Silva (2012) afirma que a “[...] CBO direciona-se à adaptação dos cuidadores à população em geral, sem enfatizar as especificidades do cuidado ao idoso” (p. 79). Na mesma linha crítica, Born (2006) afirma que quando é feito um exame detalhado de cada uma das funções da CBO 5162-10, verifica-se que certo nível de nitidez é perdido.

No cotidiano dos cuidadores de idosos, existe um limite tênue entre as atividades domésticas e os procedimentos realizados por profissionais da enfermagem. No primeiro caso, as famílias pedem que os cuidadores assumam atividades com a casa, como fazer faxina, lavar e passar a roupa de todos os membros da família, assumir o cuidado de crianças, filhos e netos, que passam o dia na casa do idoso.

O perigo é que ao fazer esses serviços, o cuidador deixa de atender o idoso, por isso, é importante que o cuidador de idoso, no momento da contratação, esclareça aos familiares sobre quais funções pode assumir (RAVAGANI, 2008). A proposta é que os próprios cuidadores assumam uma postura educativa ao esclarecer seus clientes sobre os limites da atuação. O fato de muitos profissionais atuarem sem formação específica nem supervisão dificulta o acesso a essas informações e acabam estabelecendo contratos que fogem ao escopo de sua área. Silva (2012 citando GROISMAN; CALDAS, 2009) propõe a desmistificação do cuidador de idosos como responsável pela organização do lar e que a sociedade compreenda as atribuições, os direitos e a necessidade de profissionalização desse trabalhador.

Quanto aos limites de atuação entre cuidadores de idosos e profissionais da enfermagem, é bastante comum que sejam erroneamente transpostos. Segundos os alunos entrevistados por Silva (2012), famílias e instituições “induzem os cuidadores a realizarem procedimentos invasivos e administração de medicamentos e alimentação para vias além da oral” (p. 69), fato este que oferece riscos de saúde ao idoso e legais ao cuidador. Isso pode e deve ser evitado com formação adequada, que deixe claras as atribuições desse profissional e os empoderem para que se sintam seguros para explicar a qualquer pessoa que não podem assumir funções que cabem a outra classe profissional.

3.2.4 Direitos trabalhistas

Ao discutir sobre os direitos trabalhistas, Souza (2008) afirma que, enquanto uma legislação própria não for aprovada, os cuidadores de idosos se manteriam submetidos às normas gerais que variavam de acordo com a maneira que desempenham suas atividades. Assim, inicialmente, deve ser observado o tipo de contrato de trabalho em que se enquadra o cuidador de idosos, que pode ser empregado regular, autônomo ou doméstico.

No primeiro caso, a pessoa é contratada por uma empresa e o vínculo empregatício é regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). As empresas contratantes prestam atendimento domiciliar ao idoso e podem ser particulares ou ONGs cofinanciadas pelo poder público. Tais entidades são obrigadas a cumprir todos os direitos previstos na legislação trabalhista, tais como assinatura da carteira de trabalho, estabelecer carga horária de até 44 horas semanais, pagar hora extra, adicional noturno, adicional de periculosidade e insalubridade (de acordo com laudo específico), repouso semanal remunerado, inscrição no Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

O trabalho autônomo não estabelece relação de emprego ou qualquer subordinação jurídica, sendo que os contratos não são regidos pela CLT, e sim pelo Código Civil Brasileiro. Os serviços ocorrem, geralmente, de forma eventual. Os cuidadores de idosos com esse tipo de vínculo são chamados “folguistas”, pois cobrem as folgas dos demais cuidadores. Podem viver extremos entre pouca e muita atividade semanal. Há casos em que o cuidador inicia suas atividades na 6ª feira à noite e apenas sai na 2ª feira de manhã, perfazendo um total de 60 horas sem descanso. Em outras situações, cobre apenas uma folga de 12 horas por semana.

O cuidador de idosos doméstico é contratado pela família ou pela pessoa idosa. A legislação que regulamenta esse tipo de vínculo é a do empregado doméstico (Lei 11.324/06) e, até abril de 2013, excluía esse tipo de empregado da proteção da CLT. Não havia qualquer menção sobre carga horária, logo, dependia do contrato estabelecido entre as partes. Observavam-se diversas escalas, tais como de 40 a 44 horas semanais, 12 horas de trabalho para 36 horas de folga e 24 horas de trabalho para 24 horas de folga. Tinha direito a uma folga semanal, carteira assinada, INSS, férias. No entanto, não havia hora extra, adicional noturno, adicional de periculosidade e insalubridade, sendo o FGTS opcional.

Em 1º de abril de 2013, foi promulgada a Proposta de Emenda à Constituição (PEC), conhecida como “PEC das Domésticas”, que garante aos empregados domésticos direitos

assegurados aos demais trabalhadores. Essa nova lei está em fase de regulamentação no momento em que esta tese está sendo escrita e uma das questões discutidas é a carga horária.

Assim, podemos dizer que os cuidadores de idosos formais são trabalhadores cada vez mais presentes no dia a dia da sociedade brasileira e sua atividade já é considerada uma ocupação, de acordo com a CBO. O estabelecimento dos cuidadores de idosos no mercado fica claro e é crescente, daí a necessidade de regulamentação da profissão.

O que distingue profissão de ocupação é que profissões têm como pré-requisito formação, isso gera reserva de mercado para os membros da profissão e exclui pessoas que não tiveram acesso à educação específica. Por outro lado, o processo de profissionalização dos cuidadores de idosos tem se deparado com disputas de monopólio de mercado com outras profissões que atuam com idosos, especialmente com a Enfermagem.

Apesar de a definição das tarefas dos cuidadores de idosos estar descrita na CBO, observa-se que não há clareza suficiente e que os esclarecimentos necessários podem ser apresentados no Projeto de Lei que regulamenta a profissão e na sua posterior regulamentação.

A maior parte dos cuidadores de idosos é do sexo feminino, como se o cuidado fosse função natural das mulheres, o que pode gerar um processo caracterizado por dois aspectos: inclusão de mulheres no mercado de trabalho, o que é positivo, e tendência de reduzir a importância da escolaridade ou de formação específica, o que pode favorecer o discurso de que não se justificam investimentos para o provimento de assistência mais qualificada ao idoso.

Em relação à formação, atualmente, coexistem cuidadores de idosos com anos de escolaridade variados (inclusive sem qualquer estudo) e com formações variadas em relação à carga horária e ao conteúdo (inclusive sem qualquer formação). Caso o Projeto de Lei seja aprovado, não será mais possível que pessoas sem formação ou sem a escolaridade mínima exerçam a função de cuidadores de idosos, o que significa um avanço importante na qualidade de cuidado oferecido ao idoso.

Quanto aos direitos trabalhistas, a lei que rege a relação é o tipo de contrato de trabalho em que se enquadra o cuidador de idosos, que pode ser empregado regular, autônomo ou doméstico.

Assim, podemos dizer que a transformação de uma ocupação em profissão abrange três aspectos: 1) posição no mercado, 2) formação e 3) reconhecimento social da posição de mercado e da formação – que vão interagir com “disputas de monopólio de mercado” com outras profissões que atuam com idosos e a necessidade de esclarecimento das funções dos

cuidadores de idosos, diferindo de outras profissões, e esse conteúdo deve integrar os cursos de formação.

A maior parte dos cuidadores de idosos é do sexo feminino e observam-se diferenças de escolaridade entre eles, pois desempenham essa função desde pessoas com Ensino Fundamental incompleto até com nível superior. Independente da escolaridade, tem sido cada vez mais frequente o mercado exigir formação específica do cuidador de idosos. O Curso de Cuidadores de Idosos é livre e as ofertas diferem grandemente entre si quanto: à instituição responsável, carga horária, duração, ao conteúdo, à didática, variedade das áreas dos docentes, presencial ou virtual, ao material didático oferecido, estágio, aos valores. No dia a dia dos cuidadores de idosos, existe atuação limítrofe entre as atividades domésticas e os procedimentos exclusivos de profissionais da enfermagem, e é fundamental que a formação dos cuidadores os ajude a esclarecer seus clientes sobre as possibilidades e os limites da atuação. Em relação aos direitos trabalhistas, quando os cuidadores são contratados por pessoa jurídica, a legislação é a CLT e, quando ocorre por pessoa física, a relação é regida pela Legislação do Trabalhador Doméstico que, atualmente, está em fase de regulamentação.

No capítulo seguinte, será apresentado breve histórico do Projeto de Lei do Senado, PLS 284/2011, incluindo comentários sobre as duas audiências públicas, consulta pública e procedimentos finais para a aprovação do PL no Senado.

CAPÍTULO 4
BREVE HISTÓRICO
DO PROJETO DE LEI DO SENADO
(PLS 284/2011)

De acordo com o Portal Atividade Legislativa (2012), do Senado Federal, em 25 de maio de 2011 foi protocolado o PLS nº 284, que dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de idoso, assinado pelo Senador Waldemir Moka via Comissão de Assuntos Sociais (CAS) e, em 26 de maio de 2011, foi publicado no Diário do Senado Federal. A tramitação desse projeto no Senado limitou-se à CAS e houve diversas reuniões em que a matéria sofreu ações, sendo que as principais serão apresentadas a seguir.

O projeto original apresentava quatro artigos que versavam sobre âmbito de atuação (domicílio e instituição de longa permanência para idosos), funções (prestação de apoio emocional e na convivência social do idoso; auxílio e acompanhamento na realização de rotinas de higiene pessoal e ambiental e de nutrição; cuidados de saúde preventivos, administração de medicamentos de rotina e outros procedimentos de saúde; auxílio e acompanhamento no deslocamento de idoso), sobre quem pode exercer a profissão (maior de 18 anos que tenha concluído o Ensino Fundamental e curso de cuidador de pessoa) e restrições (desempenho de atividade que seja de competência de outras profissões da área de saúde legalmente regulamentadas).

Como justificativa foi apresentado o seguinte texto:

Sabemos todos que a população brasileira está envelhecendo. Mantidas as atuais tendências demográficas, em 2050, o Brasil contará com 63 milhões de idosos ou 172 idosos para cada 100 jovens (contra apenas 10 idosos para 100 jovens em 1980). Essa tendência, preocupante por diversos motivos, é também o fundamento da presente proposição.

Efetivamente, em um quadro demográfico tendendo acentuadamente ao envelhecimento, cresce exponencialmente de importância o trabalho do cuidador de idoso. Esse profissional, cuja função é a de auxiliar o idoso no desempenho das atividades cotidianas, praticamente era desconhecido até há poucos anos, cada vez mais passa a ter reconhecida sua importância.

O ano passado, por exemplo, o Ministério da Saúde e o Ministério do Desenvolvimento Social deram início a um programa nacional de formação de cuidadores, antecipando que a demanda por esses profissionais deverá sofrer forte incremento nos próximos anos e que, para acompanhá-la adequadamente, é necessário investir na formação de trabalhadores, de maneira a capacitá-los adequadamente ao tipo do trabalho que enfrentarão.

Para acompanhar essa tendência apresento o presente Projeto de Lei que se destina a regulamentar a profissão de cuidador de idoso. O projeto determina as condições mínimas para o exercício da profissão e discrimina as funções principais e o campo de atuação profissional dos cuidadores de idoso. É importante que assimilemos a profissão de cuidador de idoso ao nosso ordenamento jurídico, de forma a oferecer a esses profissionais o amparo legal que já concedemos a outras profissões já consolidadas, razão pela qual peço aos meus Pares, o apoio para a sua aprovação (PLS 284, 2011).

O Senador Waldemir Moka assinou o PLS, de autoria de Tânia Mara Garib, secretária da Secretaria de Trabalho e Assistência Social do Estado de Mato Grosso do Sul. Em uma das

audiências públicas para discussão do projeto de lei, ela justifica sua autoria explicando ter mais de 20 anos de experiência na Secretaria de Assistência Social, divididos entre capital e Estado do Mato Grosso do Sul e ter militado e trabalhado intensamente na área do idoso, na política de assistência social. Segundo ela, o início da articulação para o projeto se deu da seguinte maneira:

Quando o senador Moka, que sempre teve uma vocação como deputado federal para a agricultura, para os problemas do Mato Grosso do Sul, se candidatou a senador, ele veio nos pedir apoio e nós devolvemos a ele [...] uma série de anseios das políticas protetivas, especialmente de assistência social que o nosso país requeria. [...] E uma das preocupações foi essa: nós temos que regulamentar essas profissões que tardiamente o Brasil precisa reconhecer que são necessárias para a nossa população. Se nós tivemos o aumento da expectativa de vida como tivemos, as famílias hoje também passam por uma angústia muito grande porque elas vivem esse dilema de terem os seus idosos com bastante idade, mas ao mesmo tempo essa família precisa trabalhar e vive esse dilema. E o que nós precisaríamos para isso? Pensar em regulamentar profissões como essa, cuidadores de idoso, que todo mundo faz porque tudo dá jeito, as necessidades estão aí. O que nós queremos é [...] regulamentar, porque regulamentando, nós temos regras e essas regras sujeitam a quem contrata o serviço, a quem recebe o serviço e a quem faz o serviço [...]. A lei vem para isso. [...] A gente cutucava o senador e um dia ele me ligou e me falou “põe num papel o que você acha que deve porque nós vamos tentar colocar em prática isso”.

Na mesma data de publicação no Diário do Senado Federal, o projeto foi recebido na CAS e foi definido o dia 2 de junho de 2011 para apresentação de emendas, sendo que estas não foram oferecidas no prazo regimental. No dia 10 de junho de 2011, o presidente da CAS, Senador Jayme Campos, designou a senadora Marta Suplicy como relatora da matéria (Portal Atividade Legislativa, 2012). Segundo Tânia Garib, o Senador Waldemir Moka “[...] não teve maior felicidade do que ter a senadora como relatora, com bagagem de prefeita, de experiência nessa área, com sensibilidade de mulher, porque muitas vezes, o atendimento dos idosos sobra para as mulheres, para as filhas”.

Em 31 de agosto de 2011, em reunião extraordinária, foi aprovado o requerimento de Audiência Pública para instruir o PLS nº 284, de 2011, por iniciativa da senadora Marta Suplicy e do Senador Waldemir Moka. A audiência pública ocorreu em 20 de outubro de 2011, em Brasília.

4.1 1ª audiência pública: Brasília (20 de outubro de 2011)

Na 41ª Reunião Extraordinária da Comissão de Assuntos Sociais, foi realizada Audiência Pública para instrução da matéria a partir da proposta da senadora Marta Suplicy e do Senador Waldemir Moka.

Essa audiência ocorreu em Brasília (DF) e contou com a presença dos seguintes **representantes governamentais**²⁶: Tânia Mara Garib (Secretária de Estado de Trabalho e Assistência Social do Mato Grosso do Sul); Ana Paula da Silva (Diretora do Departamento de Qualificação do Ministério do Trabalho e Emprego) e 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). Os **representantes de conselhos eram**: Karla Giacomini (presidente do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI) e Rosimeire Rodrigues (Coordenadora-Geral do CNDI). Figuravam entre os **representantes de organizações não governamentais**: Marília Berzins (Diretora do Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento (OLHE) e Jorge Roberto Afonso de Souza e Silva (presidente da Associação dos Cuidadores de Idoso de Minas Gerais – ACI-MG).

Segundo a relatora do PLS 284/2011, senadora Marta Suplicy²⁷, participaram da primeira audiência pública “várias instituições e pessoas que trabalham na área há algum tempo” e o objetivo foi ter “uma ideia mais ampla do que significa ter um cuidador de idoso e quais as grandes questões hoje”.

4.2 Consulta pública (período de 1º de dezembro de 2011 a 25 de fevereiro de 2012)

A partir da audiência pública de Brasília, segundo a senadora Marta Suplicy²⁸, foram criados eixos e a equipe responsável pela relatoria do PLS 284/2011 começou a “conversar com alguns setores específicos para dirimir dúvidas”. Assim, em dezembro de 2011, a consulta pública foi aberta no site do Senado Federal e seguiu até fevereiro de 2012.

²⁶ Ana Amélia Camarano, Técnica de Planejamento do IPEA/RJ, justificou sua ausência.

²⁷ De acordo com transcrição da 2ª audiência pública, São Paulo, 1º de junho de 2012.

²⁸ De acordo com transcrição da 2ª audiência pública, São Paulo, 1º de junho de 2012.

No total, foram 159 sugestões de vários Estados brasileiros, que versam sobre cinco questões norteadoras:

1. **políticas públicas:** o Estado deve integrar o cuidador de idoso em suas ações de saúde pública, como nas equipes da Saúde da Família?
2. **formação profissional:** qual é o nível de escolaridade que deve ser exigido para exercício da profissão?; a formação deve ocorrer em instituição de ensino reconhecida pelo MEC?
3. **competências e procedimentos:** quais procedimentos o cuidador pode realizar sem conflitar com os de competência de médicos e enfermeiros? a administração de medicamentos, inclusive intravenosos, pelo cuidador pode por em risco a saúde do idoso?
4. **direitos trabalhistas:** o cuidador de idoso deve ter algum tratamento trabalhista distinto do disposto na CLT? como tratar do fato do cuidador, muitas vezes, trabalhar em turnos noturnos?
5. **responsabilidade criminal:** o projeto deve se preocupar em coibir abusos do mau cuidador contra o idoso? devemos criminalizar a má prática da profissão ou é suficiente o que já dispõe o Estatuto do Idoso?

No dia 3 de maio de 2012, a CAS recebeu relatório da senadora Marta Suplicy, com voto pela aprovação do projeto, na forma do substitutivo, com oito artigos, quatro a mais do que o projeto original.

4.3 2ª audiência pública: São Paulo (1º de junho de 2012)

Em seguida, em 23 de maio de 2012, em reunião extraordinária, foi aprovado o requerimento, de iniciativa da senadora Marta Suplicy, solicitando a realização de diligência em São Paulo (SP) para debater o PLS nº 284, de 2011, o que foi autorizado. Esse debate aconteceu na forma de audiência pública no dia 1º de junho de 2012, na PUC-SP, hospedado no Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. O relatório substitutivo foi apresentado na 2ª audiência pública, na qual estive presente.

Foi disponibilizada pasta com material referente ao projeto de lei em questão. Transcrevo a apresentação entregue:

Senadora Marta Suplicy discute regulamentação da profissão de cuidador de idoso na PUC-SP

Projeto no Senado visa amparo legal a profissionais e proteção às famílias

A senadora Marta Suplicy (PT-SP²⁹) promove nessa sexta (1º), na PUC-SP, um debate sobre a regulamentação da profissão de cuidador de idoso para discutir aspectos inerentes ao desempenho da função, como o perfil da formação educacional, direitos trabalhistas e sobreposição com profissões da área de saúde. Ela é relatora de um projeto de lei (PLS 284/2011) de autoria do senador Waldemir Moka (PMDB-MS³⁰).

O projeto em discussão quer assegurar amparo legal a profissionais e uma proteção às famílias no que se refere à prestação de serviços e cuidados de idosos.

O texto estabelece como funções do cuidador de idoso a prestação de apoio emocional; o auxílio e acompanhamento na realização de rotinas de higiene pessoal e ambiental e de nutrição; cuidados preventivos de saúde, administração de medicamentos de rotina e outros procedimentos de saúde; e auxílio e acompanhamento no deslocamento de idoso.

Ainda de acordo com o projeto, o profissional deverá ser maior de 18 anos, com ensino fundamental completo e curso de cuidador de pessoa conferido por instituição de ensino reconhecida pelo Ministério da Educação. Serão dispensados da exigência do curso específico os que já vierem exercendo a função por pelo menos dois anos à época em que o projeto entra em vigor.

Participam do debate representantes dos cursos de Pós Graduação da PUC, Gerontologia da USP LESTE (professora Marisa Accioly), Cuidador de Idoso do SENAC³¹ e da ETEC³², Associação Metropolitana de Cuidador de Idosos e Ministérios da Educação, Trabalho e da Saúde e OLHE – Observatório da Longevidade Humano.

Conjuntura – O Brasil envelhece rapidamente, contará em 2050 com aproximadamente 63 milhões de idosos, 172 para cada grupo de cem jovens.

Na prática já existem pessoas atuando como cuidadores de idosos, mas não é uma profissão regulamentada, e nem está claro quais são as funções de fato, os limites. Quem contrata, particularmente, o faz como empregado(a) doméstico(a). O que não atende a realidade de mercado. E há ainda a questão das instituições que cuidam de idosos. O debate vem buscar esclarecimentos e saídas no trato do tema pelo Legislativo.

A audiência contou com a presença de **representantes da sociedade civil**: Suzana Carielo da Fonseca (professora da PUC-SP); Marília Viana Berzins (representante da PUC-SP); Marisa Accioly (professora da EACH-USP); Ana Pianucci (professora do Senac e gestora do curso de Cuidador de Idosos); Mercedes Cofiel (professora da Etec e coordenadora do curso de Cuidador de Idosos do Centro Paula Souza) e Lídia Nadir Giorgi (presidente da Associação dos Cuidadores de Idosos da Região Metropolitana de São Paulo). Os **representantes governamentais eram**: Tânia Mara Garib (Secretária de Estado de Trabalho e Assistência Social do Mato Grosso do Sul); Elen Oliveira Pernin (Ministério da Saúde); Márcia da Mota Pinto (Ministério do Trabalho e Emprego).

²⁹ Partido dos Trabalhadores de São Paulo.

³⁰ Partido do Movimento Democrático Brasileiro do Mato Grosso do Sul.

³¹ Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial.

³² Escola Técnica.

Essa audiência se caracterizou pela liberação, por parte da senadora Marta Suplicy, da participação da plateia, apesar de não fazer parte do protocolo, como indica o diálogo entre ela e seu assessor:

Assessor Fábio Servo: Esse é um assunto muito interessante, muito rico, está suscitando o debate, só que eu acho que seria ideal se todo mundo falasse e ouvisse todos, senão a gente vai sair daqui a duas semanas, então, o que eu gostaria de dizer é o seguinte: tem aí o meu e-mail, eu sou assessor da senadora Marta, Fábio, e cuido desse tema no Senado. Eu gostaria que todos que tivessem contribuições ao substitutivo enviassem para mim, inclusive esse que a senhora mencionou [para Ana Piaucci], eu gostaria que a senhora fizesse por escrito e enviasse para o meu e-mail porque nós vamos sentar com a senadora e vamos considerar em cima do que foi dito aqui. Eu não queria abrir a palavra para todo mundo por conta da objetividade que a gente quer dar aqui.

Senadora Marta Suplicy: Conclusão: eles não estão gostando do circo que eu estou fazendo. Fábio, senta, deixa eu fazer esse circo. Deixa as pessoas falarem, eu vou tentar ser a mais comedida possível. [...] Você tem razão, tem que mandar por escrito as críticas, mas é bom ouvir porque vai ajudando.

Tal abertura permitiu a participação *in loco* de vários atores que não haviam sido convidados a fazer parte das mesas: representantes de idosos, cuidadores de idosos, conselhos profissionais, profissionais da saúde, que puderam contribuir com posicionamentos variados e explicitar concordâncias ou discordâncias com as ideias apresentadas, tanto nas falas como em vaia e aplausos. Além da participação presencial, foi estimulada a posterior colaboração virtual, com envio de e-mail ao assessor da senadora Marta Suplicy com sugestões para o substitutivo.

4.4 Procedimentos finais para aprovação do PL no Senado

A partir das colaborações realizadas durante a audiência pública de São Paulo e dos e-mails enviados pelos presentes à assessoria após o evento, novo relatório foi apresentado em 7 de agosto de 2012 para ser votado no dia seguinte.

Apresento, a seguir, o quadro comparativo do PLS nº 284, de 2011 (Quadro 2), elaborado pelo Serviço de Redação da Secretaria-Geral da Mesa do Senado Federal e publicado no dia 1º de novembro de 2012 no Portal Atividade Legislativa. Nele, ficam evidentes as alterações do projeto original do Senador Waldemir Moka do substitutivo apresentado pela senadora Marta Suplicy.

Quadro 2 – Quadro comparativo do PLS nº 284, de 2011

Projeto de Lei do Senado nº 284, de 2011	Emenda nº 1 – CAS (Substitutivo)
Dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de idoso.	Dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de pessoa idosa e dá outras providências.
O CONGRESSO NACIONAL decreta:	O CONGRESSO NACIONAL decreta:
	Art. 1º O exercício da profissão de cuidador de pessoa idosa é regido pelo disposto nesta Lei.
Art. 1º O cuidador de idoso é o profissional que, no âmbito domiciliar de idoso ou de instituição de longa permanência para idosos, desempenha funções de acompanhamento de idoso, notadamente:	Art. 2º O cuidador de pessoa idosa é o profissional que desempenha funções de acompanhamento e assistência exclusivamente à pessoa idosa, tais como:
a) prestação de apoio emocional e na convivência social do idoso;	I – prestação de apoio emocional e na convivência social da pessoa idosa;
b) auxílio e acompanhamento na realização de rotinas de higiene pessoal e ambiental e de nutrição;	II – 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;	III – cuidados de saúde preventivos, administração de medicamentos e outros procedimentos de saúde;
d) auxílio e acompanhamento no deslocamento de idoso.	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.

Parágrafo único. Instituição de longa permanência para idosos é a instituição destinada à residência coletiva de pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, com ou sem suporte familiar.

