

Lenara Lamas Stelmak

O CUIDADO EM SAÚDE  
Dialogando Brasil e Uruguai

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos da Universidade Católica de Pelotas, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Política Social.

Orientadora: Profa. Dra. Vini Rabassa da Silva

Pelotas, 2018

**S824c** Stelmake, Lenara Lamas

**O cuidado em saúde: dialogando Brasil e Uruguai.** / Lenara Lamas Stelmake. – Pelotas: UCPEL, 2018.

185 f.

Tese (doutorado) – Universidade Católica de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos, Pelotas, BR-RS, 2018. Orientadora: Vini Rabassa da Silva.

1. cuidado. 2. cuidado em saúde. 3. cuidado domiciliar. 4. família. 5. sistemas de saúde. I. Silva, Vini Rabassa da, or. II. Título.

CDD 614

Lenara Lamas Stelmake

O CUIDADO EM SAÚDE  
Dialogando Brasil e Uruguai

Esta Tese foi julgada adequada para a obtenção do Título de Doutora em Política Social e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos, da Universidade Católica De Pelotas.

Pelotas, fevereiro de 2018

---

Prof. Dr. Luiz Antônio Chies  
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Vini Rabassa da Silva (Orientadora)  
Universidade Católica de Pelotas

Profa. Dra. Mara Rosange Acosta de Medeiros  
Universidade Católica de Pelotas

Profa. Dra. Maria Aurora Dropa Chrestani César  
Universidade Federal de Pelotas

Profa. Dra. Vilma Margarete Simão  
Fundação Universidade Regional de Blumenau

## DEDICATÓRIA

*O pai hoje deve estar com o dicionário da língua portuguesa embaixo do braço,  
torcendo para que eu não fale como ele, mas lembre sempre de onde venho.*

*A mãe, orgulhosa porque escovei os cabelos  
sem precisar debater, discutir e argumentar comigo a importância de tal feito.*

*A Lorena, aliviada por eu estar com a cabeça centrada aqui, agora  
(pensa ela).*

*Dedico este trabalho aos meus grandes e eternos amores,  
pai Mariano, mãe Edy e minha irmã Lorena,  
meus cuidadores/cuidados incondicionais,  
que me ensinaram a ser o que somos - humanos.*

## AGRADECIMENTOS

*À Universidade Católica de Pelotas,  
que me possibilitou a formação acadêmica e profissional, desde a graduação.*

*Ao Programa de Pós-Graduação em Política Social,  
que com seus docentes e funcionários, contribuiu para esta formação,  
a Lucimar em especial.*

*À professora e orientadora substituta Vini Rabassa da Silva,  
pela valorosa acreditação em mim, **insistindo e resistindo** desde, meus 17 anos,  
para que me tornasse uma profissional e pessoa melhor,  
assim, minha eterna mestre.*

*Às professoras doutoras Maria Aurora Dropa Chrestani Cesar  
e Mara Rosange Acosta de Medeiros,  
por se disponibilizarem a ofertar seu conhecimento e saber para com minha tese,  
de maneira carinhosa.*

*À professora doutora Vilma Margarete Simão,  
pela alegria do reencontro e por ter aceito participar da análise deste trabalho, de  
forma agregadora.*

*Ao meu cunhado Teodolino e sobrinho Lucas,  
pelo acolhimento amoroso.*

*À minha prima Rosely, amigas Denise, Diná, Diva,  
Rosa, Neida, Mytzly, Anadege, Manuela, Claudinha  
– sem o apoio de vocês não teria chegado aqui –,  
pela infinita compreensão e carinho.*

*Às colegas de trabalho, assistentes sociais e amigas Anete e Nilza,  
pelo apoio e colaboração neste doutorado  
e pelo companheirismo em diversos momentos profissionais e de vida,  
toda a gratidão.*

*Aos colegas de trabalho da UBS CSU Areal,  
pela paciência.*

*Aos usuários da UBS CSU Areal,  
pela compreensão nas ausências,  
em especial, ao grupo Oficina de Criação Coletiva,  
me ensinando que “a normalidade é um caminho pavimentado:  
é confortável para andar, mas não nascem flores” (Van Gogh).*

*À minha primeira orientadora de estágio, Marta Barros,  
ainda guardo meu diário amarelado, com teu perfume,  
à Renata minha colega,  
pela alegria e pelos desesperos da adolescência.*

*À turma toda do Doutorado  
e, em particular, à Daiane (**acalma teu coração**),  
João Koglin (**agora é foco**),  
Juliana (**só por Deus**)  
e Rosaura (**vamos tomar um cafezinho, eu pago!!!**),  
frases guardadas no coração.*

*Aos colegas veterinários, Marlete, Bruna e Nogueira, e seus alunos,  
pelo incentivo, apoio e amizade.*

*Ao professor doutor Avelino Oliveira,  
pela leitura e correção competente e rigorosa deste texto.*

*À Universidade Federal de Pelotas,  
por possibilitar meu aperfeiçoamento profissional .*

*À CAPES,  
pela taxa de estudos.*

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

*À professora Delci de Negri,  
todas as palavras e gestos não serão suficientes  
para agradecer tamanho **cuidado** comigo na 2ª série, aos meus 7 anos.  
Mais que escrever de letrinhas em carreirinha,  
teu abraço me ensinou que o outro existe.*

*A vida é cheia de surpresas!  
Depois dos 50 anos, descobri outro abraço de professora que iria me **cuidar**,  
Professora Regina Célia Tamaso Mito,  
minha orientadora até dezembro de 2016  
e que me acompanha até hoje nesta caminhada.  
Como diz a Vilma, “uma referência bibliográfica agora é nossa professora”.  
Seu saber foi um ganho enorme, de vida e profissional,  
mas ir de braços dados fazer compras em lojinha de artesanato  
em dia de temporal  
é leveza, afeto,  
para sempre.*

## RESUMO

O cuidado constitui-se em importante tema de estudos e debates e vem sendo incorporado ao campo da política social, especialmente da saúde, como fundamental na reestruturação das práticas em saúde voltadas para as necessidades da população. Trata-se de discussão necessária, que tem como elementos propulsores as transformações da família – que tradicionalmente é tida como responsável pelo cuidado –, a transição demográfica e a transição epidemiológica. Para entender como o cuidado vem sendo debatido na América Latina e incorporado, particularmente na política de saúde, escolheu-se tomar os casos do Uruguai e do Brasil. O Uruguai foi escolhido por sua importante história institucional em relação à consolidação de cidadania e bem-estar, além de apresentar o maior índice de envelhecimento da América Latina (OCDE, 2015) e um debate consolidado sobre a questão do cuidado. O Brasil, além do óbvio, por ter incluído a questão do cuidado como estruturante na política de saúde e por não se contar com um debate denso sobre a questão do cuidado no âmbito da sociedade brasileira. A partir dessa definição, realiza-se pesquisa de natureza qualitativa através da análise documental, buscando alcançar os seguintes objetivos: sistematizar o contexto da produção do cuidado em saúde no Brasil e no Uruguai, no escopo da política social; analisar o processo de desenvolvimento de políticas e ou programas voltados ao Cuidado em Saúde no Brasil e Uruguai, apontando semelhanças e diferenças em seus processos. Constata-se que, embora com muitos pontos em comum, os dois sistemas apresentam diferenças importantes: o Uruguai é claro ao colocar o sistema de saúde envolvendo os setores público e privado, enquanto o Brasil apresenta seu sistema como universal-público, mascarando o setor privado como saúde suplementar; em relação ao cuidado, o Brasil ainda o trata como questão privada e isso repercute na forma como a família é incorporada ao cuidado na política de saúde, ao passo que no Uruguai, embora essa mesma configuração tenha se expressado na política de saúde, houve reversão dessa lógica, através da busca de alternativas que vão além da responsabilidade da família e da comunidade, resultando na criação do Sistema Nacional de Cuidados, que implica de forma ampliada o Estado na oferta de cuidados à população, ou seja, no Uruguai, o cuidado consta como uma questão pública na agenda governamental.

Palavras-Chave: cuidado, cuidado em saúde, cuidado domiciliar, família, sistemas de saúde

## ABSTRACT

Care consists in an important subject of studies and discussions and it has been merged to the social politics field, especially on the health sphere, as fundamental in health practice restructuring geared for population's needs. It's an essential discussion that has as propellant factors the family transformations - which is traditionally assumed as responsible for the care - the demographic and epidemiological transition. To understand how care has been debated in Latin America and merged, particularly in health politics, the choice was to take Uruguay and Brazil's examples. Uruguay was chosen for its important institutional history regarding the citizenship and well-being consolidation, besides presenting the highest rate of Latin America's ageing (OECD, 2015) and a well-established debate on the care matter. Brazil, beyond the obvious, for including the care matter as structuring on health politics and for not having a dense discussion on the care matter of Brazilian society's sphere. Stem from this definition, a qualitative nature research is performed through documentary analysis, searching for the achievement of the following goals: systematize the production context of Brazil and Uruguay's health care, ranging on social politics; to analyze the politics development process and or programs related to the health care in Brazil and Uruguay, pointing out similarities and differences on their processes. The fact is that, although with many common grounds, the two systems present important differences: Uruguay is direct when placing the health system engaging public and private sectors, while Brazil presents its system as universal-public, disguising the private sector as supplementary health, regarding care, Brazil still treats it as a private matter and it rebounds in the way family is merged to politics' health care, whereas in Uruguay, although this same setting has been expressed on health politic, a reversion of this logic happened, through the search of alternatives that go beyond family and community responsibility, resulting on the creation of the Sistema Nacional de Cuidados, that implies on an expanded form the State on the population's care offer, that is, in Uruguay, the care consists as a public matter of governmental agenda.

**KEYWORDS:** care, health care, home care, family, health systems.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

AD - Assistência domiciliar.

AD - Atenção domiciliar.

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

APS – Atenção Primária a Saúde.

ASSE - Administracion de Servicios de Salud del Estado.

BM - Banco Mundial

BPC - Base de Prestaciones y Contribuciones

BPS - Banco de Previsión Social

BPS - Banco de Previsión Social.

CAIF - Centro de Atención a la Infancia y la Familia.

CAPI - Centros de Atención a la Primera Infancia.

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.

CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina e Caribe.

CIT- Comissão Intergestores Tripartite.

CNS - Conferência Nacional de Saúde.

CNS - Conselho Nacional de Saúde.

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira.

CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimento Financeiro.

DAB - Departamento de Atenção Básica.

DPVAT - Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de vias Terrestres.

DST/AIDS - Doença Sexualmente Transmissível / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar.

EMAP - Equipes Multidisciplinares de Apoio

ENIA - Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia.

ESF - Estratégia Saúde da Família.

ESF - Estratégia Saúde da Família.

EUA- Estados Unidos da América.

FHC - Fernando Henrique Cardoso.

FNS - Fundo Nacional Saúde.

FONASA - Fondo Nacional de Salud.

GT - Grupo de Trabalho.

HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS

IAMC - Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

IAMSPE - Instituto de Assistência ao Servidor Público Estadual.

ID – Internación Domiciliaria

IMAE - Instituto de Medicina Altamente Especializada.

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Medica da Previdência Social.

INAU - Instituto del Niños y Adolescentes de Uruguay.

INE - Instituto Nacional de Estadística.

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

IRG - Instituto de Investigación e debate de la gobernanza

IVA - Impuesto al Valor Agregado

JUNASA - Junta Nacional de Salud.

LOS - Lei Orgânica de Saúde.

MDS - Ministério do Desenvolvimento Social.

MEC - Ministerio de Educación y Cultura.

MEF - Ministerio de Economía y Finanzas

MIDES - Ministerio de Desarrollo Social

MS - Ministério da Saúde.

MS - Ministério da Saúde.

MSP - Ministério de Saúde Pública.

MTSS - Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

OMS - Organização Mundial da Saúde.

ONGS - Organizações não governamentais sem fins lucrativos.

OPP - Oficina de Planeamiento y Presupuesto

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

PIAS - Plan Integral de Atención en Salud.

PIB - Produto Interno Bruto.

PNAM - Política Nacional de Alimentación y Nutrición.

PNCP - Programa Nacional para el Control de Patógenos.

PNH - Política Nacional de Humanização.

PNH - Política Nacional de Humanização.

PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.

PSF - Programa de Saúde da Família.

SAD - Serviços de Atenção Domiciliar.

SADT - Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia.

SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência.

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública.

SIVE - Sistema de Información sobre Vejez y Envejecimiento.

SNC - Sistema Nacional de Cuidados

SNIS - Sistema Nacional Integrado de Salud.

SUS - Sistema Único de Saúde.

UDELAR - Universidad de la República

## SUMÁRIO

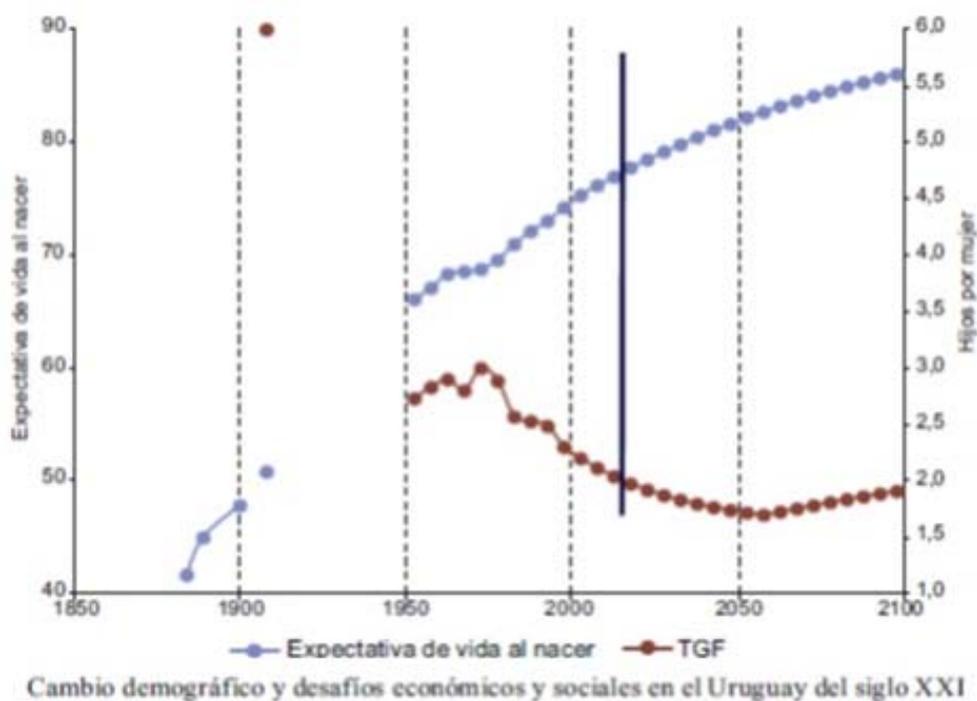
1	INTRODUÇÃO .....	15
2	CUIDADO EM SAÚDE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA .....	27
2.1	O debate sobre o cuidado .....	27
2.2	A família como provedora de cuidado .....	35
2.3	O cuidado em saúde .....	49
2.4	A tradição do cuidado domiciliar no cuidado em saúde .....	54
3	A ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO E A POLÍTICA DE CUIDADO .....	59
3.1	O Debate da Saúde no Brasil.....	59
3.2	A opção por uma concepção de saúde.....	63
3.3	O Sistema Único de Saúde Brasileiro .....	67
3.3.1	Financiamento do SUS .....	75
3.4	A questão do cuidado no sistema único de saúde (SUS).....	76
3.5	O cuidado domiciliar.....	83
3.5.1	Portarias regulamentares do cuidado domiciliar no Brasil .....	85
4	URUGUAI: O SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SAÚDE E SUA POLÍTICA DE CUIDADO E A CRIAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE CUIDADOS 90	
4.1	O Debate da Saúde no Uruguai .....	90
4.2	Política Nacional de Saúde do Uruguai – Sistema Nacional Integrado de Saúde – SNIS.....	93
4.3	O Sistema Nacional Integrado de Cuidados .....	104
5	CUIDADO NA POLÍTICA DE SAÚDE DO BRASIL E DO URUGUAI: CONSIDERAÇÕES SOBRE SUAS TRAJETÓRIAS E DESDOBRAMENTOS .....	118
5.1	A política de saúde no Brasil e a incorporação do cuidado .....	118
5.2	Uruguai: do cuidado no Sistema Nacional Integrado de Saúde ao Sistema Nacional de Cuidados .....	131
5.3	Brasil e Uruguai: aproximações, distanciamentos e desafios .....	142
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	154
	REFERÊNCIAS .....	163
	ANEXO I .....	184
	ANEXO II .....	185

## 1 INTRODUÇÃO

Contando com os novos e sofisticados incrementos tecnológicos, que trouxeram avanços em todas as áreas da vida, não alcançamos respostas verdadeiras às novas demandas da sociedade contemporânea, como a violência, a exclusão social, o envelhecimento, a urbanização desordenada e tantas outras. Junto às mudanças sociais, econômicas, demográficas e epidemiológicas, que ressoam intensamente na família, a questão do cuidado tem se caracterizado como uma nova demanda no campo da política social contemporânea. A forte queda na fecundidade e o aumento da expectativa de vida configuraram um novo perfil demográfico, marcado pelo envelhecimento da população latino-americana. Em anos recentes, observam-se tendências de crescimento baixo ou mesmo negativo da população jovem, desaceleração do crescimento da população em idade ativa e grande crescimento do contingente de idosos (CEPAL,2013).

Um exemplo expressivo disso é a realidade uruguaia, conforme se pode observar na Fig. 1, abaixo.

Figura 1 – Uruguai: evolução da fecundidade e mortalidade, 1900 – 2100



Fonte: Cepal, 2016, p.15

Esta mudança pode ser acompanhada no estudo realizado pela Cepal com referência também ao Brasil

Figura 2 - Taxa de crescimento anual da população total, por grupo de idade

País	2000 - 2005			2010 - 2015			2020 - 2025			2080 - 2035		
	Grupos de edad / Age group									0 - 14	15 - 59	60 y más / 60 and over
	0 - 14	15 - 59	60 y más / 60 and over	0 - 14	15 - 59	60 y más / 60 and over	0 - 14	15 - 59	60 y más / 60 and over			
Brasil	-1,3	16,9	31,1	-13,7	10,5	39,7	-11,1	1,9	38,3	-7	-2	26,1
Cuba	-18,6	5,3	21,7	-19,9	3,1	27,3	-7,6	-15,6	38,5	-11,5	-16,3	19,3
Uruguay	-6,2	1,2	6,1	-6,6	4,7	10,7	-4,3	1,7	14	-7	-0,5	13,8
América Latina	1	17,7	29,4	-4,8	12,9	37	-4,7	6,2	35,1	-5,6	2,3	27,8

Fonte: CEPAL, Anuario estadístico de América Latina y el Caribe – 2014

Na maioria dos países da América Latina, o processo de envelhecimento começa a ocorrer no meio de economias frágeis, altos níveis

de pobreza, desigualdades sociais e econômicas e com enorme demanda de acesso aos serviços e recursos coletivos (PALLONI; PELÁEZ, 2003). Ou seja, nós estamos ficando velhos antes de ficarmos ricos (WHO, 2001). Na realidade, estamos envelhecendo em países pobres, com corrupção, com políticas sociais fragmentadas e sem sinais de que o Estado esteja se esforçando para enfrentar as transformações (PEREIRA, 2008). Nossa pobreza assim tem sido quantificada e “el número de pobres en América Latina y el Caribe aumento em siete millones en 2015, pasando desde 168 millones a 175 millones de personas, debido a la contracción económica que sufre la región” (CEPAL, 2016, p.6).

Além disso, são notórias as mudanças epidemiológicas evidenciadas pela diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas não-transmissíveis. As doenças passam de um processo agudo, que termina em cura ou morte, para um Estado crônico, em que as pessoas sofrem durante longos períodos da vida, além de um crescimento da prevalência de fatores como a obesidade e o sedentarismo, concorrentes diretos para o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (LEBRÃ, 2009, FRENK et al., 1991). Em 2010, segundo Duarte & Barreto (2012), as DCNT responderam por 73,9% dos óbitos no Brasil, dos quais 80,1% foram devido a doença cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica ou diabetes. Lebrã (2009) lembra que, ainda que tenhamos este novo perfil sendo instalado em nossos países, é grande a proporção de doenças infecciosas e parasitárias, muito em razão de características próprias de terceiro mundo, exigindo ajustes no cuidado dessas novas características, sem descuidar do já instalado. Ainda assinala Barreto (1995, p.1) que

outra principal debilidade do esquema teórico da transição epidemiológica seria a de enfatizar a tecnologia médica como principal alternativa interveniente no curso da transição, desconsiderando o papel que as variáveis econômicas e sociais desempenham neste processo.

No bojo dessas mudanças, o cuidado vai se tornando uma questão cada vez mais preocupante, à medida que a família, que tradicionalmente

assumia essa tarefa, vai dando sinais cada vez maiores de que não pode mais atender as expectativas de cuidado nela depositadas. Como consequência das mudanças nos arranjos familiares, do envelhecimento da população, da maciça entrada das mulheres no mercado de trabalho, do novo papel social da mulher, da negação feminina de seu papel de cuidadora central da família, da ausência de políticas de conciliação entre trabalho e responsabilidades familiares, bem como do quadro de indefinições da corresponsabilidade entre Estado, mercado e famílias na provisão de bem-estar, torna-se visível a chamada “crise do cuidado” (MANGO, 2014, p. 8; MIOTO e SIMÃO 2016, DALY e LEWIS, 2011).

A crise ocorre quando há um aumento do número de pessoas que, por seu status como dependentes, necessitam de cuidados e, ao mesmo tempo, reduz-se a proporção de pessoas dispostas a tomar conta dessa função, nas condições impostas às mulheres da família tradicional. A solução dessa crise dependerá de como a questão do cuidado se insere no campo da política social nos diferentes países.

Para Aguirre (2009), historicamente o cuidado às pessoas foi atendido por meio das famílias. Porém, por um lado, as famílias mudaram e suas necessidades de cuidado não são as mesmas; tampouco as pessoas que podem prestá-lo são as mesmas. Por outro lado, as transformações culturais, os processos de individualização e secularização diluem os laços tradicionais de família. Esses processos afetam as demandas de cuidados e as possibilidades de satisfazê-los. Em contrapartida, a família hoje passa por um processo de supervalorização no contexto da provisão de bem-estar. No que tange ao desenvolvimento social, expande-se o perfil compensatório e residual da política social, com base nos critérios da focalização, da privatização e da participação da sociedade civil na execução de programas e serviços sociais (PEREIRA, 2004). Com isso, além de se penalizar a família na proteção social no campo político, os problemas coletivos tornam-se individuais, pois a preocupação com o coletivo, o comunitário dá lugar às disputas por interesses individuais, gerando a desmobilização social e a ênfase no individualismo.

Quando da responsabilização da família no cuidado dos seus, em detrimento do Estado no provimento de serviços e recursos, chama-se a isto de familismo. Tal fenômeno, atualmente, repercute fortemente na atribuição da responsabilidade do cuidado. No entanto, é possível verificar que nos regimes de bem-estar social a família recebe maior ou menor responsabilidade, conforme a construção histórica dos diferentes Estados (MIOTO et al., 2015).

Alguns países, como os escandinavos, têm realizado esforços no sentido de coletivizar o cuidado, enquanto nos países do sul e centro do continente europeu a pouca tradição na coletivização do cuidado fez com que a crise econômica, o aumento de impostos, a escassez de fundos e a ausência de um modelo primordialmente público levasse ao aumento do problema do cuidado. Alguns países falam da privatização dos cuidados (ficando para a família), pois os serviços são limitados e o mercado de cuidados é pouco desenvolvido.

Porém, a realidade indica um decréscimo de recursos familiares e isso faz com que os Estados de Bem-Estar experimentem pressões de ambos os lados: das famílias com poucos recursos e da escassez de recursos financeiros e compromisso dos serviços públicos para fazer frente à crise do cuidado, já instalada (DALY e LEWIS, 2011).

Nessa configuração, a crescente mercantilização atingirá de forma negativa, por um lado, as pessoas que prestam cuidados e têm baixas condições de trabalho e portanto terão que se sujeitar à oferta de mercado, por outro lado, afetará quem é cuidado, pois sofrerá as consequências dos descontentes, uma das faces mais perversas do cuidado privatizado no Estado neoliberal.

Na América Latina, nos últimos anos, o cuidado tem sido tratado no campo denominado como “economia do cuidado” (SUNKEL, 2006). Esse campo refere-se aos espaços de atividades, bens e serviços necessários para o bem-estar na vida cotidiana das pessoas, incluindo o trabalho material que implica em cuidado econômico, custo e cuidado psicológico em vínculo afetivo (RODRIGEZ, 2005). O trabalho de cuidado é executado, prioritariamente, pelas mulheres em seus lares ou como trabalho-extra de serviços de cuidado.

Quando realizam o cuidado como trabalho extraluar, geralmente as condições laborais são ruins, a remuneração é diminuta e há um baixo reconhecimento do papel social da tarefa de cuidar (SUNKEL, 2006). Quando cuidam de familiares em seus lares, não são remuneradas, são desvalorizadas, além de discriminadas perante o mercado. Dessa forma, fica claro que “la ‘especialización’ de las mujeres en las tareas de cuidado es una construcción social, basada en las prácticas patriarcales hegemónicas” (RODRIGUEZ, 2005, p.8).

A provisão de cuidado por parte do Estado nos países latino-americanos, segundo Sunkel (2006, p. 55), consiste em “una ausencia absoluta de una política pública de cuidado”, ainda com características próprias em cada país, marcadas culturalmente pela crença de que o lar é o melhor lugar para qualquer pessoa viver, lugar de bem-estar, independentemente de suas condições e de sua família.

Assim, na América Latina, Rodriguez (2005, p. 8) assinala que

[l]a premisa pareciera ser que ésta es una responsabilidad fundamentalmente de los hogares, y la provisión pública es simplemente un complemento para aquellos hogares que no pueden resolverlo por sí mismos. Así, existe una tendencia a la focalización de estos servicios en la población que más lo necesita, en diferentes formatos (subsídios a madres solas con hijos e hijas menores, subsidio a la provisión privada de servicios de cuidado, etc.). Esta ausencia de políticas públicas de cuidado, implica que la resolución del mismo varíe significativamente por clases sociales.

Sunkel (2006) resume que na América Latina segue-se uma orientação familista, no sentido de que a família (aqui entendida como mulheres) tem o maior peso na proteção social, delegando-se-lhes a maioria das funções de bem-estar, com um Estado de políticas sociais frágeis, desconectadas da realidade das famílias.

Diante dessa realidade, queremos entender o modo como está ocorrendo o debate sobre cuidado na América Latina. Em virtude dos limites de tempo desse trabalho, elegemos dois recortes em relação à abrangência da

questão. O primeiro refere-se à delimitação em relação aos países a serem estudados e o outro à natureza do cuidado a ser estudada.

Em relação ao primeiro, escolheu-se o Uruguai como país a ser estudado, por fazer parte da linha de pesquisa à qual estou filiada, e mais, por estar o Uruguai realizando uma discussão que extrapola o debate do cuidado restrito ao campo das políticas setoriais tradicionais, como saúde e educação. Ademais, tem apresentado uma larga produção sobre o tema, com autoras como Aguirre, Batthyány, Mango. Além disso, e talvez o mais importante, é a história institucional do país em relação à consolidação de cidadania e bem-estar. Completando, o Uruguai hoje apresenta o maior índice de envelhecimento da América Latina (OCDE, 2015), aproximando-se muito rapidamente dos índices europeus de população idosa. Portanto, já existe uma demanda grande de cuidado para esta etapa da vida no Uruguai, outrossim, os impactos que essas circunstâncias trazem ao mercado de trabalho e aos gastos públicos já estão fazendo parte da vida uruguaia.

Finalmente, por motivos óbvios, o outro país sobre o qual a investigação se concentra é o Brasil, que ainda não possui um campo de debates consolidado sobre a questão do cuidado no âmbito da política social. Com o estudo desses dois países, aposta-se em descobrir ricas semelhanças e diferenças, que contribuam para todos, com a oportunidade de conhecer e contribuir na construção de uma política pública com a garantia de acesso e sustentabilidade.

Com relação ao segundo recorte, a natureza do cuidado, a pesquisa fixa-se no cuidado em saúde, considerando primeiro e especialmente a transição epidemiológica, que tem demandado mais cuidado e por mais tempo. Segundo, por conta de nossa trajetória como trabalhadora da área da saúde e pelo desejo de ampliar horizontes para o melhor entendimento e discussão do cuidado em saúde.

Nesse contexto e considerando o nosso objeto de estudo, a presente tese pretende responder às seguintes questões: Como o cuidado em saúde é incorporado ao campo da política social no Brasil e no Uruguai? De que modo países como Brasil e Uruguai vêm construindo o debate e as práticas sobre a

questão do cuidado? Como o Estado, no Brasil e no Uruguai vem, incorporando a família em relação ao cuidado e, especialmente, em relação ao cuidado em saúde?

A partir dessas questões, define-se como objetivo geral deste trabalho, identificar e analisar como está organizado o cuidado, particularmente o cuidado em saúde, através da literatura e normativas governamentais no Brasil e no Uruguai. Deste desdobram-se os seguintes objetivos específicos: a) Sistematizar o contexto da produção do cuidado em saúde no Brasil, Uruguai no escopo da política social; b) Analisar o processo de desenvolvimento de políticas e ou programas voltados ao cuidado em saúde no Brasil e Uruguai, apontando semelhanças e diferenças nos processos; c) Indicar as tendências do cuidado em saúde no plano da política social dos diferentes países, considerando suas proposições.

A hipótese que norteia a investigação é que o cuidado se encontra vinculado a políticas públicas nos dois países, porém percorrem trajetórias com semelhanças e diferenças que redundam justamente em diferentes proposições no campo sociopolítico.

Para buscar as respostas para as questões levantadas, foi escolhida a pesquisa qualitativa, pois “o objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo” (MINAYO, 2006, p. 42) e a realidade social é mais complexa e contraditória do que se pode ver. Nessa perspectiva situa-se a análise do cuidado em saúde neste trabalho, “o pensamento que quer conhecer as políticas sociais em suas múltiplas dimensões e determinações se esforça para desvendar o significado real das políticas sociais que se esconde sob o mundo fenomênico da aparência” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 43). Nessa perspectiva crítica, as políticas sociais devem ser situadas como expressão contraditória da realidade, que é a unidade dialética do fenômeno e da essência. Para tal, alguns elementos são fundamentais e indispensáveis para explicar o surgimento e desenvolvimento das políticas sociais no enfoque dialético. O primeiro é a natureza do capitalismo; o segundo, o papel do Estado na regulamentação e implantação das políticas sociais; e o terceiro, o papel das classes sociais. Há também uma dimensão cultural, relacionada à política,

considerando-se serem os sujeitos políticos portadores de valores e do ethos de seu tempo (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

O objeto aqui está delineado em torno do processo de desenvolvimento do cuidado em saúde e a sua incorporação na política social latino-americana. Para estudá-lo, escolhe-se delimitar Brasil e Uruguai como sujeitos da pesquisa, considerando que os mesmos parecem apresentar trajetórias diferentes no processo de incorporação do cuidado no campo da política social. Sabendo que as experiências não são homogêneas, “[o] que serve a um país não serve a outro, mas mesmo assim, há concomitâncias muito relevantes em seus processos e nas suas práticas”. (CARRASCO, 2011, p. 16)

O procedimento a ser utilizados será a análise documental. A análise documental será a ferramenta utilizada, porque possibilita ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural. Também porque o uso de documentos na pesquisa permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social. A análise documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros. (CELLARD, 2008).