Art. 2º Poderá exercer a profissão de cuidador de **idoso** o maior de 18 anos que tenha concluído o ensino fundamental e que tenha concluído, com aproveitamento, curso de cuidador de pessoa conferido por instituição de ensino reconhecida pelo **Ministério da Educação**.

Art. 3º Poderá exercer a profissão de cuidador de **pessoa idosa** o maior de 18 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.

Parágrafo único. São dispensadas da exigência de conclusão de **curso de cuidador** as pessoas que, à época de entrada de vigor da presente Lei, venham exercendo a função há, **pelo menos**, dois anos.

§ 3º São dispensadas da exigência de conclusão de **curso de formação** à época de entrada em vigor da presente 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 o Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943 (Consolidação das Leis do Trabalho) 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 mais geral.

Art. 3º É vedado ao cuidador de idoso o desempenho de atividade que seja de competência de outras profissões da área da saúde legalmente regulamentadas.

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 artigo 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 Aumenta-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. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

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

A votação do dia 8 de agosto de 2012 não aconteceu por falta de quórum, pois os senadores participavam de outras comissões, sendo reagendada para o dia 29 de agosto de 2012. Nessa reunião, foi feita a leitura do relatório substitutivo ao PLS 284 na CAS e o Senador Ricardo Ferraço (PMDB-ES³³) pediu Vista Coletiva, alegando ter dúvidas em relação ao limite de atuação entre cuidadores de idosos e enfermeiros, e o presidente da CAS a concedeu.

Dias depois, a sociedade civil interessada na aprovação do PLS, acompanhando esse processo, mobilizou-se junto ao Senador Ricardo Ferraço para apresentar, via internet, seu apoio ao projeto. A iniciativa partiu de Marília Berzins, representante da ONG Observatório da Longevidade, que elaborou e disseminou por e-mail a seguinte mensagem a um grupo de pessoas relacionadas ao movimento de apoio ao projeto:

Prezados, peço que enviem mensagem para o Senador Ricardo Ferraço, em apoio ao projeto de lei para a regulamentação da profissão de cuidador de idosos. O PLS 284/11, relatado pela Marta Suplicy e que foi submetido a duas audiências públicas, não foi aprovado na reunião passada da CAS no Senado, pois houve pedido de vistas deste senador. Segue abaixo sugestão de texto. É muito importante a nossa ação nesse momento, para que o projeto possa seguir tramitando. Peço que repassem adiante. O e-mail dele é ricardoferraco@senador.gov.br.

O Brasil tem pressa na aprovação da profissão Cuidador de Idosos. Se compararmos com outras experiências internacionais, o nosso país ainda está atrasado na implantação de políticas para o cuidado. Causa-nos grande preocupação que o PLS 284/2011 (Cuidador de Idosos) de autoria do senador Waldemir Moka (PMDB-MS) não tenha sido aprovado no último dia 29 de agosto pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS) do Senado. O cuidador de Idosos já é uma realidade no cenário nacional. A regulamentação da profissão de cuidador de idosos é uma necessidade para a melhoria da qualidade dos cuidados aos idosos. Trata-se ainda de uma dívida histórica da sociedade com os trabalhadores do cuidado, que merecem ter o seu trabalho valorizado e reconhecido. O PL 284/2011 cuja relatoria é da senadora Marta Suplicy foi amplamente discutido, passou por duas audiências públicas e uma consulta pública e recebe o nosso apoio por atender as necessidades dos profissionais que já trabalham como cuidadores de idosos. Assim sendo, solicitamos o seu apoio na próxima reunião da Comissão de Assuntos Sociais, manifestando-se pela aprovação do PL 284/2011. Contamos com seu precioso apoio. Por um envelhecimento digno no Brasil!

A mobilização surtiu efeito e, no dia 12 de setembro de 2012, o projeto foi aprovado na CAS por unanimidade. A senadora Marta Suplicy não estava presente na reunião da CAS por ter sido indicada, poucos dias antes, pela presidente Dilma Rousseff, a assumir como ministra da Cultura (afastou-se do exercício de senadora em 13 de setembro de 2012).

³³ Partido do Movimento Democrático Brasileiro do Espírito Santo.

O PLS 284/2011 foi encaminhado para revisão ao Primeiro-Secretário da Câmara dos Deputados em 9 de novembro de 2012.

A partir desse ponto de partida, que contextualiza o processo pelo qual tramitou o projeto de lei a ser analisado, observam-se temas convergentes cujas principais questões são: quais são as consequências da aprovação do projeto de lei para a sociedade brasileira? Qual é a relação dessa ocupação com profissões regulamentadas? E quais são os encaminhamentos necessários após a regulamentação? Essas perguntas orientaram a análise e a discussão das audiências públicas, considerando o contexto de cada uma delas, seus atores e os temas preponderantes.

Podemos dizer que o processo de aprovação no Senado foi caracterizado pela complexidade e pela ampla participação da sociedade civil nas duas audiências públicas, na consulta pública e na mobilização virtual ao Senador Ricardo Ferraço. A redação do PLS original foi alterada, com acréscimo de quatro artigos e ganhou detalhamentos importantes.

No capítulo 5, serão apresentados os caminhos metodológicos da pesquisa, seus objetivos e como as audiências públicas foram analisadas.

CAPÍTULO 5

OS CAMINHOS METODOLÓGICOS PERCORRIDOS NA PESQUISA

Baseada na minha experiência com cuidadores de idosos, decidi aliar o tema da minha prática cotidiana ao da pesquisa. Nos primeiros anos do doutorado, iniciou-se a tramitação do PLS 284/2011 no Senado e pude aproveitar o momento histórico. Como explicado no capítulo anterior, houve diversos momentos importantes no Senado, referentes ao projeto de lei em questão, e optou-se por analisar as transcrições das duas audiências públicas que auxiliaram na elaboração do substitutivo do PLS 284/2011, sendo a primeira em Brasília e a segunda em São Paulo.

O processo no Senado chamou atenção pelo fato de terem ocorrido duas audiências públicas e uma consulta pública, indicando a intenção da relatora, Senadora Marta Suplicy, em estabelecer o diálogo com a sociedade civil para elaborar um substitutivo que se aproximasse da necessidade e da realidade das pessoas. Nesta pesquisa, optou-se por analisar as duas audiências públicas porque, além de terem sido momentos de abertura para um debate com pessoas ligadas à área que apresentam discursos diversos que compõem essa rede temática, puderam dialogar diretamente entre si, explicitando pontos de vista diferentes, conflitos e consensos.

Paralela e complementarmente, cadastrei-me no serviço de Acompanhamento de Matérias do Senado Federal disponível no site do Senado. A partir de outubro de 2011, passei a receber notificações por e-mail sobre todas as ações referentes ao projeto de lei que dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de idoso. O histórico completo do material pode ser acessado no Portal Atividade Legislativa, no qual são consultados Projetos e Matérias Legislativas em tramitação no Senado Federal.

É importante lembrar que a tramitação de um projeto de lei é complexa, envolve Senado, Câmara dos Deputados e Presidência. Nesta tese me propus a analisar dois momentos pontuais ocorridos no Senado, que foi a Casa Iniciadora do PLS 284/2011, conforme explicado na Introdução.

5.1 Objetivos da pesquisa

O objetivo geral desta tese foi analisar o processo de regulamentação da profissão de cuidador da pessoa idosa através do processo de tramitação do PLS 284/2011, que dispõe sobre o exercício da profissão do cuidador da pessoa idosa, e dos discursos gerados nas duas audiências públicas promovidas pelo Senado para discutir o citado PLS.

Os objetivos específicos foram:

- a) identificar e discutir as possíveis consequências da aprovação do projeto de lei para a sociedade brasileira;
- b) analisar a relação dessa ocupação com profissões regulamentadas;
- c) identificar e analisar os encaminhamentos necessários após a regulamentação.

5.2 Estudando documentos públicos

Os processos sociais se fazem presentes de diversas formas e existem maneiras variadas de refletir a respeito de seus sentidos. É possível analisar desde recortes de jornal e fotografias a entrevistas e discussões de grupo, sendo que todos os tipos de análise são representativos de determinado momento histórico. Ao analisar as preferências analíticas dos psicólogos sociais, P. Spink (2000) afirma que a maior parte prefere as entrevistas e as discussões de grupo e utiliza outras fontes, no máximo, “[...] para ambientar ou contextualizar seu trabalho, mas raramente é seu foco” (p. 125).

A possibilidade de interagir com seus objetos de estudo e de procurar novos dados, aliada à valorização da entrevista, contribui para que ocorra o que P. Spink (2000) chama de *laboratorialização simbólica*, processo que faz com que os psicólogos sociais se afastem do barulho cotidiano, que é o lugar da constante estruturação, e esqueçam que as práticas discursivas são linguagem em ação que se apresentam de formas variadas, geram ações e têm consequências no cotidiano.

No caso da presente pesquisa, optou-se pela aproximação do cotidiano e, assim, tomou-se como foco as audiências públicas divulgadas pela TV Senado, ou seja, documentos de domínio público. Duas práticas discursivas são refletidas por esse tipo de documento: como gênero de circulação, pois tornam públicos os sentidos, e como conteúdo impresso. Esse tipo de documento são produtos em tempo, componentes do cotidiano, registros tornados públicos e, na interação estabelecida, o outro é significativo, desconhecido e usualmente coletivo (P. SPINK, 2000).

No caso dos objetos escolhidos para esse estudo, duas audiências públicas que aconteceram com, aproximadamente, oito meses de distância, pode-se considerar que são documentos do tipo seriado. P. Spink (2000) afirma que a análise desse tipo de documento “[...] é um excelente caminho para a compreensão da gradativa emergência, consolidação e

reformulações dos saberes e fazeres” (p. 146) e que proporciona a “[...] identificação dos conflitos e diálogos diferentes que refletem a processualidade das práticas discursivas” (p. 146).

O autor citado adverte que nem sempre o que é publicado e público é o que parece. Por vezes, descobrem-se esclarecimentos em notas de rodapé explicativas indicando que as opiniões são do autor e não da instituição. Nas audiências públicas, há diversas pessoas que representam instituições, mas é importante ter em mente que talvez não sejam de fato representativas. Para obter maiores esclarecimentos, P. Spink (2000) sugere que se recorra aos relatórios oficiais.

Quanto aos aspectos éticos, sendo que “[...] os documentos de domínio público são produtos sociais tornados públicos” (p. 136), por pertencerem ao ambiente público, estão disponíveis para análise.

5.3 Como analisei as audiências públicas

As audiências públicas do Senado são gravadas e transmitidas ao vivo pela TV Senado. Para ter acesso a elas, entrei em contato com a Secretaria Técnica de Eletrônica (STEL), preenchi o formulário online de requisição e os DVDs foram encaminhados via correio.

Os vídeos oferecem um *corpus* confiável e, com eles em mãos, deu-se início ao processo de transcrição do material e organização em uma primeira tabela com os seguintes itens: pessoa, discurso e eixo temático.

Em seguida, os discursos de cada audiência foram categorizados de acordo com o eixo temático, baseando-me nos cinco que foram propostos na consulta pública³⁴, e cada eixo recebeu uma letra correspondente: A) Políticas Públicas; B) Formação Profissional; C) Competências e Procedimentos; D) Direitos Trabalhistas; E) Responsabilidade Criminal. Além da letra, cada enunciado recebeu um número indicativo da ordem que o enunciado foi emitido. Os números não se repetem em cada categoria, de forma a saber quantos enunciados

³⁴ A adoção dos mesmos itens propostos pela consulta pública ocorreu pelo fato de serem amplos e diversos, suficientes para contemplar os discursos discutidos nas audiências públicas e para manter o diálogo com o processo da consulta pública, cujos dados não foram analisados aqui, mas podem ocorrer em pesquisas futuras.

de cada categoria foram feitos e poderem ser quantificados. Para ilustrar, um trecho desse quadro é apresentado abaixo, no Quadro 3:

Quadro 3 – Exemplo de categorização das audiências públicas por eixo temático

Pessoa	Discurso	Eixo
Dra. Tânia Mara Garib	[...] De quem nós estamos falando? Nós estamos falando deste pessoal que está nessa idade de idoso graças aos avanços que esse país já teve, quanto esse país já evoluiu permitiu que nós tivéssemos uma população idosa, mas estamos falando de nós também, porque com as expectativas nós também esperamos chegar aí e vamos precisar também desta figura especial do cuidador de idoso. Outra questão que é importante deixar claro é que a política de assistência social, como muitas vezes é errôneo para muitas pessoas pensarem, ela não cuida só de pobre, a política de assistência social cuida de pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade e a vulnerabilidade nem sempre se dá pela pobreza, a vulnerabilidade se dá também pelo estágio da sua vida, por isso é que a política de assistência social tem um papel preponderante na área da criança e do adolescente, na área do deficiente físico e também na área do idoso [...]	A1

Após esse trabalho de classificação e organização inicial dos dados, foi elaborado um quadro síntese temático para cada audiência, o que possibilitou a visualização das pessoas que emitiram opiniões sobre cada tema, qual foi a ênfase que deram a cada tema e como ocorreram as interações entre as pessoas nos eixos temáticos.

Em cada eixo (A, B, C, D, E), foram criadas subcategorias, de acordo com os assuntos abordados pelas pessoas que fizeram pronunciamentos relevantes nas audiências. Os quadros síntese das audiências encontram-se na íntegra nos anexos 1 e 2, mas para facilitar a explicação, incluo parte do quadro da 1ª audiência a seguir:

Quadro 4 – Exemplo de quadro síntese da 1ª audiência

	Tânia	Karla	Marília	Jorge	Marta
A Políticas Públicas	A1: aumento da população idosa	A3: aumento da população idosa	A6: responsabilidade da família e		

	A2: responsabilidade e da família	A4: responsabilidade e da família e do Estado A5: formação	do Estado		
B Formação o	B1: padrão mínimo B2: escolaridade (Ensino Médio) B3: órgão de regulamentação (MTE)	B4: órgão de regulamentação (MEC) B5: padrão mínimo	B6: padrão mínimo B7: escolaridade (Ens. Fund..) (técnico) B8: órgão de regulamentação (não MEC)	B9: escolaridade e (ens. fund.)	B10: escolaridade (não exclusão de ensino fundamental)

As subcategorias de cada tema estão listadas abaixo.

A) Subcategorias de Políticas Públicas

- **1ª audiência:** aumento da população idosa, formação de cuidadores de idosos e responsabilidade pelo cuidado.
- **2ª audiência:** aumento da população idosa, adequação dos espaços públicos, formação de cuidadores de idosos e serviços públicos de cuidadores de idosos.

B) Subcategorias de Formação Profissional

- **1ª audiência:** nível de escolaridade, órgão regulamentador, padrão mínimo dos cursos.
- **2ª audiência:** padrão mínimo dos cursos, critérios de dispensa do curso, cursos presenciais x virtuais, nível de escolaridade, órgão regulamentador.

C) Subcategorias de Competências e Procedimentos

- **1ª audiência:** relação com profissões regulamentadas e locais de atuação.
- **2ª audiência:** relação com profissões regulamentadas, termo “exclusivamente”, princípios éticos, distinção entre cuidado e assistência, cuidadores não são profissionais da saúde, locais de atuação.

D) Subcategorias de Direitos Trabalhistas

- **1ª audiência:** trabalho decente, piso salarial.
- **2ª audiência:** trabalho decente, direitos trabalhistas.

E) Subcategorias de Responsabilidade Criminal

- **1ª audiência:** não houve enunciados a respeito.
- **2ª audiência:** formação de cuidadores de idosos.

Os quadros síntese permitiram obter a visão de conjunto das audiências, pois foi possível visualizar quais foram os eixos temáticos e os subtemas mais abordados, quem emitiu enunciados a respeito de cada um e se houve interação entre os falantes.

A partir dos quadros síntese, foram criados dois tipos de tabelas. O primeiro tipo apresenta a distribuição dos trechos dos enunciados nos cinco eixos temáticos em termos numéricos absolutos e porcentagem, como se observa na Tabela 1, referente à primeira audiência pública, abaixo:

Tabela 1 – Distribuição dos trechos dos enunciados nos cinco eixos temáticos

Eixos temáticos	Enunciados	Porcentagem
Formação Profissional	17	46%
Políticas Públicas	10	27%
Competências e Procedimentos	7	19%
Direitos Trabalhistas	3	8%
Responsabilidade Criminal	0	0
Total	37	100%

O segundo tipo de tabela exibe a distribuição dos trechos dos enunciados em cada eixo temático, contendo as subcategorias, o número de enunciados emitidos para cada subcategoria e a porcentagem correspondente, como se observa na Tabela 2, que serve de exemplo:

Tabela 2 – Distribuição dos trechos dos enunciados no eixo temático da formação profissional

Formação Profissional	Enunciados	Porcentagem
Nível de escolaridade	9	53%
Órgão regulamentador	5	29%
Padrão mínimo dos cursos	3	18%
Total	17	100%

Com esses quadros e tabelas em mãos, cada audiência foi apresentada e analisada individualmente, seguindo as partes descritas a seguir, nos capítulos 6 (1ª audiência) e 7 (2ª audiência): 1) contextualização; 2) palestrantes; 3) visão de conjunto; 4) análise qualitativa dos eixos quantitativamente relevantes; 5) algumas observações.

Na **contextualização**, foi descrito o contexto em que as audiências aconteceram (reunião da Comissão de Assuntos Sociais do Senado, em Brasília, e na Pontifícia Universidade Católica, em São Paulo), quem abriu as audiências e o que foi dito.

Na descrição dos **palestrantes**, foram apresentados os convidados a compor a mesa e outras pessoas que se pronunciaram, e que tiveram as falas incluídas na análise, foram apresentados, indicando os locais de trabalho ou atuação, quando este foi explicitado.

A **visão de conjunto** apresenta dados quantitativos com a apresentação de 1) tabelas de distribuição dos trechos dos enunciados nos cinco eixos temáticos e 2) tabelas de distribuição dos trechos dos enunciados em cada eixo temático, sendo que os cinco eixos são apresentados nesse momento.

Em seguida, baseada nessa análise global, realizou-se a **análise qualitativa dos eixos quantitativamente relevantes**³⁵ que, na 1ª audiência, foram formação profissional (46% dos enunciados), políticas públicas (27% dos enunciados), competências e procedimentos (19% dos enunciados) e, na 2ª audiência, foram formação profissional (40,2% dos enunciados), competências e procedimentos (37,3% dos enunciados). A partir da definição dos eixos temáticos que seriam analisados qualitativamente, os enunciados foram discutidos em cada subcategoria, a saber:

³⁵ O corte estipulado foi de mais de 15% dos enunciados emitidos no eixo temático, pois menos do que isso dificultaria a discussão por escassez de material.

1ª audiência

- **Formação Profissional:** nível de escolaridade, órgão regulamentador, padrão mínimo dos cursos.
- **Políticas Públicas:** responsabilidade pelo cuidado, aumento da população idosa, formação de cuidadores de idosos.
- **Competências e Procedimentos:** relação com profissões regulamentadas e locais de atuação.

2ª audiência

- **Formação Profissional:** padrão mínimo dos cursos, critérios de dispensa do curso, cursos presenciais x virtuais, nível de escolaridade, órgão regulamentador.
- **Competências e Procedimentos:** relação com profissões regulamentadas, termo “exclusivamente”, princípios éticos, distinção entre cuidado e assistência, cuidadores não são profissionais da saúde, locais de atuação.

Em cada subcategoria foram apresentadas as pessoas que emitiram considerações a respeito, o que cada uma falou, indicando pontos de concordância ou conflitos.

Por fim, para a análise de cada audiência, foram tecidas **algumas observações** sobre o contexto geral da audiência e principais aspectos que geraram discordâncias.

Optou-se por realizar a apresentação e análise com esse formato para apresentar o contexto mais amplo das audiências, os atores, a caracterização quantitativa dos enunciados emitidos em cada um dos cinco eixos e, por fim, a análise qualitativa dos eixos em que houve mais do que 15% dos enunciados, com concordâncias e conflitos entre os atores que os pronunciaram.

No capítulo 8, foi feita a discussão em conjunto das duas audiências conforme as três questões norteadoras:

- 1) quais são as consequências da aprovação do projeto de lei para a sociedade brasileira?
- 2) qual é a relação dessa ocupação com profissões regulamentadas?
- 3) quais são os encaminhamentos necessários após a regulamentação?

CAPÍTULO 6
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DA
1ª AUDIÊNCIA PÚBLICA
BRASÍLIA, 20 DE OUTUBRO DE 2011

A apresentação e a análise da 1ª audiência pública, ocorrida em Brasília, em 20 de outubro de 2011, está dividida nas seguintes partes: 1) contextualização; 2) palestrantes; 3) visão de conjunto; 4) análise do eixo formação profissional; 5) análise do eixo políticas públicas; 6) análise do eixo competências e procedimentos; 7) algumas observações.

6.1 Contextualização

Essa audiência foi realizada durante a 41ª Reunião Extraordinária da CAS, sendo a mesa composta por sete palestrantes que se apresentaram para senadores presentes, incluindo a relatora, senadora Marta Suplicy, e o proponente do projeto de lei, Senador Waldemir Moka. O tempo de duração foi de 2 horas e 4 minutos.

Ao abrir a reunião, o Senador Jayme Campos, que presidia a CAS, apresentou um breve resumo do PL e falou sobre a sua importância no cenário de aumento da população idosa no Brasil. Em seguida, o Senador Waldemir Moka explicou que a iniciativa da audiência pública foi da senadora Marta Suplicy e que os convidados foram escolhidos por ela, com exceção da secretária de Estado, Tânia Mara Garib, convidada por ele.

O Senador Jayme Campos retomou a palavra e convidou os palestrantes a assumirem seus lugares na mesa e, antes de convidar a senadora Marta Suplicy para presidir a matéria, o senador explicou as normas:

Os convidados farão suas exposições e, em seguida, abriremos à fase de interpelação pelos senadores e senadoras. A palavra será concedida aos senadores e senadoras na ordem de inscrição. Os interpelantes dispõem de 3 minutos. Eu queria inicialmente conceder a palavra à Dra. Tânia Garib, inicialmente por 10 minutos prorrogáveis por 12 ou 15 minutos.

A senadora Marta Suplicy pediu “que cada palestrante realmente tente se limitar aos 10 minutos de sua exposição” e diz que vai:

[...] tentar ser rígida porque são quase meio dia e depois porque eu tenho um monte de perguntas para fazer e eu não sei se serão todas respondidas nas falas, então, quero preservar esse tempo para poder também fazer as perguntas que são indagações que eu tenho para elaborar o relatório.

No geral, durante toda a audiência, o respeito às normas estabelecidas quanto ao tempo de palavra foi foco de preocupação dos palestrantes e o tratamento adotado foi formal,

tendo em vista que senadores tratavam-se por “vossa excelência” e utilizavam com frequência essa nomenclatura ao se dirigir aos palestrantes.

6.2 Palestrantes³⁶

A reunião contou com a participação de representantes do governo (Ministério da Assistência Social, Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério da Saúde), do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso e de Organizações Não Governamentais [Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento (OLHE) e Associação dos Cuidadores de Idoso de Minas Gerais (ACI-MG)], totalizando sete palestrantes.

A primeira a se apresentar foi a convidada do Senador Waldemir Moka, **Tânia Mara Garib**, secretária de Estado de Trabalho e Assistência Social do Mato Grosso do Sul. Ela foi responsável por gerar a discussão sobre a necessidade de regulamentar a profissão de cuidador de idosos junto ao então deputado federal depois senador Waldemir Moka.

A seguir, foi apresentada **Karla Giacomini**, presidente do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), médica geriatra da Prefeitura de Belo Horizonte, com mestrado em Saúde Pública e doutorado em Ciências da Saúde.

A terceira palestrante foi **Marília Berzins**, diretora do Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento (OLHE), representando a então presidente Ingrid Mazetto. Marília é assistente social com mestrado em Gerontologia Social, doutorado em Saúde Pública e especialização em Gerontologia, pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa do Envelhecimento (PUC-SP), pesquisadora mentora do Portal do Envelhecimento e coordenadora de Cursos de Formação de Cuidador de Idosos do Programa Cuidar é Viver do OLHE.

Jorge Roberto Afonso de Souza e Silva foi o quarto a se apresentar. Ele é cuidador de idosos com formação no **curso Sequencial Superior de Cuidadores de Idosos, da Universidade Fumec (Minas Gerais)** e presidente da Associação dos Cuidadores de Idoso

³⁶ Apesar na normatização da ABNT (Associação Brasileira de Normas e Técnicas) orientar para que sejam apresentadas apenas as siglas de entidades, associações e órgãos públicos e privados após a primeira citação no texto, julgou-se importante, neste momento do texto, reinserir o significado das siglas para facilitar a fluência da leitura e não obrigar o leitor a consultar a Lista de Siglas seguidas vezes, causando rupturas no fluxo da leitura e prejudicando sua compreensão.

de Minas Gerais (ACI-MG), entidade localizada em Belo Horizonte que **oferece cursos de cuidadores de idosos e encaminhamento para o mercado de trabalho.**

A diretora do Departamento de Qualificação do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), **Ana Paula da Silva**, apresentou-se em seguida. Na qualidade de diretora do departamento citado, gerencia programas de qualificação social e profissional em diversos projetos como o Brasil sem Miséria executados por meio de parcerias com estados e municípios. Atua na construção do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec), programa de qualificação que objetiva melhorar a qualificação e orientação profissional de trabalhadores, especialmente desempregados.