Quando se utilizam documentos, objetivando extrair deles informações, faz-se investigando, examinando, usando técnicas apropriadas para seu manuseio e análise; seguem-se etapas e procedimentos; “organiza[m-se] informações a serem categorizadas e posteriormente analisadas; por fim, elabora[m-se] sínteses, ou seja, na realidade, as ações dos investigadores – cujos objetos são documentos – estão impregnadas de aspectos metodológicos, técnicos e analíticos” (SILVA et al., 2009, p. 15). O marco principal para a seleção de documentos situa-se no período posterior ao regime militar nos dois países, momento em que se deflagraram o debate e a construção de políticas de saúde nos dois países.

Para trabalhar com documentos há que superar alguns obstáculos e desconfiar de determinadas armadilhas, antes de se estar apto a fazer uma análise. É impossível transformar um documento; é preciso aceitá-lo tal como ele se apresenta, às vezes, tão incompleto, parcial ou impreciso. No entanto,

torna-se essencial saber compor fontes documentais, mesmo tomando-se algumas um tanto pobres, pois elas são geralmente as únicas fontes que podem nos esclarecer sobre uma determinada situação (SILVA *et. al*, 2009, p. 18).

Para tanto, os documentos utilizados encontram-se, principalmente, no circuito dos documentos oficiais específicos sobre o tema do cuidado, com ênfase na saúde, reconhecendo que estes refletem a realidade institucional oficial de cada país. Mas há também documentos no âmbito dos livros, artigos, teses, dissertações, manuais, anais de eventos.

A etapa de análise dos dados procura identificar o contexto, os discursos e valores que formam o cuidado como política pública e, através de um desenvolvimento concatenado, busca-se aprofundar o campo da informação, refletir e identificar os elementos emergentes que precisam ser mais aprofundados (LUDKE; ANDRÉ, 1986). Cellard (2008, p. 300) acredita ser “bem difícil compreender os interesses (confessos, ou não!) de um texto, quando se ignora tudo sobre aquele ou aqueles que se manifestam, suas razões e as daqueles a quem eles se dirigem”.

Para a coleta dos dados, primeiramente realizou-se uma seleção e análise preliminar dos documentos oficiais e outras publicações relevantes sobre cuidado na política de saúde nos dois países, através de publicações de diferentes fontes e natureza. Após separar e registrar em fichamento todos os documentos, foi realizada releitura atenta, separando os escritos de maior significado, para depois organizá-los com a tentativa de esclarecimento dos objetivos da pesquisa. Foi possível, naquele momento, ao examinar os documentos, fazer associações, reorganizar, combinar, explorar relações e associações entre eles.

Para analisar os dados fez-se uma aproximação com a técnica de análise de conteúdo, mais especificamente análise temática, na perspectiva de descobrir os núcleos de sentido e interpretá-los. De acordo com Minayo (2006, p.316), a análise temática “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”.

É esta trajetória que sustenta a organização desse trabalho em quatro capítulos, além desta Introdução e das Considerações finais. O primeiro capítulo traz o debate sobre o cuidado, considerando aspectos históricos e as contribuições de análises realizadas através de organismos latino-americanos e de autoras vinculadas ao feminismo de viés crítico. Essa opção acontece em decorrência de terem sido essas autoras que revolucionaram o debate sobre o cuidado no final do século XX. Tem implicação direta nesse debate a família e as suas transformações, que têm colocado em evidência aspectos não questionados anteriormente sobre a aposta na sua tradicional tarefa de cuidar. Em seguida realiza-se uma aproximação da discussão do cuidado em saúde, afinando para a questão do cuidado domiciliar, que parece ser um dos ícones do debate atual sobre a questão dos cuidados em saúde.

O segundo capítulo trata especificamente do Brasil, trazendo o processo de construção do Sistema Único de Saúde - SUS, seus princípios fundamentais para afirmação do direito à saúde, além de sua configuração. Para tanto, enfatiza-se a opção pela concepção de saúde pautada na produção social do processo saúde-doença. Dentro desse panorama, realça-se a incorporação do cuidado, especialmente a partir da Política Nacional de Humanização, chegando até o cuidado domiciliar.

O terceiro capítulo apresenta o debate sobre a saúde no Uruguai, sua trajetória histórica e a construção do Sistema Nacional Integrado de Saúde – SNIS, com seus princípios e características. Marca-se o debate sobre a organização do cuidado no escopo do sistema, recaindo justamente na sua maior expressão que é o cuidado domiciliar. Finalmente, acompanhando o movimento da sociedade uruguaia, apresenta-se o Sistema Nacional Integrado de Cuidados, que se configurou a partir da crescente demanda por cuidados vinculada especialmente ao envelhecimento da população e pela organização da sociedade civil.

O quarto capítulo busca apresentar uma análise a partir do material consultado e sistematizado da incorporação do cuidado nas políticas de saúde do Brasil e Uruguai, procurando traçar aproximações e distanciamentos entre o cuidado no SUS e no SNIS, seus desafios e alternativas.

Nas Considerações Finais, busca-se realizar uma retomada das questões principais discutidas, nossa inserção no estudo do cuidado, a escolha do tema, aproximações e distanciamentos nos sistemas de saúde do Brasil e do Uruguai e a tentativa de alternativas para o cuidado no domicílio.

Enfim, todo esse movimento de conhecimento e análise sobre o cuidado nas políticas de saúde dos dois países foi empreendido por se acreditar na possibilidade do desenvolvimento de práticas de cuidado mais próximas das populações e na descoberta de alternativas que atendam de fato as necessidades da população. Isso exige constante posicionamento ético-profissional sobre a questão das responsabilidades pelo cuidado e, portanto, não é uma questão trivial para aqueles que sonham com uma sociedade mais justa.

## 2 CUIDADO EM SAÚDE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

### 2.1 O debate sobre o cuidado

Certa vez, atravessando um rio, “cura” viu um pedaço de terra argilosa; cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. A cura pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como a cura quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter a proibiu e exigiu que fosse dado o seu nome. Enquanto “Cura” e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço de seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: ‘Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, porém, foi a “cura” quem primeiro o formou, ele deve pertencer à “cura” enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve se chamar ‘homo’, pois foi feito de húmus (terra) (HIGINO *apud* HEIDEGGER, 1993, p. 263-264).

Esta famosa fábula de número 220 do filósofo romano Higino definia o ser humano como ser-de-cuidado. Ela foi assumida por Martin Heidegger em *Ser e Tempo*, que o faz ser reconhecido como o filósofo do cuidado.

A palavra cuidado tem sua derivação do latim *cura* (cura), um sinônimo erudito de cuidado. Na forma mais antiga do latim, a palavra cura escrevia-se *coera*, usada num contexto de relações de amor e amizade, para expressar uma atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada ou por um objeto de estimação. Outros derivam cuidado de

*cogitare-cogitatus* e de sua corruptela *coyedar, coidar, cuidar*. O sentido de *cogitare-cogitatus* é o mesmo de cura: cogitar é pensar no outro, colocar a atenção nele, mostrar interesse por ele e revelar uma atitude de desvelo, de preocupação pelo outro. Segundo Leonardo Boff, o cuidado somente surge quando a existência de alguém é importante para o cuidador. (BOFF, 1999)

De outro modo, ao conceituar cuidado faz-se necessário lembrar que na história da humanidade “cuidar sempre esteve presente nas diferentes dimensões do processo de viver, adoecer e morrer” (BACKES et al, 2006, p.2). O cuidado aparece nos registros da história da humanidade como sendo uma prática essencial à perpetuação da espécie humana. Todos nós, em algum momento da vida, vamos receber cuidado e cuidar como parte dos movimentos de nossa existência na sociedade.

Em épocas anteriores, as pessoas eram tratadas em casa, predominantemente cuidadas por uma figura feminina, em algumas ocasiões, consanguínea, em outras, uma pessoa da comunidade. Para Chaves (2004), o fato é que já existia a divisão social do trabalho: os homens eram responsáveis pelos alimentos e defesa, enquanto as mulheres eram responsabilizadas pela proteção e cuidado de seus familiares; dessa forma, o cuidado foi sendo desenvolvido conforme as características peculiares dos determinantes históricos e sociais.

Silva (2007) utiliza a expressão desvelo para significar cuidado, dentro da perspectiva de sua obra, definindo como alguns dos efeitos do desvelo a privação do sono, o passar as noites sem dormir, velar, devotar grande cuidado, carinho extremo, envolvimento e dedicação. Assim, cuidado vai sempre sendo definido como doar-se, exercício de vida, relação consigo e com os outros, desenvolvimento humano e social.

Foucault, ao tratar de como Sócrates fala sobre o cuidado de si, remete a dimensão do cuidado à humanidade, aos concidadãos e à família.

[...] diz três coisas importantes: [o cuidado de si] é uma missão que lhe foi confiada pelo deus e que não a abandonará antes de seu último suspiro; é uma tarefa desinteressada para a qual não pede nenhuma retribuição, cumpre-a por pura

benevolência; enfim, é uma função útil para a cidade, [...], pois ao ensinar aos cidadãos a ocuparem-se de si mesmos (mais do que de seus bens) ensina-lhes também a ocuparem-se da própria cidade (mais do que de seus negócios materiais) (FOUCAULT, 1997, p. 119-120).

Foucault (1997), inspirado nos gregos, mostra outra face do cuidado. Esse autor propõe que, antes de cuidarmos dos outros, aprendamos a cuidar de nós mesmos. Foucault não descreve o cuidado de si como autonomia solitária, mas solidária. A prática reflexiva da liberdade poderia ser condição transformadora do trabalho não só em algo humano para o cuidador, mas também para o doente. Dessa forma, estariam exercendo efetivamente a arte de cuidar (WENDHAUSEN; RIVERA, 2005).

Outra reflexão teórico-filosófica aborda a politicidade do cuidar, expressa por meio da mediação de interesses, da negociação árdua de projetos e pelo modo de ser solidário ou de vir a ser político. É o chamado cuidado emancipatório, “cuidado se interpenetra em rica tensão e contradição, podendo tanto aprisionar-se em tarefas mecanizadas e destituídas de autonomia, quanto irromper em dimensões e sublevações” (PIRES, 2004, p. 249). A autora entende que a “politicidade do cuidado diz respeito ao manejo disruptivo da ajuda-poder, expressa pelo triedro conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar que, em contextos socio-históricos específicos, pode se constituir numa referência ordenadora de relações de domínio” (PIRES, 2004, p. 5).

O cuidado gera uma relação entre o ser em cuidado e o cuidador, que pode levar à autonomia de ambos ou ao poder de um sobre o outro. Melhor explicando, o cuidador domina ou é dominado, numa relação contraditória e complexa todo o tempo.

Hoje, uma definição mais ampliada do conceito de cuidado é encontrada em Tronto (2007, p. 287).

Uma atividade da própria espécie que inclui tudo o que podemos fazer para manter, continuar e reparar nosso “mundo” para que possamos viver nele da melhor maneira possível. Esse mundo inclui nossos corpos, nós mesmos e nosso meio

ambiente, e tudo em que procuramos intervir de forma complexa e autossustentável.

Dessa forma, coloca o cuidado em lugar central, em relação ao respeito à vida humana e quais grupos sociais serão atendidos. (TRONTO, 2007).

Nas conceituações de cuidado até aqui observadas, os debates ficam centrados no aspecto ético e moral do cuidar, do cuidado. As definições de cuidado foram enfocadas principalmente no trabalho da família, não remunerado, como serviços pessoais caracterizados por laços de afetos, obrigação, compromisso. Na literatura de Así Leira, Daly e Lewis (2011, p.228), constata-se o cuidado entendido como ato “amoroso: pensar e fazer”.

Essas definições, a princípio, são importantes como ponto de partida, mas é necessário ultrapassar seus limites. Outras questões precisam ser agregadas, na perspectiva de se tratar o cuidado sob um ponto de vista histórico, como bem coloca a economista feminista Cristina Carrasco: “[...] los precedentes históricos de determinadas conceptualizaciones tomándolas como novedosas, cuando estas tienen una historia, aunque poco conocida” (CARRASCO, 2011, p. 15) com diversos enfoques que retomam a dimensão política da divisão sexual do trabalho, em que se instala um olhar androcêntrico (MANGO, 2014).

Segundo Thomas (2011), antes de definir cuidado é conveniente entender algumas dificuldades quando se trata de conceituá-lo. Para a autora, cuidado não é uma categoria teórica em si mesma, senão uma categoria empírica que deve ser analisada em relação com outras categorias teóricas. As definições de cuidado são multifacetadas e variáveis no plano de sete dimensões que dão lugar a conceitos muito diversos de cuidado: a) a identidade social da pessoa cuidadora; b) a identidade social da pessoa que recebe cuidados; c) as relações interpessoais entre a pessoa cuidadora e a que recebe cuidados; d) a natureza dos cuidados; e) o domínio social no qual se localiza a relação de cuidados; f) o caráter econômico da relação de

cuidados; g) o marco institucional no qual se prestam os cuidados (THOMAS, 2011, p. 149-151).

Para Thomas (2011), através da combinação dessas dimensões será possível construir um conceito unificado de cuidado, uma categoria teórica.

Los cuidados son la prestación remunerada o no remunerada de apoyo en la cual intervienen actividades que implican un trabajo y Estados afectivos. Los prestan principal, aunque no exclusivamente, mujeres, tanto a personas adultas sanas como a personas dependientes y a los niños y niñas, en la esfera pública o en la esfera doméstica, y en una diversidad de marcos institucionales. (p. 169)

Carrasco (2001) acrescenta a esta definição de Thomas que cuidar é um trabalho que requer uma variedade de funções e habilidades que implicam relações afetivas e sociais, trabalho sem horário determinado, sem remuneração que

[...] implica tareas complejas de gestión y organización necesarias para el funcionamiento diario del hogar y de sus habitantes. Un trabajo que se realiza día tras día los 365 días del año, en el hogar y fuera de él, en el barrio y desde el puesto de trabajo remunerado, que crea redes familiares y sociales, que ofrece apoyo y seguridad personal y que permite la socialización y el desarrollo de las personas. La magnitud y responsabilidad de esta actividad lleva a pensar – como he señalado en otra ocasión – en la existencia de una ‘mano invisible’ mucho más poderosa que la de Adam Smith, que regula la vida cotidiana y permite que el mundo siga funcionando. (p. 5)

Outros autores, como Carrasco (2011), consideram hoje o que se denomina por “trabalho de cuidados”, partindo inicialmente de quatro grandes tendências ou subdisciplinas historiográficas: a) “*a escola de Annales*” e seu novo interesse pelo mundo privado das famílias; b) a história da infância e das mulheres; c) a *história da medicina*, em particular os estudos sobre a saúde infantil e, por último; d) *as concepções feministas* sobre a construção da cidadania.

Autoras como Daly e Lewis (2011) dizem ser necessário que se amplie o conceito de cuidado com precisão e que seja desenvolvido como uma categoria de análise referida ao Estado de Bem-Estar, de modo a captar a economia social e política na qual se insere. Para elas, o conceito de cuidado é pluridimensional e optam pela terminologia de “social care”, ou seja, “cuidado social”. As autoras enfatizam três diferentes dimensões do cuidado: como trabalho, como obrigação e responsabilidade e como uma atividade com custos financeiros e emocionais.

Com relação à primeira dimensão, ou seja, como trabalho, chamam a atenção sobre a natureza do trabalho e também da atividade de forma geral. Reconhecem as condições sob as quais este se desenvolve. Nessa dimensão, enfatizam a importância de se considerarem os cuidados, remunerados ou não, formais ou informais, e analisar qual é o papel do Estado, nestas e em outras delimitações. Como já destacado, as autoras têm como referência para suas análises o Estado de Bem- Estar.

No que respeita à dimensão da obrigação e responsabilidade, as autoras introduzem a questão da complexidade que envolve a atividade do cuidado. Esta implica relações e responsabilidades sociais e também familiares, que devem ser observadas nos seus múltiplos aspectos. Trata-se da dimensão ética e normativa, cuja análise deve centrar-se nas relações sociais de cuidados e no papel do Estado, especialmente sobre a forma como pode atenuar ou consolidar as normas existentes em relação ao cuidado.

Por fim, o cuidado é tratado como uma atividade com custos financeiros e emocionais e que atravessa as fronteiras do público e do privado. Portanto, as análises centram-se na divisão dos custos entre as pessoas, as famílias e a sociedade em geral.

Nessa relação com o Estado de Bem-Estar Social, o conceito de cuidado pode ser analisado tanto a nível macro como micro. De acordo com Letablier (2007, p.64), “la cuestión se plantea a nivel macro en la distribución entre el Estado, la familia, el mercado y la sociedad civil, al tiempo que a nivel micro dentro de la familia entre sus miembros, y en particular entre hombres y mujeres, y también entre generaciones”.

Para a análise desses dois níveis deve-se atentar para o fato de que as distribuições das tarefas do cuidado estão assinaladas por duas desigualdades centrais, a de classe e a de gênero, uma vez que o cuidado está no cerne da “divisão sexual do trabalho”. Dessa forma, Ileso e Kmportic (2010) afirmam que os serviços de cuidados, atualmente, expõem o tipo de arranjo dominante que permite à sociedade desigual alcançar certos níveis de bem-estar, na medida que se resolvem mediante provisões e intercâmbio na família, entre as famílias, as organizações da comunidade, o mercado e o Estado.

Hoje, o cuidado se apresenta como um problema, tanto para o Estado como para a sociedade. Há uma efetiva redução da oferta de cuidados em contraposição a um aumento da demanda derivada de fatores demográficos, econômicos e sociais. O Estado tem definido seu papel junto ao cuidado especialmente através da outorga para as famílias do direito prioritário de cuidar. (DALY e LEWIS, 2011).

Importante considerar as diferenças entre os Estados de Bem-Estar Social e suas reestruturações e como influem nos cuidados. Os países escandinavos têm a tendência a coletivizar o cuidado, enquanto os países do sul e centro do continente europeu enfrentam de formas diferentes a demanda por cuidados. A crise econômica, o aumento de impostos, a escassez de fundos e a crise do modelo público levam ao aumento do problema quanto aos cuidados. Alguns países falam da privatização dos cuidados (entregando-o à família), pois os serviços são limitados e o mercado de cuidados é pouco desenvolvido. Em todos os países há uma decrescente existência de recursos familiares, o que faz com que os Estados de Bem-Estar estejam sujeitos a pressões tanto de parte das famílias, que dispõem de poucas condições, quanto da própria escassez de recursos financeiros com que são obrigados a enfrentar os compromissos dos serviços públicos que lhes são destinados.

Em virtude dessa situação, o mercado assume um papel maior do que tinha até agora. A mercantilização dos cuidados traz mudanças sobre o que se considera cuidado, como será prestado (qualidade), além da crescente aplicação dos princípios privados ao setor público, com a consequente

diminuição do Estado na oferta de serviços e, em contrapartida, o aumento do setor independente (privado, voluntário, ONGs).

O conceito de cuidado continua em debate nas diferentes áreas do conhecimento, porém, é amplamente reconhecido como “uma função social, um bem público e um direito básico sem o qual não é possível conceber a existência e a reprodução da sociedade” (RICO, ROBLES, 2016, p. 1). Esta passa por transformações que se refletem na dinâmica e estrutura das famílias, exigindo uma reorganização dos cuidados. Com ela, a consequente necessidade de aprofundamento do que vem sendo chamado de **crise dos cuidados**. Uma crise decorrente da transformação da atuação social do sujeito historicamente identificado com o cuidado: a mulher (SIMÃO, MIOTO, ABRÃO, STELMAKE, 2015). Segundo Pérez Orozco (2006), a crise dos cuidados

[...] es un problema socioeconómico de primer orden, que afecta al conjunto de la población y no sólo puede percibirse en toda su magnitud si dejamos de centrar la visión en los mercados y lo monetizado y, en cambio, situamos como categoría analítica básica la sostenibilidad de la vida; es decir, si buscamos comprender las formas en que cada sociedad resuelve sus problemas de sostenimiento de la vida humana. (p. 8-9).

Nos termos da Cepal (2009, p.173),

[...] un momento histórico en que se reorganiza simultáneamente el trabajo salarial remunerado y el doméstico no remunerado, mientras que persiste una rígida división sexual del trabajo en los hogares y la segmentación de género en el mercado laboral.

A crise ocorre quando há um aumento de pessoas que, por seu status como dependentes, necessitam de cuidados e, ao mesmo tempo, se reduz a proporção de pessoas dispostas a tomar conta desta função, nas condições impostas às mulheres da família tradicional. Tais implicações dependem da forma em que as pessoas serão inseridas nesse papel pelas políticas sociais de cada país. As mais atingidas serão as pessoas que prestam

cuidados e têm baixas condições de trabalho, que terão que se sujeitar à oferta de mercado. E quem é cuidado sofrerá as consequências dos descontentes. Eis aí uma das faces mais perversas do cuidado privatizado no Estado neoliberal.

Daly e Lewis (2011), na definição do conceito de “social care”, tratam o cuidado “como uma atividade e um conjunto de relações situados no lugar de intersecção das relações entre o Estado, o mercado, e a família (setor voluntario) (p.248).

## 2.2 A família como provedora de cuidado

Historicamente, o cuidado às pessoas foi atendido por meio das famílias, que se têm tornado, cada vez mais, o centro das atenções na sociedade e têm sido chamadas a assumir, cada vez mais, a responsabilidade pela proteção social. Segundo Esping-Andersen (1991, p. 5), o “familismo” se caracteriza justamente no momento “em que a política pública considera, na verdade insiste em que as unidades familiares devem assumir a principal responsabilidade pelo bem-estar de seus membros”. Isso, atualmente, reflete-se fortemente na atribuição da responsabilidade do cuidado. No entanto, o próprio autor coloca que os diferentes Estados constroem de formas diferentes seus regimes de bem-estar, considerando a suas respectivas histórias, ou seja, as construções das políticas sociais também são diferentes.

A realidade indica um decréscimo de recursos familiares e isso faz com que os Estados de Bem-Estar experimentem pressões de ambos os lados: das famílias com poucos recursos e da escassez de recursos financeiros e compromisso dos serviços públicos para fazer frente à crise do cuidado, já instalada (DALY e LEWIS, 2011).

Nesse cenário, é fundamental reconhecer que, nos países latino-americanos, a proteção social apresenta como aspecto comum uma enorme desigualdade de acesso e incômoda debilidade institucional. A proteção social

foi construída, intrinsecamente associada às intermináveis crises e às mudanças complexas e contraditórias da sociedade.

Toda sociedade humana desenvolveu algum sistema de proteção social. A abundante literatura antropológica, etnográfica, sociológica, a historiografia das sociedades antiga, moderna e contemporânea, demonstram e registram formas de solidariedade social que, atuando de modo extremamente rústico ou com altos níveis de sofisticação organizacional, têm percorrido, no tempo e no espaço, os grupos sociais, como um processo recorrente e universal. Assim, essa proteção tem sido exercida por instituições não especializadas e plurifuncionais (como a família, por exemplo), ou então, nas sociedades mais complexas, através de sistemas específicos que se inscrevem como ramos importantes da divisão social do trabalho (DI GIOVANNI, 1998).

Di Giovanni (1998) chama de sistemas de proteção social às formas, por vezes mais institucionalizadas, por vezes menos, que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros. Tais sistemas decorrem de certas vicissitudes da vida natural ou social, tais como o envelhecimento, a doença e as adversidades. Também tanto as formas seletivas de distribuição e redistribuição de bens materiais, quanto de bens culturais, permitirão a sobrevivência e a integração, sob várias formas, na vida social. Amplia sua análise, ainda, com os princípios reguladores e as normas que, com o intuito de proteção, fazem parte da vida das coletividades.

Para o autor, as formas e os modos de alocação variam de um grupo social para outro, segundo critérios históricos e culturais, mas que sempre incluem poder. Os critérios de alocação seguem basicamente três modalidades, que não são excludentes: 1) a tradição, que envolve um conjunto de valores tais como a caridade, a fraternidade, a solidariedade etc.; 2) a troca, como conjunto de práticas econômicas que perpassam desde relações próximas até a impessoalidade das forças de mercado; 3) a autoridade, a modalidade política de alocação, que está configurada na presença do Estado como gestor, regulador e mesmo como produtor das relações.

Segundo Di Giovanni (1998), os sistemas de proteção social que ganharam maior importância foram aqueles desenvolvidos nas sociedades capitalistas europeias, especialmente a partir das últimas três décadas do século passado, tendo como fator mais relevante o fato de serem implantados e geridos pelo Estado.

Assumida “pelo Estado (e reconhecida pela sociedade) como função legal e legítima, a proteção social se institucionaliza e toma formas concretas através de políticas de caráter social” (DI GIONANNI, 1998, p. 11). Essas políticas integram um campo próprio de relações que envolvem, além da participação de instituições especializadas, outros agentes e processos extremamente complexos. Embora o campo das políticas possa parecer relativamente independente do campo da Política, na prática existem várias relações.

[A] proteção social exercida através do Estado é socialmente assumida como função do poder público e representa a existência de um conjunto de garantias, mais ou menos extensas, através de intervenção política e administrativa. Mas, a existência e a constituição de sistemas de proteção desta natureza não excluem a persistência ou a constituição de outras formas de proteção, privadas, nas quais o alcance dos mesmos objetivos está confiado entre sujeitos, seja na base de relações mercantis ou fundada em vínculos tradicionais (DI GIOVANNI, 1998, p.12).

Essa função protetora do Estado se materializa por meio de políticas públicas, que atendem as demandas das populações. Concomitantemente, a população exerce poder de decisão quanto ao destino das políticas públicas, através de diversos mecanismos e com representação de todas as forças envolvidas.

Para Di Giovanni (1998),

pode-se encontrar nas sociedades contemporâneas, ao lado de um complexo institucional público altamente especializado, outros tipos de sistemas de proteção social, organizados em diversos graus de mercantilização, que atuam ou nas fronteiras dos sistemas oficiais, de modo subsidiário e complementar, ou

ainda de modo coordenado, com diferentes graus de interação e compatibilidade com as funções estatais de proteção (p.14).

Portanto, os sistemas de proteção social, no último século, se estruturaram de diferentes formas, com distintas variações na sua estrutura organizacional – ora caracterizando-se pela centralidade, ora pela fragmentação, em alguns modelos com marcada presença do Estado, em outros com predominância do setor privado, ou ainda em alguns com a interação dos dois, público e privado.

Na segunda metade do século passado, a presença do Estado é afirmada como organizador, produtor, gestor e normatizador dos sistemas de proteção social. No continente europeu, começam os conflitos sociais, junto ao processo de industrialização e urbanização: surgem os acidentes e doenças relativas ao trabalho, desemprego em ascensão, sindicatos de classe atuantes, surgimento dos partidos políticos, seguros contra acidentes, contra doenças, contra o desemprego e o sistema de aposentadorias, que incluiu a velhice, a invalidez e a morte do arrimo de família. A pobreza, que até aquele momento era de exclusiva responsabilidade do indivíduo, passa a ser vista como fenômeno das condições sociais e de trabalho da população. Deixa de ser dos loucos e doentes e passa a ser do trabalhador em geral, no entanto, ainda acompanhada de medidas disciplinares, pois havia uma espécie de polícia dos pobres.

Ferrera, assim descreve esse fenômeno:

a assistência aos pobres se baseava em intervenções ocasionais, residuais e discricionais, que eram consideradas como 'benemerências' que se concedia a pessoas quase sempre consideradas sem mérito e, assim sendo, comportavam marginalização política e civil dos beneficiários; enfim, a distribuição da assistência era feita segundo modalidades institucionais indiferenciadas e sobre base prevalentemente local (FERRERA, 1984, *apud* DI GIOVANNI, p.16)

Embora no período fossem encontradas normas de proteção ao trabalhador, estava muito agravada a situação das famílias operárias. A

natureza jurídica dos contratos de trabalho sob o capitalismo revelava um dos traços mais problemáticos das novas formas de sociabilidade, fundadas nas relações individuais: à instabilidade no emprego, causada pelas oscilações dos mercados, juntava-se a questão dos níveis salariais, que muitas vezes não faziam frente às necessidades básicas do trabalhador e de sua família.

Todos estes pontos conformariam aquilo que foi chamado de “questão social”, numa clara referência à consciência coletiva que não mais atribuía tal situação aos desempenhos individuais, mas se referia e constatava a gravidade dos problemas emergentes do novo quadro econômico-social (DI GIOVANNI, 1998, p.20).

Para Di Giovanni (1998), a dimensão política das demandas sociais aconteceu quando o Estado passou a ser visto como representante da nação e a ele foi atribuída a missão de “promover o bem-estar do cidadão” (p.21). Os últimos cinquenta anos do século XX viram o desenvolvimento e a expansão desses sistemas de bem-estar. “Guardadas reservas, deve ser registrada a generalizada convergência dos níveis de proteção e solidariedade social ofertados pelos Welfare State europeus” (DI GIOVANNI, 1998, p.21).

Porém, no debate sobre o Estado de Bem-Estar, as atenções recaíram sobre a relação Estado e Mercado e somente nos anos de 1970 a família começou a ser estudada como instância importante de provisão de bem-estar. Nesse contexto, Esping-Andersen (2000) começa a trabalhar com a ideia de uma nova economia política, que denomina de economia pós-industrial. Para ele, a sociedade pós-industrial tem na economia familiar um de seus grandes pilares, que vai definir diferentes regimes de bem-estar.

Para o autor, o período decisivo dos regimes de bem-estar do pós-guerra, é sinalizado pela institucionalização do capitalismo de bem-estar nas décadas de 60 e 70, período em que surgiu a proteção aos trabalhadores e forte regulação do mercado de trabalho, ratificando totalmente a cidadania social. Naquele momento histórico, houve também uma aceleração da globalização econômica, crescimento lento e o aumento do desemprego, além da instabilidade da família, dando início às crises contemporâneas do Estado

de Bem-Estar. Salieta que a crise, se há, deriva da forma como estão inter-relacionadas a família, o Estado e o mercado nos regimes de bem-estar contemporâneos. Para tal, Esping-Andersen (1991) classifica os regimes de bem-estar em três principais: liberal, conservador e socialdemocrata.