A sexta palestrante foi **Rosemeire Rodrigues**, coordenadora-geral do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI) e representante do secretário executivo da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (CDHPR), senhor Ramaís de Castro Silveira.

Por fim, apresentou-se **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).

6.3 Visão de conjunto

A transcrição da audiência foi analisada considerando trechos de enunciados dos sete palestrantes e dos senadores Marta Suplicy e Waldemir Moka, que tinham como norte os cinco eixos temáticos propostos pela consulta pública do site do Senado: A) Políticas Públicas; B) Formação Profissional; C) Competências e Procedimentos; D) Direitos Trabalhistas; E) Responsabilidade Criminal.

No total, foram categorizados 37 trechos distribuídos nos cinco eixos temáticos na seguinte proporção, conforme podemos ver na Tabela 1:

Tabela 1 – Distribuição dos trechos dos enunciados nos cinco eixos temáticos

Eixos temáticos	Enunciados	Porcentagem
Formação Profissional	17	46%
Políticas Públicas	10	27%
Competências e Procedimentos	7	19%
Direitos Trabalhistas	3	8%
Responsabilidade Criminal	0	0
Total	37	100%

Como se observa, o principal eixo debatido foi o de Formação Profissional (46%), depois Políticas Públicas (27%), Competências e Procedimentos (19%), Direitos Trabalhistas (8%) e nenhuma consideração para Responsabilidade Criminal.

No eixo **Formação Profissional**, emitiram considerações Tânia Mara Garib, Karla Giacomini, Marília Berzins, Jorge Roberto Afonso de Souza e Silva, Ana Paula da Silva, Rosemeire Rodrigues, Senador Waldemir Moka e senadora Marta Suplicy, ou seja, todos exceto Luiza Fernandes Machado. Nesse eixo, foram abordados os seguintes subtemas: 1) nível de escolaridade (53%); 2) órgão regulamentador (29%) e 3); padrão mínimo dos cursos (18%), conforme podemos ver na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos trechos dos enunciados no eixo temático da formação profissional

Formação Profissional	Enunciados	Porcentagem
Nível de escolaridade	9	53%
Órgão regulamentador	5	29%
Padrão mínimo dos cursos	3	18%
Total	17	100%

O eixo **Políticas Públicas** foi abordado por Tânia Mara Garib, Karla Giacomini, Marília Berzins, Ana Paula da Silva e Luíza Fernandes Machado, com os seguintes subtemas: 1) responsabilidade pelo cuidado (40%); 2) aumento da população idosa e necessidade de cuidados (30%); 3) formação de cuidadores de idosos enquanto política pública (30%), conforme a Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos trechos dos enunciados no eixo temático das políticas públicas

Políticas Públicas	Enunciados	Porcentagem
Responsabilidade pelo cuidado	4	40%
Aumento da população idosa	3	30%
Formação de cuidadores de idosos	3	30%
Total	10	100%

O eixo **Competências e Procedimentos** recebeu considerações de Tânia Mara Garib, Marília Berzins, Jorge Roberto Afonso de Souza e Silva e Senador Waldemir Moka a respeito de 1) relação com profissões regulamentadas (57%) e 2) locais de atuação (43%), conforme podemos ver na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição dos trechos dos enunciados no eixo temático das competências e procedimentos

Competências e Procedimentos	Enunciados	Porcentagem
Relação com profissões regulamentadas	4	57%
Locais de atuação	3	43%
Total	7	100%

O eixo **Diretos Trabalhistas** foi exposto por Tânia Mara Garib, Marília Berzins e senadora Marta Suplicy quanto a 1) trabalho decente (67%) e 2) piso salarial (33%), conforme podemos ver na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição dos trechos dos enunciados no eixo temático dos direitos trabalhistas

Diretos Trabalhistas	Enunciados	Porcentagem
Trabalho decente	2	67%
Piso salarial	1	33%
Total	3	100%

Baseado nessa análise global, optou-se por analisar os eixos temáticos numericamente mais relevantes, ou seja, Formação Profissional, Políticas Públicas, Competências e Procedimentos.

6.4 Análise do eixo Formação Profissional

6.4.1 Nível de escolaridade (53%)

A discussão sobre o nível de escolaridade mínimo dos cuidadores de idosos a ser definido pelo PL foi realizada pelos senadores Marta Suplicy e Waldemir Moka e por quase todos os palestrantes, com exceção de Luíza Fernandes Machado. Os enunciados perpassaram os níveis fundamental, médio e superior, sendo que a maior parte da discussão se manteve em relação ao primeiro.

A primeira observação em relação a esse tema foi de Tânia Mara Garib. Ela sugeriu que se pensasse em profissional com **Ensino Médio** devido ao fato de esse nível de escolaridade ser precário no país e que se encontram pessoas com Ensino Fundamental que *“não sabem interpretar um texto. E, muitas vezes, é necessário que essa pessoa vá ler”*.

Em seguida, Marília Berzins comentou sobre o **Ensino Fundamental** e afirmou que o cuidador de idoso:

[...] precisa ter essa formação mínima porque ele vai precisar dessa condição para ler e escrever, até porque ele vai decifrar informações, vai acompanhar o idoso ao médico, vai dizer para a família. Nós incentivamos que ele faça um relato das suas atividades para passar até para a sua garantia [...]

E ponderou que *“encontramos muitos cuidadores que já trabalham não têm o Ensino Fundamental, isso no Brasil pode trazer algumas dificuldades”*.

A fala de Jorge Roberto Afonso de Souza e Silva, logo em seguida, foi ao encontro da consideração feita por Marília Berzins:

Tem uma fala que me preocupa muito, que eu vou copiar do Dr. Mateus Papaléo, uma vez que eu estive em Brasília também. Ele menciona “antes de definirmos a escolaridade, vamos pensar em muitos brasileiros e brasileiras que hoje trabalham como cuidadores de idosos com excelência e que esse trabalho leva o sustento para o 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, de 50 anos de idade, apenas 5ª série e que, com muita alegria, foi em um final de ano mostrar o seu contracheque e falar “Jorge, muito obrigado, eu acabei de construir a minha casa”. Para ela é uma casa, para muitos, se olhar, é um puxadinho, mas é a casa dela com o dinheiro que ela ganhou trabalhando cuidando de idosos e não é um salário ruim, não, ela ganha 3 mil reais por méritos, começou com muito menos. Então, em nome de uma cuidadora, citei um exemplo como ela, vamos pensar muito bem antes de

definirmos a escolaridade. Eu compreendo que é muito importante, sim, que as pessoas voltem a estudar, que elas já estão, que dê oportunidade, que possa se aumentar o prazo e incentivos para essas pessoas que têm escolaridade um pouco menor e não compreendem no projeto. Mas como mesmo profissionais da saúde, o trabalho do cuidador é tão importante e ao mesmo tempo tão simples que muitas delas, mesmo sem ter essa escolaridade exercem com qualidade o seu trabalho.

O tom emocional e particular do relato de Jorge Roberto mostrou-se bastante impactante para os Senadores Marta Suplicy e Waldemir Moka, que deixaram clara a preocupação com a exclusão de cuidadores de idosos com nível de escolaridade inferior ao Fundamental completo. A senadora Marta Suplicy afirmou: *“Foi muito emocionante o seu depoimento e coloca uma grande dificuldade. Como resolver esse problema?”* Sobre a mesma questão, o Senador Waldemir Moka dirigiu-se à senadora Marta Suplicy e disse:

Senadora, esse é o momento que eu mais fiquei preocupado. Eu coloquei Ensino Fundamental aqui e eu percebi que há uma preocupação da senhora que esse nível seja... mas essa preocupação que ele tem de... o Ensino Fundamental aqui eu coloquei assim como uma exigência... e preocupado, viu, Jorge? Que mesmo com essa que vai ser uma exigência legal, que muitas pessoas pudessem ficar de fora em função de não ter o Ensino Fundamental. Isso eu tenho certeza que eu vou manter, o Ensino Fundamental. Eu tava na dúvida se não devia ir para o Médio. Porque Ensino Fundamental implica em saber ler e escrever, se não pode, não dá. Aí eu acho que é um parâmetro... Veja que ele menciona aí a 5ª série. É isso o que eu estou dizendo. Na 5ª série, nas nossas escolas, às vezes não vai saber ler e escrever, mas a gente vai tentar que saibam escrever na 5ª série. Por isso que eu coloquei Ensino Fundamental. Na verdade... Ah, talvez possamos colocar ler e escrever ao invés de Ensino Fundamental? Não dá, né?

A fala de Jorge Roberto Afonso de Souza e Silva também produziu reflexão sobre a questão da **expertise** que as pessoas adquirem com a prática de cuidado (senadora Marta Suplicy), da **vocação** (Senador Waldemir Moka) e do **carinho** (Senador Waldemir Moka e senadora Marta Suplicy) como sendo requisitos fundamentais para o cuidado: *“Começa ‘ah, qualificação, qualificação’ e a pessoa não tem a vocação para cuidar, aí, também não interessa. Pode ser a pessoa mais qualificada, mas se ela não tiver carinho pela pessoa, se não tiver atenção com a pessoa, eu acho que nada disso vai valer também”* (Senador Waldemir Moka).

Por fim, a proposta de **nível superior** foi apresentada por Rosemeire Rodrigues ao afirmar que a Secretaria Especial de Direitos Humanos entrou *“em contato com o MEC através dos estudos tecnológicos da SETEC, que é a Secretaria de Tecnologia, que é o maior instituto que tem a maior formação”* e que *“eles agora têm um curso que é de dois anos e é um curso de formação em nível superior”*. Essa colocação foi bastante interessante por ter sido feita logo após amplo debate sobre Ensino Fundamental e a inclusão de trabalhadores

sem esse nível educacional, indicando descompasso entre a fala de Rosemeire Rodrigues e dos demais palestrantes e debatedores.

6.4.2 Órgão regulamentador dos cursos (29%)

As considerações sobre qual seria o órgão responsável pela regulamentação dos cursos – Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) ou Ministério da Educação (MEC) – mostraram certo nível de consenso, mas houve desencontros de informações sobre as atribuições do MEC.

A maior parte dos palestrantes que abordou o assunto indicou o MTE como responsável pela regulamentação com os seguintes argumentos: *“O MEC faz ensino formal, o Ministério do Trabalho e Emprego faz qualificação profissional”* (Tânia Mara Garib), *“O MEC só regulamenta instituições de Ensino Superior”* (Marília Berzins) e

[...] efetivamente na ação de qualificação social e profissional é competência muito mais do Ministério do Trabalho tratar desses assuntos do que o MEC porque o MEC efetivamente regula o que ele mesmo colocou, funções, ocupações de nível técnico e tecnológico, o que não é o caso que se discute aqui (Ana Paula da Silva).

Observa-se que o argumento para que o MTE assumira essa função é focado na competência de qualificação profissional desse ministério e, por outro lado, indicam-se as competências do MEC como não sendo adequadas para a regulamentação dos cursos de cuidadores de idosos, mas não há consenso quanto às instituições pelas quais o órgão é responsável: “Ensino Formal”, “Ensino Superior”, “ocupações de nível técnico e tecnológico”.

Karla Giacomini indica o MEC, mas apresentou opinião conciliatória: *“A nosso ver, o Ministério da Educação deve sim gerir a capacitação, a formação, mas com a participação de outros ministérios que também serão afetados por essa lei”*.

Ao final das apresentações, a senadora Marta Suplicy expressou sua dúvida sobre o órgão regulamentador, se deveria ser o MTE ou MEC. Disse que acreditava que pelo MEC teria a vantagem por conta do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec), que *“é uma possibilidade gigantesca de jovens, de adultos e de pessoas saídas do*

EJA³⁷, de poderem ter cursos profissionalizantes financiados ou por instituições ou pedindo o recurso para depois pagar depois que tiver formado” e questionou se o Pronatec seria viabilizado pelo MTE. Ana Paula da Silva garantiu que “a regulamentação pelo MTE em nenhum momento inviabiliza o financiamento do Pronatec, não há desencontro aí”.

6.4.3 Padrão mínimo dos cursos (18%)

Esse tema foi bastante consensual, pois as três palestrantes que abordaram essa temática (Tânia Mara Garib, Karla Giacomini e Marília Berzins) comentaram sobre a importância de princípios únicos que garantam o padrão mínimo dos cursos para qualificação de cuidadores de idosos.

O trecho escolhido foi proferido por Marília Berzins por condensar diversos aspectos relevantes a respeito do estabelecimento do padrão mínimo:

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 eles. Ao olhar, dá a sensação de que esse tema é ainda terra de ninguém, tudo pode e não se tem um princípio que se regula isso. Essa formação já tem sido uma exigência do mercado de trabalho. Eu fiz uma consulta rigorosa nas ofertas dos cursos de cuidadores, há no Brasil cursos que contemplam a formação com 2 horas e outros chegam a 200 horas de formação, então, nós temos um universo bastante amplo e tem curso que é oferecido pela internet. Nos preocupa muito isso, faça um curso de cuidador pela internet. E quando você analisa o conteúdo programático desses cursos, não existe uma uniformidade disso. Inclusive, alguns cursos ensinam até procedimentos que não são referentes à atuação do cuidador de idosos.

Como se observa, Marília Berzins abrangeu os temas carga horária mínima, conteúdo programático uniforme e adequado e a questão de cursos oferecidos pela internet, deixando clara a sua oposição à abordagem virtual.

³⁷ EJA: Educação de Jovens e Adultos.

6.5 Análise do eixo Políticas Públicas

6.5.1. Responsabilidade pelo cuidado (40%)

As palestrantes que problematizaram a questão da responsabilidade pelo cuidado de idosos dependentes foram Tânia Mara Garib, Karla Giacomini, Marília Berzins e Luíza Fernandes Machado, ou seja, duas representantes do poder público e duas da sociedade civil, que apresentaram pontos de vista claramente conflituosos.

A secretária de Estado de Trabalho e Assistência Social, Tânia Mara Garib, afirmou que o fato de a expectativa de vida no Brasil ter aumentado muito rapidamente não permitiu à *“família introjetar a sua grande responsabilidade pelos seus idosos porque ela não foi preparada e não foi criada para um idoso ficar até essa idade e por isso a família não se estruturou para isso”*. Fica claro o posicionamento da secretária em relação à responsabilidade da família pelos cuidados ao idoso e pelo fato de não ter se estruturado para isso. Chama atenção que ela não tenha mencionado que a responsabilidade é compartilhada pelo Estado e que o poder público também não se preparou para o aumento da população idosa.

A representante do Ministério da Saúde (MS), Luíza Fernandes Machado, afirmou que, quando o idoso precisa de alguém para ajudar a desempenhar as atividades de vida diária, torna-se necessária a figura do cuidador, que seria familiar ou formal, contratado pela família. Indicou que, através da estratégia de Saúde da Família, as equipes são estimuladas a acompanhar, orientar e acolher o cuidador familiar. Conclui afirmando que:

Os profissionais de saúde têm como papel fundamental orientar o cuidador porque nós sabemos que a grande maioria dos nossos idosos que estão no leito hospitalar precisam do cuidado e muitos são cuidados pela própria família. Muitos são cuidados por aquela mulher que deixou de trabalhar ou que nunca trabalhou, mulheres idosas também para cuidar de seus companheiros e vice versa.

Nota-se que a responsabilidade de cuidado ou de contratação de uma pessoa para cuidar do idoso recai sobre a família e que o Ministério da Saúde restringe sua atuação apenas ao acompanhamento, à orientação e ao acolhimento da família.

Karla Giacomini, presidente do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), comentou sobre a proposta da Saúde para o cuidado aos idosos:

Na saúde, a estratégia da saúde da família é o formato atual, mas ela é amplamente insuficiente para oferecer esse cuidado cotidiano, então, é preciso aumentar a cobertura e ampliação da assistência social ou da saúde nas áreas envelhecidas da cidade e do campo. Por isso, senadora, a gente acredita que são necessárias políticas públicas para esses três tipos de arranjo: para o idoso que mora sozinho, para o idoso que mora em família com mais gerações e para o idoso que vive em ambientes coletivos.

A palestrante fez uma análise sobre o cuidado ao idoso realizado na sociedade brasileira. Apresentou o artigo 230 da Constituição Federal que estabelece que “*o Estado, a família e a sociedade dividirão a responsabilidade pelo amparo à pessoa idosa que necessitar. Quem define onde começa e onde termina o papel de cada um? Com quem de fato o idoso pode contar?*”.

Em seguida, analisou o direito à família, que “*família significa dizer famílias*” e que “*não existe mais uma família, aquela história de Dona Benta e Narizinho isso aí já ficou para trás*”. Observou que:

[...] família é uma construção social que varia de acordo com as épocas, é um espaço de sobrevivência e de proteção integral dos seus filhos e dos membros que necessitarem, é um espaço de cuidado e é nisso que nós temos acreditado, mas é também um espaço de conflito. Então, a gente parte do seguinte pressuposto: ao pensar essa lei, vocês devem reconhecer que quando um membro da família passa a precisar de cuidado, quem precisa de apoio é a família e não este membro. Para a família cuidar bem, ela precisa ser apoiada.

A respeito da relação entre Estado e família, afirmou categoricamente que “*o Estado não pode substituir a família, mas a família também não pode substituir o Estado*” e que “*na prática, Estado, sociedade e família não reconhecem a velhice como uma questão social relevante e a velhice só aparece como filantropia, piedade e um estado privado: o problema é seu, não é nosso*”.

Deixou claro que, quando o idoso precisa de cuidados, a responsabilidade da dependência é da família, da sociedade e do Estado, e comparou países desenvolvidos com o Brasil:

Nos países desenvolvidos, existe um cuidado formal que se superpõe ao cuidado familiar. No Brasil, desde a Política Nacional do Idoso (1994), existem políticas de cuidado que não são efetivadas, então, na prática, o cuidado familiar é o único com que podem contar os idosos brasileiros que se encontram dependentes.

Comentou que o Brasil “*não garante hoje recursos para o familiar que cuida do parente com incapacidade*” e indicou como consequência o início de um ciclo perverso:

[...] para cuidar, o familiar para de trabalhar, sem trabalhar, ele não contribui para a previdência social e perde o direito a uma renda futura, sem renda futura, o familiar será o próximo a depender da política de assistência social. Sem dinheiro, ele passa a depender da pessoa idosa para o seu sustento e moradia. O familiar que cuida adoecerá mais.

Marília Berzins teceu considerações semelhantes às da Karla Giacomini quanto à responsabilidade compartilhada entre família, sociedade e Estado:

A 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. Nós temos, por outro lado, como nos diz o marco legal quando se fala em envelhecimento que a família, a sociedade e o Estado e nós precisamos que também o Estado se comprometa com essa responsabilidade de prestar cuidado aos seus cidadãos que precisam de cuidado, uma vez que o envelhecimento é um direito humano fundamental, não podemos esquecer disso. Então, quando falamos em família, a gente precisa desmistificar a ideia de que a família cuida do idoso. A família cuida do jeito que dá, conforme os relatos que foram apresentados agora pela Karla. E não é porque eles não querem, é porque não conseguem, não têm condições para isso.

6.5.2 Aumento da população idosa (30%)

O aumento da população idosa no Brasil serve de pano de fundo para as discussões que envolvem o PL em questão. Em algum nível, parte dos palestrantes se remeteu a essa questão. Foram considerados como enunciados contabilizados por esta pesquisa as considerações feitas por Tânia Mara Garib, Karla Giacomini e Luíza Fernandes Machado, por terem sido os mais completos. Outros palestrantes fizeram referência, mas não se aprofundaram no tema pelo fato de ter sido abordado anteriormente.

O envelhecimento populacional foi apresentado em números atuais por Luíza Fernandes Machado: *“Hoje nós temos mais de 20 milhões de pessoas idosas nesse país, o envelhecimento que se deu de forma muito rápida”*. As projeções foram explicitadas por Karla Giacomini: *“Nos próximos 30 anos, de cada quatro brasileiros, um será idoso. E esses brasileiros já nasceram, hoje, eles têm 30 anos”* e *“Em 2050, seremos 173 idosos para cada 100 jovens. Portanto, as políticas públicas relativas à população idosa precisam ser aperfeiçoadas, radicalmente estruturadas para dar conta dos serviços necessários a uma população que, em 2050, será de quase 50 milhões de idosos”*.

Como se observa na fala de Karla Giacomini, o aumento populacional leva à necessidade de reestruturação das políticas públicas. Ela reforçou em outros dois trechos essa

questão: “Envelhecer é um direito protegido pela lei brasileira, portanto, envelhecer com dignidade somente será um direito se ele for, se a gente tiver direitos respeitados e novas e velhas políticas forem efetivadas” e “O direito à velhice significa o direito à vida e o que nós desejamos não é só durar, nós queremos viver com dignidade e que a dignidade nos acompanhe em todas as etapas da vida”.

Essa ideia foi compartilhada por Luíza Fernandes Machado, que lembrou que “a Saúde sozinha não vai dar conta” e que se sabe “da necessidade de todos os setores, na realidade, a preocupação com o envelhecimento tem que ser intersetorial e com uma visão multidisciplinar”.

A necessidade do cuidador de idoso no contexto de envelhecimento populacional foi discutida por Tânia Mara Garib:

Nós estamos falando deste pessoal que está nessa idade de idoso graças aos avanços que esse país já teve, quanto esse país já evoluiu permitiu que nós tivéssemos uma população idosa, mas estamos falando de nós também porque com as expectativas nós também esperamos chegar aí e vamos precisar também desta figura especial do cuidador de idoso.

6.5.3 Formação de cuidadores de idosos enquanto política pública (30%)

O tema formação de cuidadores de idosos pelo viés da política pública foi abordado por duas palestrantes do poder público – Ana Paula da Silva (diretora do Departamento de Qualificação do Ministério do Trabalho e Emprego) e Luíza Fernandes Machado (coordenadora da Área Técnica de Saúde do Idoso) – e pela presidente do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), Karla Giacomini.

Ana Paula da Silva ofereceu um panorama sobre o que vem sendo realizado pelo MTE:

O diagnóstico mais expressivo que os nossos postos na rede do SINE³⁸, coordenada pelos estados e municípios, nos relatam é justamente a falta de oferta de qualificação profissional para essas pessoas que querem trabalhar nessas ocupações. Um outro dado importante em relação à qualificação, o Ministério do Trabalho vem aplicando alguns recursos para formação gratuita de cuidadores de

³⁸ Sistema Nacional de Emprego.

idosos, mais especialmente de 2007 para cá. Em 2003, é o primeiro registro de curso financiado com recursos nossos para o cuidador de idosos, mas de 2008 para cá, nós temos acelerado isso. Tivemos duas ações significativas, a primeira formação de cuidadores oficial foi por meio do Planseq³⁹ afrodescendente. Foi um dos cursos oferecidos nesse Planseq que era um Planseq nacional e agora o Estado do Rio de Janeiro demandou algumas situações específicas e estamos lá desenvolvendo qualificação para formar 3.700 pessoas nesse momento. Em termos de país, alguns estados nunca tiveram registro de curso gratuito para cuidador, mas cada vez mais o número de estados que vêm aderindo a essa iniciativa tem aumentado. Nós temos, hoje, 4.741 pessoas estudando, fazendo o curso gratuito de cuidador de idosos, 4.297 formadas nos últimos cinco anos e ainda mais 3.600 vagas contratadas para daqui por diante. A gente tem, como eu disse, ações específicas coordenadas pelo Governo Federal e pelo Ministério do Trabalho e Emprego e muitas ações dos próprios governos estaduais através da parceria com as Secretarias de Trabalho e Secretarias de Assistência Social.

Luíza Fernandes Machado comentou que o Ministério da Saúde, juntamente com o Ministério da Previdência Social, em 1998 e 1999, passou a preocupar-se com a questão dos cuidadores e elaborou uma portaria com foco na capacitação de pessoas que cuidavam de idosos dependentes.

Karla Giacomini, que foi a primeira a se apresentar entre as três, também comentou sobre a portaria interministerial de 1999, que prevê a formação de cuidadores de idosos, mas afirmou que “na prática, nunca saiu do papel”.

6.6 Análise do eixo Competências e Procedimentos

6.6.1 Relação com profissões regulamentadas (57%)

A relação entre as competências e procedimentos realizados pelo cuidador de idosos e outras profissões foi um tema que apresentou consenso entre os palestrantes quanto à melhoria da redação do PL para que não haja conflitos no futuro.

Marília Berzins comentou sobre a redação do PL em relação a funções, cuidados de saúde preventivos, administração de medicamentos de rotina e outros procedimentos de saúde

³⁹ Plano Setorial de Qualificação.

e afirmou que *“isso pode gerar questionamentos das profissões regulamentadas, precisa especificar melhor o que se diz disso”*.

A área mais citada para se distinguir dos cuidadores de idosos foi a Enfermagem:

Nós não estamos falando aqui que ele é um atendente de enfermagem que vai cuidar como um atendente de enfermagem. É muito bom que se distinga essa questão. Se o idoso precisar de um atendimento de enfermagem, ele vai buscar nessa categoria o seu profissional (Tânia Mara Garib).

E *“Uma coisa ficou clara para mim, é que o cuidador não é atendente de enfermagem”* (Senador Waldemir Moka).