Com essa classificação, Esping-Andersen sofreu inúmeras críticas, especialmente de intelectuais vinculados ao movimento feminista. A crítica principal se refere à não incorporação do trabalho não remunerado das mulheres, que representa importante fonte de bem-estar, e a ausência da família, uma vez que esta nunca deixou de ser produtora de bem-estar, mesmo com as mudanças ocorridas nas sociedades. Para as feministas, a maioria dos Estados de Bem-Estar fazem muito pouco para aliviar a dupla jornada do emprego das mulheres com as responsabilidades familiares. As mulheres ainda não mercantilizaram suas atividades, não são remuneradas quanto ao bem-estar familiar e social.

Em razão das críticas, Esping-Andersen incorporou outras variáveis à sua análise dos regimes de bem-estar, resultando em outras categorias como desmercantilização e desfamiliarização. Nas diferentes formas de regimes de bem-estar, a desmercantilização, pode ser entendida de diferentes formas. A partir de um reformismo social conservador, a desmercantilização é desejável se há piedade familiar e interdependência. Essa concepção tem por base o princípio católico de subsidiariedade. Sua forma atual implica em fortes garantias de bem-estar ao homem chefe de família, com a finalidade de fortalecer justamente a solidariedade familiar e atribuir à família a responsabilidade pela provisão de bem-estar. Tal delegação à solidariedade familiar é tratada pelo autor como familiarismo. Ao contrário, o pensamento social democrata diverge da proposta conservadora quando diferencia a responsabilidade dos agentes na provisão de bem-estar, bem como na forma como se processam as atribuições. Para eles, a desmercadorização não aconteceria por intermédio da solidariedade familiar. Os socialdemocratas e os conservadores não se diferenciam somente na questão sobre quem tem que se fazer independente das obrigações do mercado, senão também em como se deve fazê-lo. Reformistas sociais sempre enfatizam a eficácia individual, a

autonomia e a independência econômica universais. A busca pela igualdade, especialmente igualdade de gênero, tem sido uma condição *sine qua non* do pensamento socialdemocrata. A desmercantilização, para Esping-Andersen (1991), “ocorre quando a prestação de um serviço é vista como uma questão de direitos ou quando uma pessoa pode manter-se sem depender do mercado” (p.102).

O conceito de desmercantilização só tem relevância para aqueles indivíduos que já estejam plena e irreversivelmente inseridos em uma relação assalariada. Na prática, isto afeta cada vez mais às mulheres, que estão institucionalmente “pré-mercantilizadas”, seu bem-estar deriva do fato de estarem no seio de uma família. “[P]ara muchas mujeres, el equivalente de la dependência del mercado es la dependência de la família (ESPING ANDERSEN, 2000, p.65). Em face de tal realidade, é necessário “desfamiliarizar” as obrigações femininas do bem-estar. Para o autor, desfamiliarizar refere-se às políticas que reduzem a dependência individual da família, que maximizam a disponibilidade dos recursos econômicos por parte do indivíduo, independentemente das reciprocidades familiares ou conjugais.

desfamiliarizar não significa opor-se à família; ao contrário, o termo desfamiliarização pretende descrever em que medida as responsabilidades de atenção, cura e bem-estar das famílias foram reduzidas. [...] Um sistema é familista não se é a favor da família, mas se a sua política pública assume (e age para) que qualquer núcleo familiar seja o primeiro responsável pelo bem-estar dos seus membros. [...] O conceito de desfamiliarização é paralelo àquele de desmercadorização; com efeito, para as mulheres, a desfamiliarização é em geral uma pré-condição da sua capacidade de se mercadorizar (ESPING-ANDERSEN, 2000, p. 94).

Esping-Andersen (2000) coloca que a família “é o alfa e ômega de qualquer resolução dos principais dilemas pós-industriais, e, acaso, o mais importante fundamento social das economias pós industriais”. (p. 14)

Em se tratando de América Latina Franzoni (2007), baseada na obra de Esping-Andersen, analisa os seus regimes de bem-estar e os classifica em três grandes conglomerados, quais sejam:

- a) Estatal-productivista, que contempla Argentina e Chile;
- b) Estatal-protecionista, onde se encontram Brasil, Costa Rica, México, Panamá e Uruguai;
- c) Informal-familista, composto por Colômbia, Equador, El Salvador, Guatemala, Peru, República Dominicana, Venezuela, Bolívia, Honduras, Nicarágua e Paraguai.

No regime estatal-productivista, há uma alta proporção de pessoas com trabalho formal remunerado, as famílias são organizadas tradicionalmente, com alto grau de mulheres-cônjuges sem trabalho remunerado. A política pública é enfocada na formação do capital humano para possibilitar aos cidadãos condições de acesso a serviços privados de saúde e educação. A maior parte do financiamento destas políticas tem origem em recursos próprios dos países. Para Franzoni (2007) neste regime

existe un menor énfasis en La desmercantilización de la protección de riesgos (claramente La seguridad social), estamos ante un régimen de bienestar estatalproductivista. El Estado interviene en aquellas áreas en que el mercado no resuelve o para aquella parte de La población para la cual el intercambio mercantil no es suficiente.(p.24)

O segundo conglomerado, o estatal-protecionista, é caracterizado pela alta proporção de gente com trabalho remunerado formal decrescente. As famílias seguem a organização tradicional, com alto grau de mulheres-cônjuges sem trabalho remunerado. A política pública está relativamente mais orientada para o manejo coletivo dos riscos e direcionada para a população com trabalho formal assalariado. O financiamento dessas políticas é advindo de recursos próprios de seus países. A autora destaca que

[!]a protección social y la formación de capital humano son máximas y con alto grado de desmercantilización [...]Vale decir que riesgos como la vejez y la incapacidad son financiados colectivamente en mayor medida en este que en el régimen estatal-productivista. (FRANZONI, 2007, p.26)

O regime informal-familista, como indica Franzoni (2008), é aquele em que a população é descoberta por medidas de proteção social, com poucas políticas existentes, consideradas muito frágeis, atendendo somente a serviços sociais básicos, com enorme dificuldade de acesso. Os salários da população são baixos em comparação aos outros dois conglomerados. Há um maior número, nesse conglomerado, de famílias cuja organização não é tradicional, como evidencia a alta proporção de mulheres-cônjuges com trabalho remunerado; o financiamento depende da cooperação internacional. Para Franzoni (2008), nos países de regime familista,

[l]a producción del bienestar descansa en trabajo no remunerado femenino, familias y comunidades, en mayor medida que los regímenes anteriores.[...] Si en el régimen familista la intervención pública es tímida, en los altamente informales es prácticamente inexistente para la gran mayoría de la población. (p.28-29)

Apesar dessas diferenças, na quase totalidade da América Latina os autores têm chamado atenção para o caráter familista que permeia os diferentes regimes de bem-estar. As políticas sociais são de tradição familista, apostam na família como provedora principal de seus dependentes – crianças, adolescentes e idosos – e são reforçadas tanto pelas definições legais quanto pelas medidas operacionais ao longo do tempo. As autoras feministas debatem que, em todas as partes, o trabalho doméstico não remunerado das mulheres segue constituindo uma importante fonte de bem-estar e que a família nunca deixou de ser produtora. É provável que regimes baseados em uma política de segurança social “familiarista”, produzam uma divisão entre quem está dentro e quem está fora do mercado de trabalho.

Portanto, a tendência ‘familista’ resguarda a centralidade da família no campo da proteção social. Aposta na sua capacidade imanente de cuidado e proteção e, como afirma Franzoni (2008), a noção de familiarização é mais ampla na América Latina: “não só se espera que as famílias assumam a responsabilidade de cuidar de suas famílias, mas que se transformem em unidades produtivas e redes de produção” (p.58).

Assim, há um “retrocesso no âmbito da proteção social da garantia dos direitos” (MIOTO, 2008, p. 137) e “a família é retomada como âncora principal para a socialização de seus membros e na garantia de vínculos relacionais que previnam os riscos de ruptura e de isolamento social decorrentes das transformações da sociedade” (LIMA, 2006, p. 11). É retomada a ideia da família como provedora de bem-estar e, com esse caráter familista, o Estado transfere a maior responsabilidade pelo bem-estar para a sociedade civil, para as famílias e, também, para as organizações não governamentais.

É mister ressaltar, portanto, que a família sempre foi uma instância importante na proteção social e que as transformações ocorridas na família irão colocar outras tantas questões na esfera do cuidado, uma vez que não há sinais de que o Estado na América Latina esteja disposto a enfrentar as transformações da sociedade e da família, de acordo com Sorj, Machado (2007).

As mudanças na família e no mercado de trabalho agravaram a capacidade de as famílias lidarem com as exigências conflitantes do trabalho e da família, afetando, conseqüentemente, a questão do cuidado. Como parece irreversível a saída da mulher ao trabalho, os mais atingidos por essas mudanças serão, por um lado, as pessoas que prestam cuidados e que têm as precárias condições de trabalho e que terão que se sujeitar à oferta de mercado. Por outro lado serão afetadas as pessoas dependentes de cuidados e que revelam uma das faces mais perversas do cuidado privatizado no Estado neoliberal.

À primeira vista, poderia parecer que o papel da família é mais claro que no passado. Todavia não é assim. O tema da família, tradicionalmente ausente do debate sobre políticas públicas, recentemente entrou na pauta de discussões, não só por causa da crítica feminista, mas também pelas novas exigências no modelo de provisão social ancorado no pensamento neoliberal, assim como pelas mudanças na própria família.

A família no modelo nuclear do pós-guerra aparece como uma instituição que é extremamente estável, imagem que se tornou um lugar comum em décadas, tanto em ciências sociais quanto na cultura política,

estabelecendo no ideário do senso comum o papel da família de cuidadora e protetora de seus membros. Esse modelo, que se foi construindo historicamente, estabelece uma cultura do cuidado das pessoas por meio das famílias. A construção histórica dessa relação foi permeada pela ideologia de que as famílias, independentemente de suas condições objetivas de vida e das próprias vicissitudes da convivência familiar, devem ser capazes de proteger e cuidar de seus membros. Trata-se do cuidado passando de geração em geração: pais cuidam de filhos e filhos cuidam de pais, marcando a valorizada importância da família na vida social.

Historicamente, a família assumiu diferentes configurações, originando igualmente uma variedade de conceituações. Em grande parte da história, o modelo de família era a formada por pai, mãe e filhos, de modelo patriarcal expandida, ligada por laços consanguíneos e fortemente amparada em dogmas religiosos.

Numa obra de arte de Humbelot-Huart, do final do século XVII, pode-se visualizar essa família, colocada no mesmo plano de Deus e do Rei. Na legenda, pode-se ler a seguinte prédica: “Feliz daquele que segue a lei do céu / e emprega a parte mais bela de sua vida / em bem servir a seu Deus, sua família e seu Rei” (ARIÉS, 2006, p.141).

Segundo a socióloga alemã Beck-Gernsheim (2003), a família clássica, nuclear, não é a forma “natural” de constituir família; foi consolidada como modelo único pela burguesia dos séculos XVIII e XIX, mesmo que concomitantemente houvesse na época outros arranjos familiares. Na América Latina colonizada por espanhóis e portugueses, os países introduzem o catolicismo também como parâmetro normativo de comportamento das famílias (JELIN, 2007), formando a família latinoamericana segundo esse mesmo molde clássico.

No entanto, as grandes transformações da sociedade em décadas recentes fazem com que a família nuclear com provedor/masculino e cuidadora/feminino já não seja o modelo único. Na América Latina, começam as mudanças na família patriarcal, cujos sinais começam a aparecer no enfraquecimento de um modelo de família baseado no exercício da autoridade

estável, dominação sobre toda a família por parte do seu chefe masculino adulto.

Castells (1999), ressalta que não é a dissolução da família que está acontecendo, mas o fim da família como nós a conhecemos até agora. Não só da família nuclear, mas com base na dominação patriarcal, que tem sido a regra há milênios. Refere-se ao tradicional modelo “ideal” do pai que trabalha fora e da mãe que limpa e atende as crianças e os idosos da família.

Todas estas transformações nas famílias favorecem a criação de redes familiares densas e complexas que se vêm desenvolvendo e gerando mudanças na estrutura e comportamentos na América Latina. Suas necessidades de cuidado não são as mesmas, tampouco as pessoas que podem prestá-lo são as mesmas. Alterações na fertilidade e o processo de envelhecimento da população têm um impacto no tamanho, nas estruturas, na composição, nas relações e no bem-estar das famílias (SIMÃO, 2014).

Por outro lado, as transformações culturais, processos de individualização e secularização diluem os laços tradicionais de família. Esses processos afetam as demandas de cuidados e as possibilidades de satisfazê-los (AGUIRRE, 2009).

Embora muitos avanços tenham sido alcançados com o passar dos tempos, através das revoluções econômicas, sociais e políticas, dos movimentos sociais, das lutas feministas, a composição de família ainda está muito arraigada aos costumes sociais. Porém, na contemporaneidade, ela é já formada em novos arranjos, com uniões livres, famílias monoparentais, femininas ou masculinas, famílias compostas por relações homoafetivas, o que nos dá ciência dessas mudanças e coloca em questão a hegemonia da família nuclear (STAMM; MIOTO, 2003).

Porém, essa maior diferenciação dos arranjos familiares cria novos riscos e, portanto, necessidades e expectativas heterogêneas em relação ao ‘Welfare State’ (ESPING-ANDERSEN, 1991). Entre essas novas expectativas estão, por exemplo, aquelas referentes à liberação das mulheres do trabalho doméstico ou, ao menos, da responsabilidade exclusiva por ele. Nesse contexto, cresce a expectativa pela supressão do compromisso exclusivamente

feminino pela educação das crianças e pela atenção aos idosos, possibilitando-lhe a ocupação de seu tempo livre fora da esfera domiciliar. Tal desobrigação é tanto mais necessário, especialmente pela real perspectiva de maior longevidade da população, prolongamento da vida e da necessidade de cuidados dos enfermos, bem como pelos tamanhos menores de família que se estabeleceram hodiernamente (MEDEIROS, 2000, p. 53).

Para dar conta de todas estas transformações, o conceito de família amplia-se, envolvendo muitos outros aspectos da vida das pessoas. A família, atualmente, pode ser conceituada, conforme Miotto (1997), como

[...] um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um espaço de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas ou não por laços consanguíneos. Tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros e se encontra dialeticamente articulada com a estrutura social na qual está inserida. (p. 115)

Portanto, a família contemporânea é aquela que acolhe todas as relações de afeto, valores, de satisfação do cotidiano da vida, reestruturando-se e, em alguns momentos, gerando inseguranças; noutros, libertando-se de antigas amarras opressoras familiares (PEREIRA, 1995). Para elucidar a “nova família”, Pereira (2009) ressalta seu caráter contraditório, “ponderando que o núcleo familiar não é uma ilha de virtudes e consensos, devendo ser encarada como uma unidade simultaneamente forte e fraca” (p. 38).

A família geralmente é forte na solidariedade, como refúgio contra o desamparo e muralha contra a insegurança da existência. É forte, ainda, porque é nela que se dá a reprodução humana, a socialização e a transmissão de ensinamentos. Mas é frágil também, pois convive com despotismos, violências, confinamentos. Podem, ainda, ocorrer competições, violência, exploração, desencontros e rupturas, podendo gerar a insegurança ou o bem-estar de indivíduos historicamente oprimidos: mulheres, crianças, jovens e idosos (PEREIRA, 2009).

É fato que todas essas modificações na família estão intrinsecamente relacionadas às mudanças ocorridas na sociedade, “com a pressão da agenda

dos organismos internacionais” (MIOTO, 2009 p. 43) e “associadas à privatização e à participação da sociedade civil na execução de programas e serviços sociais” (PEREIRA, 2004, p. 139). Ainda assim, a família continua a ter papel significativo na organização e no desenvolvimento da proteção social (MIOTO, 2008).

Os Estados de Bem-Estar Social trouxeram alterações na forma de prover a proteção social, até então asseguradas pela família, pela igreja e pelos senhores feudais, por meio da solidariedade. Os impactos do capitalismo, na família, podem ser elencados nos efeitos da separação entre rua e casa; da divisão de tarefas entre a mulher e o homem; da instauração do salário individual, ocorridos nas relações e nas condições de vida da classe operária.

Assim, aparece a família como instância privada, com uma clara divisão de papéis entre homens e mulheres, sendo o homem o provedor “moral” da família e a separação do indivíduo (homem e trabalhador assalariado). Desse modo, surge o reinado da família como fonte de proteção por excelência, ou seja, ela passa a ser o “canal natural” de proteção social, vinculado às suas possibilidades de participação no mercado para compra de bens e serviços essenciais à provisão de suas necessidades (SECCOMBE, 1997).

A família, atualmente, é cada vez mais objeto de atenção da sociedade, principalmente por causa da enorme quantidade de atividades de proteção, ajuda e cuidado por ela desenvolvidas, em relação aos problemas sociais e às políticas sociais, sendo a grande provedora de bem-estar. Pode-se ver tal afirmativa retratada nos Sistemas de Saúde, que dispõem sobre a centralidade na família e têm como uma de suas diretrizes a matricialidade sócio-familiar: “a família é o núcleo social básico de acolhida, convívio, autonomia, sustentabilidade e protagonismo social” (BRASIL, MDS, 2005). Entretanto, é feito um alerta nesta mesma diretriz no sentido de que “o fortalecimento de possibilidades de convívio, educação e proteção social, na própria família, não restringe as responsabilidades públicas de proteção social para com os indivíduos e a sociedade” (BRASIL, MDS, 2005). Porém, entende-

se ser o alerta revestido de menor importância do que o “reforço à responsabilidade familiar”.

Para Mioto, família é um espaço constituído de pessoas que se empenham umas com as outras, de modo contínuo, estável e não casual [...] quando subsiste um empenho real entre as diversas gerações” (MIOTO, 2004 p. 14-15). Este espaço pode ser tanto um espaço de felicidade como um espaço de infelicidade, tanto um espaço de desenvolvimento para si e para seus membros, como um espaço de limitações e sofrimentos (MIOTO, 1997). “É construído a partir de sua história e de negociações cotidianas que ocorrem internamente entre seus membros e externamente com o meio social mais amplo” (MIOTO, 1997, p. 117). E é este espaço, geralmente intergeracional, de partilha de afetos, de conflitos, de tensões, de alegrias e de sofrimentos, que constitui o ambiente familiar, e que pode ser mais ou menos favorável para o desenvolvimento humano.

A família e a sociedade mudam através das transformações sociais, econômicas e políticas, do debate sócio-político, do entendimento que não existe família, mas famílias e suas respectivas classes (BERTAUX, 1996).

### 2.3 O cuidado em saúde

Cuidado e saúde são dois termos implicados dialeticamente no processo de produção da saúde. Historicamente, com a estruturação das instituições de saúde e do saber médico, a questão sobre a responsabilidade pelo cuidado ganha fórum nos debates sobre saúde e desde então, em tempos diferentes e sob óticas diversas, essa questão é continuamente recolocada. Nesse contexto, tem retornado ao longo do tempo a pergunta pelo quanto de responsabilidade corresponde às instituições de saúde e o quanto cabe à família. Michel Foucault, no seu livro o Nascimento da Clínica, faz uma descrição bastante interessante sobre o momento da junção das faculdades de medicina (conhecimento) e dos hospitais (prática). Nessa descrição já

aparecem as discussões em torno da presença ou não da família no hospital, em torno da permanência/tempo de permanência dos doentes no hospital, da importância dos doentes estarem entre os seus no processo de recuperação da saúde ou dos riscos que isso também contém (MIOTO, 2010). No entanto, é inegável a presença desses dois atores, ora mais, ora menos, no debate em torno do cuidado em saúde.

No Brasil, por exemplo, tendo como base a concepção, erigida a partir do movimento sanitário, de que o processo saúde-doença é resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde, tratou-se do cuidado em saúde na esteira da responsabilidade coletiva, da garantia do direito constitucional à saúde de caráter universal e, portanto, como dever do Estado. A partir de então, o cuidado em saúde firmou-se como uma das linhas importantes do debate no âmbito da política de saúde, enfatizando prioritariamente o papel e a responsabilidade das instituições e dos profissionais, dentro de diferentes perspectivas. Pinheiro (2004) credita ao conceito de cuidado, a noção de ato, que resulta na prática do cuidar, tendo o outro como o lugar do cuidado, portanto, sempre havendo uma inter-relação entre os indivíduos (cuidador e usuário). Trata do conceito de cuidado em saúde, basicamente, como um tipo de relação que inclui o acolhimento, a visão e a escuta do usuário num sentido mais global, em que o sujeito é visto em sua especificidade, mas também como pertencente a um determinado contexto sociocultural do qual não pode ser desligado (PINHEIRO, 2004).

Merhy (2007) acrescenta ao conceito de cuidado em saúde o seu caráter multidisciplinar, uma vez que depende do trabalho de vários profissionais, pois implica ações de respeitar, acolher, atender o ser humano em seu sofrimento, com qualidade e resolutividade de seus problemas. Isso, para Pinheiro (2009, p. 112) vai além do saber profissional e das tecnologias, pois abre possibilidades para a “negociação e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades do outro”. Então, o cuidado em saúde é aquele que se dá no encontro entre profissionais e usuários, numa relação em que

muitas vezes o usuário deseja a contribuição dos trabalhadores de saúde para que o problema com que se defronta incomode o menos possível os modos como organiza sua vida. Já os trabalhadores de saúde muitas vezes esperam que o usuário reorganize sua vida, à luz do saber técnico-científico (FEUERWERKER, 2011, p.2).

Por seu turno, Cecílio e Merhy (2007, p.198) concebem o cuidado como “uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa”. Nessa perspectiva, que considera as diversas mudanças sociais, econômicas, demográficas e epidemiológicas que marcam a sociedade contemporânea, como o envelhecimento da população e o conseqüente aumento de doenças crônicas, e mesmo o envelhecer livre de doença envolve algum grau de perda funcional, elevando a frequência de doenças entre idosos, que desencadeia o aumento do uso de instituições de saúde para atender essas demandas, ampliadas nas camadas mais pobres e desassistidas, enfim, nessa perspectiva complexa surge a proposta das Linhas de Cuidado (CECÍLIO, 2012, 2013).

Pessoa (2011, p. 21) define linha de cuidado como

a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, a fim de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde, incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social. A Linha de Cuidado é diferente dos processos de referência e contrarreferência, apesar de incluí-los também. Ela difere, pois não funciona apenas por protocolos institucionalmente estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às Unidades e Serviços dos quais necessita. É uma ferramenta que ajuda a organizar a rede, logo, ela por si só não é suficiente e não garante que a rede irá funcionar. Para existir rede não basta só estrutura. É preciso ter sistema de governança e logística combinado com a intencionalidade das equipes de trabalhadores em operar fluxos entre si e os diversos serviços, para fazer a devida integração entre as estruturas. O que diferencia sistema e rede é que o primeiro prescinde uma estrutura já existente e é fragmentado, já na

rede a estrutura está interligada através dos sistemas de governança, logística e a atividade de fluxo e conexão entre os trabalhadores e serviços. A Linha de Cuidado não tem a pretensão de resolver todos os problemas,... mas ela pode ser um balizador... que incorpora a ideia da integralidade na assistência à saúde, o que significa: unificar ações de promoção da saúde, de prevenção a agravos, curativas e de reabilitação; proporcionar o acesso a todos os recursos tecnológicos de que o usuário necessita, desde visitas domiciliares.. e outros dispositivos..., até os de alta complexidade hospitalar; e ainda requer uma opção de investimento na política de saúde e nas boas práticas dos profissionais. O cuidado integral é pleno, feito com base no ato acolhedor do profissional de saúde, no estabelecimento de vínculo e na responsabilização diante do problema de saúde trazido pelo usuário.

As linhas de cuidado preveem construções coletivas levando em conta diversos pontos de vista, incluindo os usuários e não somente as normas técnicas, com o objetivo de ampliar a responsabilização e as garantias de acesso (FEUERWERKER, 2011). Por isso, deve haver prudência em relação ao conceito para que não seja “governamental demais, funcionalizado demais, instrumental demais, externo demais” (CECÍLIO, 2012, p.286) aos espaços comuns de convívio político.

Na relação de cuidado que se estabelece entre usuário e profissional/instituições de saúde, Cecílio (2012) indica a presença de dois tipos de usuários, a partir das atitudes em relação ao sistema, aos quais denomina “usuário fabricado” e “usuário fabricante”. Para ele, o “usuário fabricado” é aquele que segue padrões e regras estabelecidas pelo sistema enquanto o “usuário fabricante” é aquele que tem participação ativa no processo e faz suas escolhas. De acordo com Merhy (1997), a construção de relações de cuidado com usuários fabricantes tem se apresentado como uma das grandes dificuldades da equipe de saúde, especialmente aquelas que tendem a reproduzir o hegemônico, a produzir descuido, a preservar os espaços de poder e autonomia frente ao usuário. Essas atitudes, para o autor, conduziram à morte da ação cuidadora. Nessa mesma direção, Feuerwerker (2011, p.125) afirma que “há uma dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com sofrimentos; preferem lidar com doença, na qual a racionalidade da

biomedicina (...) estabelece normas e protocolos”. Porém, é necessário disposição para diversificar os arranjos necessários à produção do cuidado, de acordo com diferentes necessidades. E justamente essa diversificação deve ser encarada no âmbito da gestão do cuidado. Segundo a autora, “não há cadeia de cuidado sem ampliar e diversificar as ofertas, sem produzir articulação com outros setores que não os da saúde” (FEUERWERKER, 2011, p. 6).

Além disso, para Feuerwerker (2014, p.110), no cuidado em saúde é importante

produzir um olhar interessado não somente para buscar e reconhecer os problemas, mas também as potencialidades, os recursos, as redes sociais, a produção das relações. Há um investimento a ser feito no reconhecimento dos modos de viver, dos contextos, arranjos, saberes, crenças e valores com que os diferentes grupos populacionais e indivíduos produzem suas conexões e sua vida e, por extensão, sua saúde. Todos os tipos de profissionais se beneficiam de um convívio mais intenso com o cotidiano das pessoas, das famílias, dos grupos. Principalmente quando esse encontro se faz com um olhar mais desarmado, mais interessado, menos preconceituoso e menos prescritivo”.

Portanto, pensar as linhas do cuidado pode ser encarado como tentativa de corrigir erros existentes no cuidado em saúde, como a inversão de cuidados, que beneficia os mais ricos em detrimento dos mais pobres; prestação de serviços de saúde caros demais; cuidados altamente fragmentados e com défices de recursos; cuidados pouco seguros; recursos mal direcionados, concentrados ainda nas ações curativas (OMS, 2008). Em suma, tomar a sério a questão das linhas do cuidado expande-se para além da doença, dos doentes,

[d]os modos de transmissão e dos fatores de risco, passando a englobar as necessidades e os determinantes (condições de vida e de trabalho); os sujeitos da atenção já não podem ser considerados apenas os médicos, os sanitaristas e seus auxiliares, mas as equipes de saúde (de todos os níveis), trabalhadores de outros setores e a própria população; os ‘meios de trabalho’ incorporam, para além das consagradas

tecnologias médicas e sanitárias, a contribuição de outros conhecimentos e instrumentos fundamentais para uma ação mais ampla, capaz de produzir impactos na esfera dos determinantes e condicionantes. (BATISTELLA.2007, p.78.)

As políticas de saúde precisam rever suas práticas, compreender o indivíduo no todo “como alguém que vive a experiência da necessidade, do adoecimento, carregada de valores e significados subjetivos, únicos” (BATISTELLA, 2007, p.78). Tais metas só poderão ser alcançadas na intersecção da política de saúde com as demais políticas sociais.

No escopo desse debate é que vão surgindo novas proposições e nelas a família tem sido cada vez mais chamada a participar do cuidado em saúde e o domicílio, lugar natural do cuidado em saúde em tempos remotos, volta a ser palco de novas modalidades de cuidado.

#### 2.4 A tradição do cuidado domiciliar no cuidado em saúde

O cuidado domiciliar aparece em muitos registros da história da saúde como sendo uma prática antiga e acreditada que, com o passar dos tempos, tornou-se uma modalidade de atenção em saúde.

No século XIII a.C., no Egito Antigo, um médico chamado Imhotep atendia os pacientes no domicílio e em seu consultório e também era responsável pelo atendimento no palácio ao Faraó. Na Grécia Antiga, o médico Asklépios atendia no domicílio dos pacientes e seus seguidores atendiam os indivíduos nos templos. Nesses locais, havia medicamentos e materiais para proporcionar o tratamento e a cura aos indivíduos enfermos, considerados futuramente como hospitais. Hipócrates, no século V a.C., descreveu a importância e a eficiência do cuidado no domicílio. No final do século XVII, Samuel Hanneman, fundador da Homeopatia, visitava os doentes no domicílio por acreditar que o médico era responsável pelo tratamento e cura

das enfermidades, fazendo questão de permanecer junto ao leito dos doentes no domicílio a maior parte do tempo possível (BRASIL, MS, 2012).

Em épocas anteriores, as pessoas eram tratadas em casa, predominantemente cuidadas por uma figura feminina, fosse consanguínea ou uma pessoa da comunidade. Para Chaves (2004), o fato é que já existia a divisão social do trabalho: homens eram responsáveis pelos alimentos e defesa, enquanto as mulheres eram responsabilizadas pela proteção e cuidado de seus familiares.

No Brasil, o cuidado foi sendo desenvolvido conforme as características peculiares dos determinantes históricos e sociais. No final do século XIX, os cuidados nas famílias ricas era realizado pelas amas de leite<sup>1</sup> e mucamas<sup>2</sup>, que ficavam junto nas casas ou, no caso da ama de leite, que residiam o mais perto possível das moradias, facilitando o cuidado e a vigilância da família sobre elas. Os cuidados envolviam higiene pessoal dos moradores, alimentação, limpeza da casa, atenção aos doentes e todo e qualquer outro tipo de trabalho escravo (VANTI, 1998).

Mais tarde, o serviço de assistência aos doentes aparece no sentido da caridade cristã e da filantropia (SILVA, 2005), com as Santas Casas de Misericórdia e o trabalho das freiras. Nas residências, o atendimento aos doentes era realizado pelo médico da família aos que podiam pagar.

Dessa forma, o atendimento domiciliar confunde-se com a história do desenvolvimento dos cuidados à saúde. O atendimento aos pacientes era realizado nas casas dos doentes, pelo médico, que convivía na intimidade dos lares, dividindo os momentos significativos da vida familiar (doenças, almoços, jantares, casamentos, nascimentos, conflitos), como também compartilhando segredos (BRASIL, MS, 2003).

---

<sup>1</sup> Mulheres, geralmente negras, que amamentavam filhos de outras mulheres da sociedade, em troca de pagamento pelo serviço de aleitamento.

<sup>2</sup> Escravas negras, que começavam a trabalhar na casa do seu senhor a partir de 10 anos, cuidando das crianças, eram também denominadas creoulinhas ou negrinhas. Adultas, realizavam serviços domésticos e outros que a família do senhor achasse que lhes caberia, como o cuidado aos doentes.

Só no final do século XVIII surgem os hospitais para tratar dos doentes, institucionalizando o cuidado. “O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII.” (FOUCAULT, 2004, p. 99). Até então, usava-se o hospital para a caridade, para cuidar dos pobres e desamparados (CHAVES, 2004). Inicia-se, assim o processo de transformação do sujeito em paciente, tendo o hospital como o local que abrigava as manifestações do sofrimento; surgiu como espaço de consolidação da identidade de doente, de assistência, de segregação e exclusão (BRANT; MINAYO, 2004).

A urbanização, o desenvolvimento tecnológico, a fragmentação do cuidado em especialidades, a taylorização do processo de trabalho na área da saúde e a concentração do cuidado às pessoas no modelo hospitalocêntrico<sup>3</sup> trouxeram modificações na atuação da medicina (BRASIL, MS, 2003).

A primeira unidade em atendimento domiciliar é registrada nos EUA em 1947, com o objetivo de descongestionar o hospital e dar aos pacientes e seus familiares um ambiente mais acolhedor. Nos EUA, a prestação de serviços à saúde torna-se ligada às iniciativas de empresas privadas, com ou sem fins lucrativos. A intervenção do Estado, com maior ou menor intensidade, acontece sob a forma de financiador dessas empresas (MENDES JÚNIOR, 2000). As prestadoras de assistência domiciliar estão entre as pioneiras, formadas por profissionais de enfermagem e voluntários. As mulheres, culturalmente, exerceram sempre o papel de “cuidadoras”. O primeiro registro oficial de assistência domiciliar encontra-se na Carolina do Sul, concretizada pelas mulheres da Sociedade Beneficente de Charleston, que desenvolviam atendimento aos doentes pobres (MENDES, 2001). Em 1947, é introduzida a noção de assistência domiciliar como extensão do hospital, ocorrendo o primeiro registro de alta hospitalar precoce, gerada no Hospital do Bronx, evidenciando o início da preocupação com o cuidado a domicílio. Em 1965,

---

<sup>3</sup> Modelo em que o hospital tem funcionado como o centro do “sistema de saúde” (CECILIO, 2000, p.4), onde se trata a doença. Cohn aborda a questão do modelo hospitalocêntrico como “um legado negativo para o Sistema Único de Saúde. [...] Uma herança de um modelo de atenção à saúde comandada pela lógica da assistência médica, vale dizer, um modelo que vem sendo denominado hospitalocêntrico, com um complexo industrial médico hospitalar altamente sofisticado e lucrativo” (COHN, 2006, p. 240).

surge o *Medicare*, programa oficial do governo americano no financiamento da assistência à saúde e assim, também, da assistência domiciliar. (MENDES JÚNIOR, 2001).

A partir dos EUA, esta experiência se difunde por toda a América do Norte e Europa. Dados de 1999 relatam a existência de 20.215 organizações, atendendo oito milhões de pacientes por ano (REHEM; TRAD, 2005). Na Europa, a primeira experiência formal dá-se em Paris, França, em 1957, o chamado *Santé Service*, que ainda presta assistência a pacientes crônicos e com enfermidades sem cura (RAMALLO & TAMAYO, 1998).

Desde os anos 60, no Canadá, os serviços de Assistência Domiciliar, estão direcionados para a alta precoce de pacientes cirúrgicos. Em 1987, desenvolve-se uma experiência- piloto em três hospitais da área de Montreal, para o atendimento a pacientes clínicos agudos. A origem desses serviços é atribuída a três freiras que, vindas da França para prestar serviços de enfermagem à população na nova colônia, ali abrem um hospital e começam a oferecer alguns cuidados a pessoas doentes nas suas próprias casas (RIBEIRO, 1999).

Segundo Ramallo & Tamayo (1998), na Espanha, a primeira unidade de Assistência Domiciliar é criada em 1981 e, nos anos seguintes, surgem iniciativas similares em diversos países da Europa. Na Espanha, o sistema de assistência domiciliar é consolidado em 2006 pela **Ley para la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia**.

Os países latino-americanos também seguiram suas trajetórias, com diferentes características históricas. Os pioneiros, na regulamentação de cuidados médicos na modalidade internação domiciliar, foram a Argentina em 2000, o Brasil em 2006 e o Uruguai em 2007, que ainda estão em desenvolvimento embrionário público (SIMÃO, 2015).

A regulamentação dos cuidados médicos na modalidade internação domiciliar surge no momento em que os hospitais começam a ser encarados como os responsáveis por enormes gastos do Estado, “daí o apoio ao atendimento domiciliar e à desospitalização da população” (ANDRADE, 2007,

p. 30). Assim, inicia-se o interesse pelo tratamento no domicílio, para diminuir gastos, embora se reafirme a importância de se dar maior conforto aos pacientes (ANDRADE, 2007).

### 3 A ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO E A POLÍTICA DE CUIDADO

Este capítulo tem por finalidade apresentar a política de cuidado no sistema de saúde brasileiro. Para tanto, parte de uma breve retrospectiva sobre a política de saúde, no Brasil, desde a década que antecedeu a Reforma Sanitária, destacando a implantação do SUS. Nesse momento, evidencia que tanto no debate que gestou esse sistema, como em Conferências Nacionais que sucederam a sua implementação, a questão do cuidado já estava presente nas discussões. Após esta visão histórica geral, focaliza o contexto da produção do cuidado em saúde no Brasil, retomando algumas práticas tradicionais e populares, e apresentando a regulamentação que caracteriza e delimita, atualmente, o SUS.

#### 3.1 O Debate da Saúde no Brasil

O mundo nos anos 1960 era dividido entre as potências capitalistas e socialistas, permeado pela intensificação da Guerra Fria. Na América Latina, vários países passavam por golpes de Estado com a conseqüente instauração de regimes autoritários.

No Brasil, em 1964, o país retorna a um regime de exceção, com o golpe militar, dando início novamente a um governo autoritário no País. Com o discurso de reinstaurar a ordem, fortalecer a economia e restaurar o regime

democrático em curto espaço de tempo, os militares acabaram governando por mais de vinte anos. Uma das primeiras ações desse regime foi destruir qualquer ideário socialista. A economia foi marcada pela invasão do capital estrangeiro, acarretando salários estagnados e proibição do direito de greve. Os opositores do regime foram cassados e através de atos institucionais os interesses do Executivo prevaleceram, o sistema eleitoral passa a ser bipartidário (Arena e MDB). A saúde era dividida entre medicina previdenciária, que atendia à saúde individual dos trabalhadores formais nas zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão, e a saúde pública, sob o comando do Ministério da Saúde, direcionada às zonas rurais e aos setores mais pobres da população. Nesse contexto, as políticas de saúde dos governos militares buscaram incentivar a expansão do setor privado (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Já na década de 1970, há uma razoável decadência do ciclo de prosperidade econômica e social que se iniciou no pós-guerra. “Tal ciclo repercutiu na expansão do chamado estado de bem-estar social, que instituiu padrões de solidariedade social jamais conquistados” (PAIVA, TEIXEIRA, 2014, p.19).

No Brasil, os anos 70, foram anos duros de repressão, mas também de lutas na busca da redemocratização do País. Grandes conquistas são registradas nesse período como com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, e da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Junto a essas ações, o movimento de reforma sanitária vai se articulando e organizando no meio acadêmico e profissional, junto a atores sociais engajados na luta por um país livre e de um novo modelo de saúde.

Ao tomar-se como marco significativo a produção de conhecimento nesse período reconhece-se o papel importante que a universidade brasileira desempenhou na conjuntura política autoritária de então. Mais do que isso, registre-se o paradoxo desse conhecimento de natureza progressista gerado no seio das retrógradas - até por tradição - escolas médicas. Não é de subestimar-se a aspereza do confronto de ideias com o pensar estabelecido sobre a saúde (que privilegia a doença) e do embate com os setores dominantes nessas instituições. Definitivamente, no interior das escolas médicas os

Departamentos de Medicina Social e/ou Preventiva nasceram condenados à marginalidade e ao ostracismo. Mas talvez tenha sido exatamente essa condenação ao ostracismo que tenha possibilitado essa reflexão pioneira no país: supõe-se, afinal, que os insanos, desde que confinados, não representam maior perigo ao corpo social. E esse estigma de insanidade, por buscar a contaminação do entendimento das questões técnicas da saúde pelas ciências sociais suscita uma notável capacidade de reação ao saber dominante, mas não exime esse esforço dos riscos inerentes à condição que marca grande parte da produção na área: a de ter nascido e se constituído como um saber militante (COHN,1989).

Assim, a reforma sanitária no Brasil, com ênfase no meio acadêmico, desde o seu início teve como proposta uma relação diferente entre Estado e sociedade, incentivando a presença de novos atores sociais na definição das Políticas de Saúde, através dos Conselhos e Conferências de Saúde. Nesse processo, havia a crença na saúde como direito universal, no caráter intersetorial dos determinantes da saúde, no papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde, na descentralização, regionalização e hierarquização do sistema, na participação popular, no controle democrático e, fundamentalmente, na necessidade de integração da saúde, até então dividida (CEBES, 1980). Todos estes movimentos fomentaram muitas expectativas, iniciativas e mobilização, criando uma série de conhecimentos sobre a questão da saúde. Mas Berlinquer (1988) diz além.

Creio que deveríamos reivindicar uma maior participação na política de saúde e menor participação dos políticos nas manobras de poder nas instituições sanitárias. O poder político deveria estabelecer as finalidades, as tarefas fundamentais dos serviços e deixar mais responsabilidade para as pessoas encarregadas de executar essas tarefas criativamente. Afinal, é pela especificidade de sua dimensão sanitária que esse movimento logrará viabilizar a participação política concreta, porque específica, dos cidadãos” (p.5).

E a reflexão de Berlinquer (1988) pode muito bem ser arrematada por Fleury (1997), pois, segundo esse autor,

poder-se-ia concluir que a Reforma Sanitária é uma proposta que encerra um conjunto de princípios e proposições tal como disposto no Relatório Final da 8ª CNS. É também um projeto, pois consubstancia um conjunto de políticas articuladas que requerem uma dada consciência sanitária uma participação da cidadania e uma vinculação com as lutas políticas mais amplas. É ainda um processo porquanto a proposta formulada não se conteve nos arquivos nem nas bibliotecas mas transformou-se em bandeira de luta, articulou um conjunto de práticas, e teceu um projeto político-cultural consistente enquanto prática social, tornando-se História (p. 20).

Com o fim do regime militar e o processo de redemocratização do País, em 1985, foi possível a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, convocada pela Presidência da República e de responsabilidade do Ministério da Saúde. Trata-se de importante marco político e histórico, pois é quando a saúde é trazida para um amplo debate público. O relatório produzido nessa Conferência estimulou o embate da sociedade como um todo que haveria quando da eleição e instalação da Assembleia Nacional Constituinte, em 1988.

Houve o reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado, recomendando-se a organização de um Sistema Único de Saúde (SUS), descentralizado (com atribuições específicas para a União, estados e municípios) e democrático (garantindo a participação social na formulação das políticas de saúde, no acompanhamento e na avaliação), que contemplasse o conceito ampliado de saúde.

A partir dessa Conferência, a sociedade brasileira passou a dispor de um corpo doutrinário e um conjunto de proposições políticas voltados para a saúde que apontavam para a democratização da vida social e para uma Reforma Democrática do Estado (PAIM, 2008, p.27).

A Carta Magna de 1988, a Constituição da República Federativa do Brasil, foi o marco na história da saúde pública no Brasil, ao definir a saúde como direito de todos e dever do Estado. Assim reza seu Art. 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2008, p.143).

Essa nova forma de pensar a saúde no Brasil foi estruturada a partir de uma concepção que a vinculava diretamente às condições de vida e saúde da população.

### 3.2 A opção por uma concepção de saúde

Como é bem sabido, a raiz etimológica da palavra saúde é *salus*, que no latim representava os inteiros, intactos, íntegros. No grego, *salus* provém do termo *holos*, no sentido de totalidade, por isso o holismo refere-se à percepção do todo. Entretanto, a despeito do conhecimento de suas raízes etimológicas, a conceituação de saúde tem se mostrado uma tarefa bastante difícil e complexa, uma vez que o conceito não está dissociado da dinâmica de tempo, espaço e história de uma sociedade, pois seus movimentos de avanços e retrocessos na sua elaboração exigem atores sociais concretos (SABROZA, 2001).

Historicamente, é possível identificar a presença de concepções de saúde desde os escritos bíblicos, onde já se encontram registros primevos da existência da Medicina. Por toda a Antiguidade a concepção de saúde esteve vinculada à explicação das doenças como ocasionadas por fenômenos naturais ou sobrenaturais, com caráter religioso, como castigos divinos, ainda que hoje se saiba das más condições de vida e da higiene precária predominantes naquele período.

Na Idade Média, a concepção de saúde não teve avanços. A Igreja exerceu grande poder político e influenciou negativamente no âmbito da saúde. Foi um período de grande atraso científico, com o isolamento das pessoas sendo

empregado como resposta às doenças, pois a crença era de que podiam ser causadas pelos astros, bruxarias e o envenenamento das águas pela lepra. A concepção de saúde pode avançar a partir do Iluminismo, onde houve grandes avanços científicos, como o estudo da anatomia e fisiologia, impulsionado pela necessidade de descobrir a origem dos agentes causadores das epidemias. Nessa fase de racionalismo, surge a liberação das pesquisas científicas e o marco histórico são as vacinas.

Posteriormente, com o advento da Revolução Industrial, começa a se formar uma outra concepção de saúde, tomando em consideração sua associação com as condições de vida. Com o crescimento populacional, o acelerado aumento da vida nas cidades, a promiscuidade, a inexistência de estrutura básica de saneamento e falta de hospitais, pioram as condições de saúde e os problemas sociais. Assim começam a tomar corpo as preocupações com as condições de vida da população e sua influência na saúde. Em 1848, registra-se o termo Medicina Social. Como relata Sevalho (1993, p. 357),

uma penetração do conhecimento médico no domínio do ambiente social, aplicado ao panorama mercantilista da Alemanha e da França do século XVIII e ao capitalismo incipiente da Inglaterra industrial do século XIX, fez nascer a medicina social no entrelaçamento de três movimentos apontados por Foucault (2004). A polícia médica alemã, uma medicina de Estado que instituiu medidas compulsórias de controle de doenças, a medicina urbana francesa, saneadora das cidades enquanto estruturas espaciais que buscavam uma nova identidade social, e, por último, uma medicina da força de trabalho na Inglaterra industrial, onde havia sido mais rápido o desenvolvimento de um proletariado.

Foi somente a partir da segunda metade do século XIX, marcado pelas investigações de Pasteur e Koch, que se inauguraria a Era do Germe, o que transforma dramaticamente a medicina de "uma profissão orientada para as pessoas para orientada para a doença" (TWADDLE; HESSLER, 1977, p.12). Assim, a concepção de saúde passou a ser pautada na biomedicina. Com isso, passou a ser centrada na doença, com o conseqüente declínio da saúde coletiva.

Naquele momento histórico, o mundo tinha uma “nova ordem econômica, fundamentada na industrialização e complexificação do trabalho, o que tornou necessário o estabelecimento de novas normas e padrões de comportamento” (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2003), num mundo mercantilista em que

[o] corpo, investido política e socialmente como força estatal e como força de trabalho, passa a ser monitorado por meio das estatísticas vitais e de morbidade. A instituição da quarentena como forma de deter o progresso das epidemias estava baseada no esquadrinhamento da população urbana e na implementação de regulamentos de urgência. A prática da vigilância era realizada por chefes de distrito e inspetores de bairro, com registro centralizado das ocorrências (FOUCAULT apud BATISTELLA, 2007, p.59).

Na Inglaterra, a medicina social se caracterizou como a medicina dos pobres. A imposição de um cordão sanitário no interior das cidades, separando os ricos dos pobres, garantia, indiretamente, a proteção dos segmentos mais abastados com o fim da heterogeneidade de vizinhanças e a diminuição da possibilidade de fenômenos epidêmicos entre os pobres. Ao final do século XIX, a ‘lei dos pobres’ é acrescida pelas ações de controle da vacinação, de intervenção em locais insalubres e do registro de doenças

O desenvolvimento da biomedicina garantiu a hegemonia da centralidade da doença na concepção de saúde tempos afora, porém avança em relação à incorporação dos fatores sociais e psíquicos na composição da concepção de saúde. Na esteira desse pensamento, em 1946, a Organização Mundial de Saúde (OMS), no momento de sua criação no pós-guerra, define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social (WHO, 2001). Esse conceito foi e continua sendo bastante criticado à medida que está desconectado do contexto social e econômico da sociedade contemporânea. Autores como Serge e Ferraz (1997), questionam sua qualificação da saúde como “perfeito bem-estar”, como uma definição irreal. Nesse sentido, pergunta-se sobre o que poderia ser o "perfeito bem-estar?" É por acaso possível

caracterizar-se a "perfeição"? (SERGE; FERRAZ, 1997, p.1). Caponi (1997, p. 299) apresenta a maior objeção ao conceito da OMS.

O fato de que sua adoção pode servir para justificar práticas arbitrárias de controle e exclusão de tudo aquilo que for considerado indesejável ou perigoso. Assim, o discurso médico pode converter-se em discurso jurídico, e tudo aquilo que é considerado perigoso ou desviante se torna objeto de uma intervenção – medicalização.

Na mesma linha das críticas que a caracterizam como definição ultrapassada, junta-se também o combate à fragmentação operada pelo conceito da OMS entre o físico, o mental e o social. Tal cisão denotaria a inexistência de uma inter-relação entre estas dimensões, reduzindo a visão do todo a um mero somatório de parcelas. Provoca uma abordagem da doença enquanto casos únicos, descolada das desigualdades sociais imperantes no seio da sociedade de classes.

Como foi assinalado anteriormente, na década de 1970, uma outra concepção começa a tomar força, especialmente na América Latina, impactando fortemente sobre o Brasil. No plano mundial, a Conferência de Alma-Ata (1978) foi um divisor de águas, seguida por outras grandes Conferências como a de Ottawa (1986), as quais se tornaram símbolos da transformação na forma de pensar a saúde no mundo. Essas conferências foram impulsionadas pelo caldo cultural dos anos 60, reconhecido por alterações nos cenários políticos e pelos apelos por “sexo, drogas e rock’n’roll”. Impulsionadas por pensamentos de liberdade, iniciaram as discussões e mobilizações que marcaram profundamente a história da saúde pública no mundo (CARLOS NETO, 2016).

Em 2005, na Carta de Bangkok – resultado da Sexta Conferência Global de Promoção da Saúde em Bangkok, Tailândia – as Nações Unidas reconheceram que a obtenção do mais alto nível de saúde é um dos direitos fundamentais de qualquer ser humano, sem distinção de raça, cor, sexo ou condição socioeconômica.

Na América latina e especialmente no Brasil assiste-se o amplo desenvolvimento do movimento da Reforma Sanitária, marcado por um conjunto de ideias e propostas vinculadas às transformações necessárias no setor saúde para a melhoria das condições de vida da população brasileira. Todo o debate aconteceu no denominado campo da saúde coletiva, influenciado fortemente pelo pensamento marxiano. Nessa perspectiva adota-se o conceito ampliado de saúde, que passa a ser concebida como

resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. E assim é o resultado das formas de organização social da produção as quais geram grandes desigualdades nos níveis de vida. (Relatório Final da VIII Conferência de Saúde, 1986).

Com esta concepção, demarca-se que não se trata de um conceito abstrato, ao contrário, reafirma-se sua vinculação ao contexto histórico da sociedade e o seu tratamento no plano do direito real e não apenas formal. Dessa concepção origina-se a configuração do Sistema Único de Saúde (SUS)

### 3.3 O Sistema Único de Saúde Brasileiro

No Brasil, a saúde é garantida pela Constituição de 1988 e regulamentada pelas Leis 8.080 e 8.142. Na Lei Orgânica da Saúde (LOS), é disposta como direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício; possuindo como fatores determinantes e condicionantes a alimentação, moradia, trabalho, saneamento básico, transporte, educação, renda, meio ambiente e o acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL,1990). A Constituição do Brasil, no Art. 200, apresenta como competência do SUS:

Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de

medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

Assim, o SUS foi criado com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde, tendo sua raiz nos textos dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde.

Anteriormente ao SUS, a assistência médica era realizada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, restrita aos contribuintes da previdência social, ou seja, aos empregados com carteira assinada. Os que não contribuíam eram atendidos em serviços filantrópicos, como as Santas Casas de Misericórdia, como indigentes.

O INAMPS tinha seus estabelecimentos próprios para o atendimento, mas a maioria era realizado através de convênios com a iniciativa privada, que determinava a remuneração dos serviços.

Também se desenvolveram no Brasil serviços de atenção à saúde de caráter estatal, tais como a Fundação Osvaldo Cruz, o Instituto Butantã, Escolas de Saúde Pública, universidades, hospitais e centros de saúde, todos sob gestão típica do Estado.

O movimento da Reforma Sanitária no Brasil, construído a partir da década de 1970 (BRASIL, 2009), com ênfase no meio acadêmico, teve como proposta uma relação diferente entre estado e sociedade, incentivando a

presença de novos atores sociais na definição das políticas de saúde, através dos Conselhos e Conferências de Saúde.

O grande marco histórico nesse processo foi, sem dúvida alguma, a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, que contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade e na qual houve um consenso de que para o setor da saúde no Brasil não era suficiente uma mera reforma administrativa e financeira, mas sim uma mudança em todo o arcabouço jurídico-institucional vigente, que contemplasse a ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da reforma sanitária. O relatório produzido nessa Conferência serviu de referência para os constituintes que elaboraram a Constituição de 1988 (ANDRADE et al, 2000, p. 2).

Assim, houve uma grande intenção de ampliação na operacionalização e nas garantias dos direitos de cidadania aos cidadãos, como a promoção, proteção, preservação e recuperação da saúde individual e coletiva (ANDRADE et al, 2000).

A implantação do SUS foi realizada de forma gradual. Em 1990 é regulamentado o SUS, pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que disciplina a descentralização política e administrativa, e a Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que regulamenta a participação popular na gestão, o chamado controle social. As duas leis compõem a Lei Orgânica da Saúde, com base no artigo 196 da Constituição do Brasil de 1988.

O SUS é considerado um dos maiores e melhores sistemas de saúde pública do mundo, o Ministério da Saúde, assim o define:

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde. (BRASIL, 1990)

Algumas das diretrizes e princípios fundamentais do SUS foram determinados para a construção desse novo modelo de sistema de saúde pública e igualitária (BRASIL, 1990), os quais são destacados a seguir.

### Universalidade

Entre os princípios doutrinários que norteiam o SUS, temos a universalidade como a garantia de atenção à saúde a todo cidadão brasileiro ou estrangeiro que esteja no País. Com a universalidade, o cidadão tem o direito de acesso a todos os serviços de saúde e respectivas ações, independentemente de raça, renda, escolaridade, credo ou qualquer outra forma de discriminação. A saúde é dever do Estado, como garante o Art. 196 da Constituição Federal de 1988.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.39).

A universalidade é reconhecida como uma das maiores conquistas da população na Constituição Federal de 1988, como bandeira das lutas populares que a reivindicavam enquanto direito fundamental na construção de um sistema de saúde igualitário a todos. Essa luta aponta “para o rompimento com a tradição previdenciária e meritocrática do sistema de saúde brasileiro, que conferia unicamente aos trabalhadores formais, por meio da contribuição previdenciária, o acesso às ações e serviços de saúde” (MATTA, 2009, p.3). Esses serviços de saúde oferecidos à população podem ser públicos ou contratados/conveniados pelo Estado (municipal, estadual e federal), oferecendo toda atenção necessária, sem qualquer custo aos usuários, preservando a qualidade e a eficiência da atenção necessária.

A Universalidade é o princípio que organiza e dá sentido aos demais princípios e diretrizes do SUS na garantia do direito à saúde de forma integral, equânime, descentralizada e com participação dos usuários (MATTA, 2007).

## Equidade

É a garantia de que todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido nos serviços de saúde, em qualquer nível de complexidade de assistência, independentemente do local de moradia, sem privilégio e/ou barreiras, com atendimento oportuno aos que necessitam de maior atenção, levando em consideração que as pessoas são diferentes, com necessidades diferentes e diversas conforme tempo e espaço. Ao falar em equidade nesse sentido, recorro ao princípio marxista “de cada um segundo suas capacidades, a cada um segundo suas necessidades” (MARX, 2012, p.32).

Assim, equidade em saúde, implica reconhecer e implementar políticas de saúde que envolvam setores diversos da sociedade, principalmente usuários, no entendimento das reais necessidades de saúde das comunidades, respeitando suas desigualdades, particularidades, oferecendo ações apropriadas. Para tal,

é preciso que existam ambientes favoráveis, acesso à informação, acesso a experiências e habilidades na vida, assim como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. O contrário de equidade é iniquidade, e as iniquidades no campo da saúde têm raízes nas desigualdades existentes na sociedade (Brasil, 2004, p. 41).

É preciso estar atento as transformações da sociedade e as desigualdades de saúde que vão mudando dentro de um contexto sempre em movimento, por isto sempre serão imprescindíveis políticas equitativas (SCOREL, 2009).

As condições de saúde de uma população estão fortemente associadas ao padrão de desigualdades sociais existentes na sociedade. Já as desigualdades sociais no acesso e utilização de serviços de saúde são expressão direta das características do sistema de saúde. A disponibilidade de serviços e de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, a sua distribuição geográfica, os mecanismos de financiamento dos serviços e a sua organização representam características do sistema que podem facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde. Modificações nas características do sistema de saúde alteram diretamente as desigualdades sociais no acesso e no uso, mas não são capazes de mudar por si só as desigualdades sociais nas condições de saúde entre os grupos sociais (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

## Integralidade

É a compreensão de que o homem é um ser integral e a atenção à saúde inclui um sistema integrado de “ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social), e não num recorte de ações ou enfermidades” (BRASIL, 2009, p. 192).

Já a Lei 8.080/90 refere-se à integralidade da assistência, compreendida como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, p. 3). Exige a construção de uma rede de serviços, ações integradas, capazes de viabilizar a cobertura de serviços em diferentes setores. Os usuários requerem um olhar sobre suas inseparáveis dimensões, através de intervenções capazes de atender suas necessidades de saúde dentro dos contextos biopsicossociais em que vivem (BRASIL, 2009).

## Participação da comunidade

A participação da comunidade se dá pelo envolvimento dos usuários na gestão e se efetiva por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde. Nessas instâncias, principalmente, exercita-se o controle social, uma das maneiras de se exercer a democracia, através da inclusão de novos sujeitos sociais nos processos de gestão do SUS como participantes ativos nos debates, formulações e fiscalização das políticas desenvolvidas pela saúde pública brasileira, conferindo-lhe legitimidade e transparência, realismo, transparência, comprometimento coletivo e efetividade de resultados. (BRASIL, 2009)

A participação tem, porém, um sentido especial, formulado por José Arthur Rios nos seguintes termos:

Lema e tópico central em programas e doutrinas reformistas generalizadas a partir dos anos 60, quando se pensou em contrapor à massificação, à centralização burocrática e aos monopólios de poder o princípio democrático segundo o qual todos os que são atingidos por medidas sociais e políticas devem participar do processo decisório, qualquer que seja o modelo político ou econômico adotado (RIOS, 1987, p. 869).

A participação popular no SUS foi projetada para se realizar também através dos Conselhos Locais de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde, Conselho Estadual de Saúde e Conselho Nacional de Saúde. Além disso, em todos os níveis (municipal, estadual, federal) acontecem as Conferências de Saúde, realizadas como instâncias de representação da sociedade civil, que reafirmam e atualizam as discussões na construção permanente do Sistema Único de Saúde.

As Conferências Nacionais de Saúde são as que aglutinam todas as considerações realizadas nos outros níveis. Foram criadas com a função de atuar como mecanismo de controle das instâncias estaduais e, no transcorrer do tempo, foram se transformando em espaços democráticos de mobilização

social. Ao longo dos anos, elas desempenharam papel relevante nas conquistas no campo da saúde pública brasileira.

É o fórum que reúne todos os segmentos representativos da sociedade, um espaço de debate para avaliar a situação de saúde, propor diretrizes para a formulação da política de saúde nas três esferas de governo. É convocada pelo Poder Executivo ou pelo conselho de saúde, quando 50% + 1 dos integrantes desse fórum conclamam a conferência. Acontece de 4 em 4 anos. É realizada pelas esferas municipal, estadual e federal. É o espaço de debate, formulação e avaliação das políticas de saúde Brasil. (BRASIL, 2013, p.4)

#### Descentralização político-administrativo

A descentralização se dá de forma tripartite – nacional, estadual e municipal –, com gestor único em cada esfera. Os municípios têm o papel mais importante na prestação e gerenciamento dos serviços de saúde. É o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas à União, estados, Distrito Federal e municípios, objetivando uma prestação de serviços com mais eficiência e qualidade e também a fiscalização e o controle por parte da sociedade (BRASIL, 2009).

O Decreto 7.508 de 2011, que regulamenta a Lei 8.080/90, estabelece um novo arranjo para a descentralização, definindo que os serviços prestados permanecerão organizados em níveis crescentes de complexidade, em unidades geográficas específicas e para clientela definidas. No entanto, a oferta de ações e serviços do SUS deverá se organizar a partir da constituição de regiões de saúde. Cada região deverá atender as demandas dos usuários, seguindo as diretrizes do SUS

### 3.3.1 Financiamento do SUS

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) se efetiva através das três esferas de governo – federal, estadual e municipal –, gerando receita necessária para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde. O nível federal é o responsável por distribuir a maior parte dos recursos financeiros para estados, municípios e Distrito Federal. A distribuição acontece através da chamada transferência fundo a fundo, isto é, os recursos do Fundo Nacional de Saúde são direcionados para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. O valor dos repasses é definido de acordo com as condições de gestão, certificação e qualificação nos programas do Ministério da Saúde e tetos financeiros (BRASIL, 1990). O Fundo Nacional de Saúde (FNS) funciona como agente financeiro do SUS e os recursos que o integram possuem origens diversas, que podem ser relacionadas da seguinte forma:

As consignações do Orçamento da Seguridade Social destinadas, conforme o disposto no art. 34 da Lei n. 8.080/90, para as despesas e transferências estabelecidas no art. 2- da Lei n. 8.142/93; consignações do Orçamento Fiscal da União; decorrentes de créditos adicionais; decorrentes de doações de organismos internacionais vinculadas à Organização das Nações Unidas e de entidades de cooperação técnica e de financiamentos e empréstimos; resultados de aplicações financeiras na forma da legislação vigente; outras fontes, de acordo com o art. 32 da Lei n. 8.080/90; da contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos de natureza financeira (CPMF) em 2007 respondia a 31% da verba de entrada no MS; 50% do valor bruto do Seguro Obrigatório de Veículos Automotores Terrestres (DPVAT) (LAZZARI, 2003; GIOVANELLA, 2014).