A questão principal apontada como ponto de conflito com a Enfermagem foi a administração de medicamentos: *“Inclusive quando nós falamos administração de medicamentos, isto é um atributo da enfermagem, então, eu acho que precisamos melhorar essa redação para não justamente oferecer oportunidade das categorias questionarem”* (Marília Berzins) e:

Uma coisa que me preocupa: medicamento de rotina. Nós não estamos evidentemente [...] e nem eu vou [...] porque eu compraria uma briga tão grande [...] então nós temos que melhorar talvez a redação, mas eu não quero [...] não vamos fazer isso [...] Uma coisa é o papel da enfermeira e da técnica de enfermagem e outra coisa [...] eu quero que esse projeto aí que seja cuidador de idoso mesmo. A pessoa que vai ler, que vai cuidar da higiene, de 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 e fala “não, ele não pode dar o remédio” isso é que me preocupa (Senador Waldemir Moka).

A senadora Marta Suplicy respondeu a esta fala do Senador com a seguinte observação: *“Tem que estar na lei, eu concordo, porque senão vai ter processo”*.

O posicionamento do presidente da Associação dos Cuidadores de Idoso de Minas Gerais (ACI-MG), Jorge Roberto Afonso de Souza e Silva, foi de diferenciar claramente cuidadores de idosos de profissionais da Enfermagem e propor que a função do cuidador de idosos é complementar e colaborativa:

Eu, como cuidador, representante de 4 mil cuidadores de idosos associados e bem organizados da associação de cuidadores de idosos de Minas Gerais, eu posso falar como categoria: nós não somos e nem temos a intenção de sermos profissionais da saúde. Agora, nós sim trabalhamos em conjunto com a saúde e com a assistência social. Isso é importante ficar bem frisado, não é do nosso interesse. Para tal, caso algum cuidador queira ser técnico ou auxiliar de enfermagem, vá buscar esse curso e integre o conselho, entre outros. Essa é uma fala para acabar de vez com o entendimento, eu não posso [...], de algum setor da saúde que tenta de alguma

forma barrar a atuação do cuidador que eu vou reforçar aqui: sem nós, cuidadores de idosos, eu garanto, eu afirmo sem titubear, o trabalho de muitos profissionais, exemplo nosso senador que é médico, do fisioterapeuta, do nutricionista, do terapeuta ocupacional e tantos outros, sem nós, cuidadores de idosos, o trabalho de vocês seria prejudicado completamente porque no dia a dia quem convive, quem cuida, quem auxilia é esse cuidador. Então, vamos trabalhar em conjunto.

Marília Berzins afirmou que é positiva a definição, no projeto de lei, que o cuidador não possa “*desempenhar atividades de competência de outras profissões da área da saúde legalmente regulamentadas*” e que para poder distinguir é necessária “*qualificação, a formação para o exercício profissional*”.

O conflito instaurado entre Enfermagem e cuidadores de idosos ficou evidente e pode ser observado nos enunciados: “*Isso pode gerar questionamentos das profissões regulamentadas*” (Marília Berzins); “*É muito bom que se distinga essa questão*” (Tânia Mara Garib); “*Nós não estamos evidentemente [...] e nem eu vou [...] porque eu compraria uma briga tão grande [...] então nós temos que melhorar talvez a redação*” (Senador Waldemir Moka); “*Tem que estar na lei, eu concordo, porque senão vai ter processo*” (senadora Marta Suplicy); e “*Essa é uma fala para acabar de vez com o entendimento, eu não posso [...], de algum setor da saúde que tenta de alguma forma barrar a atuação do cuidador*” (Jorge Roberto Afonso de Souza e Silva).

6.6.2 Locais de atuação (43%)

Os locais de atuação dos cuidadores de idosos foram abordados por Tânia Mara Garib, Marília Berzins e Jorge Roberto Afonso de Souza e Silva. A secretária indicou dois locais de atuação: “*casas lares e ambientes para o idoso institucionais e nós também falamos do atendimento do cuidador de idoso de âmbito domiciliar*”.

Esse ponto de vista expresso por Tânia Mara Garib e presente na versão discutida do PL foi questionado por Marília Berzins: “*A definição do cuidador restringe, naquele conceito do que é, e exclui a atuação dos outros espaços da vida social, não é só em ILPI e em domicílio, mas ele pode atuar em hospitais, em serviço público específico para idoso, então, precisa se alargar essa área de atuação*”.

Jorge Roberto Afonso de Souza e Silva também discutiu a questão e afirmou que o cuidador de idoso “*não é mais esse profissional que atua em domicílio ou que atua em uma*

ILPI. Não, claro que não” e citou como exemplos de outros locais serviços públicos de cuidadores de idosos, agências de turismo, casas de shows.

6.7 Algumas observações

Observou-se pouco diálogo nessa audiência, pois, quando os palestrantes apresentaram suas considerações, praticamente não se referiam às falas anteriores e não houve interrupções para discordâncias claras. Os conflitos ficaram no nível de apresentações de ideias discordantes, mas os palestrantes não falavam claramente que discordavam uns dos outros. Os debatedores principais, Marta Suplicy e Waldemir Moka, conseguiram implementar um pouco de diálogo na audiência, fazendo perguntas e considerações, porém foram poucas.

Os temas abordados foram abrangentes e ficaram evidentes alguns conflitos, com ênfase em dois:

- 1) posicionamentos adotados por membros da sociedade civil e representantes do Estado, especialmente no quesito responsabilidade de cuidado ao idoso dependente;
- 2) relação entre profissionais da Enfermagem e cuidadores de idosos, quais são as competências e funções dos últimos e a necessidade de esclarecê-las para evitar irregularidades quanto ao exercício de outra profissão regulamentada.

CAPÍTULO 7
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DA
2ª AUDIÊNCIA PÚBLICA
SÃO PAULO, 1º DE JUNHO DE 2012

A apresentação e a análise da 2ª audiência pública, ocorrida em São Paulo, em 1º de junho de 2012, está dividida nas seguintes partes: 1) contextualização; 2) palestrantes; 3) visão de conjunto; 4) análise do eixo formação profissional; 5) análise do eixo competências e procedimentos; 6) algumas observações.

7.1 Contextualização

Essa audiência foi realizada na PUC-SP e acolhida pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. A mesa foi composta por oito palestrantes, além da senadora Marta Suplicy, e o tempo de duração da audiência foi de 2 horas e 19 minutos.

Ao abrir a reunião, a senadora Marta Suplicy comentou que a audiência pública de Brasília serviu para a Comissão de Assuntos Sociais ter *“uma ideia mais ampla do que significa ter um cuidador de idoso e quais as grandes questões hoje”* e que, a partir dessa audiência, foram estabelecidos eixos para que acontecesse o diálogo com *“setores específicos para dirimir dúvidas que tínhamos a partir da audiência pública e aí fizemos um relatório de substitutivo”*. A senadora explicou que o substitutivo seria apresentado na audiência em questão porque ainda dava tempo de ser modificado *“para que a gente possa fazer o melhor trabalho que der para fazer. Para que a gente consiga regulamentar uma profissão que todos nós um dia vamos precisar”*.

Em seguida, falou sobre a importância do PL no cenário brasileiro atual, sobre a consulta pública realizada pelo site do Senado e apresentou um resumo do substitutivo, explicitando as modificações feitas em relação ao PL original:

O PL 284 de 2011 original, agora eu estou falando do Senador Moka, é composto por quatro artigos. Ele é muito sucinto, o que também é bom. O meu substitutivo tem oito artigos porque aí define um pouco mais as linhas mestras que ele tinha colocado com as seguintes mudanças:

Substituímos a expressão cuidador de idoso por cuidador de pessoa idosa. Isso eu aprendi que é a expressão mais utilizada pelas entidades vinculadas ao exercício da profissão. Com isso resolve-se a questão de gênero, tratando-se do cuidado de idosos e idosas.

Na descrição da profissão, incluímos a expressão exclusivamente para evitar desvio de função e possível confusão de atribuições, especialmente quando da prestação de serviço na residência do idoso. Infelizmente, é comum que esse cuidador acabe realizando tarefas domésticas, que foi aquilo que a gente falou, mas é natural que

atividades relacionadas à limpeza e à alimentação do idoso sejam realizadas pelo cuidador, mas elas devem se restringir a ele.

Consideramos importante também não limitar a atuação dos cuidadores às instituições de longa permanência ou ao âmbito familiar. Assim, dispomos que a atuação desses profissionais possa ocorrer em hospitais, centros de saúde, eventos culturais e sociais, entre outros ambientes.

Introduzimos alguns princípios éticos para nortear o exercício dessa profissão, com a busca de melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa, pautando as relações entre o cuidador e a pessoa idosa pelo respeito, compaixão e paciência.

Condicionamos, também, a administração de medicamentos e a realização de outros procedimentos de saúde a uma autorização do profissional de saúde habilitado, responsável pela prescrição do remédio ou do tratamento. Com isso, pretendemos assegurar que os profissionais habilitados em saúde deleguem, quando considerarem possível e seguro, aos cuidadores de pessoas idosas essas práticas. Vale dizer que hoje a administração de medicamentos por familiares, e mesmo a realização de alguns procedimentos de menor complexidade, já é uma realidade, naturalmente, sob orientação médica.

Mantivemos a jurisprudência atual no âmbito da Justiça do Trabalho, no sentido de que, quando o trabalho de cuidado com a pessoa idosa realizar-se em âmbito doméstico, aplica-se a legislação relativa ao empregado doméstico. Assim, evitamos o ônus excessivo de encargos trabalhistas para as famílias que precisam dos trabalhos desses profissionais em casa. A extensão das obrigações trabalhistas da CLT ao empregador doméstico poderia desestimular a contratação desse profissional e mesmo a informalidade.

Ao tratar das exigências para o exercício profissional no substitutivo, mantivemos como requisito o Ensino Fundamental, necessário até para a leitura e compreensão de instruções mínimas.

Permitimos, ainda, que os cuidadores de pessoa idosa possam obter instrução e qualificação em cursos ministrados por outras entidades, certificadas e autorizadas por órgãos estaduais e municipais. A proposta inicial previa o exercício profissional apenas para aqueles que concluíram com aproveitamento curso oferecido por instituições de ensino reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC).

Ainda no mesmo dispositivo, delegamos aos órgãos públicos, responsáveis pela certificação e autorização de funcionamento para cursos de cuidadores de pessoa idosa, a competência para disciplinar a carga horária e currículo mínimo no primeiro ano de vigência da lei.

Optamos também por permitir que pessoas maiores de trinta anos, cuja maturidade e experiência têm peso similar ao da escolaridade, possam exercer a profissão, sem o cumprimento de outras exigências, desde que o conhecimento profissional deles tenha sido reconhecido por programa de certificação de saberes do MEC.

A fim de não prejudicar aqueles que já exercem há algum tempo a profissão, e como regra de transição, dispensamos das exigências legais aqueles que exercem a profissão de cuidadora de pessoa idosa há, pelo menos, dois anos, da data do início da vigência da nova lei.

No substitutivo, incluímos dispositivo para determinar que a União, Estados, Distrito Federal e Municípios integrem profissionais dessa área nas equipes públicas de saúde e de assistência social e que o MEC inclua essa atividade em seu programa de certificação de saberes.

Modificando o Estatuto do Idoso, estamos prevendo um aumento da pena para os crimes cometidos contra pessoas idosas. Achamos que esse agravamento da pena é compatível com a existência de uma profissão regulamentada e as novas responsabilidades atribuídas a esses profissionais.

Para estimular a formalização dos contratos de trabalho e o reconhecimento do trabalho e da profissão dos cuidadores da pessoa idosa, estamos prevendo a possibilidade de dedução das contribuições patronais (12% do salário) pagas à Previdência Social pelos empregadores domésticos e contratadores de cuidadores de pessoas idosas, com atividade no âmbito doméstico, do Imposto de Renda da Pessoa Física. Limitamos esse benefício à dedução das contribuições referentes a um doméstico e a um cuidador de pessoa idosa por declaração. Hoje, você pode deduzir um doméstico da declaração do imposto de renda e aí vai poder deduzir o doméstico mais o cuidador.

A seguir, parte dos palestrantes foi convidada a compor a mesa e foram concedidos 10 minutos para apresentarem suas considerações. Apesar de ter sido estabelecida essa duração, devido às diversas interferências da senadora Marta Suplicy, de outros palestrantes e de membros da plateia, os palestrantes com a palavra não conseguiram respeitar os 10 minutos. A informalidade na maneira de a senadora tratar os palestrantes e os membros da plateia (comumente chamados de “você”) e a abertura ao diálogo foram o pano de fundo dessa audiência.

7.2 Palestrantes

A reunião foi dividida em duas mesas e contou com a participação de representantes do governo (Ministério da Assistência Social, Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério da Saúde), da Organização Não Governamental Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento (OLHE), da Faculdade de Gerontologia da Universidade de São Paulo (Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo [EACH-USP]), do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac), da Escola Técnica Estadual (Etec) do Centro Paula Souza e da Associação dos Cuidadores de Idosos da Região Metropolitana de São Paulo, totalizando oito palestrantes.

Na primeira composição, a primeira a apresentar-se foi **Marília Berzins**, diretora do Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento (OLHE), constando na folha de programação como representante da PUC-SP. Marília é assistente social com mestrado em Gerontologia Social, doutorado em Saúde Pública e especialização em Gerontologia,

pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa do Envelhecimento (PUC-SP), pesquisadora mentora do Portal do Envelhecimento e coordenadora de Cursos de Formação de Cuidador de Idosos do Programa Cuidar é Viver do OLHE.

A segunda foi **Marisa Accioly**, assistente social, professora da graduação em Gerontologia da EACH-USP com atuação na área de Envelhecimento, Suporte Social e Políticas Públicas. Foi chamada para compor a mesa como representante da EACH-USP.

Em seguida, apresentou-se **Ana Pianucci**, enfermeira e coordenadora de enfermagem do Senac São Paulo. Foi apresentada como representante do Senac e gestora do curso de Cuidador de Idosos.

Elen Oliveira Pernin estava escalada para a segunda mesa da audiência, mas palestrou na primeira por questões pessoais. Era coordenadora interina da área técnica da saúde do idoso no Ministério da Saúde e estava representado o órgão.

A última palestrante dessa mesa foi **Mercedes Cofiel**, representante da Escola Técnica Estadual (Etec) e coordenadora do curso de Cuidador de Idosos do Centro Paula Souza.

Na segunda mesa, a primeira a apresentar-se foi **Tânia Mara Garib**, secretária de Estado de Trabalho e Assistência Social do Mato Grosso do Sul. Ela foi responsável por gerar a discussão sobre a necessidade de regulamentar a profissão de cuidador de idosos junto ao então deputado federal e depois senador Waldemir Moka.

Em seguida, **Lídia Nadir Giorgi**, presidente da Associação dos Cuidadores de Idosos da Região Metropolitana de São Paulo.

Para finalizar, **Márcia da Mota Pinto** apresentou-se como representante do Ministério do Trabalho (MTE).

7.3 Visão de conjunto

A transcrição da audiência foi analisada considerando trechos de enunciados dos oito palestrantes, da senadora Marta Suplicy e de doze membros da plateia. É importante elucidar que houve diversas manifestações do público e, aqui, optou-se por incluir os enunciados que se mostraram mais dialógicos com os palestrantes, a senadora e os demais presentes.

Assim como a análise da primeira audiência, esta teve como guia os cinco eixos temáticos propostos pela consulta pública do site do Senado: 1) Políticas Públicas; 2)

Formação Profissional; 3) Competências e Procedimentos; 4) Direitos Trabalhistas; 5) Responsabilidade Criminal.

No total, foram categorizados 67 trechos distribuídos nos cinco eixos temáticos na seguinte proporção, conforme podemos a Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição dos trechos dos enunciados nos cinco eixos temáticos

Eixos temáticos	Enunciados	Porcentagem
Formação Profissional	27	40,2%
Competências e Procedimentos	25	37,3%
Direitos Trabalhistas	7	10,5%
Políticas Públicas	5	7,5%
Responsabilidade Criminal	3	4,5%
Total	67	100%

Como se observa, o principal eixo debatido foi Formação Profissional (40,2%), depois Competências e Procedimentos (37,3%), Direitos Trabalhistas (10,5%), Políticas Públicas (7,5%) e Responsabilidade Criminal (4,5%).

No eixo **Formação Profissional**, emitiram considerações a senadora Marta Suplicy, as palestrantes Marília Berzins, Ana Pianucci, Marisa Accioly, Mercedes Cofiel, Tania Mara Garib e membros da plateia⁴⁰: senhora não identificada, Serafim Paz (professor da Universidade Federal Fluminense [UFF] e representante da Associação Nacional de Gerontologia [ANG]), Daniel Groisman (professor pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz [Fiocruz]) e Karen (bacharel em gerontologia e professora do curso de cuidadores de idosos). Foram abordados os seguintes temas: 1) padrão mínimo dos cursos (26%); 2) critérios de dispensa do curso (22%); 3) cursos presenciais x virtuais (22%); 4) nível de escolaridade (15%) e 5) órgão regulamentador (15%), conforme podemos ver na Tabela 7.

⁴⁰ Apesar de os membros da plateia não terem sido oficialmente convidados a falar no debate, serão apresentados e terão seus nomes explicitados neste texto (quando eles foram ditos) por dois motivos: 1) o Código de Ética permite a utilização de suas falas por serem de domínio público irrestrito e 2) algumas das pessoas são formadoras de opinião importantes na área, por isso a opção em explicitar seus nomes.

Tabela 7 – Distribuição dos trechos dos enunciados no eixo temático da formação profissional

Formação Profissional	Enunciados	Porcentagem
Padrão mínimo dos cursos	7	26%
Critérios de dispensa do curso	6	22%
Cursos presenciais x virtuais	6	22%
Nível de escolaridade	4	15%
Órgão regulamentador	4	15%
Total	27	100%

O eixo **Competências e Procedimentos** recebeu considerações da senadora Marta Suplicy, dos palestrantes Marília Berzins, Marisa Accioly, Ana Pianucci, Elen Oliveira Pernin, Lídia Nadir Giorgi e dos membros da plateia Serafim Paz (professor da UFF e representante da ANG), mulher não identificada, representante 1 do Conselho Regional de Enfermagem (Coren), representante 2 do Coren, frequentadora da Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ), Angélica (representante da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia do Rio de Janeiro [SBGG-RJ]), Karen (bacharel em gerontologia e professora do curso de cuidadores de idosos) e Rafael (representante de ONG no município de Valença-RJ) a respeito de: 1) relação com profissões regulamentadas (52%); 2) termo “exclusivamente” (12%); 3) princípios éticos (12%); 4) distinção entre cuidado e assistência (12%); 5) cuidadores não são profissionais da saúde(8%); 6) locais de atuação (4%), conforme a Tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição dos trechos dos enunciados no eixo temático das competências e procedimentos

Competências e Procedimentos	Enunciados	Porcentagem
Relação com profissões regulamentadas	13	52%
Termo “exclusivamente”	3	12%
Princípios éticos	3	12%
Distinção entre cuidado e assistência	3	12%
Cuidadores não são profissionais da saúde	2	8%
Locais de atuação	1	4%
Total	25	100%

O eixo **Direitos Trabalhistas** foi debatido pela senadora Marta Suplicy, pela palestrante Marília Berzins e pelos membros da plateia Raquel Noel Ribeiro (doutoranda da USP), Karen (bacharel em gerontologia e professora do curso de cuidadores de idosos) e Rafael (representante de ONG no município de Valença-RJ) quanto a: 1) trabalho decente (71,5%); 2) direitos trabalhistas (28,5%), conforme podemos ver na Tabela 9.

Tabela 9 – Distribuição dos trechos dos enunciados no eixo temático dos direitos trabalhistas

Direitos Trabalhistas	Enunciados	Porcentagem
Trabalho decente	5	71,5%
Direitos trabalhistas	2	28,5%
Total	7	100%

O eixo **Políticas Públicas** foi abordado pela senadora Marta Suplicy, pela palestrante Márcia da Mota Pinto e pelo membro da plateia Francisca Mendonça com as seguintes temáticas: 1) formação de cuidadores de idosos pelo Pronatec (40%); 2) aumento da população idosa (20%); 3) adequação dos espaços públicos (20%); 4) serviços públicos de cuidadores de idosos (20%), conforme podemos ver na Tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição dos trechos dos enunciados no eixo temático das políticas públicas

Políticas Públicas	Enunciados	Porcentagem
Formação de cuidadores de idosos	2	40%
Aumento da população idosa	1	20%
Adequação dos espaços públicos	1	20%
Serviços públicos de cuidadores de idosos	1	20%
Total	5	100%

Por fim, **Responsabilidade Criminal** foi discutido pela senadora Marta Suplicy, pela palestrante Marília Berzins e pelo membro da plateia Serafim Paz (professor da UFF e representante da ANG), sobre aumento da pena para cuidadores de idosos que realizarem atos de violência no exercício da profissão (100%), conforme podemos ver na Tabela 11.

Tabela 11 – Distribuição dos trechos dos enunciados no eixo temático da responsabilidade criminal

Responsabilidade Criminal	Enunciados	Porcentagem
Formação de cuidadores de idosos	3	100%
Total	3	100%

Baseado nesse panorama global, optou-se por analisar os eixos temáticos mais discutidos, ou seja, Formação Profissional e Competências e Procedimentos.

7.4 Análise do eixo Formação Profissional

7.4.1 Padrão mínimo dos cursos (26%)

A temática do padrão mínimo dos cursos envolveu carga horária, conteúdo mínimo e composição do corpo docente, tendo sido discutida pelos palestrantes Marília Berzins, Marisa Accioly, Ana Pianucci, Mercedes Cofiel e pelos membros da plateia Serafim Paz (professor da UFF e representante da ANG) e Daniel Groisman (professor pesquisador da Fiocruz).

Em relação à **carga horária**, as sugestões foram de 100 horas (Marília Berzins) e 160 horas (Ana Pianucci, Serafim Paz e Daniel Groisman), sendo que os dois últimos fizeram referência ao Programa Nacional de Cuidadores de Idosos do Ministério da Saúde e indicaram que, nessa proposta, 25% da carga horária é de atividades práticas com pessoas idosas.

Quanto ao **conteúdo**, Marília Berzins sugeriu que pelo menos 40% do conteúdo do curso seja gerontológico. As demais palestrantes que abordaram esse assunto (Marisa Accioly e Ana Pianucci) também apontaram para a necessidade dos cursos tratarem de questões ligadas à gerontologia, indicando consenso sobre a proposta. Marisa Accioly afirmou que o cuidado com o idoso *“transcende o universo medicamentoso, do universo banho, cuidado, sair da cama, voltar para a cama”* e *“não é só o da saúde, mas é o de inseri-lo dentro da sua possibilidade no universo social”*. Ana Pianucci indicou que o curso do Senac não considera apenas o idoso doente, mas trabalha o *“envelhecimento da população, da qualidade de vida”*.

Afirmou que *“esse cuidador é importantíssimo para acompanhar o idoso para ele ser autônomo e independente, que possa transitar, passear, enfim, viajar e não só o escopo do idoso doente”*.

Marília Berzins chamou atenção para a **composição do corpo docente** dos cursos, sugerindo que se *“garanta nesses cursos um quadro de professores que sejam profissionais com formação em gerontologia para dar justamente a natureza da formação do cuidador de idosos”*. Mercedes Cofiel comentou que o Centro Paula Souza atua com um público diferenciado e que o curso de cuidadores é uma especialização para auxiliar de enfermagem e que o corpo docente é formado por profissionais do direito, psicologia, educação física, enfermagem e fisioterapia.

Tania Mara Garib, última dos palestrantes a abordar esse tema, elucidou que o assunto *“não pode estar engessado por uma lei”* e que *“os doutos na questão vão se reunir e definir qual é o curso, qual é a carga horária e qual é o conteúdo que deve ter”*. Deixou claro, portanto, que os detalhes sobre o curso serão discutidos durante o processo de regulamentação da lei, ou seja, após a aprovação do PL no Senado, na Câmara e da assinatura pelo presidente em exercício.

7.4.2 Critérios de dispensa do curso (22%)

Esse subtema foi discutido pela senadora Marta Suplicy, pelos palestrantes Marília Berzins, Marisa Accioly, por uma senhora não identificada da plateia e por Karen, bacharel em gerontologia.

Na apresentação inicial, a senadora Marta Suplicy apresentou critérios de dispensa do curso de cuidadores de idosos para pessoas em duas situações: 1) *“maiores de trinta anos, cuja maturidade e experiência têm peso similar ao da escolaridade, possam exercer a profissão, sem o cumprimento de outras exigências, desde que o conhecimento profissional deles tenha sido reconhecido por programa de certificação de saberes do MEC”*; 2) *“aqueles que exercem a profissão de cuidador de pessoa idosa há, pelo menos, dois anos, da data do início da vigência da nova lei”*.

Em relação à primeira situação – dispensa de maiores de 30 anos dos cursos –, Marília Berzins e uma senhora não identificada da plateia mostraram seu apoio. Marília disse que essa proposta vem *“resgatar aqueles que não preenchem o perfil que a lei agora apresenta”*, e a senhora, que não se identificou, fez uma reflexão sobre o processo de criação de profissões:

Em todas as especialidades se respeita um saber onde a pessoa com esse saber faz uma prova para adquirir essa certificação e aí, então, ela também está habilitada. [...] É um período razoável que um indivíduo trabalhou dos 18 aos 30 para ter uma certa habilidade para poder se submeter a uma certificação.

Houve consenso entre Marília Berzins e a senhora da plateia, mas Marisa Accioly questionou esse corte etário: “*Essa questão de 30 anos, ela tem alguma função, algum corte, que a idade de 30 é melhor do que a de 35 ou 25? Porque eu não sei se isso é cabível*”. Esse questionamento gerou uma das discussões mais longas da audiência, entre a palestrante e a senadora.

À questão colocada por Marisa Accioly, a senadora Marta Suplicy respondeu que “*a ideia, se eu me recordo bem, é para deixar uma porta aberta para as pessoas que estão trabalhando, mas que não tenham o conhecimento*”. Marisa Accioly sugeriu, então, que essa pessoa tenha um tempo maior para se adequar à legislação. A senadora Marta Suplicy insistiu que uma pessoa com mais de 30 anos deve ter uma brecha na lei e deu o seguinte exemplo:

Imagina que eu sou uma cuidadora, tenho 45 anos e trabalhe nisso há 15 anos cuidando de idosos e fui aprendendo. Já aprendi a dar banho no idoso, já até aprendi a auferir pressão, aprendi várias coisas, sou boa, paciente, cuido bem e tal, eu estarei impedida de exercer a profissão?

Marisa Accioly respondeu com outro exemplo: “*Mas se ela tem 45 anos e não tem possibilidade de trabalhar em lugar nenhum. Então, vou começar a fazer uma coisa que eu acho que eu sei fazer, cuidar de idoso [...]*” e a resposta da senadora Marta Suplicy foi “*Não, mas aí ela não pode*”.

Essa discussão foi finalizada com a ponderação de Marisa Accioly sobre o cuidado gerontológico do cuidador de idoso:

[...] o que eu destaco é que para além dos cuidados necessários relativos à saúde nós precisamos e podemos, temos uma chance de capacitar a pessoa para esse olhar sobre a velhice, sobre uma velhice com a melhor otimização possível. Será que eu posso propor atividades interativas mesmo com pessoas com um grau de demência mais avançado? Quem trabalha com isso sabe que pode. Será que o cuidador está habilitado a fazer alguma atividade? Acredito que sim. Será que eu sempre vou saber disso porque eu cuidei de uma pessoa muito tempo? Não desqualificando que o cuidado, que a competência pela prática é inegável, é válida e é inegável, agora o período que essa pessoa fizesse uma atualização em cuidado gerontológico, uma validação de competência.

Quanto à segunda situação – dispensa do curso de pessoas com mais de dois anos de atuação – a bacharel em gerontologia Karen apresentou sua ponderação, indicando a necessidade de capacitação para essas pessoas. Para justificar-se, apresentou o exemplo de:

[...] cuidadores com boa vontade de cuidar só que acabam desenvolvendo com o idoso o que a gente chama de dependência aprendida, então, tem tanta compaixão pelo idoso que fala ‘ah, é melhor não deixar o idoso fazer isso, deixa que eu faço por você’ e isso acaba atrapalhando. Então, é só essa questão de que é necessário ter essa capacitação.

7.4.3 Cursos presenciais x virtuais (22%)

O subtema foi discutido pela senadora Marta Suplicy, pelas palestrantes Marília Berzins, Marisa Accioly, Ana Pianucci e pelos membros da plateia Serafim Paz (professor da UFF e representante da ANG) e Daniel Groisman (professor pesquisador da Fiocruz).

Marília Berzins sugeriu a inclusão do termo “*curso presencial*” no artigo 3º, sobre a formação de cuidadores de idosos, que originalmente está escrito da seguinte maneira: “Curso de qualificação para a formação de cuidador de pessoa idosa, conferido por instituição de ensino reconhecida por órgão público de educação competente”. Posicionou-se claramente contrária ao ensino à distância no caso do cuidador de idosos.

Essa fala gerou questionamentos da senadora Marta Suplicy, que perguntou o motivo da sugestão, ao que Marília Berzins explicou que o cuidador precisa estar em sala de aula para “*ouvir, entender, verificar, ver os procedimentos, a forma que se ensina*” e afirmou que se corre o risco “*de perder a qualidade dessa formação*” quando conteúdo, valores e informações são passados pela internet.

A senadora Marta Suplicy replicou dizendo que entenderia a proposta “*se fosse para ensinar como dar o banho, então, você pega uma pessoa de verdade, tá. Aí, nos cursos que são dados, não sei se aprende a dar o banho com uma pessoa de verdade*”. Marília Berzins explicou que vários procedimentos são ensinados nos cursos como empurrar cadeira de rodas, ajudar a pessoa a levantar-se, ir ao banheiro, trocar fralda, acompanhar na rua.

Nesse momento, Ana Pianucci sugeriu “*semipresenciais*” e a senadora Marta Suplicy concedeu a palavra a ela para que explicasse sua proposta:

Eu concordo plenamente com as questões relacionadas à técnica, à competência de habilidades, sem dúvida, ele vai ter que ter o aparato, o laboratório, mas todas as outras competências na dimensão do conhecimento, nada impede que ele possa acompanhar de uma maneira à distância. Então, semipresencial.

A senadora Marta Suplicy perguntou para Marília Berzins o que achava da proposta e a palestrante manteve seu posicionamento original: *“o que se quer garantir com o presencial é que esse profissional receba pessoalmente o conhecimento que ele vai ter”*.

Nesse momento, a senadora Marta Suplicy explicou que o projeto *“não é para validar curso, não tem essa intenção”* e que quer *“um projeto que facilite preparar pessoas para cuidar de idoso”*. Ponderou que existem pessoas que moram no interior e não podem passar entre três e seis meses fazendo curso, então, faria parte do curso pela internet e o restante em vinte dias presenciais e disse que estava mais propensa a manter a proposta de curso semipresencial. Afirmou que é necessário *“pensar que o Brasil não é São Paulo”* e Marília Berzins propôs que o projeto garantisse, pelo menos, um percentual para o presencial e a senadora Marta Suplicy explicou que essa questão será definida na regulamentação.

O apoio à sugestão de curso semipresencial também foi dado por Marisa Accioly, que afirmou acreditar ser mais viável em um país como o nosso: *“Se for só presencial, a gente inviabiliza para uma grande parte do Brasil, porque em algumas regiões eu não tenho como fazer o curso presencial muitas vezes”*.

Por outro lado, dois membros da plateia apresentaram argumentos favoráveis aos cursos presenciais e claramente contrários aos semipresenciais. O primeiro, Serafim Paz, afirmou que vivemos em um mundo com tanta virtualidade e com confusões geradas pela virtualidade e que, quando falamos de pessoas que envelhecem, não se pode pensar *“nem em semipresencial”*, pois para entender o envelhecimento das pessoas, é necessário que se conheça essas pessoas, que se olhe para elas. Disse que o Brasil é múltiplo e que se vive de maneira diferente no Rio Grande do Sul (RS) e Piauí (PI), pois no RS a expectativa de vida média é de quase 80 anos e no Piauí não chega nem aos 60. A partir desses dados, analisou que começam a aparecer situações que devem ser discutidas em um curso presencial *“inclusive para entender as diferentes realidades que nós enfrentamos nesse país diverso e tão continental”*. Suas considerações foram aplaudidas.

Daniel Groisman, o segundo membro da plateia que abordou o assunto, disse que não acha possível educar à distância, ainda que no formato semipresencial, como sugerido por Ana Pianucci. Explicou que: *“O cuidado é uma atividade que se realiza no contato direto.*

Não são apenas os treinamentos para as atividades práticas que precisam ser presenciais, mas as reflexões, as discussões, o fomento à solidariedade entre esses alunos”.

7.4.4 Nível de escolaridade (15%)

O nível de escolaridade foi discutido pela senadora Marta Suplicy, pela palestrante Marília Berzins e pelo membro da plateia Serafim Paz (professor da UFF e representante da ANG).

A senadora Marta Suplicy afirmou que se optou por manter como requisito o Ensino Fundamental por ser *“necessário até para a leitura e compreensão de instruções mínimas”*. Levantou a questão sobre cuidador por vocação *versus* qualificação mínima exigida, perguntado aos palestrantes o que achavam da afirmação *“o mais importante no cuidador de idoso não é o grau universitário ou de escolaridade, é a vocação, é o carinho, é o cuidado. Agora, claro que tem que saber ler e escrever e ler uma receita para saber o que o médico mandar”*.

Marília Berzins perguntou se seria possível salvaguardar em um parágrafo único que não se exija curso de técnico ou auxiliar de enfermagem para que se atue como cuidador de idosos. Afirmou que, no Brasil, há pessoas exigindo que o cuidador se matricule em curso de técnico ou auxiliar de enfermagem e que isso é um mal-entendido, pois *“estamos falando de categorias profissionais diferentes”, “cuidador é cuidador e isso é o que a regulamentação da profissão vem trazer, é uma nova profissão”*. Ilustrou com o exemplo do Rio de Janeiro, em que o PL *“de uma enfermeira que se chama Rejane que seja exigência para ser cuidador de idoso desempenhar a sua função ter o curso de técnico ou auxiliar de enfermagem”*.

O membro da plateia Serafim Paz corroborou a informação apresentada por Marília Berzins ao comentar que o grupo de cuidadores de idosos do Rio de Janeiro está enfrentando o PL citado que possui uma questão de inconstitucionalidade, pois a regulamentação de funções e trabalhos dos cuidadores não cabe a estados e municípios, mas sim à esfera federal.

Abordou também a questão dos cuidadores que já estão trabalhando e sugeriu cautela para *“não impor uma regulamentação que retire do trabalho uma série de cuidadores”*. Sugeriu que o cuidador tenha *“até 10 anos para concluir a escolaridade mínima, que é o Fundamental, ou se capacitar em 10 anos para o mínimo de carga horária para uma formação de cuidador. A gente acha que 10 anos é um tempo bastante razoável”*.

7.4.5 Órgão regulamentador (15%)

Esse subtema foi discutido pela senadora Marta Suplicy, pelas palestrantes Marília Berzins e Tania Mara Garib.

Na apresentação do substitutivo, a senadora Marta Suplicy explicou que foi delegada a competência de disciplinar questões relativas aos cursos no primeiro ano de vigência da lei “aos órgãos públicos responsáveis pela certificação e autorização de funcionamento para cursos de cuidadores de pessoa idosa”.

Sobre esse assunto, Marília Berzins afirmou que não ficou evidente no projeto qual é o órgão público e qual esfera: União, Estado ou Município. Essa questão foi respondida por Tânia Mara Garib:

[...] quem tem que regulamentar o trabalho é o Ministério do Trabalho, não tem que discutir isso, minha gente, isso é regra brasileira, acabou, é isso, é Ministério do Trabalho. Quem vai regulamentar quem faz qualificação é quem é responsável por qualificação nesse país. [...] Essas coisas, tem razão a nossa advogada, isso é coisa que não dá para a gente discutir aqui, isso é constitucional e deve ser feito.

7.5 Análise do eixo Competências e Procedimentos

7.5.1 Relação com profissões regulamentadas (52%)

O subtema em questão foi abordado pela senadora Marta Suplicy, pelas palestrantes Elen Oliveira Pernin e Lídia Nadir Giorgi, pelos membros da plateia que representavam o Conselho Regional de Enfermagem (Coren), não identificados nominalmente, uma senhora cuidadora e membro da ABRAZ, Angélica (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia do Rio de Janeiro), Karen, bacharel em gerontologia e professora do curso de cuidadores de idosos, e o membro da plateia Rafael (representante de ONG no município de Valença-RJ).

Com relação às profissões regulamentadas, a ênfase da discussão sobre a relação da nova profissão com profissões não regulamentadas recaiu sobre a enfermagem, especialmente no que diz respeito à administração de medicamentos.

A senadora Marta Suplicy indicou a sua percepção de que:

[...] administração de medicamentos e outros procedimentos de saúde a gente percebeu que dá muita confusão com enfermeiros, com médicos e não precisa dar nenhuma se a gente partir do princípio que não tem que indicar remédio nenhum, isso faz parte do médico.

Para solucionar o impasse, sugeriu que o cuidador de idosos fique responsável pelas competências e responsabilidades que os familiares podem assumir: *“Se a família pode, o cuidador deve poder. Se a família não pode, o cuidador também não”*. Explicou que a administração de medicamentos e a realização de outros procedimentos de saúde foram condicionados à autorização de um profissional de saúde habilitado, *“responsável pela prescrição do remédio ou do tratamento”*. O objetivo disso é possibilitar que *“profissionais habilitados em saúde deleguem, quando considerarem possível e seguro, aos cuidadores de pessoas idosas essas práticas”*.

Ana Pianucci sugeriu a supressão do termo *“administração de medicamentos”* do artigo 2º, inciso 3º, que indica que o cuidador de idoso fica responsável pelos *“cuidados de saúde preventivos, administração de medicamentos e outros procedimentos auxiliares de saúde”*. Ela explicou que o cuidador pode dar comprimido e realizar outros procedimentos, mas recomendou que não se deixe *“muito evidente a administração de medicamentos”*. Imediatamente, a senadora Marta Suplicy afirmou que achava que deveria deixar que os cuidadores podem administrar medicamentos, porque, caso contrário, pode abrir margem para o enfermeiro dizer *“se não está escrito que você pode ter uma atividade de medicação, então, você está interferindo na minha função de ajudante de enfermagem”*.

Uma pessoa da plateia pediu a palavra e teceu considerações sem identificar-se. Depois de um tempo, ficamos sabendo que se tratava de representante 1 do Coren. Ela fez uma diferenciação entre cuidadores de idosos que atuam na residência e nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), indicando que um problema muito frequente ocorre nesse último local de atuação:

Ao invés de profissionais capacitados que são os profissionais de enfermagem para administrar esses medicamentos, eles (ILPIs) terem vários cuidadores e eles querem que esses cuidadores [...] por exemplo, eu, dona de casa de repouso, quero que o cuidador faça tudo por todos os idosos que moram ali, então eu vou colocar um cuidador para administrar medicamento para 10, 15, 20 idosos, não só administrar medicamentos, fazer cuidados como está descrito ali que podem ser variados, verificar sinais vitais, verificar uma série de outras coisas e eu vou fazer o que com essas informações, o sinal vital que eu verifiquei, o que eu vou fazer com essa informação, eu não sei o que fazer porque eu não fui capacitada para isso, o profissional de enfermagem sabe.

A senadora Marta Suplicy retrucou que o cuidador não faria nada, pois o médico responsável vai verificar as informações e a representante 1 do Coren afirmou que os médicos apenas fazem a visita a cada 15 ou 30 dias.

A senadora apresentou o mesmo argumento: que os médicos são os responsáveis por analisarem as informações. A representante 1 do Coren concordou com esse quesito: *“Tudo bem, com relação à questão fazer o que com a informação”* e apresentou *“um problema muito sério, que é a questão da administração de medicamento que envolve uma série de checagens, de riscos relacionados à administração, como é que a gente pode delegar para um profissional que não foi capacitado, treinado para isso?”*.

A senadora Marta Suplicy perguntou o que ela estava propondo e quem daria o remédio nas ILPIs, se seriam apenas os enfermeiros. A representante 1 do Coren respondeu que nas ILPIs seriam profissionais de enfermagem e nas residências poderia ser o cuidador que *“tenha sido orientado”* e depois complementou *“Isso, na verdade, eu nem sei se é adequado”*. A senadora Marta Suplicy respondeu: *“Você tá falando um problema que é complicado porque numa casa talvez ele possa fazer porque vai ter uma assistência maior e numa instituição talvez seja mais perigoso. Não sei se vale a pena por essa diferenciação porque fica meio absurdo”*.

A partir desse momento, o representante 2 do Coren assumiu a palavra, sem identificar-se, mas soubemos adiante que se tratava de representante do mesmo órgão. A argumentação dele foi sendo apresentada em camadas. Primeiro falou que a questão era o grau de complexidade do idoso, que são necessários profissionais habilitados para determinar isso. Ele indicou que: *“No artigo 4º, foi colocado que existem profissionais habilitados que irão autorizar ou não o procedimento no cliente. Uma das questões aqui que é privativa do enfermeiro é a questão da consulta de enfermagem e da prescrição dos cuidados da assistência, que é privativo do enfermeiro”*. Nesse momento, ele mudou o foco do debate, que até o momento estava sendo medicamentos, e focalizou na questão de que os enfermeiros são responsáveis pela autorização de procedimentos em idosos.

A senadora Marta Suplicy ignorou a observação do representante 2 do Coren e retomou o foco principal, os medicamentos: *“Se eu tenho mãe ou pai doente, tem que dar remédio de tanto em tanto, um antibiótico pesado, aí o médico fala ‘tem que dar’, vocês não têm cuidador, você vai dar. Vocês estão falando que isso não pode ser feito?”*. A essa pergunta, o representante 2 do Coren apresentou a segunda camada argumentativa: *“Não, a questão é como vai ser feito”*. Ao que a senadora Marta Suplicy retrucou: *“Como? Como é normal em qualquer caso. Chega lá o médico, prescreve o remédio e dá”* e essa fala foi

acompanhada por risos da plateia. Nesse momento, Marília Berzins sugeriu que fosse apresentado o Órgão que o homem e a mulher representam e adicionou que eles eram do Conselho de Enfermagem (Coren). A plateia aplaudiu.

O representante 2 do Coren retomou a palavra e afirmou: *“Nós não somos contra a implantação de nenhuma profissão”*, mas o Coren recebe denúncias de profissionais da enfermagem que realizam *“procedimentos de forma inadequada mesmo tendo 1.200 horas de formação o auxiliar de enfermagem e 1.800 horas de formação o técnico”*. A esse comentário, a senadora Marta Suplicy afirmou que o ponto que ele estava colocando era muito bom, pois indicava que *“enfermeiros também podem proceder errado, dependendo da responsabilidade”*.

Por fim, ele apresentou a terceira camada de argumentação:

Mas aí a gente entra na questão [...] o ponto que está pegando aqui é a questão da administração de medicamentos. Nós estamos trabalhando durante anos na questão da segurança da administração de medicamentos. Eu estou falando em grau de complexidade dos clientes porque existem medicações, por exemplo, as medicações via oral em que o médico orienta a família pela questão dos horários, a questão da administração dessas medicações e é simples de se fazer. Mas existem medicações de maior complexidade para serem administradas. Por exemplo, existem pacientes em casa que podem ser portadores de cateteres ou periféricos ou centrais que receba medicação por esses cateteres e isso não pode ficar a cargo do cuidador.

A senadora Marta Suplicy encerrou a discussão afirmando ser evidente que o médico não vai mandar o cuidador realizar procedimentos de maior complexidade e disse: *“Eu não vou acatar não”*, sendo muito aplaudida.

Elen Oliveira Pernin disse que concorda que a questão da administração dos medicamentos seja bem analisada para não causar problemas ou trazer impedimentos com relação à saúde.

Uma senhora da plateia não falou seu nome e apresentou-se como cuidadora e membro da Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ). Disse que apoiava o inciso 3 sobre a administração de medicamentos porque o idoso com Doença de Alzheimer precisa de medicamento nos horários certos e que uma cuidadora bem treinada sabe fazer isso. Sua fala foi seguida de aplausos.

Lídia Nadir Giorgi comentou que o objetivo dos cuidadores de idosos *“é de melhorar a vida, não só de saúde porque a gente cuida dos idosos, na parte de saúde administrando as receitas médicas que os médicos e enfermeiros nos ajudam a levar com eles, a trabalhar com os idosos”*, deixando claro que cuidadores de idosos atuam em parceria com médicos e enfermeiros, administrando medicamentos prescritos por eles.

Outra pessoa da plateia, Angélica [Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia do Rio de Janeiro (SBGG-RJ)] sugeriu que a administração da medicação permanecesse no projeto. Explicou que existe um grande equívoco acontecendo nas ILPIs e que achava que isso incomodava o Coren, mas que *“é uma outra questão”*. Afirmou que a situação das ILPIs é problemática e sugeriu que o Coren começasse a procurar *“pelo o que está acontecendo nas ILPIs”*.

Karen (bacharel em gerontologia e professora do curso de cuidadores de idosos) disse que entendia que os medicamentos são uma *“questão de horários e dosagens”* e que o cuidador apenas vai fazer a administração básica frente ao pedido do médico.

O último comentário sobre essa questão foi do membro da plateia Rafael:

Eu gostaria de endossar essa questão do cuidador de idosos e dizer que a nossa preocupação não fique somente na questão de administração ou não de medicamentos do ponto de vista de reserva de mercado, mas sim da efetivação do bem-estar daquele idoso que está sendo cuidado, senhora senadora e todos aqui presentes. [...] Administrar um medicamento, com todo respeito ao Conselho de Enfermagem, não pode ser visto como reserva de mercado, mas sim como qualidade de vida e bem-estar.

Sua fala foi acompanhada de aplausos.

7.5.2 Termo “exclusivamente” (12%)

O termo “exclusivamente” foi abordado pela senadora Marta Suplicy, pela palestrante Marília Berzins e pelo membro da plateia Serafim Paz (professor da UFF e representante da ANG).

A senadora Marta Suplicy explicou que foi incluída a expressão *“exclusivamente”* na descrição da profissão para que sejam evitados desvios de função e confusão de atribuições, especialmente quando a prestação de serviço ocorre na residência do idoso. Disse ser comum a realização de tarefas domésticas como limpeza e alimentação, mas elas devem estar restritas ao idoso.

A esse respeito, Marília Berzins afirmou que a inclusão do termo “exclusivamente” possibilita a solução de um conflito grande nas funções desempenhadas pelos cuidadores relativos às questões: *“É empregada doméstica? É cuidador? Pode fazer isso? Não pode? Ela cuida de todo mundo? Cuida só do idoso?”*.

O membro da plateia Serafim Paz também elogiou a inclusão do termo, afirmando que foi um avanço “*importantíssimo*” e disse que quer valorizar e deixar como um ganho muito grande desse projeto.

7.5.3 Princípios éticos (12%)

Princípios éticos foram abordados pela senadora Marta Suplicy, pelas palestrantes Marília Berzins e Marisa Accioly.

A senadora Marta Suplicy indicou que o substitutivo inclui princípios éticos para orientar o exercício da profissão de cuidador “*com a busca de melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa, pautando as relações entre o cuidador e a pessoa idosa pelo respeito, compaixão e paciência*”.

Essa proposta foi problematizada por Marília Berzins, que apresentou a seguinte sugestão de texto: “*deverão ser fundamentadas nos princípios e na proteção dos direitos humanos e pautadas pela ética do respeito e da solidariedade*”. Explicou que todos precisam ser protegidos pelos direitos humanos e estes transcendem a compaixão, a paciência e o respeito. Além disso, afirmou que compaixão pode ser um atributo subjetivo e que respeito e solidariedade são princípios de todos os seres humanos.

Marisa Accioly referiu-se à Marília Berzins, destacando a questão apontada pela colega de mesa, com relação à compaixão e à substituição pelo termo solidariedade.

7.5.4 Distinção entre cuidado e assistência (12%)

Esse subtema foi discutido pela senadora Marta Suplicy, pelas palestrantes Ana Pianucci e pelos membros da plateia Suzana Carielo da Fonseca e uma senhora não identificada.

A respeito do artigo 2º que diz que “O cuidador de pessoa idosa é o profissional que desempenha funções de acompanhamento e assistência exclusivamente à pessoa idosa”, Ana Pianucci problematizou o termo assistência, afirmando que é muito amplo e sugeriu sua substituição pela palavra “*cuidado*” e a definição da complexidade de cuidado,

exemplificando com situações de banho: “O banho tem vários graus de complexidade. O cuidador poderia assumir um grau de complexidade menor”. Insinuou que essa definição é importante para orientar o conteúdo dos cursos.

Em resposta, a senadora Marta Suplicy recorreu à fala de Marisa Accioly: “Quando a Accioly estava colocando sair um pouco do cuidado de saúde e ir mais para um tipo de outra assistência, é uma assistência. É uma assistência, não é um cuidado, é uma assistência”, e depois complementou: “é diferente, fica bem longe do enfermeiro”. Ana Pianucci afirmou que o termo assistência “tenciona mais para a questão da saúde. Pensando na assistência/saúde” e “acho que olhando pelo pessoal da enfermagem, tem essa interface muito grande, a assistência aproxima”.

Suzana Carielo da Fonseca perguntou se a discussão sobre o curso “não seria um segundo passo” e a senadora Marta Suplicy explicou que depende do que se coloca na lei: “Se a gente põe na lei assistência, a lei abre. Se você põe cuidados você fecha mais. É exatamente o que a Ana Pianucci está dizendo. Eu estou achando que tem vantagem em abrir”. Ana Pianucci voltou a reforçar sua posição explicando que as “pessoas cuidam e a gente está aqui querendo profissionalizar esse cuidado e não a assistência”.

A discussão se encerrou com o seguinte diálogo entre a senadora Marta Suplicy, Ana Pianucci e uma pessoa não identificada da plateia:

Pessoa da plateia: *Cuidado eu acho que é uma coisa perigosa, cuidado tem muito a ver com a enfermagem, pode trazer problema.*

Ana Pianucci: *Acho que é o contrário.*

Senadora Marta Suplicy: *Agora já passou essa discussão.*

Pessoa da plateia: *Vai ficar assistência?*

Senadora Marta Suplicy: *Vai.*

7.5.5 Cuidadores não são profissionais da Saúde (8%)

O subtema foi analisado pela senadora Marta Suplicy e pela palestrante Elen Oliveira Pernin.