Os percentuais de investimento financeiro dos municípios, estados e União no SUS são definidos atualmente pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional 29. Determina que os municípios e o Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e

serviços públicos de saúde, cabendo aos estados a aplicação de 12% da sua arrecadação. No caso da União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual (BRASIL, 2012).

Cada ente da Federação deve ter seu próprio Conselho de Saúde e elaborar planos de ação. As prioridades nas ações e serviços de saúde são definidas nacionalmente pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – composta paritariamente por representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). No nível estadual, ocorrem as pactuações no âmbito das Comissões Intergestores Bipartites, que são compostas por representantes dos estados e dos municípios. O Ministério da Saúde, após pactuação com estados e municípios, publica portarias, por meio das quais procura dar publicidade aos acordos firmados, não somente no que se refere às transferências dos recursos federais, como também à organização da gestão pelos diversos níveis de governo, considerando-se as diferentes complexidades do sistema. Após uma série de normas publicadas pelo MS, na década de 1990, chamadas de “normas operacionais básicas”, em 2006 tem início uma nova fase na gestão do SUS – em vez da adesão a modalidades gerais de gestão, cada ente da Federação pode estabelecer seus compromissos sanitários, por meio de pacto com o governo federal, de forma mais customizada, a fim de atender às necessidades de sua população (BRASIL, 2002).

### 3.4 A questão do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS)

A questão do cuidado não ficou ausente dos debates no contexto da estruturação do SUS ao longo dos anos. Isso pode ser verificado através das Conferências Nacionais de Saúde, por exemplo, no período compreendido

entre a 9ª e a 15ª CNS, em dezembro de 2015, com relatório ainda em aberto. No estudo realizado nos Relatórios Finais das Conferências, as que merecem destaque sobre a discussão do cuidado em saúde são a 12ª CNS – Sergio Arouca – Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos, de 2003, e a 13ª CNS – Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento, realizada em 2007.

A 12ª CNS (2004), de acordo com o seu relatório, tratou da Atenção Básica e Saúde da Família no SUS; do compromisso do SUS em garantir a rede de proteção social no cuidado em saúde, desde o início da vida ao término; de garantir aumento da informação e comunicação de cuidados em saúde; da necessidade de implantar programas de cuidados paliativos nas Unidades de Saúde, incluindo atenção domiciliar; de efetivar a rede de cuidados em Saúde Mental; da legalização dos direitos trabalhistas de cuidadores; de fomentar e descentralizar a pesquisa científica, visando o aumento da equidade do cuidado em saúde (BRASIL, 2004).

A 13ª CNS, com relatório final publicado em 2008, discutiu e aprovou o cuidado em saúde a gays, lésbicas, transexuais, travestis e bissexuais, assegurando o tratamento de qualidade, com respeito à diversidade, de forma equânime nos três níveis de governo; definiu políticas de abrigo a pacientes que, após alta hospitalar, necessitem de cuidados especiais; propôs incentivar o meio acadêmico ao trabalho de pesquisa em cuidado penitenciário; indicou fiscalizar a entrega de alimentação enteral para pacientes em cuidados domiciliares; garantiu tratamento aos indígenas, respeitando sua cultura e autocuidado; reforçou a importância do cuidado bucal na população; indicou o incentivo a funcionários públicos na construção de estratégias de trabalho focados na linha de cuidado. Propôs ainda qualificação de trabalhadores da saúde para a integralidade do cuidado e humanização, bem como a educação permanente para o autocuidado. Postulou a integração entre Universidades, órgãos públicos e movimentos sociais para formação de profissionais com a visão de integralidade do cuidado; a educação em saúde às populações em toda rede de cuidado; institucionalizar o cuidado ao cuidador. Além disso, propôs a implantação do programa de atenção domiciliar, a criação de casas

de apoio aos cuidadores de crianças internadas e casas de parto, a garantia de todos os direitos do estatuto do idoso, bem como capacitar seus cuidadores. Enfim, estabeleceu que o governo deve desenvolver estratégias para implantar e implementar a política de Atenção Básica com linha de cuidado, bem como os planos de saúde que também devem seguir a lógica da linha de cuidado, além de construir redes de atenção para o câncer organizadas em linha de cuidado, em todas etapas de tratamento. Essas são algumas referências realizadas diretamente ao cuidado. Constata-se que a linha de cuidado sobressai como uma das estratégias a serem implantadas no cuidado em saúde.

No entanto, não deve ser esquecido que, em 2004, o Ministério da Saúde já anunciava a Política Nacional de Humanização – PNH, através da Secretaria de Atenção à Saúde e do Núcleo Técnico, na busca da “construção de cultura de atendimento humanizado” (VIANA, 2004, p.7). Em 2011, após as recomendações da 12º e 13º Conferências Nacionais, foi implantado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), bem como os programas de Parto Humanizado, Mãe Canguru, Hospital Amigo da Criança.

Segundo o Ministério da Saúde,

[h]umanizar a atenção à saúde é valorizar a dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.). É também garantir o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha). É ainda estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva, por meio da gestão participativa, com os trabalhadores e os usuários, garantindo educação permanente aos trabalhadores do SUS de seu município.” (BRASIL, 2008)

Humanizar então, com essa assertiva, significa a valorização de usuários, profissionais e gestores envolvidos no processo de saúde, com autonomia para expressar suas necessidades de saúde, dividindo

responsabilidades e comprometimento com as relações sociais que se estabelecem no processo, criando vínculos para uma “atenção mais acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2004, p.35). Soma-se a isso o estímulo ao controle social, com participação e educação permanente aos trabalhadores da saúde, visando a melhoria das condições de trabalho.

Mais ainda, acredita a PNH no acolhimento em todos os níveis de saúde como facilitador no exercício dos direitos e necessidades dos cidadãos.

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia de acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. (BRASIL, 2004, p. 18)

Importante lembrar que o acolhimento sempre existiu dentro da Política Nacional de Saúde, muitas vezes percebido e executado como “favor”, generosidade ou “camaradagem”, dificilmente como direito, que só foi devidamente estabelecido por meio do SUS e da Constituição Federal de 1988. Para a mudança desse modelo é necessário que todos os envolvidos na produção da saúde compreendam o complexo contexto que é a saúde.

Benevides e Passos (2005, p. 390) dizem termos que seguir dois passos para solucionar os impasses apresentados á humanização:

a) Conceitual: voltado à redefinição do conceito de humanização, tomando-o como estratégia de interferência nas práticas de re-posicionamento dos sujeitos implicados nas práticas de saúde (usuários, trabalhadores e gestores). O objetivo é de qualificar as formas de interação desses sujeitos que constituem o sistema de saúde, que dele usufruem e se transformam; b) Metodológico: trata de sintonizar “o que fazer” e o “como fazer”, caminhar da abstração à mudança das práticas concretas de saúde, da indivisibilidade entre atenção, gestão e transversalidade. Assim, o “como fazer” se expressa na escuta, acolhimento, diálogo e negociação para produção e gestão do cuidado.

Exige empenho conjunto para que a PNH saia da “condição de utopia para uma realidade alcançável” (SILVA e ARIOSO, 2008, p. 10) e não se torne um mero conjunto de “políticas amplas ou restritivas e projetos reformistas ou medíocres” (WAGNER, 2005, p.398), uma vez que a interpretação equivocada desse contexto complexo que é a produção de saúde poderia gerar explicações simplistas, como fórmulas mágicas.

É de fundamental importância que, de um lado, as instituições e trabalhadores democratizem o processo de produção da saúde e as relações cotidianas interpessoais e de gestão. Por outro lado, importa que os usuários (re)conheçam o seu poder frente às políticas de saúde e seus executores, tenham acesso a ferramentas para discutir os saberes e práticas em saúde desenvolvidos.

O PNH coloca como um componente muito importante do processo de humanização a garantia da transversalidade,

que busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável (BRASIL, Humaniza, 2004, p.8).

Mas o que se constata é de que as trocas e resultados alcançados se dão em função das relações de conhecimento pessoais e não de instituições que se comunicam. Mioto e Dal Prá, a fim de se contraporem à prática vigente, recorrem às palavras de Minayo, segundo as quais é “imprescindível incluir no universo em que se produzem os cuidados de saúde, os produtores em interação, suas representações e seus atos constatando o sofisticado desafio de realizar uma humanização verdadeira e abrangente” (2007, p.49).

A implantação da PNH não veio livre de polêmicas. Segundo vários autores, ao articular a participação da família no cuidado em saúde, fato que não é novo e vem se repetindo ao longo de programas de saúde do Ministério da Saúde, coloca-se em marcha o processo de transferência da responsabilidade do Estado quanto ao cuidado à saúde para as famílias. Nogueira (2002, p. 212) relata a, “adoção das políticas de ajustamento que preservem a efetividade das despesas de saúde em relação ao seu custeio, à expansão da instrução formal e à ampliação do status político e econômico da mulher”. A mulher, como responsável histórica pelo cuidado, recebe, cada vez mais, a tarefa de participar dos cuidado em saúde (MIOTO, 2010).

Em 2003, quando da edição do Manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária em Saúde, do Ministério da Saúde, a família já estava oficialmente incluída na gestão do cuidado. Várias são as atribuições, recomendações e responsabilidades dadas ao familiar que cuida, através do referido manual. Em 2008, surge o Guia Prático do Cuidador do Ministério da Saúde, que é exclusivo a quem cuida. Este

se destina a orientar cuidadores na atenção à saúde das pessoas de qualquer idade, acamadas ou com limitações físicas que necessitam de cuidados especiais. Tem o objetivo de esclarecer, de modo simples e ilustrativo, os pontos mais comuns do cuidado no domicílio; ajudar o cuidador e a pessoa cuidada; estimular o envolvimento da família, da equipe de saúde e da comunidade nos cuidados, e promover melhor qualidade de vida do cuidador e da pessoa cuidada, ressaltando que apesar de todas as orientações aqui contidas, é indispensável a orientação do profissional de saúde (BRASIL, 2008, p.5).

Incluir a família na saúde é estratégia que foi sendo incorporada por diversos segmentos da sociedade, colocando em seus planos o cuidado no domicílio como política de desocupação de leitos e do trabalho profissional. Segundo Mito (2010), é justamente através do campo do cuidado que ocorrem, na prática, os deslizamentos em torno de atribuições de responsabilidades na provisão de bem estar. Na tônica do cuidado são

articuladas diferentes estratégias de imposição ou transferência de responsabilidades do cuidado às famílias.

A PNH-SUS (2004), segundo a autora referenciada, confirma a tese em torno da responsabilização do cuidado pela família. Nos registros dos documentos da PNH, encontramos várias assertivas a respeito do familiar, família, acompanhante, denominações diversas para um mesmo fim, a saber: a gestão do cuidado, como trabalho invisível, não remunerado e sem nenhum reconhecimento, basicamente realizado por mulheres. O familiar cuidador acaba se tornando alguém partícipe da função que o Estado deveria desempenhar, mas sem recursos, rede de apoio e falta de publicização de direitos e de como ter acesso a eles.

No glossário (BRASIL, 2006) da PNH, dois verbetes confirmam a família como eixo fundamental dessa política social.

Familiar participante: Representante da rede social do usuário que garante a articulação entre a rede social/familiar e a equipe profissional dos serviços de saúde na elaboração de projetos de saúde (p.42 ).

Visita aberta e direito de acompanhante: É o dispositivo que amplia as possibilidades de acesso para os visitantes de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente (p.51).

Embora, ao primeiro olhar, parece para as famílias uma melhoria nas relações de cuidado, com divisão de tarefas, inserção política no cuidar, melhoria de qualidade de vida do usuário de cuidado, o que realmente está acontecendo é a transferência das responsabilidades e custos do cuidado do Estado para as famílias, estas despreparadas financeira, emocional e tecnicamente para executar um trabalho penoso como o de cuidar. “E é através do campo do cuidado que ocorrem, na prática, os deslizamentos em torno de atribuições de responsabilidades na provisão de bem-estar” (MIOTO, 2010, p.7).

No escopo do debate sobre o cuidado em saúde, que não é simples, dada a sua complexidade, nem livre de polêmicas, merece destaque o cuidado domiciliar que tem sido considerado uma questão emblemática dessa discussão, além de ser o mais consolidado ao longo dos anos. Por isso, atenhamo-nos a ele.

### 3.5 O cuidado domiciliar

Há uma grande dificuldade em encontrar registros e sistematizações de serviços públicos ou privados sobre os cuidados no Brasil. Apenas o que mais se encontra são depoimentos de pessoas que viveram e/ou vivem experiências de longo funcionamento e que obtiveram bons resultados em atividades nessa modalidade (SILVA, et al, 2010).

Os cuidados no Brasil, no início, foram marcados pelo combate eventual às grandes epidemias que assolaram os centros urbanos mais significativos. Esse cuidado era feito por intermédio de visitas domiciliares (BARREIRA, 1992). Assim, surgiu a necessidade de formar profissionais capacitados para o exercício da atividade, formação direcionada ao cuidado para o doente ou para os fatores de risco, e não para a família (OLIVEIRA; BERGER, 1996). Todas as iniciativas do Estado brasileiro na atenção à saúde foram, invariavelmente, a partir de interesses econômicos.

A partir de 1920, as visitas eram realizadas por visitadoras sanitárias da Cruz Vermelha Brasileira. Posteriormente, o cientista Carlos Chagas implementou o modelo americano das 22 enfermeiras visitadoras, no qual os hospitais contratavam as enfermeiras com experiência e prática domiciliar para cuidar das autoridades da época em suas casas, pois a alta burguesia tinha grande resistência ao atendimento hospitalar (ARAÚJO, 2000).

Na década de 1940, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Fundação SESP), o atendimento domiciliar passou a ser utilizado para grupos humanos acometidos de moléstias como tuberculose, hanseníase,

doenças sexualmente transmissíveis e outras, na própria comunidade (MENDES, 2001). Portanto, a visita domiciliar tinha um caráter fiscalizador, com o objetivo de verificar as condições de moradia das pessoas, pois acreditava-se que as doenças eram devidas às más condições de higiene e moradia, necessitando de controle e vigilância do setor público.

No Brasil, segundo Mendes Júnior (2000), provavelmente a primeira experiência de cuidado domiciliar é desenvolvida pelo Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência – SAMDU, criado em 1949. Ligado inicialmente ao Ministério do Trabalho, é incorporado pelo INPS em 1967 (MENDES JÚNIOR, 2000-2001). O Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, pertencente ao Instituto de Assistência ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), mantém um serviço de assistência domiciliar a pacientes crônicos desde 1967, portanto tem uma experiência bastante longa deste tipo de serviço (MENDES, 2001).

O conceito expresso no documento “Memória do Serviço de Assistência Domiciliar”, de autoria do Dr. Adalberto Domingues Pedro, médico que trabalha nesse setor desde a sua fundação, demonstra o pioneirismo da instituição: Em 1967 a administração do IAMSPE imaginou que uma AD (Assistência Domiciliar) fosse o prolongamento do tratamento hospitalar e poderia permitir a alta precoce dos doentes internados, diminuindo seu tempo de permanência e, em decorrência, ampliando a capacidade de internação. Já naquela época havia o problema de vagas (BASTOS, 2006, p. 18).

Havia condições que balizavam o ingresso de pacientes nesse serviço, privilegiando-se os seguintes grupos: os pacientes crônicos; os não necessitados de cuidado diário de médico e enfermeiro; os doentes cujo tratamento fundamental fosse o repouso; os da ortopedia e cirurgia seguidos pela equipe; aqueles com dificuldades de ir ao hospital, em razão da enfermidade ou condição social. Entre os critérios para triagem, aparece a “avaliação feita pelo assistente social, das condições de moradia, de disponibilidade da família e de proximidade da residência.” (MENDES, 2001, p. 22). O atendimento médico, após a implantação das leis trabalhistas, dirigia-se àqueles que contribuía para a Previdência Social. Os que não dispunham

desse suporte eram considerados indigentes, dependiam da caridade alheia, sendo atendidos somente em instituições de saúde abertas a esse segmento, e internados nos hospitais em alas separadas, geralmente em hospitais religiosos ou nos construídos pelo Estado.

A partir da década de 90, várias outras implantações de serviços de assistência domiciliar surgiram, como, por exemplo, na Volkswagen do Brasil. Ainda houve implantações em prefeituras, hospitais públicos e privados, cooperativas médicas, seguradoras de saúde, medicina de grupo, entre outros (FABRÍCIO et al, 2004).

### 3.5.1 Portarias regulamentares do cuidado domiciliar no Brasil

O cuidado domiciliar foi se instalando no contexto do SUS por meio de uma série de normatizações ao longo dos anos. Em 1998, tem-se publicada a Portaria nº 2.416, de forma normativa, estabelecendo requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para a internação domiciliar no SUS. No decorrer de década de 2000, é normatizado o programa de Atenção Domiciliar Terapêutica para AIDS e o programa direcionado à atenção aos idosos. A maioria das experiências brasileiras, nessa época, foram iniciativas das secretarias municipais de saúde ou de hospitais, não contando com políticas de incentivo ou financiamento (BRASIL, MS, 2012).

Em 04 de setembro de 2001, foi instituída a Portaria nº 1.531, que propicia aos pacientes portadores de distrofia muscular progressiva o uso de ventilação mecânica não invasiva em domicílio, sob os cuidados de equipes específicas para tal, financiadas pelo SUS. Como os beneficiados eram apenas os portadores dessa patologia, em junho de 2008, por meio da Portaria nº 1.370, regulamentada pela Portaria nº 370, de julho de 2008, o MS ampliou o rol das patologias, mas restrito a doenças neuromusculares, e excluiu causas frequentes de insuficiência respiratória permanente, como o trauma raquimedular (MS, 2012).

Somente após uma década da implantação da Política Nacional de Saúde, surge a Lei que regulamenta a assistência domiciliar como modalidade de assistência em saúde. A Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, cria um subsistema do SUS, operacionalizado pelas Estratégias de Saúde da Família<sup>4</sup>, Unidades Básicas de Saúde<sup>5</sup> e Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar<sup>6</sup>:

Hoje, a questão do cuidado tem sido mais discutida e sua necessidade tem sido mais tomada em consideração, tanto no serviço público como no setor privado, na tentativa de complementar a atenção hospitalar. Localidades e serviços vão adequando o cuidado à sua realidade de desenvolvimento e recursos financeiros e humanos na busca da implantação dessa modalidade de cuidado. Como exemplo temos a Prefeitura de Londrina, uma das cidades pioneiras no atendimento domiciliar no Paraná, que implantou o Sistema de Internação Domiciliar no ano de 1996, com a finalidade de melhoria da qualidade de vida de seus moradores/usuários da saúde (LONDRINA, 1996).

Ainda em 2002, em 16 de abril, foi publicada a Portaria nº 249 do MS, estabelecendo a assistência domiciliar como modalidade assistencial a ser desenvolvida pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (REHEM; TRAD, 2005), com a intenção de proteger essa população.

---

<sup>4</sup> A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca, para as equipes de saúde da família, a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS. Ministério da Saúde - Departamento de Atenção Básica – DAB IN: Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/>> Acesso em: 10MAR. 2016.

<sup>5</sup> “Unidade Básica de Saúde: unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nessas áreas. Pode ou não oferecer Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT) realizados por unidades vinculadas ao SUS e pronto atendimento 24 horas” (SUS A\_Z, 2009a, p. 381).

<sup>6</sup> “Internação Domiciliar: no âmbito do SUS, o conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para este fim”. Disponível em: <<http://www.ciape.org.br/AtenDom2529.pdf>> Acesso em: 12 dez. 2015.

Em 2006, foi lançada a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 11, de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento dos serviços que prestam atenção domiciliar. Em outubro de 2006, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.529, que institui, no âmbito do SUS, a internação domiciliar como um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para esse fim (BRASIL, 2006). Porém, a Portaria nº 2.529 foi revogada em agosto de 2011.

Entre 2006 e 2011, observou-se uma lacuna quando analisamos a regulamentação da atenção domiciliar em nível federal. No início de 2011, foi retomado o tema da atenção domiciliar no MS, por meio de um grupo de trabalho (GT) formado por áreas técnicas do MS e de diversas experiências locais de atenção domiciliar. O Grupo de trabalho fez uma reflexão crítica acerca da Portaria nº 2.529 e, dessa forma, foi publicada a Portaria nº 2.029, em agosto de 2011, que revoga a Portaria nº 2.529, de 2006. Em outubro, no entanto, a Portaria nº 2.029 foi revogada pela Portaria nº 2.527, que redefine a atenção domiciliar e propõe mudança no texto da portaria nº 2.029, a exemplo da ampliação do recorte populacional dos municípios elegíveis para implantação das equipes de atenção domiciliar. Além disso, estabelece normas de cadastro dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), suas respectivas equipes multidisciplinares de atenção domiciliar (EMAD) e equipes multidisciplinares de apoio (EMAP) e habilitação dos estabelecimentos de saúde.

Essa portaria, vigente ainda hoje, avança na medida em que: reconhece os cuidados domiciliares realizados pelas equipes de atenção básica (ESF), os quais são realizados pelas ESF e pelo NASF; retira o foco da internação domiciliar; estabelece que a organização dos SAD deve ser realizada a partir de uma base territorial, com uma população adscrita de 100 mil pessoas, de modo que qualquer usuário que venha a se beneficiar de atenção domiciliar terá uma equipe de atenção domiciliar de referência, não

precisando estar, necessariamente, internado num hospital que possua serviço de internação domiciliar para se beneficiar dessa modalidade de cuidado; amplia o número de municípios elegíveis à proposta, na medida em que propõe o recorte populacional para aqueles que tenham população acima de 40.000 habitantes; fortalece o conceito de que a AD integra uma Rede de Atenção à Saúde, contribuindo para a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção.

Representando um marco e um compromisso de que a atenção domiciliar é uma prioridade, o governo federal lançou o programa Melhor em Casa, no dia 8 de novembro de 2011 (BRASIL, MS, 2012).

Também em 2011, com a Portaria 2.527, de 27 de outubro e, posteriormente revogada pela Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, exclui o termo internação domiciliar no âmbito do SUS e passa essa modalidade a ser denominada **atenção domiciliar (AD)**. A atenção domiciliar caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, aprestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde, estabelecendo a necessidade ativa dos profissionais da saúde, dos usuários e da família no cuidar (BRASIL, MS, 2013). A modalidade de atenção domiciliar é definida em três tipos, conforme a complexidade do cuidado requerido pela Estado de saúde da pessoa; são definidas como AD1, AD2 e AD3. Mesmo assim, com nova roupagem, conforme Simão (2015, p.22), “a desospitalização continua a ser um dos eixos centrais da atenção domiciliar”.

Em 2015, o Caderno de Atenção Domiciliar do MS (2015), lança o terceiro volume destinado ao cuidado em terapias nutricionais, em complementação aos outros dois cadernos já existentes, de 2012 o volume nº 1 e de 2013 o volume nº 2.

O conjunto da legislação brasileira sobre cuidados foi desenvolvida num cenário de muito debate em torno dos processos de responsabilização das famílias e retração do Estado na garantia de direitos sociais. Por isso, Klock, Heck & Casarim (2005) afirmam que o conceito de cuidado domiciliar não pode ser desconectado do contexto histórico. Andrade (2007) assinala o

seu papel na otimização dos leitos hospitalares, na redução de custos com internação e na busca por melhores terapêuticas. Com o objetivo de que o cuidado domiciliar atinja seus objetivos de tratamento mais humanizado para pacientes e familiares, maior integração da equipe de saúde com o paciente e sua família, realização de “morte digna”, ou recuperação mais eficaz e com menores traumas, tona-se indispensável ir além das metas de simples redução de gastos por parte do Estado (REHEM; TRAD, 2005). Segundo Rehem; Trad (2005) é necessário instrumentalizar equipes de saúde, e mais, não desamparar ou simplesmente repassar às famílias as necessidades advindas do cuidado em casa, sem oferecer suporte adequado ao cuidador e ao usuário, sem “base de apoio institucional e social” (p. 241). Klock et al (2005) apontam para muitas indagações sobre cuidado domiciliar, tanto para os doentes quanto para os cuidadores e as equipes técnicas.

Como processo, o cuidado domiciliar apresenta dificuldades, tanto na organização e operacionalização, quanto na destinação de recursos humanos e materiais para um adequado desenvolvimento (BRASIL, MS, 2003). Com isso, o cuidado domiciliar como política de saúde vem sendo questionado.

O Sistema Único de Saúde teria condições de disponibilizar recursos humanos, equipamentos e materiais para a realização desta modalidade de atenção na residência do usuário, seja ela vinculada ao hospital ou à atenção básica? Este questionamento não visa expressar uma posição pessimista quanto às perspectivas de implantação e implementação da assistência domiciliar no Brasil. Na realidade, ele é trazido para lembrar que em um contexto de recursos escassos, diferentes projetos competem no âmbito das políticas públicas e há que estar atento para aspectos estratégicos como: o processo de definição de prioridades, base de apoio institucional e social, inserção nas agendas de governo (REHEM; TRAD, 2005, p. 241).

#### 4 URUGUAI: O SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SAÚDE E SUA POLÍTICA DE CUIDADO E A CRIAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE CUIDADOS

Considerando que o desiderato da presente pesquisa é o estabelecimento de um diálogo sobre o cuidado em saúde que ponha frente a frente o Brasil e o Uruguai, é imprescindível sistematizar-se o conhecimento sobre o tema no país vizinho. Assim, no presente capítulo apresenta-se a política de cuidado no sistema de saúde uruguaio. Inicialmente, faz-se uma breve retrospectiva sobre a política de saúde, sobre as mudanças no Estado uruguaio, e mostra-se como, nesse contexto, ocorreu a regulamentação do Sistema Nacional Integrado de Saúde. Após trata-se da discussão e criação do Sistema Nacional de Cuidados e suas estruturas.

##### 4.1 O Debate da Saúde no Uruguai

O Uruguai, como o Brasil, tem, em meados dos anos 80, o movimento do processo de redemocratização no país, como resposta a seu último período de ditadura, transcorrido entre 1973 e 1985.

Assim como no Brasil, os serviços de saúde no Uruguai têm sua origem na caridade, na filantropia e nas instituições religiosas. Já no início do sec.XX, no Uruguai, a saúde apresenta dois modelos: o privado e o público. Diferentemente dos demais países da América Latina, o Estado não foi o principal provedor dos serviços de saúde. Em 1934, foi criado o Ministério de

Saúde Pública (MSP), com serviços de saúde com funcionamento centralizado, com fraca capacidade técnico-burocrática e débil liderança setorial (MEDINA, 2017).

Em 1987, no período pós-ditadura militar, são separadas as funções de regulação e as assistenciais, com a criação da Administração de Serviços de Saúde do Estado (ASSE), “organismo público responsável em administrar os estabelecimentos do MPS, que atendiam a população mais carente e sem recursos para pagar pelos serviços de saúde privados ou cotas de uma das Instituições de Assistência Médica Coletiva - IAMC”. (GIOVANELLA, 2013, p.25)

Assim , o Sistema de Saúde começa, entre 1987-1997, a apresentar gastos excessivos, sem com isso ter melhoras no atendimento à população, apresenta dificuldades para responder as demandas e garantir cobertura, oferece respostas diferentes a situações iguais, demonstrando a fragilidade do sistema de saúde. Segundo Giovanella (2013, p.26) o atendimento à população uruguaia no início dos anos 2000 segmenta-se em quatro tipos de serviços:

- 1) a população de baixa renda ou desempregados é atendida pelo sistema público, através dos serviços prestados pela administração dos serviços de saúde do estado (ASSE) e também, em parte , é coberta pelos sistemas de emergência e assistência médica privada, como alternativa parcial das carências de atenção do setor público;
- 2) a população com baixa capacidade de pagamento mas coberto pelo sistema mútuo: trabalhadores formais, beneficiários do sistema de segurança social (seguro de saúde obrigatório) e a população individualmente, pagando taxas de mútuas são atendidos pela Instituições de assistência médica coletiva (IAMC). Desse segmento muitos usuários tiveram dificuldades para realizar o pagamento dos moderadores de taxas (co-seguro paga, instituída pela IAMC) por causa de seu alto custo, o que dificultou o acesso aos serviços de saúde;
- 3) a população com maior capacidade de pagamento atendida pelo sistema de mútuo: trabalhadores formais, beneficiários do sistema de segurança social (seguro obrigatório de doença) e as pessoas pagando individualmente as ações mútuas, com cobertura pelo Instituições do grupo de assistência médica (IAMC) podendo realizar também co-pagamentos, além de

terem acesso aos serviços de emergência e privada, de maior resolução do que a própria assistência médica IAMC;

4) população com alta capacidade de pagamento abrangida pelas instituições do grupo de assistência médica (IAMC), vinculadas ao seguro privado voluntário, e/ou puramente privado.

Essa partição foi consolidando, ao longo dos anos, um sistema de saúde segmentado, frágil, pautado num modelo de atenção centrado no enfoque curativo e assistencialista. Nessa configuração, o sistema apresenta atenção despersonalizada e não contínua, bem como inexistência de acompanhamento do serviço aos usuários e outras dificuldades. Os modelos de urgência centralizado e o domiciliar ficavam sobrecarregados em razão da facilidade de acesso e resposta imediata ao usuário, levando ao distanciamento da proposta de atendimento à saúde de forma integral.

Dessa forma, esse sistema se caracteriza por uma medicina muito especializada, centrada no médico, com relações de trabalho entre equipes inadequada, gerando conflitos e perda da qualidade da atenção prestada, inexistência de outros técnicos da saúde nas atividades de promoção e prevenção em saúde. Há ainda o problema dos profissionais com baixos salários e instabilidade no trabalho, predispondo ao aumento de risco tanto para si próprios quanto aos usuários. Também se caracteriza por uma distribuição desigual dos recursos disponíveis e dependente da estruturação do sistema financeiro. Todo esse conjunto de dificuldades está ainda acoplado a uma crise financeira do setor público e gastos altos sem serviços de qualidade. Nesse cenário, a pesquisa em saúde fica estagnada, há perda do dinamismo no desenvolvimento dos indicadores de saúde e falta de uma nova estrutura epidemiológica de riscos.

Somados a estes fatores temos o MSP com um baixo papel de gestor do sistema de saúde, com muitas falhas nas capacidades técnico-burocráticas e, talvez o mais significativo, a perda da confiança da população nos serviços oferecidos pelo Sistema de Saúde (OCA, 2014; MEDINA, 2017).