A discussão sobre o artigo 5º – “a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão integrar cuidadores de pessoa idosa às equipes públicas de saúde” – foi apresentada por Elen Oliveira Pernin. Ela comentou que se pensava, no Ministério da Saúde, como poderia haver integração entre equipes de saúde e cuidadores de idosos e que essa

proposta era fonte de preocupação, porque as *“equipes públicas de saúde são equipes de saúde”* e que *“o cuidador não será um profissional especificamente da saúde”*. Sua sugestão foi a alteração do texto para o trabalho em parceria, para que as pessoas entendessem *“que existe esse profissional que vai ter uma outra competência e não a competência específica da saúde”*. Outra questão abordada foi que o repasse de recursos é feito da *“União para estados e municípios de acordo com uma legislação já existente na saúde”*.

A tais questões, a senadora Marta Suplicy afirmou: *“Então, a gente tiraria Estado, Município e União, porque é da União para os municípios fazerem para os estados e você acha que se puser na lei engessa no sentido que vai obrigar toda equipe de saúde da família a ter um cuidador de idoso?”*. A resposta de Elen Oliveira Pernin foi que achava *“praticamente impossível”* obrigar as equipes de saúde a integrarem cuidadores de idosos *“porque ele não é um profissional da saúde e isso vai causar um problema com a legislação atualmente vigente”*. Em seguida a essa fala, a senadora Marta Suplicy concordou com Elen Oliveira Pernin e diz: *“Acho melhor colocar em parceria”*.

Elen Oliveira Pernin finalizou essa questão afirmando ser *“importante a gente regulamentar essa questão, mas nós desde o início colocamos aqui ‘esse não é um profissional da saúde’, ele não tem as mesmas atribuições, ele auxilia em alguma parte, ele é híbrido”*.

7.5.6 Locais de atuação (4%)

A respeito dos locais de atuação, a senadora Marta Suplicy, na apresentação do substitutivo, explicou que foi considerado importante não limitar a atuação de cuidadores às ILPIs ou residências. Assim, foi disposto que a atuação desses profissionais possa ocorrer também *“em hospitais, centros de saúde, eventos culturais e sociais, entre outros ambientes”* explicando que o projeto original não abarcava tais espaços. Referiu-se à audiência pública de Brasília e à menção da participação de cuidadores profissionais em grandes eventos, como shows:

Por exemplo, vai a um show do Paul McCartney, vai lá com 80 anos e vê o que te acontece. A pessoa tem direito, ué, por que não? Mas aí, quem faz o evento tem que contratar um cuidador de idoso para dar atenção para esse idoso chegar na cadeira inteiro.

7.6 Algumas observações

Em contraste com a 1ª audiência, a informalidade na maneira de a senadora tratar os palestrantes e os membros da plateia (comumente chamados de “você”) e a abertura ao diálogo foram a tônica dessa audiência. Os conflitos eram claramente explicitados dos palestrantes entre si e de membros da plateia com os palestrantes ou entre si. Risos e aplausos eram ouvidos frequentemente indicando apoio às considerações feitas.

Os temas abordados foram abrangentes e ficaram evidentes alguns conflitos, com ênfase em três: 1) critérios para dispensa do curso; 2) cursos presenciais e semipresenciais; 3) relação entre profissionais da enfermagem e cuidadores de idosos, especialmente no que diz respeito à administração de medicamentos. Este último item também foi foco de conflito na 1ª audiência.

CAPÍTULO 8

DISCUSSÃO

O cuidado é espaço comum em que uma pessoa intervém sobre a outra e leva à produção de atos micropolíticos em um contexto macropolítico que é permeado por questões históricas, sociais e culturais.

A regulamentação da profissão de cuidadores de idosos é essencial para garantir a obrigatoriedade de formação das pessoas que trabalham com cuidado e aumentar as chances de os idosos receberem cuidado de qualidade, pois o aspecto fundamental de distinção entre ocupação e profissão é a formação.

Ao analisar as duas audiências públicas que fizeram parte do processo de discussão do PLS 284/2011 no Senado Federal, observaram-se debates que vislumbraram o contexto macropolítico que envolve o nascimento da profissão: como e por quem os idosos dependentes serão cuidados no país. Além disso, ficou evidente a disputa de mercado com profissões já estabelecidas, manifestando-se como arena de conflitos e de necessidade de distinções muito claras. Após trilhar o processo complexo de aprovação de uma lei, que inclui aprovação em comissões das duas casas legislativas (Senado Federal e Câmara dos Deputados) e sanção presidencial, PLs tornam-se leis que devem ser regulamentadas em até um ano, definindo detalhadamente aspectos que não são abordados na lei, que têm escrita objetiva para que “não seja engessada”, conforme afirmam os legisladores. No momento em que encerro essa pesquisa, o PL em questão havia sido aprovado no Senado Federal e encontrava-se na Câmara dos Deputados.

Ao debater sobre cuidado, Merhy (2006) afirma que está permeado por disputas e conflitos de variadas lógicas sociais que incentivam certas ações de cuidado e interditam outras, mas as forças interditas continuam operando em ato. No espaço do cuidado, estão presentes processos relacionais de interdição, tais como dominação, exclusão, eliminação, que precisam ser reconhecidos, analisados, discutidos e manejados continuamente para que ocorra o cuidado criador de vida. Tais disputas e conflitos ocorrem no nível micro e macropolítico em toda e qualquer situação de cuidado.

Relembrando, três questões foram propostas para discussão nesta tese, a saber: 1) De quem é a responsabilidade pelo cuidado aos idosos dependentes?; 2) Qual é a interface com outras áreas de atuação?; 3) Quais são os encaminhamentos necessários após a regulamentação? Façamos esta discussão agora.

8.1 De quem é a responsabilidade pelo cuidado aos idosos dependentes?

As estatísticas populacionais indicam o crescente aumento da população idosa no Brasil. A maior parte dos idosos é independente e autônoma, sendo que uma parcela menor, mas expressiva, de idosos apresenta algum grau de dependência. Dados do município de São Paulo, levantados no “Estudo Sabe”, apontam que, em 2006, 26,6% dos idosos pesquisados afirmavam ter dificuldades nas atividades básicas de vida diária (DUARTE et al., 2010).

Até há poucas décadas, as famílias contavam com membros numerosos e as mulheres, no geral esposas e filhas, responsabilizavam-se pelo cuidado aos idosos dependentes. A diminuição da taxa de fertilidade e a entrada da mulher no mercado de trabalho fazem com que haja, atualmente, menor oferta de familiares para cuidar de seus parentes idosos, cada vez mais longevos.

Nesse contexto, uma das questões mais importantes é: de quem é a responsabilidade pelo cuidado ao idoso dependente? Esse tema foi abordado com maior ênfase na 1ª audiência pública, ocorrida em Brasília, na qual foi aprofundado o contexto de formulação do PL discutido, sendo que 27% dos enunciados da audiência corresponderam às Políticas Públicas com abordagem dos seguintes subtemas: responsabilidade pelo cuidado, aumento da população idosa e formação de cuidadores de idosos enquanto política pública.

Na 1ª audiência, tanto a secretária de Estado de Trabalho e Assistência Social, Tânia Mara Garib, como a representante do Ministério da Saúde, Luíza Fernandes Machado, assumiram o discurso da responsabilização da família para com o cuidado direto ao idoso sem mencionarem o papel do Estado como órgão de oferta de cuidado cotidiano⁴¹ para além do acompanhamento, da orientação e do acolhimento da família.

Em contrapartida, Karla Giacomim, a presidente do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), afirmou que a proposta da saúde para a oferta de cuidado cotidiano é amplamente insuficiente, sendo preciso aumentar a cobertura da assistência social ou da saúde em regiões de maior concentração de idosos. Tanto ela como Marília Berzins, a representante do Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento (OLHE), afirmaram categoricamente que a responsabilidade do cuidado ao idoso dependente é dividida por

⁴¹ Cuidado cotidiano refere-se aqui à realização de atividades de vida diária (AVDs), como higiene, vestimenta, alimentação, locomoção.

família, sociedade e Estado, e que este último precisa se comprometer muito mais com a sua parte da responsabilidade.

Dentro dessa temática, durante a 1ª audiência, foi citado o artigo 230º da Constituição Federal, que estabelece que o Estado, a família e a sociedade dividirão a responsabilidade pelo amparo à pessoa idosa que necessitar, e o artigo 3º do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), que determina que:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Apesar de tais leis indicarem que a responsabilidade pelo cuidado ao idoso é de diversos agentes, a família tem sido indicada pelo Estado como principal responsável. Devido às mudanças que as famílias têm apresentado em sua configuração, observa-se cada vez mais dificuldade de os familiares assumirem o cuidado integral de seus idosos. No contexto brasileiro atual, a desigualdade social mostra sua face também no âmbito do cuidar: famílias das classes A e B contratam cuidadores formais de idosos, mesmo sendo alto o ônus financeiro, e famílias das demais classes sociais se deparam com dificuldades complexas que exigem resposta imediata da comunidade e do governo.

A esse respeito, Karla Giacomim, a presidente do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), comentou que o Brasil não oferece recursos para o familiar que cuida do idoso dependente e que isso gera um ciclo perverso em que o familiar para de trabalhar para cuidar e, sem trabalhar, não contribui para a previdência social, perdendo o direito de renda futura, sem a qual será o seguinte a depender da política de assistência social. Sem renda no momento em que cuida, o familiar depende do idoso para seu sustento. Tendo em vista que o familiar que cuida adocece mais, temos duas variáveis desafiadoras: cuidador doente e sem renda.

O texto final do PLS 284/2011 (Anexo 3), reforça a dupla proposta de atuação do poder público: assistência direta ao idoso e formação do cuidador de idosos. O Art. 6º define que:

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.

E o Art. 3º § 2º afirma que: “O Poder Público deverá incentivar a formação do cuidador de pessoa idosa por meio das redes de ensino técnico-profissionalizante e superior”.

Na literatura, Groisman (2009) afirma que as famílias que não podem arcar com os cuidados são criminalizadas por negligência ou abandono de idosos e o Estado segue encobrindo a falta de uma política adequada e concreta de apoio ao idoso dependente e à sua família. Isso gera o que Debert (2004) nomeia de *reprivatização da velhice*, em que necessidades da população idosa são remetidas para as famílias, no âmbito privado, e o poder público se omite de suas responsabilidades.

A própria Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa afirma que “embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória” (BRASIL, 2006).

De acordo com o relatório do Fórum Internacional World Demographic Association (2013), foram grandes os avanços nos quesitos prevenção e tratamento de doenças, mas para que a revolução da longevidade seja acompanhada é necessário o desenvolvimento de uma cultura de cuidado que seja universal, sustentável, economicamente viável, compassiva. O documento indica a necessidade de identificar e desarraigar crenças e comportamentos individuais e coletivos que geram abuso e negligência onde idosos são cuidados e assinala cinco aspectos fundamentais para a prestação do sistema de cuidados: 1) comunicação; 2) continuidade; 3) coordenação; 4) integralidade; 5) ligações com a comunidade. Em todos os quesitos, é necessário avanço e que cada qual assuma suas responsabilidades e as coloque em prática.

O cuidado ao idoso dependente é um desafio que deve ser assumido conjuntamente por família, sociedade e Estado. Historicamente, as famílias assumiram esse cuidado e, talvez, fosse possível em outro contexto, em que havia poucos idosos e muitas pessoas em casa para cuidar dos que necessitavam de ajuda, especialmente porque boa parte das mulheres não estavam no mercado de trabalho. Manter a mesma mentalidade de responsabilização prioritária sobre a família na sociedade atual é insustentável no médio e longo prazo. A sobrecarga de membros familiares tem gerado problemas graves: estresse do cuidador, que leva a doenças; saída do mercado de trabalho (quando possível), que faz com que o cuidador familiar fique à margem de benefícios no presente e no futuro; e, quando a família não consegue assumir o cuidado porque não tem como um membro deixar de trabalhar, ocorre a criminalização da mesma por negligência e abandono, como se fosse a única responsável por cuidar. É urgente que sociedade e Estado reconheçam a necessidade de cuidar e apoiar as famílias com idosos dependentes ao invés de culpabilizá-las por suas deficiências.

8.2 Relação com profissões regulamentadas

O processo de regulamentação de uma profissão passa por discussões sobre a interface da profissão a ser regulamentada com outras que já passaram por esse processo. Temos duas questões:

- 1) mesmo que a profissão não esteja regulamentada, há cuidadores de idosos atuando no mercado de trabalho, ou seja, não existe um espaço vazio, a regulamentação não cria uma nova função, apenas regulamenta algo que já existe;
- 2) sendo que a atuação já ocorre, observam-se arenas de conflitos pelo mercado, pois profissionais de profissões regulamentadas realizam as mesmas funções dos cuidadores, além de outras que são específicas das suas profissões; isso gera disputas de poder que ficaram muito claras nas duas audiências públicas analisadas.

Nas audiências, o principal questionamento foi quanto à administração de medicamentos, função que envolve diretamente a Enfermagem. Por isso, as profissões dessa área (auxiliar, técnico de enfermagem e enfermeiro) foram o foco das duas audiências. A subcategoria que abordou esse assunto foi “relação com profissões regulamentadas” do eixo temático Competências e Procedimentos. Na 1ª audiência, essa subcategoria representou 57% dos enunciados do eixo e, na 2ª audiência, 52%, indicando ser este um assunto bastante relevante em ambas.

Na 1ª audiência, alguns dos palestrantes comentaram sobre a necessidade de melhoria da redação do PL apresentado naquela ocasião para evitar questionamentos futuros. Marília Berzins, diretora do Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento (OLHE), apontou a necessidade de formação adequada para que as diferenças entre a atuação dos cuidadores de idosos e de profissionais da Enfermagem fiquem claras para todos.

Sobre os conflitos entre Enfermagem e cuidadores de idosos, o presidente da Associação dos Cuidadores de Idosos de Minas Gerais (ACI-MG), Jorge Roberto Afonso de Souza e Silva, falou sobre a necessidade de os cuidadores de idosos se diferenciarem nitidamente da Enfermagem e entenderem que a função do cuidador de idosos é complementar e colaborativa.

O conflito com a Enfermagem é mais evidente quando se fala sobre medicamentos e parte dos palestrantes o abordam com cautela em enunciados como: *“É muito bom que se*

distinga essa questão” (Tânia Mara Garib, secretária de Estado de Trabalho e Assistência Social do Mato Grosso do Sul); *“Nós não estamos evidentemente [...] e nem eu vou [...] porque eu compraria uma briga tão grande [...] então nós temos que melhorar talvez a redação”* (Senador Waldemir Moka), e *“Tem que estar na lei, eu concordo, porque senão vai ter processo”* (senadora Marta Suplicy). Também observa-se prudência quando os palestrantes não se referem à Enfermagem claramente, utilizando outros termos como *“profissões regulamentadas”* (Marília Berzins, diretora do Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento [OLHE]); ou *“algum setor da saúde”* (Jorge Roberto Afonso de Souza e Silva, presidente da Associação dos Cuidadores de Idosos de Minas Gerais [ACI-MG]).

Na 2ª audiência, a questão principal da relação da nova profissão com profissões já regulamentadas foi a administração de medicamentos e sua interface com a Enfermagem. Dois aspectos dessa audiência influenciaram diretamente essa discussão: a) presença de público representativo da sociedade civil; b) participação na plateia de representantes do Coren. Essas questões mostraram-se importantes para evidenciar os conflitos, pois a maior parte dos discursos sobre medicamentos ocorreu na plateia e enunciados importantes foram proferidos por representantes do Coren.

Sendo que na 1ª audiência ficou claro o conflito com funções realizadas pela Enfermagem, chamou atenção que o órgão não tenha sido convidado a participar da mesa para ter acesso à palavra de modo mais estruturado e institucionalizado. Tendo em vista a interface entre as duas ocupações (cuidador de idosos e profissionais da Enfermagem), não convidá-los formalmente ao debate pode ser indicativo de dificuldade de acreditar em uma discussão colaborativa.

A senadora Marta Suplicy abordou primeiramente o assunto da administração de medicamentos, indicando que sua percepção dos conflitos com enfermeiros e com médicos e para solucionar a questão. Sugeriu-se que o cuidador de idoso assuma as mesmas responsabilidades que os familiares e que a administração de medicamentos e a realização de outros procedimentos de saúde estejam condicionados à autorização do profissional de saúde responsável pela prescrição do remédio ou do tratamento.

Os representantes do Coren apresentaram argumentos que foram rebatidos, um a um, pela senadora Marta Suplicy. A representante do órgão falou que cuidadores de idosos, em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), assumem funções como verificar sinais vitais que não sabem interpretar. A senadora afirmou que os cuidadores apenas vão anotar e quem vai interpretar é o médico. A representante do Coren apresentou uma questão

importante relativa às ILPIs onde, por falta de esclarecimento sobre as funções de cuidadores de idosos, é comum que donos dessas instituições e até mesmo médicos atribuam aos cuidadores funções que eles não podem assumir.

Isso reforça a importância e urgência da regulamentação da profissão de cuidadores de idosos, pois o debate sobre a lei promove o esclarecimento sobre as funções dos cuidadores para a população em geral. Além disso, é importante que os cursos de formação de cuidadores de idosos orientem seus alunos a não assumirem funções que são privativas de outras profissões por alguns motivos: a) profissionais não podem assumir o ensino de técnicas de enfermagem, que apenas podem acontecer em instituições de ensino especializadas, b) realizar procedimentos privativos da Enfermagem se caracteriza como prática ilegal da profissão, c) como os cursos de cuidadores de idosos não podem ensinar tais procedimentos, os alunos não estarão preparados para realizá-los, e podem colocar a vida do idoso em risco caso o façam.

Observa-se que profissionais como médicos e enfermeiros têm orientado cuidadores de idosos a realizar procedimentos que estes não podem realizar e esta questão deve ser analisada junto aos conselhos de ética dos profissionais que ensinam, além de olhar para a falha de os cuidadores que aceitaram aprender e realizar essas funções. O que se tem feito atualmente é criticar apenas a falha dos cuidadores de idosos que assumiram essas ações sem analisar o contexto mais amplo, constituído por situação assimétrica de poder entre empregadores e empregados, formações acríticas e que não proporcione o empoderamento dos cuidadores de idosos nos cursos de cuidadores.

A representante do Coren afirmou que a medicação envolve uma série de riscos e propôs uma diferenciação: que nas ILPIs os medicamentos sejam ministrados por profissionais de enfermagem e nas residências por cuidadores orientados, mas logo afirmou não ter certeza de que isso seria adequado, indicando confusão de conceitos da própria representante do órgão. A senadora afirmou que seria absurdo propor tal distinção.

O representante do Coren indicou que a questão era o grau de complexidade do idoso, que são necessários profissionais habilitados para defini-lo. Indicou também que é privativo dos enfermeiros prescrever cuidados da assistência. Essa observação foi ignorada pela senadora Marta Suplicy, no entanto, a discussão levantada pelo representante do Coren foi de extrema importância e é fundamental que se defina quais são os graus de complexidade do idoso e quais deles os cuidadores de idosos poderão assumir.

A senadora retomou a questão dos medicamentos com o representante do Coren com a pergunta: *“Se eu tenho mãe ou pai doente, tem que dar remédio de tanto em tanto, um*

antibiótico pesado, aí o médico fala ‘tem que dar’, vocês não têm cuidador, você vai dar. Vocês estão falando que isso não pode ser feito?’. Ele respondeu que a questão é como o medicamento será ministrado e a senadora retrucou: *“Como? Como é normal em qualquer caso. Chega lá o médico, prescreve o remédio e dá”* e essa fala foi acompanhada por risos da plateia. Mais adiante, ele explicou que existem graus de complexidade dos clientes e que existem diversos tipos de medicações e que as de via oral, com orientação dada pelo médico às famílias, são simples de ministrar, mas existem medicações de maior complexidade que são aplicadas via cateteres e que não podem ficar a cargo do cuidador. A senadora Marta Suplicy afirmou ser evidente que o médico não orientaria que o cuidador realizasse procedimentos mais complexos, que não acataria e foi muito aplaudida.

De fato, a função de administração de medicamentos foi mantida, como se observa no Art. 2º, inciso III, § 4º do texto final do PLS 284/2011 (Anexo 3) em que se afirma que o cuidador de pessoa idosa é o profissional que desempenha funções de acompanhamento e assistência exclusivamente à pessoa idosa como “cuidados de saúde preventivos, administração de medicamentos e outros procedimentos de saúde” e que “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”.

Como mencionado anteriormente, enfermeiros e médicos têm orientado cuidadores de idosos a realizarem procedimentos que estes não podem assumir, assim, é fundamental que a lei seja muito clara quanto às vias de administração de medicamentos que os cuidadores de idosos podem assumir. Para esclarecimento, as vias de administração são: oral (boca), tópica (pele), nasal (nariz), oftálmica (olhos), sublingual (embaixo da língua), vaginal (vagina), retal (ânus), parental (injetável). Dentre essas, a que é privativa de profissionais da Enfermagem é a parental, como mencionada pelo representante do Coren e, portanto, não pode ser assumida pelos cuidadores de idosos.

Cuidadores de idosos bem treinados são capazes de administrar medicamentos nos horários e em dosagens corretas desde que sejam pelas vias de administração que possam ministrar. É preciso que fiquem evidenciadas quais vias de administração os cuidadores de idosos formais podem assumir e quais não podem.

A respeito da fala da senadora apresentada acima, é polêmica a afirmação de que o cuidador de idosos pode fazer tudo o que a família faz. É muito frequente que cuidadores

familiares sejam orientados por equipes de saúde a realizar procedimentos invasivos como aplicação de insulina, curativos e passagem de sonda vesical de alívio⁴². Como os cuidadores formais não podem realizar procedimentos invasivos, para manter a coerência da regra, eles não poderiam assumir tais procedimentos que, muitas vezes, familiares assumem.

O representante afirmou que o Coren não é contra a implantação da profissão, mas recebe denúncias de profissionais da enfermagem que realizam procedimentos de forma inadequada mesmo com formação. A senadora Marta Suplicy afirmou que isso indicava que mesmo enfermeiros podem proceder errado. Acredito que a afirmação do representante sugere a necessidade de acompanhamento do trabalho dos cuidadores de idosos realizado por um órgão de classe a ser gerido pelos próprios cuidadores de idosos.

No texto final do PLS 284/2011 (Anexo 3), no Art. 5º, foi tomado o cuidado de explicitar a distinção entre cuidadores de idosos e outras profissões regulamentadas: “É vedado ao cuidador de pessoa idosa, exceto se formalmente habilitado, o desempenho de atividade que seja de competência de outras profissões legalmente regulamentadas”. Porém, resguardou-se a questão da medicação no parágrafo único do artigo: “O disposto neste artigo não se aplica à administração de medicamentos e outros procedimentos de saúde na forma do § 4º do art. 2º”.

O assunto do conflito no mercado de trabalho foi evidenciado pelo membro da plateia Rafael, ao referir-se à discussão sobre medicamentos: *“administrar um medicamento, com todo respeito ao Conselho de Enfermagem, não pode ser visto como reserva de mercado, mas sim como qualidade de vida e bem-estar”*. Sua fala foi acompanhada de aplausos.

A questão sobre definição de funções e a interface especificamente com a Enfermagem é um ponto delicado e que fez emergir as manifestações mais acaloradas da 2ª audiência, com diversas falas seguidas de aplausos. O fato de o Coren não ter sido convidado para compor a mesa e suas observações terem sido respondidas de forma reativa, sem analisar profundamente seu ponto de vista e o que poderia haver de construtivo e elucidativo nele, mostra o distanciamento entre os campos e a dificuldade de estabelecer diálogo construtivo entre representantes de ambas as ocupações.

A profissionalização dos cuidadores de idosos esbarra no que Franzoi (2006) indicou como “disputas de monopólio de mercado” com outras profissões que atuam com idosos. O acesso ao cuidado ao idoso é um direito fundamental e concordamos com Groisman (2013) quando afirma que é importante nos conscientizarmos de que o debate sobre o

⁴² Introdução de um cateter da uretra até a bexiga.

reconhecimento da profissão de cuidador ultrapassa a problemática que envolve categorias profissionais e diz respeito à sociedade em geral, sobre o modelo de Estado de Bem-Estar Social que desejamos construir e sobre a sociedade que desejamos desenvolver para a grande quantidade de idosos brasileiros que aumenta a cada década.

8.3 Encaminhamentos necessários após a regulamentação

8.3.1 Nível de escolaridade

O nível de escolaridade foi o assunto mais debatido dentro do tema formação profissional na 1ª audiência e um dos menos debatidos na 2ª audiência, com 53% e 15% dos enunciados do eixo Formação Profissional, respectivamente.

Na 1ª audiência, as sugestões de nível de escolaridade mínimo dos cuidadores de idosos foram: Fundamental, Médio e Superior, sendo que a maior parte dos enunciados indicou Ensino Fundamental. Foi apresentada a preocupação de não excluir cuidadores de idosos com nível de escolaridade inferior ao Fundamental completo. Outra questão analisada foi a *expertise* que as pessoas adquirem com a prática de cuidado, a vocação e o carinho como sendo fundamentais para o cuidado e sendo mais importante do que a formação: *“Começa ‘ah, qualificação, qualificação’ e a pessoa não tem a vocação para cuidar, aí, também não interessa. Pode ser a pessoa mais qualificada, mas se ela não tiver carinho pela pessoa, se não tiver atenção com a pessoa, eu acho que nada disso vai valer também”* (Senador Waldemir Moka).

Acredito que existe o mito da experiência. Pessoas jovens podem ser mais adequadas no desempenho da função do que pessoas com mais idade. Por outro lado, nos processos seletivos realizados no Ateliê do Cuidado, foram realizadas entrevistas com pessoas com muitos anos de experiência que não estão atuando adequadamente e nem sequer têm consciência disso.

Os cursos de formação, quando têm conteúdo e método adequados, contemplam reflexões sobre situações que fazem parte do cotidiano do cuidado para que o cuidado seja adequado e estimulante, assim, a formação deve ser obrigatória a todas as pessoas que queiram desempenhar a função, independentemente da idade ou do tempo de atuação. Cursos

de formação contínua devem ser estimulados, pois o conhecimento da área de cuidado se atualiza a cada dia.

Na 2ª audiência, a senadora Marta Suplicy afirmou que, no substitutivo, optou-se pelo Ensino Fundamental devido à necessidade de leitura e compreensão de instruções. Levantou a questão sobre cuidador por vocação *versus* qualificação mínima exigida, perguntando o que os palestrantes consideravam mais importante no cuidador de idoso: grau universitário ou de escolaridade ou vocação, carinho, cuidado. Essas questões não foram respondidas.

Marília Berzins, a diretora do Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento, (OLHE) e o membro da plateia, Serafim Paz, comentaram sobre o fato ocorrido no Rio de Janeiro em que a deputada enfermeira Rejane apresentou PL que exigia curso de técnico ou auxiliar de enfermagem para que se atue como cuidador de idosos e que esse projeto é inconstitucional devido ao fato de PLs para regulamentação de funções e trabalhos dos cuidadores serem atribuição das instâncias da esfera federal e não das esferas estadual ou municipal.

Retomando a questão abordada na 1ª audiência sobre retirar cuidadores de idosos que não tenham completado Ensino Fundamental do mercado de trabalho, o membro da plateia Serafim Paz sugeriu que o cuidador tenha até 10 anos para finalizar o Ensino Fundamental e para realizar a formação como cuidador de idosos.

No art. 3º do texto final do PLS nº 284 (2011), foram definidas como exigências para exercer a função de cuidador de idosos: 1) ser maior de 18 anos; 2) ter Ensino Fundamental completo; 3) ter concluído, com aproveitamento, curso de formação de cuidador de pessoa idosa, de natureza presencial ou semipresencial. Observa-se a proposta de dupla formação: Ensino Fundamental e curso específico. É preciso ter mais dados sobre os cursos de cuidadores de idosos para analisar sua qualidade e eficiência, no entanto, é importante que essa análise leve em conta o contexto de precarização do Ensino Fundamental no país, que repercute na qualidade da compreensão das informações transmitidas pelos cursos de cuidadores de idosos.

8.3.2 Padrão mínimo dos cursos

Na 1ª audiência, o padrão mínimo dos cursos foi o tema menos abordado dentro do eixo Formação Profissional (18% dos enunciados do eixo). A questão foi consensual e as

palestrantes que abordaram essa temática falaram sobre a importância de princípios únicos que garantam o padrão mínimo dos cursos para qualificação de cuidadores de idosos. Indicou-se que os cursos de cuidadores de idosos não estão regulamentados, que não existe padronização sobre conteúdo nem carga horária mínima. Marília Berzins, a diretora do Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento (OLHE), comentou sobre cursos oferecidos pela internet e que isso é fonte de sua preocupação.

Na 2ª audiência, esse tema foi o mais abordado no eixo Formação Profissional (26% dos enunciados) e foram detalhadas questões não analisadas na 1ª audiência. Em relação à **carga horária**, foram feitas sugestões entre 100 e 160 horas, sendo feita menção ao Programa Nacional de Cuidadores de Idosos do Ministério da Saúde, no qual a proposta é de 25% da carga horária ser de atividades práticas com pessoas idosas. Quanto ao **conteúdo**, foi sugerido que parte do conteúdo seja ligado à gerontologia, pelo fato de o cuidado com o idoso transcender o universo de medicamento, banho, cuidado, sair da cama, voltar para a cama, pois é necessário que se insira o idoso dentro da sua possibilidade no universo social. Foi feita a sugestão de que se o **corpo docente** seja formado por profissionais com formação em gerontologia.

Tania Mara Garib, a secretária de Estado de Trabalho e Assistência Social do Mato Grosso do Sul, explicou que tais detalhamentos não podem constar na lei, pois a engessariam, e que serão discutidos durante o processo de regulamentação da lei, ou seja, após a aprovação do PL.

Na literatura, a observação das palestrantes é corroborada por Groisman (2009) ao afirmar que a qualificação dos cuidadores de idosos tem sido mais frequentemente oferecida em cursos de curta duração.

Há consenso a respeito da necessidade do estabelecimento de princípios em comum para a qualificação de cuidadores, com carga horária mínima e indicações de diretrizes curriculares. No entanto, além da duração dos cursos e da diversidade de conteúdo, acredito que temos duas questões a serem discutidas na regulamentação: 1) formação do corpo docente, muitas vezes com professores de apenas uma ou duas áreas de formação, ou sem experiência com idosos; 2) método de ensino que, sem a adequação necessária à técnica de ensino, à linguagem e sem discussões críticas a respeito do que se ensina, mostra-se ineficaz. O ensino voltado a esse público-alvo deve recorrer a inovações e à criatividade para que os alunos, de fato, tenham acesso ao conteúdo apresentado e consigam utilizá-lo na prática diária de cuidado com o idoso.

Mafiolletti e Loyola (2003) analisaram cursos de cuidadores de idosos e afirmam que a orientação básica dos mesmos adota o paradigma médico organicista e que o cuidado se mostra inspirado em práticas da enfermagem que ensinam que o cuidador deve manter o idoso limpo, quente, seco e confortável, realize a vigilância em relação à nutrição, temperatura, atitude, marcha e deve manter o controle das emoções e manter-se objetivo e neutro.

Complementando a análise a respeito dos cursos, Maffioletti (2004) pesquisou manuais direcionados à família e aos profissionais que trabalham com idosos e indica que a maioria tem enfermeiros como autores e objetiva informar e preparar os leigos em relação aos procedimentos diários do cuidado e ao processo de envelhecimento biológico. Assim como o discurso apresentado nos cursos, nas publicações analisadas a autora indica como sendo evidente a orientação pelo paradigma biomédico.

O ensino de técnicas e procedimentos que minimizem os riscos e iatrogenias e sejam ergonômicos para o cuidador é fundamental para que haja economia de esforços, mas não garante cuidado de qualidade (MAFFIOLETTI, 2004), ou seja, é preciso incluir tais conteúdos, mas incluir outros essenciais.

Uma formação que não dialoga com as dúvidas e as incertezas gera o sentimento de onipotência, de que o cuidador deve solucionar tudo. No entanto, existe uma zona turbulenta entre o cuidado ideal prescrito e o cuidado propriamente dito, no qual o cuidador terá que tomar decisões marcadas pela sua própria subjetividade (MAFIOLETTI e LOYOLA, 2003), ou seja, a dúvida e o conflito são inevitáveis e diários.

Conflito pode ser definido como toda opinião, ação ou maneira diferente de entender determinada situação, sendo que não existe a noção de errado ou certo, apenas posições diversas. Os conflitos são inerentes à ocupação e o cuidador de idosos pode estar envolvido quando ocorrem entre: 1) idoso e seus familiares; 2) familiares entre si; 3) cuidadores de idosos e clientes (idoso e familiares); 4) equipe de cuidadores de idosos; 5) cuidadores e outros profissionais (cozinheira, empregada doméstica, médico, psicóloga, fisioterapeuta). Toda vez que um conflito ocorrer, o cuidador deve decidir como agir baseado em suas experiências e essa decisão pode ser favorecida por uma formação crítica, reflexiva e ética.

A esse respeito, Mafiolletti e Loyola (2003) alegam que não existe consenso sobre o que é cuidar e que o cuidador deve fazer escolhas e saber justificá-las. A questão fundamental do que pode ser considerado um bom cuidado é o compromisso ético dos que cuidam, que, para ser desenvolvido, é preciso discutir o que é cuidar, debater sobre quais critérios nortearão as escolhas e ações. Baseando-se em Pitta, Mafiolletti e Loyola (2003) sugerem que se desenvolva uma “mentalidade avaliativa”, que consiste em repensar a própria prática.

Outra questão importante a ser discutida nos cursos é o reconhecimento do valor do cuidado como um trabalho e como estratégia de solidariedade social com pessoas que ficam à margem da cadeia produtiva, especialmente mulheres. Groisman (2009) indica alguns desafios em relação à formação para o cuidado ao idoso, que são a melhoria das condições laborais dos trabalhadores, o método de preparação, a garantia de uma educação que permita a compreensão de sua condição de trabalho e da importância da atividade que exercem e o provimento de ferramentas para favorecer a participação social dos idosos cuidados.

A discussão a respeito do conteúdo programático do curso, iniciada nas audiências públicas, deverá ser ampliada e aprofundada após a aprovação da lei, sendo que outros temas pertinentes deverão ser incluídos, tais como exercícios de estímulo aos idosos, postura profissional, cuidados bucais (item específico dentro de higiene).

8.3.3 Critérios de dispensa do curso

Na 2ª audiência, o segundo tema mais abordado no eixo Formação Profissional foram os critérios de dispensa do curso, com 22% dos enunciados. A senadora Marta Suplicy apresentou como critérios de dispensa do curso de cuidadores de idosos pessoas com 30 anos ou mais (desde que o conhecimento profissional tenha sido reconhecido por programa de certificação de saberes) e pessoas que exercem a profissão há, pelo menos, dois anos, da data do início da vigência da nova lei.

Com relação ao primeiro critério, não houve consenso, pois algumas pessoas concordaram e outras discordaram. Marília Berzins, a diretora do Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento (OLHE), afirmou que a proposta resgata os que não preenchem o perfil apresentado pelo PL; por outro lado, Marisa Accioly, a representante da graduação em Gerontologia da EACH-USP, questionou esse corte etário e sugeriu que essa pessoa tenha um tempo maior para se adequar à legislação ao invés de definir um corte etário para dispensa. Disse que é inegável a competência pela prática, mas reafirmou a necessidade da pessoa ter conhecimento gerontológico. No texto final do PL (Anexo 3), o corte etário de 30 anos foi suprimido⁴³.

⁴³ Comparar com Anexo 2, que apresenta o texto exposto na 2ª audiência, realizada em São Paulo.

Quanto ao segundo critério, dispensa do curso de pessoas com mais de dois anos de atuação, foi observada a ponderação a respeito, indicando a necessidade de capacitação para essas pessoas, pois mesmo com experiência, mas sem o devido conhecimento, podem gerar situações de dependência no idoso.

Trabalhar como cuidador de idosos significa assumir múltiplas responsabilidades relacionadas ao bem-estar da pessoa que recebe o cuidado. Os cuidadores são responsáveis por cuidados básicos de higiene corporal e oral, alimentação, organização da medicação, prevenção de quedas, atividades de estímulo, acompanhamento em atividades externas, lidar com situações complexas de emergência, resolução de conflitos entre familiares, violência intrafamiliar. Todas essas atividades devem ser baseadas em respeito e discrição para evitar interferências na dinâmica familiar (CONCEIÇÃO, 2010) e na observância dos princípios de autonomia e independência.

Os cuidadores deparam-se com circunstâncias estressantes, como a necessidade de vigilância constante para o bem-estar do idoso; os cuidados a idosos com comprometimentos cognitivos e/ou psíquicos, como demências e depressão; o despreparo para realizar cuidados complexos e para interpretar situações; a expectativa da família, do idoso e da sociedade frente aos resultados do seu trabalho; a sobrecarga e solidão; a presença de conflitos diversos (familiares e idosos; familiares entre si; cuidadores e idosos ou familiares; equipe de cuidadores); os pedidos e a falta de recursos (MAFFIOLETTI, 2004).

Ao mesmo tempo em que se espera que o cuidador de idosos tenha conhecimentos em diversos espectros, já que a função é bastante complexa e multifacetada, temos pessoas despreparadas para lidar com os idosos dependentes. Esse dado é discutido por Maffioletti (2004), baseada em revisão bibliográfica. A autora afirma que todos os estudos analisados por ela indicam o despreparo emocional e técnico dos cuidadores formais na administração da situação de dependência, o que prejudica a oferta de um cuidado de qualidade. Tal despreparo pode ser considerado como responsável por circunstâncias desfavoráveis, como situações de cárcere privado, negligência, agressão física e psicológica, abuso medicamentoso, financeiro.

Dessa forma, é fundamental que todos os cuidadores de idosos passem por processo de qualificação. O discurso da experiência pode esconder práticas inadequadas que são repetidas ano após ano sem que o cuidador ou o familiar se dê conta. “Eu tenho 20 anos de experiência” é uma frase recorrente e, muitas vezes, aceita como passaporte para emprego, no entanto, é preciso avaliar se o tempo na função foi de qualidade para os idosos cuidados ou se foi gerador de violências diversas que podem facilmente passar despercebidas.

Trago como exemplo o relato de uma cuidadora com dez anos de experiência, com curso feito em instituição tradicional de São Paulo e que disse ter cuidado de uma senhora na cidade. Ela falou que as filhas da idosa moravam na cidade e visitavam a mãe a cada quinze dias, e julgava que isso era um abandono por parte das filhas. Esse pensamento é muito frequente entre cuidadores de idosos que não discutiram nos cursos sobre as mudanças sociais que repercutem no cuidado aos idosos, tais como entrada da mulher no mercado de trabalho e diminuição do número de filhos. Devido a tais mudanças, os idosos não têm sido mais cuidados por seus filhos, que terceirizam o cuidado. Também por conta desse cenário existem cuidadores formais. Deve-se ponderar que a idosa em questão não estava abandonada porque a cuidadora fora contratada como representante da família. A questão é que, se a cuidadora considerava mesmo um abandono, ela expressava essa ideia para a idosa em algum nível e essa concepção é extremamente prejudicial para a idosa que, de fato, não estava abandonada e que teria todas as condições de entender que suas filhas estavam cuidando dela indicando cuidadoras como suas representantes e que não podiam estar mais presentes porque trabalhavam e tinham família para cuidar.

No texto final do PL (Anexo 3), foi mantida a dispensa do curso de formação para pessoas que estejam exercendo a função há no mínimo dois anos a partir da entrada em vigor da lei desde que nos cinco anos seguintes realizem o curso ou concluam o programa de certificação de saberes reconhecido pelo Ministério da Educação.

8.3.4 Cursos presenciais x virtuais

Empatado com os critérios de dispensa do curso, a discussão sobre cursos presenciais *versus* cursos virtuais foram o segundo tema mais abordado no eixo Formação Profissional da 2ª audiência, com 22% dos enunciados.

Esse tema mostrou-se bastante polêmico. Por um lado, Marília Berzins, a diretora do Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento (OLHE), e outros membros da plateia (Serafim Paz e Daniel Groisman) mostraram-se a favor de cursos totalmente presenciais, afirmando que são transmitidos conteúdos que não são possíveis de serem transmitidos virtualmente (como empurrar cadeira de rodas, ajudar a pessoa a levantar-se, ir ao banheiro, trocar fralda, acompanhar na rua); que para entender o envelhecimento das pessoas, é preciso olhar para elas; que o Brasil é múltiplo e vive-se de maneiras diferentes em

cada Estado e que essas situações devem ser discutidas em um curso presencial; e que não são apenas treinamentos para as atividades práticas que precisam ser presenciais, mas as reflexões, as discussões, o fomento à solidariedade entre os alunos.

Por outro lado, a senadora Marta Suplicy, Ana Pianucci, representante do Senac, e Marisa Accioly, representante da graduação em Gerontologia da EACH-USP, apoiam a ideia de cursos semipresenciais para aumentar o número de pessoas que tenham acesso ao curso, pois muitas regiões não terão condições de oferecer cursos presenciais, e porque competências relativas ao conhecimento podem ser acompanhadas à distância, enquanto competências relacionadas à técnica e habilidades seriam presenciais.

Observam-se dois tipos de argumentos na discussão sobre formação presencial ou semipresencial: 1) político; 2) educacional. O argumento político está relacionado à necessidade de facilitar o acesso à formação a um número grande de pessoas e isso aconteceria com o ensino à distância associado ao presencial. O segundo argumento é o da qualidade educacional, que entende que para educar adequadamente é necessário que o ensino seja presencial. No texto final do PLS 284/2011, permaneceu natureza presencial ou semipresencial do curso de formação de cuidador de idosos.

Foram encontradas referências na literatura que apresentam propostas metodológicas para os cursos de cuidadores de idosos. Duarte (2009) afirma que prevalecem aulas expositivas, palestras e estratégias funcionais para transmitir informações e memorizações, sendo os conteúdos passados prontos, acabados e determinados. Sugere que o formador deve utilizar estratégias didáticas para despertar, exercitar, construir e flexibilizar os modos de pensar que devem ser vistos e revistos. Como estratégias, sugere aulas expositivas dialogadas, portfólios, tempestade cerebral (*brainstorming*), estudos dirigidos, fóruns de discussão, solução de problemas, grupos de verbalização e de observação, dramatização, estudos de caso, oficinas de trabalho.

Maffioletti (2004) afirma que os cursos devem considerar os seguintes princípios: aprende-se fazendo; as reflexões frequentes sobre o processo e o progresso da aprendizagem favorecem o conhecimento das dificuldades e dos erros bem como o apontamento de soluções; é importante validar o conhecimento e a experiência dos indivíduos como ponto de partida para aumentar o capital cultural por meio do ensino de conceitos e habilidades; é necessário deixar clara a aplicabilidade e importância do conhecimento discutido para que aumente a disponibilidade para assimilação e a probabilidade de que seja utilizado no seu dia a dia como cuidador de idosos. A autora recomenda que se utilizem métodos de ensino para viabilizar a aplicação dos princípios citados, tais como: 1) utilização de exemplos para indicar

a variedade de situações e aproximar a teoria da prática; 2) trabalhos em grupo que favoreçam a aprendizagem e o desenvolvimento de parcerias; 3) estímulo e acolhimento da contribuição dos alunos na formulação dos objetivos do curso para que possam se reconhecer neles.

As propostas das duas autoras, que atuam com cursos de formação de cuidadores de idosos, para serem aplicadas devem considerar o contato direto do aluno com o professor e seus colegas. Elas apresentam uma proposta educacional crítica, reflexiva, colaborativa, contextualizada e, ao mesmo tempo, técnica.

Tais discussões levantam a questão: “É possível realizar a formação de um contingente grande de pessoas que mantenha a postura crítica, reflexiva, colaborativa, contextualizada e técnica com ensino à distância sem precarizar o processo de ensino-aprendizagem para cursos de cuidadores de idosos?”.

Essa decisão vai depender da abordagem a ser adotada pelos cursos: apenas tecnicistas ou também críticos, reflexivos, colaborativos e contextualizados. Tanto cursos presenciais como à distância podem ter as características que se desejar. No caso de cursos virtuais, o desafio de realizar um curso crítico, reflexivo, colaborativo e contextualizado é maior, mas possivelmente é viável caso haja empenho para tal.

8.3.5 Órgão regulamentador dos cursos

Considerações sobre qual seria o órgão responsável pela regulamentação dos cursos – Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) ou Ministério da Educação (MEC) – foram realizadas em ambas as audiências públicas, sendo mais abordadas na primeira.

Nela, 29% dos enunciados do eixo Formação Profissional abordaram esse assunto. A maioria dos palestrantes afirmou que o MTE é responsável pela regulamentação, pois o MEC atua com ensino formal, ocupações de nível técnico, tecnológico e superior, e o MTE atua com qualificação social e profissional. A senadora Marta Suplicy afirmou acreditar que pelo MTE teria vantagem por conta do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec) e foi esclarecido que a regulamentação pelo MTE não inviabiliza o financiamento do Programa.

Na 2ª audiência, 15% dos enunciados do eixo Formação Profissional abordaram esse assunto. Durante a apresentação do texto substitutivo, a senadora Marta Suplicy explicou que foi delegada a competência de disciplinar questões relativas aos cursos no primeiro ano de

vigência da lei “aos órgãos públicos responsáveis pela certificação e autorização de funcionamento para cursos de cuidadores de pessoa idosa”. Ela foi questionada sobre qual seria esse órgão, e Tânia Mara Garib, a secretária de Estado de Trabalho e Assistência Social do Mato Grosso do Sul, foi categórica ao afirmar que quem regulamenta o trabalho é o Ministério do Trabalho (MTE) e isso não teria que ser discutido por ser uma regra brasileira, é constitucional.

O texto final do PLS 284/2011 (Anexo 3) deixou a questão em aberto:

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.*

CAPÍTULO 9

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa analisou o processo de regulamentação da profissão de cuidador de idoso através da teia discursiva gerada por vários atores sociais que se defrontaram durante a realização das duas audiências públicas organizadas pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS) do Senado Federal sobre o Projeto de Lei do Senado (PLS) 284/2011, que propõe a regulamentação da profissão de cuidador da pessoa idosa.

Atualmente, cuidador de idoso é ocupação e não profissão e a maior diferença entre ambas é a obrigatoriedade de formação para ser considerada profissão. Enquanto ocupação, parte dos cuidadores de idosos recebe formação, mas não existem regras gerais a serem seguidas pelas entidades que a oferecem. A regulamentação de uma profissão gera outras discussões importantes, como condições de trabalho, com esclarecimento amplo à sociedade a respeito das funções e dos direitos trabalhistas e a importância desse profissional ser inserido em políticas públicas, tendo em vista o crescimento da população idosa no Brasil.

Os aspectos histórico e social da regulamentação da profissão de cuidadores de pessoas idosas estão associados a mudanças importantes na sociedade brasileira caracterizadas por algumas transições fundamentais que devem ser consideradas: 1) **demográfica**: envelhecimento populacional proporcionado pela melhoria das condições de vida da população e avanço da tecnologia médica; 2) **epidemiológica**: aumento de doenças não transmissíveis, principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade entre os idosos; 3) **perfil familiar**: diminuição das famílias, entrada massiva da mulher no mercado de trabalho.

Os aspectos apresentados na justificativa incitaram-me a elaborar questões norteadoras da pesquisa que envolvem as duas audiências públicas organizadas pela Comissão de Assuntos Sociais do Senado sobre a proposta de regulamentação da profissão de cuidador de pessoa idosa: 1) de quem é a responsabilidade pelo cuidado aos idosos dependentes?; 2) qual é a relação dessa ocupação com profissões regulamentadas?; 3) quais são os encaminhamentos necessários após a regulamentação?

Em relação à primeira questão, legalmente, são responsáveis família, comunidade e Estado, sendo que historicamente o cuidado tem recaído sobre a primeira em detrimento dos demais. Frente às mudanças sociais indicadas acima, as famílias não têm mais conseguido assumir sozinhas o cuidado direto ao idoso e precisam de maior participação do poder público.

A desigualdade social no Brasil é conhecida e ampla, pois inclui diversas áreas da malha social, como acesso à educação, saúde, trabalho, transporte, moradia, alimentação, cultura, esporte, lazer, cidadania, dignidade. Vemos diferenças gritantes entre populações

pertencentes às classes A e B em relação às demais nessas áreas e isso inclui o cuidado. Famílias que podem pagar para terceirizar o cuidado o fazem, apesar de o custo ser alto, especialmente quando se opta por contratar cuidadores residenciais por 24 horas. Famílias que não podem pagar vivem dificuldades enormes e são criminalizadas por não conseguirem responder à demanda, sendo acusadas de negligência e abandono. É preciso analisar com muito cuidado a responsabilização única das famílias, pois elas estão inseridas em um contexto mais amplo, em que ocorre negligência em diversos outros âmbitos.

Como mencionou Karla Giacomim, a presidente do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), a falta de recursos da maior parte da população para contratar cuidadores formais gera um ciclo perverso. Para cuidar, o familiar para de trabalhar e perde seus direitos previdenciários, o que o faz depender no futuro da política de assistência social, que apenas oferece benefício nesses casos para pessoas acima de 65 anos. Caso fique doente antes dessa idade, não terá direito à cobertura financeira alguma.

Considero como grande avanço do PLS 284/2011 abordar a questão da responsabilidade do poder público e reforçar a obrigação estatal em relação à assistência direta ao idoso e à formação do cuidador de idosos. No entanto, nas duas audiências, foram mencionadas diversas vezes leis anteriores e mais complexas (Constituição Federal, Estatuto do Idoso e Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa) que não têm sido cumpridas no quesito cuidado ao idoso dependente. Por isso, é importante que a população tenha conhecimento de seus direitos e dos caminhos para cobrá-los, seja em manifestações, como as que vêm ocorrendo desde 2013, seja por meio de participação em conselhos de direitos nas esferas municipal, estadual e federal e denúncias às prefeituras e ao Ministério Público.

A segunda questão, “Qual é a relação dessa ocupação com profissões regulamentadas?”. O processo de regulamentação de uma profissão passa por discussões sobre a interface da profissão a ser regulamentada com outras que já passaram por esse processo. Como a atuação de cuidadores formais de idosos é uma realidade antes mesmo da regulamentação da profissão, observam-se arenas de conflitos pelo mercado de trabalho, tendo em vista que a atuação de profissionais de profissões regulamentadas inclui funções que cuidadores podem realizar, gerando disputa pelo mesmo público.