Com o fim da ditadura, o Uruguai, assim como outros governos latinos, colocam em sua agenda a saúde como um direito universal e o Estado como

gestor maior no financiamento das políticas de saúde. Assim, começa a nascer o Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS) no Uruguai.

#### 4.2 Política Nacional de Saúde do Uruguai – Sistema Nacional Integrado de Saúde – SNIS

O processo de reforma sanitária no Uruguai teve início com as eleições presidenciais em 2004, quando uma coalizão de esquerda foi eleita, a Frente Ampla. Esta reforma se propunha “a universalizar o acesso à saúde, dar justiça ao mesmo, equidade no gasto e no financiamento desta, qualidade assistencial e devolver a sustentabilidade ao sistema” (URUGUAY, 2007, p.2).

Novas leis e decretos introduziram as principais mudanças no sistema de saúde, voltadas para os modelos de atenção, de financiamento e de gestão. Nesse contexto, destaca-se a Lei nº 18.211 de novembro de 2007 (URUGUAY, 2007), que cria o Sistema Nacional Integrado de Saúde - SNIS, apresentando a proteção à saúde como um direito de todos os residentes do País a partir de janeiro de 2008. O SNIS, desde sua implantação, vem passando por profundas transformações.

De acordo com os anais do SNIS,

[e]stamos en un momento justo para el balance, por que la reforma ya ha logrado cumplir una serie de etapas. En primer lugar la etapa de asunción del ministerio, valoración de la estructura organizacional y conformación de equipos. Luego, el desafío que supuso la Emergencia Social en Salud, trabajando junto al MIDES, mientras que, de forma simultánea, el MSP iba procesando la discusión de la reforma con los actores sectoriales en el Consejo Consultivo. Posteriormente, el ajuste de los proyectos de ley, a través de los equipos técnicos de la cartera, para lograr después la aprobación legal en el Parlamento Nacional. Por último, con el proceso legislativo finalizado en 2008, es que el MSP puede dedicarse plenamente a la conducción del cambio del modelo de atención, haciendo uso de las herramientas legales aprobadas por el Parlamento. (SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD , URUGUAY, 2005-2009, p.12).

O SNIS tem como princípios norteadores a promoção da saúde com ênfase nos fatores determinantes do entorno e dos estilos de vida da população, intersectorialidade das políticas de saúde, cobertura universal, orientação preventiva e integral, a eleição por parte dos usuários dos prestadores de serviços de saúde, com o intuito de gerar um sistema de saúde equitativo, acessível, solidário e de qualidade, tendo o Estado um papel maior na garantia dos direitos (MEDINA, 2017). A Lei expressa com clareza sua orientação, declarando, da forma como segue, os princípios que regem o sistema.

Son principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud: A) La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población. B) La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población. C) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud. D) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones. E) La orientación preventiva, integral y de contenido humanista. F) La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios. G) El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud. H) La elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios. I) La participación social de trabajadores y usuarios. J) La solidaridad en el financiamiento general. K) La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales (URUGUAY, 2007, p.2).

O financiamento do SNIS se dá através do Seguro Nacional de Saúde, que é formado pela contribuição obrigatória de trabalhadores e empresas, contribuições do Estado e de pessoas públicas não estatais, contribuição dos aposentados, além de um percentual previsto para os Seguros Privados Integrais.

O SNIS tem os objetivos de mudar o modelo de atenção, mudar o modelo de gestão e mudar o modelo de gastos e financiamento, este último com a criação do FONASA (Fundo Nacional da Saúde), que será administrado pelo Banco de Previsão Social. Nesse sistema, os indivíduos devem contribuir segundo suas condições, mas recebendo atenção conforme suas

necessidades. (URUGUAY, MSP, 2007). As ações serão fiscalizadas pela Junta Nacional de Saúde - JUNASA, garantindo as políticas do MPS e que as obrigações assumidas pelos prestadores de serviços públicos e privados do SNIS se cumpram (GIOVANELLA, 2013).

O SNIS está formado por um setor público e outro privado. A Administração de Serviços de Saúde do Estado (ASSE) constitui-se na principal rede de serviços de saúde, prestando assistência em todos os níveis de atenção. Em geral, toda a população tem direito a receber atenção por parte da ASSE, mas tão somente aqueles que comprovarem a condição de carência de recursos poderão acessar o serviço de forma gratuita. Essa não universalidade do direito à saúde no Uruguai é deduzida do Art. 44 da Constituição, o qual afirma que, o Estado proporcionará gratuitamente os meios de prevenção e assistência tão somente aos indigentes ou carentes de recursos.

El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes (URUGUAY, 1997, Artículo 44)

A ASSE recebe apoio da Universidade da República, com seus serviços no Hospital de Clínicas, nos três níveis de atenção. As intervenções de alta complexidade e alto custo ficam sob a responsabilidade dos Institutos de Medicina Altamente Especializada -IMAE, em clínicas que podem ser públicas ou privadas. Há outros provedores que contribuem com a ASSE, como serviços das forças armadas, o Banco de Previsão Social, o Banco de Seguros do Estado, bem como empresas do setor público. No interior do País, serviços de atenção primária à população mais pobre são oferecidos pelos municípios (ARAN et al, 2011).

O setor privado é formado pelas Instituições de Assistência Médica Coletiva-IMAC, que prestam serviços de saúde para os contribuintes da

seguridade social por intermédio da gestão da JUNASA. Como empresas de medicina pré-paga, oferecem também planos de saúde individuais ou coletivos, conforme condições de viabilidade financeira dos usuários. As IMACs são empresas privadas sem fins lucrativos. Atualmente, em sua forma jurídica, são formadas por Cooperativas Médicas e Mutuárias (GIOVANELLA, 2013).

A rede formada por estabelecimentos da ASSE, da IMAC e alguns seguros privados presta serviços conhecidos como o Plano Integral de Atenção a Saúde - PIAS.

Independentemente do prestador que realize, todos os integrantes do SNIS tem acesso a mesma rede de intervenções, que incluem, entre outros, os seguintes serviços: assistência ambulatorial convencional e assistência hospital em medicina generalista e/ou familiar, cirurgia geral, ginecologia e pediatria; assistência ambulatorial convencional e assistência hospital em diversas especialidades não cirúrgicas e cirúrgicas; assistência de emergência em medicina geral, pediatria, cirurgia e ginecologia, e assistência de urgência domiciliar em medicina geral e pediatria (ARAN et al., 2011, p.8).

A população que faz uso do setor privado de seguros tem cobertura contratual e atendimento conforme contratado. As atividades de saúde e prevenção são de responsabilidade do Ministério de Saúde Pública e entre elas podem ser destacadas o Programa prioritário de DST/AIDS, Programa Nacional de Saúde Bucal, Programa Nacional de Saúde Mental, Programa Nacional de Diabetes, Programa Nacional de Atenção à Criança, Programa de Cuidados e outros.

Os usuários do SNIS são de trabalhadores e seus filhos menores de 18 anos, aposentados cuja a pensão não ultrapasse 4.200 pesos, os que se aposentaram e suas famílias, bem como os solitários com apenas um emprego e seus filhos menores de 18 anos. Não são atingidos pelo Sistema os funcionários do Ministério da Defesa Nacional e do Ministério do Interior (há exceções) e os funcionários dos Governos Departamentais.

Sintetizando, a intenção das reformas propostas para serem desenvolvidas na Saúde no Uruguai, por meio do Sistema Nacional Integrado de Saúde, podem assim ser apresentadas:

- Alcançar o mais alto nível possível de saúde da população, mediante o desenvolvimento integrado de atividades dirigidas às pessoas e ao meio ambiente, que promovam hábitos saudáveis de vida e a participação em todas aquelas atividades que contribuam ao melhoramento da qualidade de vida da população;
- Implementar um modelo de atenção integral, baseado em uma estratégia sanitária comum, políticas de saúde articuladas, programas integrais e ações de promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento oportuno, recuperação e reabilitação da saúde de seus usuários, inclusive cuidados paliativos;
- Impulsionar a descentralização da execução no marco da centralização normativa, promovendo a coordenação entre dependências nacionais e departamentais;
- Conseguir o aproveitamento racional dos recursos humanos, materiais, financeiros e a capacidade sanitária instalada e a que vai ser instalada;
- Promover o desenvolvimento profissional contínuo dos recursos humanos para a saúde e trabalho em equipes interdisciplinares e de investigação científica;
- Organizar a prestação dos serviços segundo os níveis de complexidade definidos e áreas territoriais;
- Estabelecer um financiamento equitativo para a atenção integral da saúde;
- Fomentar a participação ativa de trabalhadores e usuários (URUGUAY, 2007).

O SNIS também prevê a participação popular, que se realiza através de representantes de trabalhadores, empresários e usuários na JUNASA e na ASSE. Em 2005, foi criada a Comissão de Bioética e Qualidade Integral da Atenção em Saúde, o Conselho Consultivo de Saúde para os centros de saúde do MSP e policlínicas dos municípios. Segundo o SNIS, em cada IAMC deve haver representantes dos usuários junto ao órgão assessor e consultivo. Em diversos níveis de decisão do MSP existe a participação de representantes do Sindicato Médico do Uruguai, da Universidade da República, das IAMC e dos trabalhadores da saúde (ARAN et al., 2011).

Dentro da proposta do SNIS, a questão do cuidado aparece diretamente vinculada à atenção primária, na Lei de nº 18.211, no Art. 36, a regulamentação assim se expressa:

El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. (URUGUAY, 2007).

Para Simão e Miotto (2016), a assistência domiciliar no Uruguai se realiza pela atenção básica, sem a participação de serviços públicos de cuidados domiciliares. Para as pessoas dependentes, é realizada de modo informal, por familiares, especialmente mulheres. Quando formal, o atendimento é realizado por trabalhadores autônomos ou empresas privadas, que prestam serviços de acompanhamento. A atenção primária pública no Uruguai é formada por uma rede de serviços, em que o atendimento domiciliar é assim preconizado:

la RAP tiene una estructura organizativa con un nivel central de gestión, a partir del cual se despliega toda la red. Esta tiene como primer pilar los centros de salud; en coordinación con

estos están las policlínicas propias, las policlínicas comunitarias y las policlínicas municipales, y luego una red de consultorios dispersos en el territorio. La modalidad de traslados complementa el sistema a través de diversas acciones: traslado de pacientes crónicos con incapacidades para realizarse procedimientos en servicios especializados (diálisis renal, radiografías, tac, etcétera); consultas de urgencia en domicilio; consultas de emergencia en domicilio y/o centros de salud, policlínicas o consultorios; traslado de las emergencias directamente a los servicios de internación, de acuerdo a la indicación del equipo médico actuante. Algunos de esos centros de salud tienen un funcionamiento de 24 horas con atención de emergencia, para desgravitar la puerta de los hospitales (RÍOS, 2013, p.251).

É preciso destacar que a atenção da Rede - ASSE não é igual em Montevideú e no interior do País, onde foram criadas em 2011 ou, foram acionadas a partir dos serviços já existentes e apresentam menor resolutividade, além de problemas de acesso geográfico. Em contrapartida, a de Montevideú não tem orçamento próprio, depende do hospital da ASSE, envolvendo uma disputa entre desenvolver a Rede - ASSE ou o Hospital. E nesse embate, o nível hospitalar tem obtido mais recursos, até agora (GIOVANELLA, 2013).

Já o atendimento de atenção primária das IAMCs desenvolve-se com um sistema de atendimento em policlínicas, farmácia ambulatorial e diagnósticos comuns em nível hospitalar. A atenção no domicílio também consta em suas prerrogativas de atendimento em nível de atenção primária das IMCs (RÍOS, 2013). Tem destaque no sistema uruguaio a atenção pré-hospitalar móvel e a atenção domiciliária, principalmente com o envelhecimento da população, exigindo mais atores nos atendimentos em nível de domicílio.

Em 2005 foi regulamentado o Programa Nacional Adulto Maior, o qual tem como fim favorecer uma velhice saudável e ativa, procurando manter o idoso o maior tempo possível dentro de sua comunidade e espaço de vida, desde que com qualidade e que lhe sejam prestadas condições adequadas para sua saúde, mantendo uma vida digna, com todas as capacidades positivas inerentes aos maiores de 60 anos. A assistência à saúde destes

idosos é prestada em todos os níveis de necessidades humanas, através de trabalho intersectorial. No setor da saúde, desenvolve-se através de rede de serviços de atenção nos três níveis e se dá por meio de serviços de centros diurnos, atenção geriátrica domiciliar, unidades de reabilitação e unidades de evolução geriátrica. Com o objetivo de manter a independência do idoso, o PNAM define como corresponsáveis o próprio adulto, as famílias, grupos comunitários, setor privado e o Estado em suas diferentes esferas, ou seja, família, Estado, mercado e sociedade (SIMÃO; MIOTO, 2016).

Em 2013, foi normatizado o Plano Nacional de Cuidados Paliativos, organizado pelo MSP, com o propósito de atender pessoas com doenças incuráveis, avançadas e progressivas, que não respondem mais a tratamentos, com sintomas severos, perda de autonomia física, com prognósticos de limitado tempo de vida, intenso impacto emocional nos pacientes, familiares e profissionais, dilemas éticos, situação complexa a aspectos particulares do paciente, familiar, emocional e sociais e econômicos e outros (URUGUAY, 2013). Portanto, o PNCP se propõe a garantir a “qualidade de vida das pessoas dependentes de cuidado e seus familiares por meio de ações de prevenção e alívio de sofrimento” (SIMÃO, MIOTO, 2016, p.162). Esse plano tem como um de seus antecedentes o programa de Cuidados Paliativos do Hospital Maciel, criado em 2004, cujos usuários são, em torno de 90%, enfermos oncológicos.

As modalidades de atenção do plano de cuidados paliativos são do tipo internação hospitalar, ID ou atenção ambulatorial em domicílio, geralmente ligados aos Serviços de Oncologia, ao tratamento da dor e outros mais integrais. O Hospital de Clínicas (UDELAR) foi pioneiro em 1994 em experiência no setor público nos cuidados paliativos.

En 1994 el Servicio de Oncología del Hospital de Clínicas brindaba el apoyo sintomático a los pacientes ingresados. Dada la falta de recursos humanos, era imposible atender a los pacientes fuera del hospital, por lo que se creó la Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios. En ese momento el único medicamento disponible era la morfina. Esta Unidad incluye servicios de asistentes sociales y psicólogos junto con los de nurses y especialistas en oncología, con buenos resultados.

ASSE-RAP: el equipo atiende todo Montevideo, brindado cuidados paliativos a todos los pacientes. Cuenta con un servicio de enfermería domiciliaria. Los médicos tienen una carga horaria destinada exclusivamente a las visitas a domicilio y fueron capacitados mediante cursos específicos. Se creó una historia domiciliaria, de la cual queda una copia para la familia (RÍOS, 2013, p.271).

O SNIS é um sistema de saúde inovador para o Uruguai, na busca da universalidade, integralidade e equidade no atendimento às necessidades de saúde. Mas ainda há muito a construir, como diluir as diferenças entre público e privado e tantas outras questões que não atendem às demandas da população (ARAN et al., 2011).

Em decorrência das necessidades remanescentes, foi impulsionada a Mobilização Nacional para a Criação do Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Dentre as motivações para tal mobilização está o envelhecimento crescente da população uruguaia, que necessita de mais e melhores serviços de cuidado. De acordo com Lebrã (2009), na América Latina ocorreram mudanças decorrentes dos níveis de mortalidade e fecundidade. Essas mudanças fizeram com que a população passasse de um regime demográfico de alta natalidade e alta mortalidade, para baixa mortalidade e baixa fecundidade, ocasionando um envelhecimento da população, em ritmos nunca vistos antes num período de 50 anos.

O Uruguai vem realizando discussões que extrapolam o debate do cuidado do campo das políticas setoriais tradicionais como saúde e educação, apresentando larga produção sobre o tema, com autoras como Rosário Aguirre, Karine Batthyány e Ana Laura Mango. Além disso, é de sublinhar a importante história institucional do País em relação à consolidação de cidadania e bem-estar. É mister ressaltar que o Uruguai hoje apresenta o maior índice de envelhecimento da América Latina (OCDE, 2015), aproximando-se muito rapidamente dos índices europeus de população idosa. Portanto, já existe uma demanda grande de cuidado para esta etapa da vida no Uruguai, bem como os impactos que trazem ao mercado de trabalho e aos gastos públicos já estão fazendo parte da vida uruguaia.

No Uruguai, conforme o censo de 2011 (URUGUAY, 2011), em Montevideu residem 264.104 maiores de 60 anos, representando 20% da população da capital. Esse é um dado que ajuda na compreensão da necessidade de que tipo de políticas sociais precisam ser implantadas, quais estão sendo ofertadas e que impacto esse envelhecimento acelerado tem sobre os níveis de bem-estar. Ao mesmo tempo, questionam-se as condições que terão as gerações de idosos no futuro.

Con el incremento de las esperanzas de vida y el cambio en el perfil epidemiológico de la población, los sistemas nacionales de salud enfrentarán demandas que necesariamente los reorientarán hacia paradigmas basados en la prevención. Entre otros cambios, el envejecimiento también supondrá cargas crecientes en los sistemas de jubilaciones y pensiones (RODRIGÚEZ e ROSSEL, 2010, p. 34).

O crescimento do envelhecimento no Uruguai e suas consequências para idosos, família, Estado e o mercado tem se tornado fonte de debates, seminários e outros eventos como a Comemoración no Día Internacional de las Personas Mayores, em 01 de outubro de 2016, momento em que foi apresentado el Sistema de Información sobre Vejez y Envejecimiento (SIVE) e publicado “Las personas mayores en Uruguay: un desafío impostergable para la producción de conocimiento y las políticas públicas”. O seminário, realizado na capital Montevideu, apontou alguns dados relevantes ao estudo e à apreciação para a elaboração de políticas sociais para esse grupo de pessoas:

En Uruguay viven 484.407 personas mayores de 64 años, lo que representa el 14% de la población total.

Hay 67 personas de 65 años y más por cada 100 personas menores de 15 años.

La proporción de personas de 85 y más años en el total de la población de personas mayores (65 y más años) es de 13.2%.

Seis de cada diez personas mayores son mujeres.

La esperanza de vida al nacer es de 80,46 años para las mujeres y 73,62 años para los varones.

La viudez es significativamente más frecuente en las mujeres mayores que en los varones mayores. Un 45,7% de las mujeres son viudas frente a un 12,7% de los varones.

El 87,4% de las personas mayores cobra una jubilación y/o pensión. Las mujeres acceden en menor medida a las jubilaciones que los varones (62,2% frente a 83,8%). Por el contrario, éstas acceden en mayor medida a las pensiones (51,7% frente a 7,5%). Este aspecto es negativo para las mujeres dado las pensiones implican menores ingresos y menores derechos asociados que los percibidos por concepto jubilatorio. (URUGUAY, 2115, p.2)

Os apontamentos acima suscitam outra questão diretamente relacionada ao cuidado – a questão da desigualdade entre homens e mulheres também em relação ao cuidar. Os espaços ainda escassos para o cuidado, pouco disponíveis tanto na rede pública como privada, acarretam para as mulheres o papel de responsáveis pelo cuidado. O grande questionamento a ser feito é como respeitar o direito de todos, os que recebem cuidados e os cuidadores.

No bojo dessas mudanças demográficas e epidemiológicas, o cuidado vai se tornando uma questão cada vez mais preocupante à medida que a família, que tradicionalmente assumia essa tarefa, vai dando sinais cada vez maiores que não pode mais atender às expectativas de cuidado nela depositadas. As mudanças nos arranjos familiares, o envelhecimento da população, a maciça entrada das mulheres no mercado de trabalho, o novo papel social da mulher, a negação feminina de seu papel de cuidadora central da família, a ausência de políticas de conciliação entre trabalho e responsabilidades familiares, são todos fatores que se apresentam de forma contraditória.

Desde el ámbito académico feminista se ha reconocido que las tareas de cuidado tienen una naturaleza multidimensional, compleja y contradictoria para la identidad de la mujer y la equidad de género. Por un lado, el cuidado es una parte esencial de la vida social, una categoría relevante para la sociedad a escala individual y global, y un elemento indispensable para la existencia humana. Por el otro, difícilmente haya un área tan importante como el (trabajo de) cuidado que se vea expuesta a semejante degradación y marginalización (lamentablemente, esto también ocurre en el discurso sobre la sostenibilidad) (SCHILDBERG, 2015, p.81)

### 4.3 O Sistema Nacional Integrado de Cuidados

O tema do cuidado vem sendo discutido no Uruguai desde a década de 1990, quando já era percebida a ausência de políticas que suprissem o déficit de cuidados, a sobrecarga de trabalho das mulheres com a responsabilidade de cuidado na família e as consequências que esta situação trazia para a sociedade em termos de bem-estar e desenvolvimento social.

Em 1985, quando o novo governo pós-ditadura militar assumiu, encontrou documentos formulados pelo Grupo de Trabalho sobre a Condição da Mulher, que enfocavam a injusta distribuição das obrigações de cuidado, a não valorização da dupla jornada de trabalho, a falta de mecanismos do Estado que contemplassem as tarefas de cuidar tanto para mulheres quanto para homens, favorecendo a possibilidade de resguardar seus direitos de trabalho, lazer, social e político. Essa proposta, num primeiro momento, não repercutiu politicamente na agenda governamental. Em 1988, entretanto, a bancada frenteamplista reapresenta os projetos elaborados pela Comissão de Mulheres, demonstrando o primeiro sinal de abertura da esquerda para as questões feministas. Em relação a esse momento, deve-se reconhecer dois aspectos importantes conquistados pelo movimento feminista: primeiro, a inegável tarefa de tornar as desigualdades entre homens e mulheres um problema público; segundo, de colocar essa questão no campo de debate da esquerda uruguaia. (AGUIRRE; FERRARI, 2014). Por isso, torna-se relevante citar o trabalho das autoras feministas nessa discussão. Aguirre, desde 1997, vem trabalhando com a divisão sexual do trabalho, debatendo as situações de desigualdade entre homens e mulheres e a ausência do assunto nas agendas governamentais da América Latina. Entre outras coisas, propõe

definir políticas públicas tanto focalizadas como universales que faciliten el tema de los cuidados y que logren cambios en la tradicional división sexual del trabajo, agregando que uno de los logros de los movimientos sociales y las acciones colectivas

de las mujeres ha sido poner definitivamente en cuestión la distinción que realiza el pensamiento político tradicional entre lo público y lo privado (...) han colocado en la discusión pública demandas ancladas en la esfera personal, provocando una politización de temas considerados hasta ahora privados, como la violencia doméstica y los cuidados familiares (AGUIRRE 1998, p. 191).

Junto ao pensamento de Aguirre, somam-se os estudos de Karina Batthyány (2000), levantando as questões sobre as crises do Estados latino-americanos, que transferiram a responsabilidade do cuidado do Estado para as famílias. Propõe pensar a crise e o déficit de cuidados tanto no setor público como privado e realiza a primeira quantificação de demanda de cuidados no Uruguai.

Com essas acadêmicas, configura-se em 2001 o Grupo de Investigação das Relações de Gênero no Departamento de Sociologia da Universidad de la República (UDELAR), tendo como foco de suas pesquisas o uso do tempo e trabalho não remunerado, indicadores de gênero, organização social dos cuidados, transformações familiares e outros (MAGNO, 2014).

Em 2005, depois de 150 anos a sociedade uruguaia vive um momento histórico – a coalizão de esquerda Frente Ampla assume a Presidência da República Oriental do Uruguai, na pessoa de Tabaré Vázquez. Recebe um país marcado por forte crise econômica (2002), com altas taxas de desemprego e uma população empobrecida. Com o intuito de reconstruir a promoção dos direitos sociais e corrigir a iniquidade de acesso ao bem-estar e à proteção social, é criado o Ministério do Desenvolvimento Social (2005) e o Gabinete Social. Em 2006, inicia-se o Plano Nacional de Atenção à Emergência Social, para atender a população em estado de pobreza. Outras iniciativas foram postas em execução, como a Reforma Tributária (2007), a Reforma da Saúde (2007), um maior incentivo à educação (2008) e o Plano de Equidade, aprovação do Plano de Estratégia Nacional da Infância e Adolescência - ENIA (2010-2030) e o primeiro Plano Nacional de Igualdade de Oportunidades e Direitos (2007-2011). Estes últimos, com prazos de médio e longo prazo para se desenvolverem (AGUIRRE; FERRARI, 2014).

No final de 2008, o V Congresso Extraordinário Zelmar Michelini, da Frente Ampla, tem em pauta as políticas de cuidados.

El Estado debe fortalecer los vínculos entre sus servicios y los de la comunidad de tal forma de **fortalecer la red de cuidados que hoy proveen las familias** y que dificultan la actividad productiva a una porción muy importante de adultos y adultas en condiciones de incorporarse o mantenerse en el mercado de trabajo. (...) las diferentes modalidades de arreglos familiares y generar servicios y programas que constituyan un verdadero **sistema integral de cuidados familiares** -público/privado- que permita satisfacer las necesidades de los integrantes de las familias en sus diversas edades y situaciones. (URUGUAY, 2008, p. 68-73).

As questões das desigualdades de gênero também são postas ao debate na agenda 2009 - **Uma proposta política das mulheres organizadas, da Comissão Nacional de Rastreamento (CNS)** e, concomitantemente, a sociedade civil, através da Rede Gênero e Família, organiza uma Mesa de Diálogo sob a denominação de Aportes para a Construção de um Sistema Nacional Integral de Cuidados: Análises de algumas experiências latino-americanas (FASSLER, 2010). Esse debate é considerado um marco significativo para a discussão da situação do cuidado nos países latinos e ponto chave para a proposição da criação do sistema nacional de cuidados.

Todos esses movimentos, que se realizam no sentido de melhorar a qualidade de vida uruguaia, levam os programas de governo 2010-2015 de todos os partidos políticos a terem como discurso a criação de um sistema de cuidados em suas propostas de trabalho.

Em 2010, José Mujica assume a Presidência da República, pela Frente Ampla, tendo como marco de sua administração a construção do SNC. Em pouco tempo, cria o Grupo de Trabalho, pela resolução Presidencial 863/010, junto ao MIDES, “o grupo constitui um espaço político com poder de decisão formal que desenha, conduz e planeja o SNC” (AGUIRRE, 2014, p.23), como um marco da política de proteção social uruguaia. Em dezembro do mesmo ano, o estudo de Soledad Salvador, “Para um Sistema Nacional de Cuidados do Uruguai” (MAGNO, 2014), foi sistematizado no documento, “O desafio de

um sistema nacional de cuidados para o Uruguai” (RICO, 2011). O seminário envolveu toda sociedade uruguaia, como também diversos organismos das Nações Unidas, pondo em destaque considerações significativas para a contribuição no desenho do SNC.

Em 2010, como primeira etapa do processo de criação do Sistema Nacional de Cuidados, o grupo de trabalho constituído para esse fim inicia a elaboração do documento denominado Diretrizes e Contribuições Conceituais para o Desenho de um Sistema Nacional Integrado de Cuidados, com a participação de atores estatais e organizações da sociedade civil (URUGUAY, 2015).

Nesse documento o cuidado é definido como

una función social que implica tanto la promoción de la autonomía personal como la atención y asistencia a las personas dependientes. Esta dependencia puede ser transitoria, permanente o crónica, o asociada al ciclo de vida de las personas. Son acciones que la sociedad lleva a cabo para garantizar la supervivencia social y orgánica de quienes han perdido o carecen de autonomía personal y necesitan de ayuda de otros para realizar los actos esenciales de la vida diaria. El cuidado es un componente central en el mantenimiento y desarrollo del tejido social, tanto para la formación de capacidades como para su reproducción. (CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICAS SOCIALES, 2010, p.7)

Em 2011, transcorre a Etapa de Debate, que reuniu em torno do tema milhares de pessoas e centenas de organizações por todo o país. Foram realizados 22 debates locais, sendo 18 no interior e os demais em Montevideu (AGUIRRE, FERRARI, 2014), com a finalidade de “sensibilizar, democratizar, descentralizar e legitimar o processo” (URUGUAY, 2015, p. 2). Esse debate gerou conflitos decorrentes das diferenças de conceitos, divergências quanto à implantação do sistema de cuidados relacionadas aos objetivos gerais, à população a ser atingida e à política social desejada. O debate dos pontos divergentes e conflitantes foram fundamentais, segundo Magno (2014), para a construção de um consenso e o avanço dos pactos sociais. Assim, o debate do

cuidado como problema público foi construído a partir da diversidade de versões, num contexto de interlocuções e inter-relações.

(...) incluye una nueva generación de sistemas y políticas cuyo propósito es garantizar el ejercicio de los derechos sociales por personas en situación de dependencia transitoria, permanente o asociada al ciclo de vida, promoviendo la autonomía personal y la atención y asistencia a las personas dependientes: el sistema de cuidados (GABINETE SOCIAL, 2011, p. 23)

Ainda de acordo com Magno (2014), no ano de 2012 teve início o desenho do SNC, o qual foi apresentado no documento intitulado “Para um modelo solidário de cuidados - Proposta para a construção do SNC”. A partir daí, o Grupo de Trabalho começa a trabalhar nas áreas da institucionalidade, financiamento, regulação, formação e serviços. Desde os debates em 2011, não houvera qualquer evento para a apresentação do desenvolvimento da proposta para o SNC. Portanto, havia necessidade de compartilhar informações dos andamentos efetivados e das respostas a alguns entraves. Nesse mesmo período, foram sendo realizadas algumas experiências piloto. Em julho de 2013, acontece a Prestação Social de Contas “Para um modelo solidário de Cuidados”. Essa atividade é organizada pelo Grupo de Trabalho e pela Rede de Gênero e Família, cabendo a esta última a responsabilidade de mobilizar e preparar a sociedade civil para a participação no processo.