O principal questionamento foi quanto à administração de medicamentos, função que envolve diretamente a Enfermagem. A via parenteral, ou seja, injetável, de aplicação de medicamentos é privativa de profissionais da Enfermagem, e as demais não. Cuidadores de idosos bem treinados são capazes de administrar medicamentos nos horários e em dosagens corretas desde que sejam pelas vias de administração que eles possam ministrar. É preciso que

fiquem evidenciadas as vias de administração que os cuidadores de idosos formais podem assumir e quais não podem e essa regra ser seguida fielmente. Existem pormenores que devem ser precisados na lei ou na sua regulamentação, como aplicação de insulina em idosos diabéticos, já que é um procedimento invasivo e injetável, mas muitos pacientes realizam autoaplicações.

O distanciamento entre Enfermagem e cuidadores de idosos ficou muito evidente em enunciados emitidos nas duas audiências, no entanto, a ausência de representantes do Coren nas mesas é forte indicativo da dificuldade de diálogo e de manejar os conflitos latentes.

Um dos direitos fundamentais de todos os idosos é o acesso ao cuidado e é fundamental considerar que a regulamentação da profissão de cuidador vai além da problemática que envolve categorias profissionais e se insere na discussão sobre como a sociedade quer se organizar para lidar com o aumento crescente de idosos brasileiros que tem se intensificado nos últimos anos e será ainda mais potente nas próximas décadas.

Por fim, a última questão discutida foi “Quais são os encaminhamentos necessários após a regulamentação?”. A discussão é bastante extensa e, em especial, serão sintetizados dois aspectos: 1) detalhamento da formação quanto à carga horária e ao conteúdo mínimo; 2) critérios de dispensa do curso.

O texto final aprovado no Senado do PLS 284/2011 permite que os cursos sejam presenciais e semipresenciais, apesar dos conflitos gerados pela última proposta. Quanto ao conteúdo, discute-se que o ensino de técnicas e procedimentos é fundamental, mas não garante um cuidado de qualidade, sendo fundamental incluir conteúdos reflexivos sobre o contexto social, as mudanças de paradigmas em que o cuidado está inserido, a relação do idoso com a família moderna, dúvidas, incertezas e sentimentos que permeiam o cuidado cotidiana e inevitavelmente.

A formação dos cuidadores é fundamental e deve ser contínua e, nesse contexto, determinar a dispensa do curso para pessoas com pelo menos dois anos de experiência, mesmo que tenham sido aprovadas em programa de certificação de saberes, é perigoso, pois o discurso da experiência pode ocultar práticas impróprias repetidas sem que o cuidador ou o familiar percebam a iatrogenia nelas contida.

A análise e a discussão das audiências públicas evidenciaram a complexidade do tema, que envolve políticas públicas, formação, definição de competências e procedimentos, direitos trabalhistas e responsabilidade criminal. Durante as audiências, o contexto de crescimento populacional de idosos e as mudanças de paradigmas sociais indicavam a necessidade de profissionais bem formados para assumirem o cuidado ao idoso, tendo em vista que não pode

ser um serviço restrito às classes A e B, mas se transformar em política pública a ser efetivada o mais rápido possível.

Concluindo, a tese desta pesquisa é que o processo de regulamentação da profissão de cuidador de idosos passa pela sua regulação no mercado de trabalho, pois se relaciona com disputas com profissões já instituídas que se sobrepõem aos interesses e necessidades da população idosa que necessita de cuidados especiais.

Durante o processo ocorrido no Senado Federal para aprovação do PL 284/2011, observou-se a importância do diálogo aberto com a sociedade civil para refinamento e adequação do projeto, especificamente às políticas públicas, às competências e procedimentos, à formação profissional no qual ficaram evidentes as lutas pelo mercado de trabalho e as vozes de apoio à regulamentação da profissão, que vai obrigar os cuidadores de idosos a terem formação adequada e, conseqüentemente, irá contribuir para a melhoria dos serviços prestados aos idosos que deles necessitam.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283, de 26 de setembro de 2005. Brasília, 2005.

ALVES, Luciana Correia; LEITE, Iúri da Costa; MACHADO, Carla Jorge. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 4, 2008, p. 1199-1207.

ASSOCIAÇÃO FRANCISCANA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL CORAÇÃO DE MARIA. *Plano de ação 2011*: programa atendimento domiciliar a idosos com grau de dependência II (cuidadores de idosos). Campinas, SP, 2011.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v.13, n. 3, 2004. p. 16-29,

BORN, Tomiko. A formação de cuidadores: acompanhamento e avaliação. *Seminário Velhice Fragilizada (SESC)*. São Paulo, 2006.

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

_____. BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá providências. *Diário Oficial da União*, Poder Legislativo, Brasília, out. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*, Poder Legislativo, Brasília, out. 2006.

BRITES, André da Silva; SANTANA, Rosimere Ferreira. Manuais e guias práticos para a formação de cuidadores de idosos: implicações éticas e legais. *Revista Enfermagem Profissional*, v. 1, n. 1, 2014. p. 92-105.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Verbete “Apensação”. In: _____. Agência Câmara de Notícias. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/69896.html>>. Acesso em: nov. 2012a.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projetos de lei e outras proposições. Disponível em: <<http://www.camara.leg.br>>. Acesso em: nov. 2012b.

CAMARANO, Ana Amélia. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? In: HIRATA, Helena; GUIMARÃES, Nadya Araújo (Orgs.). *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Atlas, 2012. p. 148-165.

_____ et al. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 137-167.

_____ et al. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010. p. 187-212.

_____; KANSO, Solange. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADs. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010. p. 93-122.

_____; _____. FERNANDES, Daniele. Envelhecimento populacional, perda da capacidade laborativa e políticas públicas brasileiras entre 1992 e 2011. *Texto para discussão 1890*. Rio de Janeiro: IPEA, 2013.

_____; MELLO, Juliana Leitão. Introdução. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010a. p. 13-37.

_____; _____. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010b. p. 67-91.

_____; PASINATO, Maria Tereza. Introdução. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 1-22.

CAMARGO, Renata Cristina Virgolin Ferreira. Implicações na Saúde Mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, v. 6, n. 2, 2010. p. 231-254.

CAMPBELL-DOLLAGHAN, Kelsey. Uma incrível vila projetada para pessoas com demência. Disponível em: <<http://gizmodo.uol.com.br/vila-pacientes-demencia>>. Acesso em: mar. 2014.

CONCEIÇÃO, Luiz Fabiano Soriano. Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 20, n. 1, 2010. p. 81-91.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. PL do cuidador de idoso é aprovado com alterações. Disponível em: <http://novo.portalfen.gov.br/pl-do-cuidador-de-idoso-e-aprovado-com-alteracoes_15294.html>. Acesso em: mar. 2014.

COUTO, Juliana Aguiar Bittencourt. *A trajetória ocupacional de cuidadoras formais domiciliares de pessoa idosa: gênero, trabalho, qualificação e cuidado*. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

DANZINGER, Kurt. The varieties of social construction. *Theory and Psychology*, v. 7, 1997. p. 399-416.

DEBERT, Guita Grin. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: EDUSP/Fapesp, 2004.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. Indicadores de fragilização na velhice para o estabelecimento de medidas preventivas. *A Terceira Idade*, v. 18, n. 38, 2007. p. 7-24.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. *Manual dos formadores de cuidadores de pessoas idosas*. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social e Fundação Padre Anchieta, 2009.

_____ et al. Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo? A visão mostrada pelo estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento). In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010. p. 123-144.

FLAUZINO, Karina de Lima; TODARO, Mônica de Ávila. Motivos para frequentar um curso de cuidadores de idosos: um estudo comparativo. *Revista Kairós Gerontologia*, v. 15, n. 3, 2012. p. 141-157.

FÓRUM INTERNACIONAL WORLD DEMOGRAPHIC ASSOCIATION. *Declaração do Rio: além da prevenção e tratamento: desenvolvendo uma cultura do cuidado em resposta à revolução da longevidade*. Rio de Janeiro, 2013.

FRANZOI, Naira Lisboa. *Entre a formação e o trabalho: trajetórias e identidades profissionais*. Porto Alegre, RS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.

GOLDANI, Ana Maria. Contratos intergeracionais e reconstrução do Estado de Bem-Estar. Por que se deve repensar essa relação para o Brasil? In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 211-250.

GROISMAN, Daniel. *Envelhecimento, dependência e cuidado: desafios para as práticas educativas em saúde*. Estudos de Politécnica e Saúde, vol. 4. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

_____. Formação de cuidadores de idosos: avanços e retrocessos na política pública de cuidados no Brasil. In: MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso (Org.). *Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013. p. 391-419.

GRUPO VIDA BRASIL. Disponível em: <<http://www.grupovidabrasil.org.br>>. Acesso em: set. 2014.

GUIMARÃES, Nadya Araújo; HIRATA, Helena Sumiko; SUGITA, Kurumi. Cuidado e cuidadoras: o trabalho do *care* no Brasil, França e Japão. In: HIRATA, Helena Sumiko; GUIMARÃES, Nadya Araújo (Orgs.). *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Atlas, 2012. p. 79-102.

HIRATA, Helena. Globalização e divisão sexual do trabalho numa perspectiva comparada. In: GUIMARÃES, Nadya Araújo; HIRATA, Helena; SUGITA, Kurumi (Orgs.). *Trabalho flexível, empregos precários?* São Paulo: EDUSP, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Tendências demográficas: uma análise da população com base nos resultados dos censos demográficos 1940 e 2000. *Informação Demográfica e Socioeconômica n° 20*. Rio de Janeiro, 2007.

_____. *Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade – 1980 -2050*. Revisão 2008. Rio de Janeiro, 2008.

_____. *Síntese dos Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro, 2009.

_____. *Censo Demográfico 2010. Famílias e domicílios: resultados da amostra*. Rio de Janeiro, 2010.

_____. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores*. Rio de Janeiro, 2012.

JACOB FILHO, Wilson (Org.). *Prática a caminho da senecultura*. São Paulo: Atheneu, 2003.

KARSCH, Ursula M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, 2003. p. 861-866.

KAWASAKI, Kazue; DIOGO, Maira José D'Elboux. Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal – parte I. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, v. 35, n. 3, 2001. p. 257-264.

L'ABBATE, Solange. Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. *Mnemosine*, v. 8, n. 1, 2012. p. 194-219.

LIRA, Adriano. Rede americana de cuidados a idosos começa expansão no Brasil. *Revista Pequenas Empresas, Grandes Negócios*. Disponível em: <<http://revistapegn.globo.com/Noticias/noticia/2014/02/rede-americana-de-cuidados-idosos-comeca-expansao-no-brasil.html>>. Acesso em: mar. 2014.

LOUVISON, Maria Cristina Prado; ROSA, Tereza Etsuko da Costa. Envelhecimento e políticas públicas de saúde da pessoa idosa. In: BERZINS, Marília Viana; BORGES, Maria Claudia (Orgs.). *Política Públicas para um país que envelhece*. São Paulo: Martinari, 2012. p. 155-179.

MAFFIOLETTI, Virginia Lucia Reis. *Vicissitudes do cuidar: uma análise da preparação dos cuidadores de idosos*. 2004. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

_____; LOYOLA, Cristina M. Douat. A nova profissão de “cuidador de idosos” e suas implicações éticas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 7, n. 2, 2003. p. 283-292.

_____; _____. NIGRI, Fortunée. Os sentidos e destinos do cuidar na preparação dos cuidadores de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 4, 2006. p. 1085-1092.

MERHY, Emerson Elias. O cuidado é um acontecimento, e não um ato. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). *I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2006. p. 69-78.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec). Disponível em: <<http://pronatec.mec.gov.br/>>. Acesso em: jun. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília, 2007.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Classificação Brasileira de Ocupações. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>>. Acesso em: mar. 2013.

MOL, Annemarie. Política ontológica. Algumas ideias e várias perguntas. In: NUNES, João Arriscado; ROQUE, Ricardo (Orgs.). *Objectos impuros*. Experiências em estudos sociais da ciência. Porto: Afrontamento, 2008.

OLIVEIRA, Bernadete de. *Quem cuidará de nós em 2030?* 2014. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília, 2005.

PACHECO, Luciana Botelho. *Como se fazem as leis*. 3. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, 2013.

PASTORAL DA PESSOA IDOSA. Projeto Amigo da Pastoral da Pessoa Idosa. Disponível em: <<http://www.pastoraldapessoaidosa.org.br/index.php/pappi.html>>. Acesso em: mar. 2014.

PAULIN, Grasielle Silveira Tavares. *Os sentidos do envelhecer na preparação de cuidadores formais de idosos: uma estratégia de promoção de saúde*. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

PORTAL ATIVIDADE LEGISLATIVA. PLS 284: Projeto de Lei do Senado que regulamenta a profissão de cuidador de idoso. 2011. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=100403>. Acesso em: nov. 2012.

PORTAL DA TERCEIRA IDADE. Campanha “seja um cuidador voluntário” ganha mais voluntários. Disponível em: <http://www.portalterceiraidade.com.br/dialogo_aberto/cidadania/especial0001.htm>. Acesso em: mar. 2014.

RASERA, Emerson F.; JAPUR, Marisa. Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a psicologia. *Paidéia*, v. 15, n. 30, 2005, p. 21-29.

RAVAGNI, Leda Almeida Cruz. O cuidador da pessoa idosa: formação e responsabilidades. In: BORN, Tomiko (Org.). *Cuidar melhor e evitar a violência: manual do cuidador da pessoa idosa*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008. p. 53-58.

RESENDE, Márcia Colamarco Ferreira; DIAS, Elizabeth Costa. Cuidadores de idosos: um novo/velho trabalho. *Physis Revista Saúde Coletiva*, v. 18, n. 4, 2008, p. 785-800.

REVISTA HOME ANGELS. Mapa da rede de atendimento da Home Angels. *Revista Home Angels*, v. 1, n. 4, 2014 p. 20-21.

RIBEIRO, Raquel Noel. *Associação da representação da doença e da internação aos níveis de ansiedade e de depressão entre pacientes internados na enfermaria e pacientes atendidos no ambulatório do Serviço de Geriatria no ICHC-FMUSP*. 2004. Número de folhas. Monografia (Especialização em Psicologia Hospitalar em Hospital Geral) – Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

_____. *A construção da velhice positivada em propagandas televisivas direcionadas ao público idoso*. 2007. Número de folhas. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

_____. A reconstrução da velhice: ações políticas e sociais no Brasil e no mundo. *Revista de Estudos Universitários*, v. 37, n. 1, 2011. p. 295-310.

ROSA, Tereza Etsuko da Costa et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n. 1, 2003. p. 40-48.

SANTOS, Álvaro da Silva; KARSCH, Úrsula Margarida; MONTAÑÉS, Concha Menéndez. A rede de serviços de atenção à saúde do idoso na cidade de Barcelona (Espanha) e na cidade de São Paulo (Brasil). *Serviço Social & Sociedade*, n. 102, 2010. p. 365-386.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. *Cuidados domiciliares de saúde: guia de apoio*. São Paulo, 2007.

SILVA, Vanessa Gomes. *Concepções e práticas da educação politécnica: formação de trabalhadores para o cuidado ao idoso na EPSJV/Fiocruz*. 2012. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2012.

SOUZA, Mauro Rodrigues de. Os direitos trabalhistas do cuidador formal da pessoa idosa. In: BORN, Tomiko (Org.). *Cuidar melhor e evitar a violência*: manual do cuidador da pessoa idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008.

SPINK, Mary Jane. Subvertendo algumas dicotomias instituídas pelo hábito. *Athenea Digital*, v. 4, 2003. p. 1-7.

_____. *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

_____. Psicologia Social e Saúde: trabalhando com a complexidade. *Quadernos de Psicologia*, vol. 12, n. 1, 2010. p. 41-56.

_____; FREZZA, Rose Mary. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In: SPINK, Mary Jane (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999. p. 17-39.

SPINK, Peter. Análise de documentos de domínio público. In: SPINK, Mary Jane (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*: aproximações teóricas e metodológicas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 123-151.

UNITED NATIONS. United Nations principles for older persons. New York, 1991. Disponível em: <http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/46/91>. Acesso em: out. 2014.

YANNOULAS, Silvia Cristina. Feminização ou feminilização? Apontamentos em torno de uma categoria. *Temporalis*, v. 2, n. 22, 2011, p. 271-292.

ANEXO1
PLS Nº 284/2011
TEXTO ORIGINAL

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 284, DE 2011

Dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de idoso.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O cuidador de idoso é o profissional que, no âmbito domiciliar de idoso ou de instituição de longa permanência para idosos, desempenha funções de acompanhamento de idoso, notadamente:

- 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.

Parágrafo único. Instituição de longa permanência para idosos é a instituição destinada à residência coletiva de pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, com ou sem suporte familiar.

Art. 2º Poderá exercer a profissão de cuidador de idoso o maior de 18 anos que tenha concluído o ensino fundamental e que tenha concluído, com aproveitamento, curso de cuidador de pessoa conferido por instituição de ensino reconhecida pelo Ministério da Educação.

Parágrafo único. São dispensadas da exigência de conclusão de curso de cuidador as pessoas que, à época de entrada em vigor da presente Lei, venham exercendo a função há, pelo menos, dois anos.

Art. 3º É vedado ao cuidador de idoso o desempenho de atividade que seja de competência de outras profissões da área de saúde legalmente regulamentadas.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

ANEXO2

PLS Nº 284/2011

**TEXTO APRESENTADO NA 2ª
AUDIÊNCIA**

EMENDA Nº 01 – CAS (SUBSTITUTIVO) PROJETO DE LEI Nº 284, 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, ambiental e de nutrição, preservando-se a sua dignidade e a sua intimidade.

III – cuidados de saúde preventivos, administração de medicamentos e outros procedimentos auxiliares de saúde. IV – auxílio e acompanhamento na mobilidade da pessoa idosa.

V – zelo, observando para tanto cuidados com a segurança e a integridade da pessoa idosa.

§ 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 de pessoa idosa, 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 pautadas pelo respeito, compaixão e paciência para com a pessoa idosa.

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

§ 5º A relação de emprego entre o contratante e o cuidador de pessoa idosa, quando a atividade for exercida na residência da pessoa cuidada, seguirá a Lei nº 5.859, de 11 de dezembro de 1972 e legislação correlata.

Art. 3º Poderá exercer a profissão de cuidador de pessoa idosa o maior de dezoito anos que tenha concluído o ensino fundamental e que tenha concluído, com aproveitamento, curso de qualificação para a formação de cuidador de pessoa idosa, conferido por instituição de ensino reconhecida por órgão público de educação competente.

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

§ 2º O maior de trinta anos que concluir, com aproveitamento, programa de certificação de saberes, reconhecido pelo Ministério da Educação, ficará dispensado da frequência ao curso previsto no caput.

§ 3º São dispensadas da exigência de conclusão de curso de cuidador as pessoas que, à época de entrada em vigor da presente Lei, venham exercendo a função há, pelo menos, dois anos.

Art. 4º É vedado ao cuidador de pessoa idosa o desempenho de atividade incluída na competência privativa de outras profissões da área de saúde, legalmente regulamentadas, exceto se legalmente habilitada para tanto.

Art. 5º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão integrar cuidadores de pessoa idosa às equipes públicas de saúde e de assistência social.

Parágrafo único. O Ministério da Educação deverá incluir a atividade de cuidador de pessoa idosa nos programas de certificação de saberes.

Art. 6º A Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso), passa a vigorar acrescida do seguinte artigo:

“Art. 108-A. Aumenta-se em 1/3 (um terço) as penas para os crimes previstos nesta Lei quando cometidos por cuidador de pessoa idosa no exercício de sua profissão.” (NR)

Art. 7º Art. 1º O art. 12º da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 12.

VII - a contribuição patronal paga à Previdência Social pelo empregador doméstico ou empregador contratante de cuidador de pessoa idosa, com exercício no âmbito doméstico, incidente sobre o valor da remuneração do empregado.
..... § 3º
.....

I -

a) a um empregado doméstico e a um cuidador de pessoa idosa por declaração, inclusive no caso da declaração em conjunto;

IV - fica condicionada à comprovação da regularidade do empregador doméstico ou do contratante de cuidador de pessoa idosa, com exercício no âmbito doméstico, perante o regime geral de previdência social quando se tratar de contribuinte individual.
.....” (NR)

Art. 8º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação. Sala da Comissão,

, Presidente

, Relatora

ANEXO 3

PLS Nº 284/2011

TEXTO APROVADO NO SENADO

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. 2§ 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.

ANEXO 4
PLS Nº 284/2011
QUADRO SÍNTESE DA 1ª AUDIÊNCIA
PÚBLICA

	Tânia	Karla	Marília	Jorge	Marta	Moka	Ana Paula	Rosimeir e	Luiza	Marta	Moka
A (Pol. Pub)	A1: aumento da população idosa A2: responsabilidade da família	A3: aumento da população idosa A4: responsabilidade da família e estado A5: formação	A6: responsabilidade da família e estado				A7: formação (Min. Trab.)		A8: aumento da população idosa A9: formação (Min. Saúde) A10: responsabilidade da família e o estado orienta o cuidador		
B (Formação)	B1: padrão mínimo B2: escolaridade (ensino médio) B3: órgão de regulamentação (MTE)	B4: órgão de regulamentação (MEC) B5: padrão mínimo	B6: padrão mínimo B7: escolaridade (ens. fund.) (técnico) B8: órgão de regulamentação (não MEC)	B9: escolaridade (fundamental ?)	B10: escolaridade e (não exclusão de ensino fundamental)	B11: escolaridade de (não exclusão de ensino fundamental)	B12: escolaridade (fundamental) B13: órgão de regulamentação (MTE)	B14: escolaridade (ensino superior)		B15: órgão de regulamentação (MEC, MTE) B16: escolaridade (não exclusão de ensino fundamental)	B17: (não exclusão de ensino fundamental)
C (Compet.)	C1: enfermagem C2: locais de atuação		C3: não realizar funções de outras profissões C4: locais de atuação	C5: enfermagem C6: locais de atuação							C7: enfermagem e medicamento
D (Dir. Trab)	D1: trabalho decente		D2: trabalho decente							D3: piso salarial	
E (Res. Criminal)											

ANEXO 5
PLS Nº 284/2011
QUADRO SÍNTESE DA 2ª AUDIÊNCIA
PÚBLICA

	Marta	Marília	Marta	Ana Pianucci	Marisa Accioly	Marta	Senhora da plateia	Serafim Paz – plateia	Ana Pianucci	Marta
A (Pol. Pub)	A1: aum. Pop. A2: adequação dos espaços públicos									
B (Formação)	B1: nível de escolaridade B2: nível de escolaridade B3: órgãos regulamentadores B4: dispensa do curso (30 anos e 2 anos de exp)	B5: dispensa do curso B6: curso presencial x virtual B9: órgão que regulamenta B10: padrão mínimo do curso B11: órgão que regulamenta B12: nível de escolaridade	B7: curso presencial x virtual	B8: curso presencial x virtual	B13: padrão mínimo do curso B14: curso presencial x virtual B15: dispensa do curso	B16: dispensa do curso	B17: dispensa do curso	B18: nível de escolaridade B19: curso presencial x virtual B20: padrão mínimo do curso	B21: padrão mínimo do curso	

C (Compet.)	C1: medicamentos C2: medicamentos C3: exclusivamente ao idoso C4: locais de atuação C5: princípios éticos C6: medicamentos.	C7: exclusivamente ao idoso C8: princípios éticos			C9: princípios éticos			C10: exclusivamente	C11: Cuidado e assistência C13: medicamentos	C12: Cuidado e assistência C14: medicamentos
D (Dir. Trab)	D1: CLT e trabalhador doméstico D2: direitos trabalhistas	D3: trabalho digno								
E (Res. Criminal)	E1: aumento da pena	E2: aumento da pena						E3: aumento da pena (não modificar o estatuto)		

	Plateia	Daniel Groisman – plateia	Representante 1 Coren – plateia	Representante 2 Coren – plateia	Elen	Marta	Mercedes Cofiel	Senhora idosa – ABRAz - plateia	Francisca Mendonça - plateia	Tania Mara Garib
A (Pol. Pub)									A3: serviços públicos de cuidadores	
B (Formação)		B22: padrão mínimo do curso B23: curso presencial x virtual					B24: padrão mínimo do curso (conteúdo)			B25: órgão que regulamenta B26: padrão mínimo do curso
C (Compet.)	C15: cuidado e assistência		C16: medicamentos	C17: medicamentos	C18: medicamentos C19: cuidadores não são da saúde	C20: cuidadores não são da saúde		C21: medicamentos		
D (Dir. Trab.)										
E (Resp. Cr.										

	Lídia Nadir – George presidente ACIRMESP	Márcia da Mota Pinto	Marta	Raquel Ribeiro	Angélica – SBGG RJ - plateia	Karen - plateia	Rafael – plateia	Marta	Marília
A (Pol. Pub.)		A4: formação de cuidadores (Min. Trabalho - Pronatec)	A5: formação de cuidadores (Min. Trabalho - Pronatec)						
B (Formação)						B27: quem pode ser dispensado			
C (Compet.)	C22: atuação para além dos medicamentos				C23: medicamentos	C24: medicamentos	C25: medicamentos		
D (Dir. Trab.)				D4: precarização		D5: precarização		D6: precarização	D7: precarização
E (Resp. Cr.)									