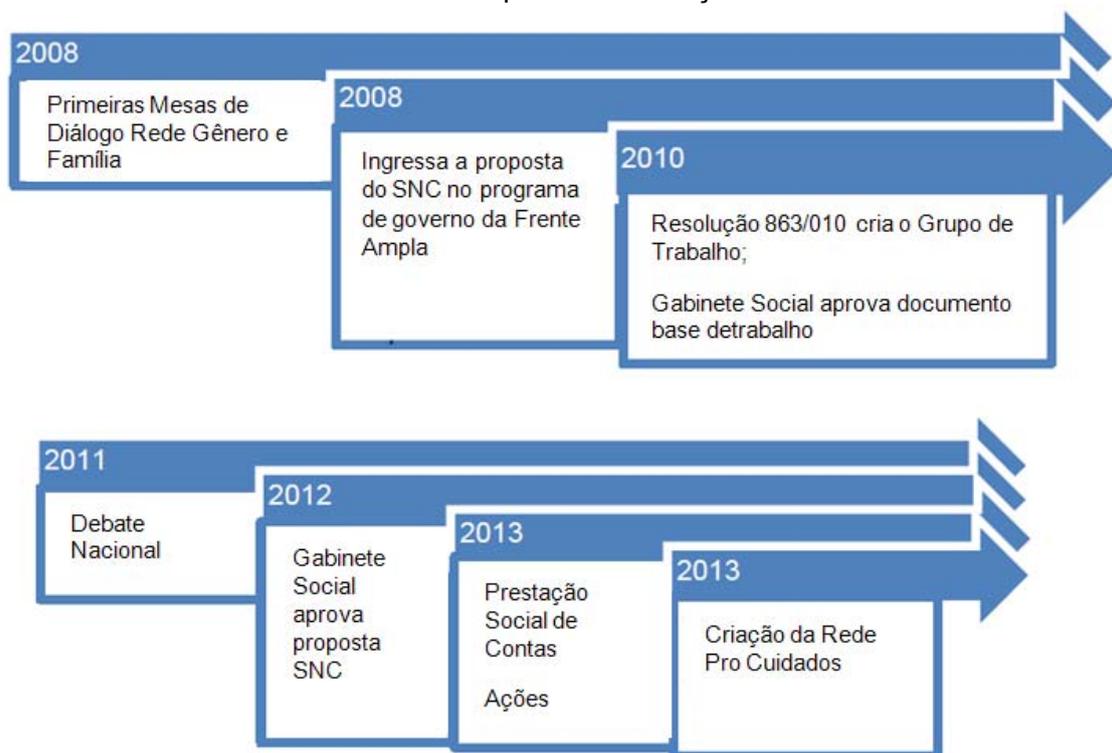
Nesse debate, num primeiro momento, houve troca de experiências através das ações até aquele momento executadas. Na segunda parte, a sociedade civil questionou as autoridades quanto às suas preocupações relativas ao andamento do SNC. As autoridades argumentaram que alguns entraves foram ocasionados pela proposta de financiamento não ter sido aprovada e, portanto, a implementação não se daria como desenhado. Isso ocorreria porque, embora existissem ações de cuidado sendo realizadas, o governo não havia colocado como prioridade a questão dos cuidados na últimas prestações de contas anuais.

O descontentamento como a desaceleração do processo de construção do SNC levou à criação da Rede Pró-Cuidados, que se forma com o objetivo

de facilitar o intercâmbio de opiniões entre sociedade civil, organizações e instituições, com a finalidade de cobrar do Estado um cuidado cidadão.

Para lograrlo reclaman la implementación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados con perspectiva de género, rectoría estatal, universalidad, intersectorialidad, descentralización territorial y participación de la sociedad civil. La red se propone actuar en dos niveles de acción: i) sensibilizar y desarrollar estrategias de incidencia política adecuadas a los contextos y ventanas de oportunidades políticas, y ii) asesorar sobre el tema del cuidado a los que cuidan. (RED PRO CUIDADOS, 2013, p. 12)

#### Síntese das etapas de construção do SNIC



Fonte: Aguirre, 2014,p.21

É importante destacar que, nesse processo, os atores sociais foram fundamentais na construção do SNC. A participação de cada um e sua situação relativa no contexto geral pode ser assim desenhada:

Atores com poder de decisão formal:

- Governo Frente Ampla (2010-2015)

- Grupo de Trabalho Interinstitucional: Conselho Nacional de políticas Sociais/Gabinete Social: MIDES, MEF, MEC, MTSS, OPP, INAU, INE, ASSE, BPS.

Atores de interesse imediato:

- Sociedade Civil: Rede Gênero e família, organizações de trabalhadores e trabalhadoras, cooperativas sociais, organizações da infância, pessoas deficientes e idosos.
- Empresas: serviços de acompanhamento e cuidados.
- Academia: Universidade da República – departamento de sociologia, centros de estudos e especialistas: Centro Interdisciplinar de Estudos sobre o Desenvolvimento.

Atores de contexto:

- Cooperação Internacional: Comissão Econômica para América latina e Caribe; Fundo Populacional das Nações Unidas, Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento da Mulher, Organização Internacional do Trabalho, programa das Nações Unidas para o desenvolvimento, Fundo das nações Unidas para a Infância, União Europeia e Agência de Cooperação espanhola.

Em 2015, ao assumir a Presidência da República, Tabaré Vázquez, destaca:

en primer lugar, el Sistema Nacional Integrado de Cuidados, porque la calidad de una sociedad se refleja en cómo cuida a los más vulnerables. (...) No es un gasto, ni siquiera es una inversión. Es cumplir un imperativo ético.” (VAZQUEZ, Tabaré, Presidente de la República, Mensaje de Asunción, 1 de marzo de 2015).

Assim nasce o sistema de cuidados, que aponta aprofundamento da nova matriz de proteção social de caráter universalista da Reforma Social no Uruguai. Implica, antes de tudo, uma mudança cultural, valorização das tarefas de cuidados e a promoção da corresponsabilidade entre as famílias, Estado,

comunidade e mercado, assim como entre mulheres e homens dentro dos lares uruguaios.

(...) no se trata de reconocer la existencia de ciertos sectores sociales que tienen necesidades no cubiertas, sino la existencia de personas que tienen derechos que pueden exigir o demandar, esto es, atribuciones que dan origen a obligaciones jurídicas de parte de otros y por consiguiente, al establecimiento de mecanismos de tutela, garantía o responsabilidad. En otros términos, el derecho al cuidado y a cuidar(se) debe ser considerado un derecho universal de cada ciudadano y ciudadana, no sujeto a determinación específica (PAUTASSI, 2010, p. 83).

Este sistema permitirá socializar los costos vinculados a las tareas de cuidado, así como generar servicios públicos, o bien estimular y regular la oferta privada. Busca, entre otras cosas, mejorar la oferta existente en materia de cuidados, tanto en calidad como en acceso, ampliar y crear servicios de cuidados, formalizar y formar a las personas que hoy se encuentran ocupadas en el sector de los cuidados y a quienes podrían ser potenciales trabajadores (URUGUAY, 2014)

O SNC é constituído pela Junta Nacional de Cuidados, Secretaria Nacional de Cuidados e o Comitê Consultivo de Cuidados. A Junta Nacional de Cuidados é órgão interinstitucional que define estratégias, objetivos e políticas do SNC e busca garantir o cumprimento do propósito a que se destina o SNC, segundo a Lei nº 19.353, de 27 de novembro de 2015. A Junta Nacional de Cuidados é integrada pelos Ministérios de Desenvolvimento Social - MIDES (o titular do ministério será o presidente da junta), Educação e Cultura, Saúde Pública, Economia e Finanças, Trabalho e Seguridade Social, Oficina de Planejamento e Orçamento, Administração Nacional de Educação Pública, Banco de Previsão Social, Instituto de Crianças e Adolescentes do Uruguai – INAU, Secretaria Nacional de Cuidados e pelo Instituto Nacional da Mulheres.

A Secretaria Nacional de Cuidados funciona dentro do Ministério do Desenvolvimento Social. Mesmo como órgão executivo da Junta, tem a finalidade de coordenação e articulação interinstitucional do SNC.

O Comitê Consultivo de Cuidados, que assessora a Secretaria Nacional de Cuidados e, por intermédio desta, a Junta Nacional de Cuidados,

colabora sobre as melhores ações para o cumprimento dos objetivos, políticas e estratégias para o SNC (URUGUAY, 2015). É formado por representantes da sociedade civil, da academia e pelo setor privado, todos com caráter honorário.

O Sistema Nacional de Cuidados está dirigido a quatro grandes problemas: infância, pessoas dependentes por incapacidade, pessoas adultas em situação de dependência e cuidadoras e cuidadores. Sua ação desenvolve-se por meio das seguintes linhas:

### **a) Infância**

**Licenças Parentais** – no final de 2013, entrou em vigor a Lei nº 19.161, que regula o subsídio pela maternidade e cria o subsídio para a paternidade, bem como regulamenta a redução da jornada de trabalho para cuidar dos filhos. A licença maternidade passa a ser de 14 semanas, ampliada na eventualidade de haver problemas de saúde da mãe causados pelo parto. A licença para os pais, a partir de janeiro de 2015, passa a ser de 7 dias, e em 2016 passa para dez dias de licença. A partir de 2016, um dos pais (a mãe ou o pai) tem direito ao subsídio por exercer a atividade de cuidados ao filho, até a criança completar seis meses. O subsídio não pode ultrapassar a metade do horário de trabalho nem superar quatro horas diárias.

**Centro de Atenção da Infância e da Família (CAIF)** – propõe uma atenção de qualidade na primeira infância, desde a gestação, para as famílias e crianças nos serviços de saúde.

**Centros de Atenção à Primeira Infância (CAPI)** – locais de atenção diária, com horários flexíveis para crianças menores de 3 anos.

**Espaços de cuidados em centros de estudos** – espaços nos liceus destinados aos cuidados dos filhos de estudantes enquanto estes estudam, com 4 horas de serviço. Nos casos noturnos, as crianças não devem ultrapassar o horário limite das 21h 30min. Cada Centro deve ter no máximo 20 crianças no mesmo horário. Conforme a idade da criança serão estabelecidas as regras para a proporção de cuidadores – 1 adulto para cada 3 menores de 1 ano; 1 adulto para cada 5 crianças de um ano; 1 adulto para cada 7 de dois anos; e 1 adulto para cada 15 de 3 anos ou mais.

**Espaços de cuidados vinculados ao mundo do trabalho** – espaços destinados às crianças, que concilia a inserção laboral dos pais, promovendo a corresponsabilidade social e de gênero nas tarefas de educação e cuidado na infância.

**Casas Comunitárias de Cuidados** –serviços de cuidado para a primeira infância, oferecidos por cuidador/a devidamente autorizado/a, que cuida em sua casa ou num espaço comunitário próprio para o cuidado. Esse serviço é dirigido a maiores de 45 dias e menores de 12 meses, podendo contar com o direito até os dois anos de idade ou, excepcionalmente, até os 36 meses. Os/As cuidadores/as podem trabalhar individualmente ou em cooperativas, desde que tenham um cuidador para no máximo quatro crianças, com carga horária de 40 horas semanais. Os cuidadores passam por um curso de formação de 90 horas. O serviço começou em 2016, direcionado às crianças em situação de vulnerabilidade. No primeiro semestre ocorreu a fase de seleção e formação; a partir do segundo semestre, a implantação nas localidades de: Município A, Montevideu; Município G, Montevideu; Eje Ruta 5, Canelones; Ciudad del Plata, San José e Departamento de Flores. O atendimento tem custos às famílias, conforme puderem pagar; para as que não têm condições, serão oferecidos subsídios parciais ou totais.

**Bolsas de Estudo de Inclusão Socioeducativas** – consiste em fornecer serviços de cuidados e educação infantil para crianças de 0 a 2 anos (excepcionalmente 3), de famílias integradas aos programas de Acompanhamento Familiar do MIDES e INAU, residindo em territórios com falha de fornecimento de cuidados públicos e serviços de educação infantil.

**Cuidados e Qualidade: fomento para a melhoria** – junto à República Microfinanças, fornece linha de crédito para jardins infantis privados, com o fito de investir na melhoria da qualidade dos serviços de educação e cuidados para crianças de 0 a 3 anos.

#### **b) Pessoas com deficiência em situação de dependência**

O SNC atenderá os deficientes que necessitam de cuidados nas atividades da vida cotidiana.

El Censo de Población realizado en 2011 midió la incidencia de limitaciones para ver, escuchar, caminar, entender y esa fuente de datos surgió que las que tenían alguna limitación, sea esta leve, modera o severa, ascendían a 517.771 personas, un 16% de la población total del país. Sin embargo, este dato no permite estimar la población con dependencia. Según los datos de una encuesta realizada por BPS, en la actualidad el 39% de la población que cobra pensión por invalidez severa (aproximadamente 6.900 personas) se encuentra en situación de dependencia severa. (URUGUAY, 2011)

#### **c) Pessoas idosas em situação de dependência**

Com o aumento da população de idosos, sempre existirá um risco maior de dependência e a necessidade do Sistema de Cuidados. Para essas pessoas são ofertados serviços como:

**Assistentes Pessoais** – as pessoas em situação de dependência severa recebem uma assistência especializada. Os usuários desse serviço são os uruguaios natos, naturalizados ou com residência de 10 anos ou mais no País, que morem em domicilio particular. Em 2016, ingressaram as pessoas menores de 29 anos e maiores de 85, inclusive. Em 2017, foram incorporadas as pessoas de 80 anos ou mais. Recebem subsídio total ou parcial, conforme renda familiar, entretanto, para aqueles que o subsídio é zero, há o benefício da escolha de cuidadores treinados e fiscalizados pela Secretaria de Cuidados. Os subsídios são calculados de acordo com as seguintes faixas de rendimento:

Até 3 BPC per capita	100% de subsidio
De 3 BPC a 6 BPC per capita	67% de subsidio
De 6 BPC a 11 BPC per capita	33% de subsidio
A partir de 11 BPC per capita	0% de subsidio

Fonte: MIDES , 2016

A solicitação do serviço se dá via telefone ou e-mail do sistema de cuidados, que, após analisar o caso, envia técnicos que farão a avaliação no domicilio do solicitante. A carga horária é de 80 horas mas, caso haja necessidade de mais horas de trabalho, os solicitantes devem declarar e pagar a seguridade social correspondente.

Para os trabalhadores Assistentes Pessoais, as regras ditam ser maior de 18 anos e estar habilitado pela Secretaria Nacional de Cuidados. Familiar não pode ser assistente pessoal, só sendo permitido a partir do quarto grau de consanguinidade e segundo de afinidade. Existem formulários (Anexo I) para trabalhadores e usuários de contrato formal para o serviço de assistente pessoal, bem como, carta (Anexo II) de direitos e deveres de ambos.

**Teleassistência** – serviço direcionado a pessoas com mais de 69 anos, com dependência leve ou moderada, para que possam avisar familiares, vizinhos ou médico ante qualquer incidente que ocorra em casa. Funciona através de uma pulseira ou colar que ao ser pressionado dá sinal em uma

central de atendimento com funcionamento de 24 horas, durante os 365 dias do ano. Para dispor do serviço, é preciso ter telefone fixo. A inscrição é realizada por telefone ou e-mail do MIDES, escolhendo uma empresa de teleassistência habilitada.

Esse serviço gera custo, conforme a renda familiar, e seu cálculo, em valores de janeiro de 2017, era feito de acordo com as seguintes faixas de rendimento:

	<b>Subsidio</b>	<b>Custo mensal</b>
menor a \$ 10.833	100 %	Sem custo
de \$ 10.833 - \$ 21.666	67 %	\$ 310 + IVA
de \$ 21.666 - \$ 39.721	33 %	\$ 629 + IVA
maior a \$ 39.721	0 %	\$ 939 + IVA

Fonte: MIDES, 2017.

**Centro de Longa Estadia** – para pessoas que necessitam do Sistema de Cuidados por longo período.

**Centros Diurnos** – são centros gerontológicos e sociais, que prestam serviços de cuidado integral durante o dia para pessoas idosas, dependentes leve ou moderados, que ainda residem em seus lares. Tem a finalidade de retardar a institucionalização do idoso e proporcionar descanso à família cuidadora.

#### **d) Cuidadoras e cuidadores**

O SNC procura apostar na corresponsabilidade entre homens e mulheres no cuidar, valorizando essa tarefa e buscando regularizar a atividade. Ainda assim, são as mulheres, em 95% dos casos, as pessoas que trabalham em cuidado no Uruguai (URUGUAY, 2013).

Em 2017, o MIDES realizou uma avaliação do Sistema de Cuidados, cujos resultados são expressos no documento “Cumplimos dos Años”. Alguns beneficios são destacados:

Desde esa fecha, cerca de diez mil niñas y niños de entre 0 y 3 años accedieron a servicios de educación y cuidados. Para 2020, la oferta para niñas y niños de 3 años será universal, es decir, todas las familias que deseen que sus hijas/os asistan a servicios de educación y cuidados tendrán cupo en los centros públicos.

Asimismo, a día de hoy, más de siete mil personas en situación de dependencia severa pueden contar con un/a asistente personal que les ayude a realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Además, el Sistema generó nuevas prestaciones tales como la Teleasistencia en Casa a la que ya se postularon más de 600 personas. También nuevos servicios como las casas comunitarias de cuidados para la primera infancia y los centros para hijas/os de estudiantes.

En 2018, se inaugurarán los primeros centros de día para mayores de 64 años y los primeros centros de educación y cuidados en sindicatos y empresas (MIDES, 2017).

## 5 CUIDADO NA POLÍTICA DE SAÚDE DO BRASIL E DO URUGUAI: CONSIDERAÇÕES SOBRE SUAS TRAJETÓRIAS E DESDOBRAMENTOS.

O presente capítulo busca apresentar uma análise de como se deu a incorporação do cuidado nos Sistemas de Saúde do Brasil e do Uruguai, considerando as configurações dos dois sistemas. Além disso, destacam-se algumas aproximações e distanciamentos entre os dois países, enfatizando a construção do Sistema de Cuidados no Uruguai e a fragilidade do debate sobre o cuidado na sociedade brasileira, que repercute no campo da política de saúde. Há uma tentativa de esboçar uma alternativa de cuidado dentro do Estado de bem-estar em que vivemos, que não insista em passar toda a responsabilidade pelo cuidado às famílias e comunidades.

### 5.1 A política de saúde no Brasil e a incorporação do cuidado

O SUS surgiu como conquista de um longo processo de lutas, envolvendo movimentos populares, trabalhadores em saúde, usuários, intelectuais, sindicalistas e militantes dos mais diversos movimentos sociais. Entre esses atores sociais, o movimento feminista, a luta antimanicomial e o novo sindicalismo, além de inúmeras organizações não governamentais e outras entidades da sociedade civil passaram a se manifestar na luta pela democracia e na busca por um sistema de saúde universal, igualitário e integral (GOUVEIA; PALMA, 1999).

Mas o SUS, na sua implantação, encontrou um panorama não favorável, em que se combinaram, entre outros fatores, uma crise econômica nacional e internacional, a saúde brasileira expressando indicadores de ineficiência, ineficácia e iniquidade (NOGUEIRA, 2002), uma conjuntura nacional que apontava para processos ideológicos, políticos e econômicos de exclusão social (GOUVEIA; PALMA, 1999).

Nos anos 90, os ajustes e a reforma do Estado brasileiro são estimulados pelo ideário neoliberal, que consistia na defesa da desregulamentação dos mercados, na abertura comercial e financeira, no equilíbrio das contas públicas, na privatização das empresas estatais, na flexibilização das formas de vínculo entre capital e trabalho e no estabelecimento de uma taxa cambial realista (RIZZOTTO, 2009). Assim, o neoliberalismo está presente na implantação do SUS, com os reajustes da economia em relação intrínseca com as políticas sociais.

É, portanto, na esteira do discurso reformista, de cunho marcadamente neoliberal, que se desenvolveram os debates acerca da necessidade de reorganização do modelo de seguridade social brasileiro (BEHRING; ALMEIDA, 2010, p. 198).

Os ajustes econômicos acarretam, como consequências, o desemprego, privatizações, aumento das desigualdades sociais e dependência de capital estrangeiro, principalmente nos países em desenvolvimento. Um tal arranjo econômico não ocorre se grave impacto nas políticas sociais, fragilizando os direitos sociais, através dos cortes de recursos e de investimentos, conforme se pode claramente confirmar ao verificar a influência das agências multilaterais como o Banco Mundial, cujos documentos publicados em 1993 e em 1997 sinalizam para a diminuição do papel do Estado e a ampliação do papel do mercado no financiamento e implementação de serviços de saúde (NOGUEIRA, 2002). O Banco recomenda, ainda, melhorias de saúde para as famílias, o que, de acordo com sua receita, viria pela

adoção das políticas de ajustamento que preservem a efetividade das despesas de saúde em relação ao seu custeio, à expansão da instrução formal e à ampliação do status político econômico da mulher (NOGUEIRA, 2002, p.212-213)

Mioto; Prá (2012), utilizam o discurso do então Ministro José Serra, em 1990, para demonstrar a postura do BM, ao fechar uma clínica da terceira idade: "... quem eram os idosos que estavam lá? Doentes? A maioria não. A maioria era de rejeitados pelas famílias, que crescentemente jogam para cima do Governo o que no passado era seu encargo, sua responsabilidade" (p.6). Essa fala do então ministro, em claro alinhamento com o receituário do Banco Mundial, deixa clara a culpabilização das famílias, sem qualquer conhecimento das reais possibilidades sociais, emocionais e econômicas das famílias, enquanto pretende garantir ao Estado o "direito" de ser poupado do cuidado de seus cidadãos.

As agendas governamentais, influenciadas pelas agências multilaterais, vão além do BM na determinação de mudanças na saúde. Junto estão, entre outras, a Organização Mundial de Saúde e a Comissão Econômica para a América Latina e Caribe - Cepal, que em 1994 lança um documento, no qual associa reestruturação produtiva, saúde e equidade (NOGUEIRA, 2002).

O ideário neoliberal foi introduzido no Brasil no Governo Fernando Collor, a partir de 1989, com o discurso de modernizar o País. Em 1995, ao assumir a presidência da república, Fernando Henrique Cardoso manteve o modelo neoliberal e a ideia da globalização. Uma de suas iniciativas de governo relativamente à saúde foi a implantação da CPMF para subsidiar a saúde. Não faltaram, no entanto, denúncias a respeito de desvios das verbas destinadas a essa área. Nesse período de FHC, o então ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, Bresser Pereira, aponta como reformas necessárias ao Estado brasileiro, a reforma fiscal, a reforma da previdência, a inovação dos instrumentos de política social, a reforma da estratégia de desenvolvimento econômico e social do Estado e a reforma do aparelho do estado e sua burocracia (NOGUEIRA, 2002).

Na saúde, segundo Nogueira (2002),

[v]erifica-se, entre outras sinalizações, a definição de opções para implantação de programas em áreas de risco social; a forma de financiamento dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, estabelecendo o que se poderia denominar de cesta básica de serviços e ações de saúde; e, a progressiva e sutil desqualificação dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, enquanto instâncias definidoras de diretrizes de atenção à saúde ou de controle social. Assim percebe-se indicações que sinalizam para a busca de alteração do que se entende por direito à saúde, conforme texto constitucional (p. 24).

Entre as medidas a serem adotadas no campo da saúde, as agências multilaterais “sugeriam” como a principal, instituir programas de saúde preventiva que focalizassem os fatores de risco, priorizassem as intervenções, apresentando melhor relação custo/benefício, e fossem orientados especificamente para os pobres (RIZZOTTO, 2014). Porém, independentemente de serem preventivas ou curativas, o BM orientava que as medidas deveriam seguir três princípios: 1) atribuir prioridade às intervenções que produzissem o maior impacto por unidade monetária, ou seja, intervenções custo eficientes; 2) avaliar o quanto a medida comprimiria ou expandiria os anos de vida que uma pessoa passa doente ou incapacitada; e 3) usar os fundos públicos para financiar bens públicos (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 25-28).

O Brasil adotou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS (1991) e o Programa de Saúde da Família - PSF (1994), como estratégias para contribuir na construção de um novo modelo de atenção integral à saúde das famílias. Logo, são estratégias voltadas para a reorganização das ações de APS, cujos princípios e bases organizativas revelam-se nos seguintes objetivos:

- Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adstrita;
- Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;

- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida e;
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício social. (BRASIL, 1998 s/p).

A APS está ligada a uma assistência de baixo custo, com utilização de poucos equipamentos. Afirma-se que na APS deveriam ser resolvidos 80% dos problemas de saúde da população (WHO; 1978). Dessa porcentagem, espera-se que, somente, entre 3 e 5% dos casos seriam encaminhados, embora a abordagem em APS seja complexa:

Ao resolver uma série de necessidades, extrapola a esfera da intervenção curativa individual - as chamadas necessidades básicas de saúde – incluindo, principalmente, demandas sanitárias que geram as ações tradicionais da saúde pública (saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, a vacinação ou a informação em saúde), as demandas relacionadas a algumas ações clínicas (prevenção, profilaxia e o tratamento de doenças de caráter epidêmico) e as demandas tipicamente clínicas de prevenção e recuperação, apoiados em técnicas diagnósticas de menor uso de equipamentos, mas que, para sua adequada compreensão e efetiva transformação, exigem sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas (ROSA; LABARTE, 2005, p.1031)

Nesse contexto, o Programa Saúde da Família foi implantado ancorado na Atenção Primária em Saúde - APS, com um olhar para a família (ROSA; LABATE, 2005, p.1030).

O PSF é uma estratégia que visa atender indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem como objetivo reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital,

passando a focar a família em seu ambiente físico e social. O PSF pode ser definido como: “um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados” ... tem como objetivo geral: “contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (ROSA; LABATE, 2005, p.1030).

O Programa de Saúde da Família reflete a tendência da transferência de responsabilidades do Estado para as famílias, supervalorizando seu papel na agenda das políticas sociais do Brasil, como na questão do cuidado em saúde, normatizando e incentivando a presença das famílias no cuidado aos seus entes com problemas de saúde, prioritariamente aos crônicos e idosos. (MIOTO, 2012).

Em 2006, o PSF passa a denominar-se Estratégia Saúde da Família – ESF, como tentativa de resposta ao desafio de reorientar o modelo de atenção à saúde em sua dimensão político-operacional, como estratégia estruturante dos sistema de saúde. Deixa de ser programa e passa a ser uma estratégia permanente na atenção básica em saúde, justamente porque o programa possui um tempo determinado, enquanto a estratégia é permanente e contínua. Desse modo, foi definido como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no nível de atenção básica do sistema de saúde, voltadas à: ampliação da cobertura e melhoria da qualidade do atendimento; organização do acesso ao sistema; integralidade do atendimento; conscientização da população sobre as principais enfermidades locais e seus determinantes; incentivo à participação da população no controle do sistema de saúde (BRASIL, 2006).

Para a efetivação da ESF, Wagner (s/d) sublinha alguns empecilhos, tais como a falta de médicos para trabalhar, a qualidade do trabalho, a crítica à biomedicina transformando-se em combate aos médicos. A partir dessas constatações, tira a seguinte conclusão:

Talvez se esteja alimentando um círculo vicioso: más condições de trabalho, indefinições políticas / insegurança e demanda excessiva reforçam uma clínica reduzida ao núcleo profissional, dificultam o vínculo e facilitam a rotatividade profissional. Talvez ainda seja válida a crítica a uma tendência na área de saúde coletiva de tomar o trabalho médico como intrinsecamente comprometido com a reprodução e manutenção do capitalismo, não reconhecendo méritos na clínica individual. Neste movimento paradoxal tem sobrado pouco espaço real de diálogo sobre o trabalho médico tanto com os próprios, quanto a seu respeito na sociedade. O que diminui as chances de se construir uma política pública capaz de incluir estes profissionais nos serviços de saúde. Com isto existe o risco, na verdade, de uma aproximação da missão da atenção básica das ações de saúde que prescindem do médico. Sob um discurso aparentemente progressista estreita-se o caminho para não se implantar o SUS e, de fato, perpetuar a predominância do sistema privado. Para completar o quadro podemos diagnosticar, lado a lado deste discurso hiper crítico do trabalho médico, uma certa expectativa de adesão da categoria médica ao SUS por meio de uma conversão a um certo “espírito missionário”. Ou seja, a presença de um certo apelo moralizante que, na verdade, se opõe totalmente a possibilidade de cidadania, de direitos sociais, de autonomia e da instituição real de um sistema de saúde público universal (p.11).

Como prioridade no discurso oficial, quando se examinam as ações concretas desenvolvidas, verifica-se que há financiamento insuficiente, ausência de política de pessoal e de um projeto consistente para a realidade da população. Portanto, Dalpiaz; Stedile (2011, p.5) assim questionam: “será que a ESF é um serviço, estratégico, no “enfrentamento” de algumas das mazelas resultantes da pobreza, então, buscando a equidade? Ou será um serviço que, atende as diretrizes neoliberais?”.

Além da Estratégia Saúde da Família, o Ministério da Saúde também instituiu, em 2003, a Política Nacional de Humanização, defendendo a priorização do tema da humanização como aspecto fundamental a ser contemplado nas políticas públicas de saúde. O conceito de humanização foi reelaborado e descrito no documento base para gestores e trabalhadores do SUS como sendo

[u]ma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde

comprometidos e co-responsáveis; estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (BRASIL, 2006, p. 44).

Tal política, como sinalizado em capítulo anterior, foi motivo de polêmicas, considerando que vinha num contexto de condições precarizadas de trabalho, de dificuldades de pactuação das diferentes esferas do SUS, do descuido e da falta de compromisso na assistência ao usuário dos serviços de saúde (Brasil, 2006) e tendo, portanto, “o descrédito e a desconfiança dos usuários em relação aos serviços públicos de saúde” (PUCCINI; CECILIO, 2004, p. 1351). A PNH teve como aspecto central de sua formulação a questão do cuidado, havendo, segundo Feuerwerker (2008), uma transferência de responsabilidades, que resultou em uma parte da responsabilidade pelo cuidado passar da instituição de saúde para a família ou cuidador.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS), formulada a partir da sistematização de experiências do chamado "SUS que dá certo", visava efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, bem como incentivar trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos. Nesse contexto, a família ganhou centralidade através de suas normativas e programas. Como exemplo desse processo, a autora cita o direito previsto do acompanhante às visitas abertas, que concomitante à ampliação do acesso dos visitantes às unidades de internação, para garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os serviços de saúde, acaba contando com a solidariedade familiar para o cuidado nas unidades hospitalares. Dessa forma a família é incorporada no cotidiano das instituições, cobrindo parte do trabalho que deveria ser realizado por profissionais. Além disso, a PNH também traz como um dos parâmetros para atenção hospitalar a “existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares” (BRASIL, 2004, p.15). Isso é reforçado nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, através do Pacto pela Vida, onde se destaca a atenção domiciliar,

com a finalidade de “instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde” (BRASIL, 2006, p. 11). Essa orientação é enfatizada por meio das Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Ainda no bojo da PNH, o cuidado é tratado no Guia Prático do Cuidador (2008) e estabelece uma relação direta entre cuidado e família. Foi elaborado pelo Ministério da Saúde com o intuito de orientar cuidadores, esclarecer as maneiras mais simples do cuidado no domicílio, auxiliar o cuidador e a pessoa cuidada, além de instigar o envolvimento da família, da equipe de saúde e da comunidade nos cuidados, entre outros propósitos. Define-se cuidado como “atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado” (BRASIL, 2008a, p.7). Além de destacar a posição da família, considera o cuidador como

[u]m ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação. [...] É a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração” (BRASIL, 2008a, p.8).

Com a direção apontada e com os canais abertos pela PNH, a família vai sendo, cada vez mais, incluída na gestão do cuidado, tanto através de requisições nos domicílios, como através da participação nos serviços. A família, no cenário dos serviços de saúde, passa a ser invocada e evocada como sujeito fundamental no processo de cuidado, tanto no sentido de sua responsabilidade pelo cuidado, como no de ser, ela mesma, objeto de cuidado (MIOTO, 2010). Segundo Bieleman et al. (2009, p.137), o que vem ocorrendo é “ uma forma de inserção da família e uma estratégia utilizada pelo serviço para contribuir no processo terapêutico do usuário, incluindo a família no serviço e instrumentalizando-a para o cuidado”. Dessa forma, a assistência domiciliar foi sendo incorporada por prefeituras, hospitais públicos e privados, seguradoras

de saúde, medicina de grupo, como estratégica para o processo de desospitalização no Brasil. Além de ser uma solução frente ao aumento dos custos, evita a exposição de pacientes aos riscos (MENDES JUNIOR, 2000; Fabrício et al., 2004).

Em 2011, através da portaria n.2527 de 2011, é instituído o Programa Melhor em Casa, como um programa de cuidado domiciliar. É proposto como nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013). Nesse programa, a desospitalização é um dos eixos principais e os cuidadores são objeto de atenção das equipes profissionais, como apontam Mito e Prá (2012), ao observarem as atribuições das equipes profissionais. Das nove atribuições das equipes, seis são direcionadas ao cuidador:

[...] II - identificar e treinar os familiares e/ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando os seus limites e potencialidades;

III - abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações;

IV - acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador como parte do processo de Atenção Domiciliar;

V - elaborar reuniões para cuidadores e familiares;

VI - utilizar linguagem acessível a cada instância de relacionamento;

VII - promover treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares e/ou cuidador dos usuários (BRASIL, 2011, s/p).

Nessa perspectiva, o Melhor em Casa dá ampla visibilidade à forma como o cuidado se incorpora na política de saúde, num deslizamento claro para a externalização do cuidado dos serviços de saúde.. Não é demais lembrar que, desde 2003, o manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde do MS já trazia, entre as dezessete atribuições das equipes

de trabalho, quatorze dirigidas ao familiar/cuidador, seja na orientação, monitoramento ou apoio ao cuidado no domicílio (BRASIL, 2003).

A implantação do Programa Melhor em Casa vem sendo realizada em todo o País e alguns estudos desenvolvidos vêm demonstrando que o cuidado domiciliar tem como suporte fundamental o apoio incondicional de um cuidador, o qual tanto pode ser um familiar quanto uma pessoa de suas relações de amizade, ou ainda, quando há possibilidade, pode ser alguém contratado. Esse *modus operandi* do Programa implica na transferência de responsabilidade para a família/cuidador, trabalho esse diuturno, rotineiro, desgastante, privando o cuidador de suas atividades de vida, na grande maioria realizado por familiares, mulheres (FEUERWERKER; MEHRY, 2008).

Na pesquisa de Stelmake (2011) sobre cuidado domiciliar, os relatos demonstram a realidade da responsabilidade do cuidado.

Verifico as portas da casa, os dois, o pai e a mãe já prontos para dormir, dever cumprido, alma lavada. Noutro dia, a mesma coisa (baixa o olhar) (Tulipa, p.76).

Ajudo a vó. Dô café, comida, alcanço o balde (para necessidades fisiológicas), dou mate doce, faço pão, sempre assim .A única coisa que não faço é brincar com os guris (Lírio, 10 anos, p, 76 e 59).

Simão (2015) atenta para a realidade daqueles que não têm cuidador diário e, portanto, não recebem ajuda em atividades de arrumação da casa, alimentação, compras e outros. São mulheres que se contentam com “migalhas de cuidado” (p.52), ou seja, alguma pequena ajuda realizada geralmente por um companheiro. Esse tipo de fenômeno bem retrata a divisão sexual do trabalho – homens trabalham fora, mulheres são responsáveis pelas tarefas domésticas. Os espaços e atividades são separados entre masculinos e femininos: o cuidar está adscrito ao sexo feminino, o provimento ao masculino. É de notar que tal situação mantém-se vigente em função de muitas mulheres estarem fora do mercado profissional de trabalho (SIMÃO, 2015).

Além disso, os estudos demonstram que, quando existe uma pessoa em tratamento domiciliar, as exigências dessa situação interferem nas relações familiares. Portanto, no cotidiano dos cuidadores tais relações são construídas e reconstruídas pela tarefa de cuidar. Os laços familiares já sofrem transformações logo no início: há dificuldades com o comprometimento, a divisão de tarefas e a aceitação da diluição de atenção dispensada pelo cuidador aos outros familiares (STELMAKE, 2011). O papel de escolha de cuidar é visto como natural, em razão das cuidadoras serem mulheres esposas, mães, filhos que já cuidavam ou que dependiam financeiramente do familiar que precisa de cuidado neste momento embora sem conhecimento muitas vezes de como cuidar (SIMÃO, 2015). Tais realidades transparecem nas falas dos entrevistados de Stelmake (2011).

Quando nasci ele também se anulou por mim, trocou minha fralda, acho que agora tô fazendo... (pausa) é um dever eu precisei dele, agora ele precisa de mim, não é nenhum favor, sacrifício. Se pensasse diferente eu ia me sentir horrível. É natural de todo filho com o pai e pai com filho.(Hortência, p.72)

Ninguém assumiu, eu não ia deixar meu filho assim (Lavanda, p. 72).

Em raros casos, a tarefa do cuidador é dividida com outras pessoas, que auxiliam no cuidado. Esses casos foram observados em domicílios onde há jovens, adolescentes, seguindo a constatação de que as meninas participam mais (STELMAKE, 2011).

Aqui é assim: primeiro foi a mais velha que cuidou dele.Tinha acho 12 anos, que ele sempre disse que ela foi o presente de Natal dele, nasceu dia 16 de dezembro [...] Ela virava dia e noite com ele no hospital. Ela era a enfermeira dele. Resolvia tudo. Depois passou para a outra e ficaram as duas cuidando dele. Até chegar aqui, nas duas pequenas. Mas, as mais velhas vêm da casa delas todos dias trocar ele, se revezam. É claro que às vezes ele é chatinho, fica renegado, meu Deus do céu. Fazer o quê? (Girassol, p.74).

Quem fica o dia com ele são meus filhos, de 18 anos, 17 e 14 anos. Eles tiveram que se acostumar, e hoje cuidam. Reclamam: “Mãe não agüento mais” (referindo-se ao cuidar o avô). Aí explico com amor. Daí a um pouco, eles (filhos) lá estão: “Tá doendo meu velhinho? O que foi meu velhinho?, Quer comer meu velhinho?” (Hortência, p.74).

Ademais, todo cuidado no domicílio implica em maiores gastos financeiros, que tendem a desequilibrar o orçamento familiar, pois a família deve arcar com os custos como medicação, alimentação adequada, material de higiene e curativos, transporte, água, luz e tantos outros itens. Isso tem obrigado as famílias a reestruturarem o orçamento, quando não a adquirirem dívidas, até em setores não institucionais. Nas palavras de Diniz et al (2007, p. 144), o problema é posto a nu.

Um gasto não previsto [...] de saúde pode absorver parte significativa do orçamento de uma família, levando-a a abrir mão de consumir outros serviços, [...] ou mesmo se endividar. Para algumas famílias, esse evento não previsto pode inclusive implicar o risco de torná-las pobres ou mesmo de uma família pobre se tornar indigente. Ou seja, um gasto catastrófico para essas famílias.

Enfim, para Mioto e Dal Prá (2012), os programas de saúde do SUS indicam o aprofundamento do caráter familista, que marca historicamente a política social no Brasil. Na política de saúde, o cuidado é o grande vetor de transferência de responsabilidades para a família. É justamente nesse campo de indefinições e negociações que ocorre, no cotidiano dos serviços, os deslizamentos em torno de atribuições de responsabilidades na provisão de bem-estar. Sob a égide do cuidado se articulam diferentes estratégias de imposição ou transferência dos custos do cuidado para as famílias.

Nesse contexto, faz sentido a afirmação de Bravo (2004) de que estamos diante de um processo em que no âmbito da política de saúde se confrontam dois projetos em disputa: o Projeto de Reforma Sanitária e o projeto de saúde articulado ao mercado, ou “privatista”. Não obstante as conquistas obtidas e a consolidação da noção de saúde como “dever do Estado e direito do cidadão”, o que se assiste é a política de saúde sendo

questionada pela ideologia conservadora e propostas que visam fortalecer a contrarreforma na saúde. Assim, a política de saúde

não pode ser compreendida se não for por meio da garantia de direitos, direitos esses já assegurados em 1988...Por isso, acreditamos que a Política Nacional de Humanização não pode estar dissociada dos elementos que de fato visam garantir o atendimento e o acesso universal, equânime, integral. E isso implica em questões mais amplas, como o financiamento da saúde, recursos humanos e materiais, entre outras. ...deve-se levar em consideração vários fatores, como participação, direitos, qualidade dos serviços, mas também, e com grande importância, as condições para que se opere dentro do sistema de saúde atendimento de qualidade, que passa por recursos humanos e recursos materiais (CONCEIÇÃO, 2009, p. 217)

## 5.2 Uruguai: do cuidado no Sistema Nacional Integrado de Saúde ao Sistema Nacional de Cuidados

Como já referido, a implantação do SNIS aconteceu em 2008, como resultado do processo de mudança política ocorrida com a chegada ao poder da corrente de esquerda, após o chamado 'ajuste neoliberal', liderado pelas agências internacionais, sobre a direção que deveriam tomar as políticas públicas (PEREIRA, et al., 2012). No Uruguai, o primeiro decênio do século XXI estabeleceu agendas políticas próprias, distanciando-se, de certa forma, das medidas monetaristas e neoliberais impulsionadas pelo Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional (FMI), dando origem a um novo discurso oficial, centrado na redistribuição de renda e na justiça social, bem como nas ideias de soberania nacional, cooperação e independência regional (MOREIRA, 2007).

Como em outros países vizinhos da América Latina, o processo de renovação da APS foi uma estratégia para a reorganização do sistema de saúde o qual deveria estar fundamentado nos princípios de cobertura universal, equidade, continuidade do cuidado de forma oportuna, integralidade,

qualidade da atenção e respeito aos direitos dos usuários (PEREIRA et al., 2012). O novo modelo de atenção privilegia o primeiro nível de atenção, que é porta de entrada do sistema, e sua integração com os níveis secundário e terciário, por meio de mecanismos de referência e contrarreferência, na construção de uma atenção integral à população (EUROSOCIAL SALUD, 2007).

Neste marco, o direito à saúde adquire um interesse especial na agenda política e põe à prova a capacidade de inovação no desenho e operação da política setorial, ao passo que demanda a criação de uma nova institucionalidade, cuja principal característica é sua capacidade de interação com outros setores da política pública sob a premissa de entender o desenvolvimento como expansão da qualidade de vida e das condições materiais, simbólicas e culturais, que permitem o aprofundamento da democracia na sociedade (PAUSADELA, 2010, p. 56).

Nesse contexto, o cuidado foi incorporado ao SNIS, através da atenção primária, sob a égide do cuidado domiciliar. Levcovitz (2011) em seu estudo, tece algumas considerações a esse respeito.

Este modelo de atención domiciliaria en la RAP busca atender las necesidades de aquellos pacientes adultos y adolescentes de más de 14 años, con enfermedades crónicas y/o terminales de diagnóstico y tratamiento establecido, con discapacidades que les impidan el acceso a los servicios de salud por sus propios medios. No se incluyen procedimientos diagnósticos o terapéuticos, correspondientes a una internación domiciliaria. En el marco de este trabajo, hemos definido en la RAP, Sub-áreas de Atención Domiciliaria para cada Médico de Familia y de Área, incluidas en las Áreas de Salud de responsabilidad asistencial de cada profesional, delimitadas al interior de cada Zona de Salud. Dentro de cada área definimos tantas sub-áreas de atención domiciliaria como médicos de familia o de área se encuentren asignados a ellas, sin sobrepasar un diámetro de aproximadamente diez cuadras para cada sub-área y basándonos en diferentes criterios, como el de accesibilidad geográfica, adscripción de los pacientes a un médico o efector de salud, densidad de población del área, entre otros. De esta manera, aún resta territorio dentro de las áreas de salud que no queda incluido en ninguna sub-área de atención domiciliaria. Es por ello que el Servicio de Atención Domiciliaria cuenta con 7 Médicos de Crónicos (MECRO), que asisten a pacientes cuyos domicilios quedan fuera de las sub-áreas de salud hasta hoy

definidas, contando con el uso de vehículos contratados para tales fines (p.114).

Em estudo de 2015, Giovanella apresenta um levantamento sobre os serviços de primeiro nível e a organização da APS nos países sul-americanos, demonstrando os principais tipos de unidades de saúde que realizam APS. No caso uruguaio são 28 Centros de Salud ASSE, 786 Consultorios, Policlínicas y Puestos de Salud Rural, além de IAMCs, com consultas externas, consultórios descentralizados, serviços de atenção domiciliar e policlínicas, médico/a de família ou generalista, enfermeiro/a, parteiro/a, pediatra e ginecologista visitante (Equipo Básico ASSE en Montevideo).

Porém, a concretização da APS no Uruguai, desde o início, enfrenta várias dificuldades que mantêm sua prática ainda distante da sua proposta de integralidade. Entre as dificuldades estão os recursos ainda insuficientes destinados à APS, uma queda na formação de médicos generalistas e de profissionais de enfermagem, embora novos esforços estejam sendo realizados, como a construção de um novo currículo e o estímulo à especialidade de medicina familiar e comunitária. Além disso, não existe normativa sobre quais profissionais devem fazer parte da equipe de APS, apesar de haver consenso quanto à participação do médico de família e do enfermeiro (SOLLAZZO; BERTERRETICHE, 2011). A cesta de serviços ofertada na APS é considerada inadequada e diferenças são notadas segundo o local e o meio (urbano ou rural), de modo que a regionalização é um processo considerado fundamental para a coordenação dos serviços. A integração vertical, entre os níveis de atenção, apresenta dificuldades, de acordo com a região, seja na capital ou no interior, e com a atuação dos gestores. Quando existem, os mecanismos de referência e contrarreferência são considerados insatisfatórios (SOLLAZZO; BERTERRETICHE, 2011).

O caso do Uruguai sugere avanços no que diz respeito à institucionalização de um sistema sanitário pautado na concepção de universalidade e de APS abrangente como estratégia reordenadora. Contudo, frente à diversidade de prestadores, esse alcance parece ser incipiente. Apesar de alguns instrumentos que contribuem para a operacionalização da

APS no campo do planejamento e gestão, ainda existem dificuldades para sua concretização, que envolvem, sobretudo, a consolidação da universalidade no acesso ao sistema, além do desenvolvimento de uma política de formação de recursos humanos adequada às suas necessidades e da integração das políticas sociais (PEREIRA et al., 2012).

Os serviços prestados pela atenção primária à população são afetados por esses empecilhos, dificultando o planejamento e a execução de ações. Dessa forma, o cuidado no domicílio também é comprometido, deixando a descoberto as pessoas mais vulneráveis, que seriam os beneficiários. As deficiências existentes na oferta do cuidado no domicílio, no contexto do SNIS, vão se agravando também devido a mudanças nos arranjos familiares, ao aumento expressivo do envelhecimento da população, à baixa taxa de fecundidade, além do aumento expressivo de mulheres no mercado de trabalho, sem políticas de conciliação e corresponsabilidade entre os agentes de provisão de bem-estar. Revela-se, assim, a incapacidade de as famílias assumirem em grande parte o trabalho de cuidado. Para explicar o comprometimento da proposta de cuidado domiciliar no Uruguai, Simão e Miotto (2016) recorrem a Batthyány (2001, p. 225) que afirma:

La crisis de los estados latinoamericanos y los cambios en las políticas sociales en las últimas décadas tienen como efecto privatizar la responsabilidad por el bienestar, transfiriendo tareas del Estado hacia las familias.

Dessa forma, segundo Cabella (2007), vai-se criando um déficit em cuidados, que passou a ser chamado de “crise dos cuidados”, demonstrando que tanto as necessidades de cuidado não são mais as mesmas como tampouco as pessoas que prestavam os cuidados o são.

Nas palavras de Batthyány et al. (2014), o

Uruguay se enfrenta a lo que se denomina una crisis de cuidado, que pone en duda el sostenimiento de la distribución actual de cuidados, caracterizada por la sobrecarga en las familias y en las mujeres. Esta crisis está configurada por un aumento de las necesidades de cuidado y una reducción de la

oferta disponible para satisfacerlo, generando un déficit de cuidados.(...) Asistimos a un incremento de la demanda de necesidades de cuidado relacionadas sobre todo al proceso de envejecimiento de la población<sup>5</sup> caracterizada por un aumento de las personas mayores de 65 años, una reducción del número de hijos/as y una mayor expectativa de vida por los cambios en las condiciones de salud. Uruguay, con el 14,1% de personas mayores de 65 años para el año 2011 (p.76).

Esse cenário, expresso vividamente no âmbito do SNIS, vai impulsionar o debate sobre o cuidado e desembocar, como vimos, na criação de um Sistema de Cuidados.

A trajetória para a construção do SNC tem sido explicada como tendo suas raízes na própria tradição do Uruguai, em torno do consenso sobre os direitos de cidadania. Não por acaso, nosso vizinho foi denominado, no início da segunda metade do século XX, como sendo a Suíça latino-americana. Assim, apesar de o cuidado no Uruguai também ter sido uma atribuição das famílias e das mulheres, a tradição de consenso em torno do bem-estar social permitiu se colocar a questão do cuidado na agenda pública do País. Dessa forma, passa-se a enfrentar o caráter familista que permeia as sociedades latino-americanas.

En el régimen familista la responsabilidad principal del bienestar corresponde a las familias ya las mujeres en las redes de parentesco. El trabajo de cuidado no es remunerado y la unidad que recibe los beneficios es la familia. Es el más extendido en América Latina y los países mediterráneos. Los supuestos de este régimen son la centralidad de la institución del matrimonio legal y una rígida y tradicional división sexual del trabajo (BATTHYÁNY et al., 2013, p. 13).

O estudo de Batthyány; Genta; Perrotta (2012) intitulado Pesquisa Nacional sobre Representações Sociais sobre o Cuidado no Uruguai trata de diferentes concepções e valores das pessoas sobre o cuidado. A investigação constatou que 90% da população pesquisada afirma que é melhor o cuidado no seu domicílio. Dentre os 90%, 47% preferem ser cuidados só por familiares e 43% aceitam contratar uma pessoa para cuidar, com a participação da família. Nessa modalidade de cuidado familiar dividido com pessoas

contratadas, a maioria são mulheres de nível alto e médio-alto (6 de cada 10), enquanto as mulheres mais pobres são pelo cuidado exclusivo da família.

Es bastante claro que este deseo de las personas adultas mayores por el cuidado por parte de la familia se confronta con una realidad social donde las familias cada vez son menos numerosas, la mujer ha salido al mercado laboral, la falta de políticas de apoyo a las familias y la contratación de servicios de cuidado depende del nivel socioeconómico con que se cuente en la familia (BATTHYÁNY et al., 2012, p.45)

É nesse cenário, composto por necessidades de cuidado e desejos da população, que em 2010, no segundo mandato de esquerda, com o presidente Pepe Mujica, que se inicia a construção do Sistema de Cuidados, como política pública.

a la vez que se vio fortalecido por el contexto regional e internacional donde la inclusión del tema de los cuidados se incorporó a marcos normativos internacionales y regionales en defensa de los derechos de las mujeres y del ejercicio pleno de ciudadanía (CAFARO, 2014, p.25).

A emergência desse sistema acontece alicerçada na literatura especializada e nos debates políticos internacionais, que tendem a conceituar cuidado como se referindo

al conjunto de actividades y relaciones, ya sean remuneradas o no remuneradas, destinadas al bienestar físico y emocional de las personas así como a los marcos normativos, económicos y sociales en los que se definen y se realizan esas actividades y relaciones (DALY; LEWIS, 2000, p. 285).

Portanto, os autores postulam o caráter multidimensional, material, econômico, moral e emocional do cuidado, considerando tanto as pessoas dependentes, como também aquelas sujeitas a perder a autonomia.

Nas palavras de Aguirre, expressa-se uma importante compreensão das circunstâncias em que vem a tona o tema do cuidado.

Para entender la emergencia de las políticas de cuidado en la agenda social es necesario ubicarla en el contexto de los actuales desarrollos conceptuales sobre los modelos de bienestar y los aportes teóricos de distintas vertientes feministas: Las agendas de las políticas y el ordenamiento de prioridades se establecen en función de los referentes cognitivos y concepciones que una sociedad y sus actores portan acerca de los problemas sociales en cuestión, el rol del Estado a la hora de intervenir y las visiones en torno a la comunidad, familia, mercado, y relaciones de género, entre otras. Diversos clivajes ideológicos dominantes y alternativos confluyen y determinan el posicionamiento de los actores y la formulación de las políticas (AGUIRRE, 2014, p.10).

Disso se pode deduzir que o Sistema de Cuidados para o Uruguai estruturou-se a partir de saberes e experiências de vários setores da sociedade uruguaia, com suas distintas concepções e conhecimentos, na troca de informações da situação do cuidado naquele País. Foram destaques as informações das Pesquisas do Uso do Tempo no Uruguai (2003, 2007, 2013), as Pesquisas Contínuas de Lares (2012, 2013) e o Censo de 2011. Também ofereceram contribuição, duas entidades científicas: primeiro, o Instituto Nacional de Estatística do Uruguai, com a implantação do terceiro módulo sobre Uso del Tiempo y Trabajo no Remunerado, módulo formulado com a participação do INMUJERES e da Direção Nacional de Políticas Sociais do MIDES; segundo, o Departamento de Ciências Sociais da Udelar, com o Fundo de População e Desenvolvimento das Nações Unidas (AGUIRRE, 2014).

Essas pesquisas somaram-se a outras que forneciam informações sobre a população que necessita de cuidados e as pessoas que cuidam. Nessas informações, destacaram-se os dados da Pesquisa Nacional de Pessoas com Deficiência (INE, setembro 2003 - agosto 2004), do Módulo de Educação, Situação da Saúde e Morbidade, a Pesquisa sobre Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento em Montevideú, a Pesquisa Nacional de Gastos e Ingressos dos Lares e o Censo de População de 2011. Ainda outro estudo, de 2013, que procurou identificar quem eram os cuidadores, encerra-se com a seguinte afirmação:

Entre las conclusiones del estudio antes citado se destacan como desafíos para el desarrollo del sector ocupacional de los

cuidados en el Uruguay: i) aumentar las acciones de formación vinculadas a la profesionalización de cuidadores y cuidadoras para responder a las necesidades de cuidado que el sistema nacional en construcción demanda; ii) superar la dificultad existente para conseguir recursos humanos dispuestos a brindar cuidados a adultos mayores debido a la baja valoración social y profesionalización de esta tarea para lo cual deberán definirse salarios superiores a los que actualmente se paga en el sector; iii) identificar las demandas y condiciones de las empresas que trabajan en el sector privado de cuidados con el fin de reconvertir los servicios a la luz de los criterios que establecerá el SNC, y iv) finalmente, se propone la promoción de un cambio cultural que dignifique y valore socialmente el trabajo remunerado en el sector cuidados para las trabajadoras y, fundamentalmente, para la convocatoria de trabajadores varones (AGUIRRE; FERRARI, 2013, p.79).

Segundo Aguirre (2014), a construção do SNC contou com alguns fatores facilitadores tais como:

a) A cooperação internacional (Nações Unidas) e do governo (Instituto Nacional das Mulheres e o Instituto Nacional de Estatística (INE).

Fue muy importante la alianza entre actores de la academia, organizaciones de mujeres, oficina nacional de estadística, gobierno y cooperación internacional mediante la generación de conocimiento e insumos para el diseño de la política (2014, p. 54).

b) A incorporação dos cuidados na agenda do governo da Frente Ampla, em 2008.

Las mujeres políticas del frente lo incorporamos en el congreso programático del frente, elegíamos cuatro temas y uno de ellos fue cuidados (entrevista partidos políticos, 2014, p. 54).

c) A formação do Grupo de Trabalho para desenhar a proposta do SNC.

Fue fundamental el decreto presidencial que habilitó la conformación del grupo de trabajo (entrevista gobierno, 2014, p. 54).

d) O debate nacional para configurar o SNC.

Yo diría que después de este proceso de debate, de ver cómo se encuadraba el tema de los cuidados, fue algo que levanta muchísimo a las mujeres en cada una de las instancias que tenemos para debatir temas que tienen que ver con participación política, con el empleo. O sea, incorporaron este tema en el discurso político y eso lo vemos cuando vamos a otras instancias que siempre se busca ver cuáles son los ejes de discriminación de las mujeres, el tema de cuidados ya aparece con nombre propio” [.....] Habilitó el diálogo social con las poblaciones y organizaciones vinculadas a la política de cuidados [...] Cada debate tuvo su efecto. Aparte está todo sistematizado entonces al que no estuvo se le puede dar publicaciones o comentarios, es decir no son debates que quedan en la nada. Por otro lado, el debate organizado por la Dirección Nacional de Política Social del MIDES y el Gabinete Social fue una buena propuesta [...] Desde un área del gobierno se reconoce que el debate propició la participación de múltiples organizaciones con diversas trayectorias y niveles de incidencia: “El debate sirvió también para que aquellos actores que no están vinculados a la incidencia política o actividad del lobby tuvieran un espacio y construyan su propia identidad (entrevista gobierno, 2014, p. 55).

Às indicações de Aguirre (2014), Cafaro (2014) acrescenta, como fator importante nessa construção, o momento em que ocorre, em 2012, a Rendición Social de Cuentas, que teve como objetivo avaliar como estavam as ações de cuidados implementadas. De acordo com a autora,

en la rendición de cuentas te das cuenta que no hay la más mínima coordinación. Inclusive nosotros, desde el consejo de políticas públicas que el PIT-CNT tiene un lugar, se fue a hablar con el gabinete social planteando este tema. Viste que ahí estaba en la mesa, ¿no sé si te diste cuenta?, el gabinete social. Y cada uno hizo un poquito pero no hubo coordinación (Sociedad Civil, mujer, 2014, p. 102).

Essas considerações reforçam a ideia que os os vínculos firmados entre profissionais, intelectuais, organismos internacionais e setores variados da sociedade civil e do governo, além da vontade política, foram fundamentais para a estruturação do SNC. No entanto, apesar do esforço nacional empreendido para a criação do SNC, a sua construção não tem sido tarefa

fácil, custou “sangre, sudor y lágrimas” (CAFARO, 2014, p. 101), e apresenta, no mínimo, os seguintes entraves que se passam a elencar.

a) A falta de recursos financeiros.

Un actor líder del Grupo de Trabajo lo expresa de la siguiente manera: “Llegamos a fines de 2012 cuando se define el presupuesto y no hay acuerdo para que se asigne una parte del presupuesto para las experiencias piloto, lo de las licencias no se acepta y se inicia el debate sobre qué tipo de financiamiento iba a ser (entrevista gobierno, 2014, p. 56).

b) O caráter institucional e a inércia setorial.

La mayor dificultad son las inercias institucionales que hay en este país e la gran dificultad de sintetizar, incluso entre instituciones que hacen cosas muy similares (entrevista gobierno, 2014, p. 58).

c) A falta de vontade e liderança política que existiu na priorização do SNC.

Desde el punto de vista político no es un tema que pueda generar demasiado crédito (entrevista sociedad civil, 2014, p. 58).

d) Ausência de compromisso do setor empresarial.

resistencias para las licencias especiales, para el amamantamiento; todo es visto como un gasto y no como una inversión en las condiciones de seguridad que tiene el trabajador para llevar adelante su tarea. No vemos que este tema permee a todo el mundo del trabajo, particularmente al empresarial (entrevista partidos políticos, 2014, p. 59).

e) O debate e tensão entre focalização e universalização dos instrumentos da política de cuidados.

Capaz que también en el tema de los cuidados de alguna manera hemos navegado en esas contradicciones entre una visión más universalista, quizás, más propia de Inmujeres, una visión más focalizadora, más propia de quienes diseñan los programas focalizados de combate a la pobreza. Y nosotros como dirección de políticas sociales hemos intentando ir integrando esas dos visiones. De todas maneras somos más proclives a una visión más universalista que focalizadora de las políticas (Gobierno - cargo político, hombre, CAFARO, 2014, p. 104)

- f) Falta de apoio financeiro às ações de incidência política da sociedade civil.

O contexto atual em relação aos fundos e recursos dos quais pode ter organizações sociais para o desenvolvimento de suas ações são escassos em relação a outros períodos. Do estado, alguns recursos econômicos limitam-se à execução do espectro diversificado de políticas ativas e da cooperação internacional foram reduzidas as contribuições do país desde que o Uruguai é classificado como um país de renda média (entrevista sociedade civil, 2014, p.60)

Desde el punto de vista de apoyo económico, es la pobreza absoluta. Estamos en un contexto muy difícil y donde la voluntad del activismo es lo que sostiene esta agenda. Eso es un tema muy complejo, porque te permite generar estrategias muy puntuales y no poder sostenerlas en el tiempo, también es un elemento que limita las posibilidades de difusión de estos temas, de intercambio, de monitorear más los procesos. La autonomía de la sociedad civil pasa por tener organizaciones que sean capaces de movilización y de participación en un contexto económicamente deprimido para la sociedad civil porque gran parte de la cooperación internacional de la que se nutre ha quedado con una capacidad de apoyo muy reducida. Entonces, ¿cómo nos movemos en este contexto? (entrevista sociedad civil, 2014, p. 60).

Em 2014, o ministro do desenvolvimento social, Daniel Olesker, realizou uma palestra no Encontro Internacional sobre Cuidado Infantil na América Latina, sob o título Características, Avances y Desafíos en la Construcción del SNC em Uruguay. Nessa ocasião reforçou o esforço na implementação do SNC, pormenorizando seus programas e prestações destinados à primeira infância (centros públicos de cuidado infantil para crianças de 0 a 3 anos, licença maternidade e paternidade, cuidado em tempo

integral), aos idosos (cotas cama em lares de larga estadia, hospital-centro geriátrico, rede de lares da ASSE no interior do País, casas assistidas e similares vinculadas ao MIDES), às pessoas com deficiência (centros públicos de atenção à deficiência, centro casa Gardel, que atualmente é parte do ASSE, programa do assistente pessoal), a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes ( hospitais - colônias San Carlos Rossi e Dr. Bernardo Etchepare, centros diurnos de reabilitação mental, unidades de acolhimento). Além desses, reafirma a presença dos programas pilotos destinados às diferentes populações, com destaque para o programa de atendimento às crianças com deficiência, o Bônus Cuidado para a primeira infância, Bônus de lares de larga estadia.

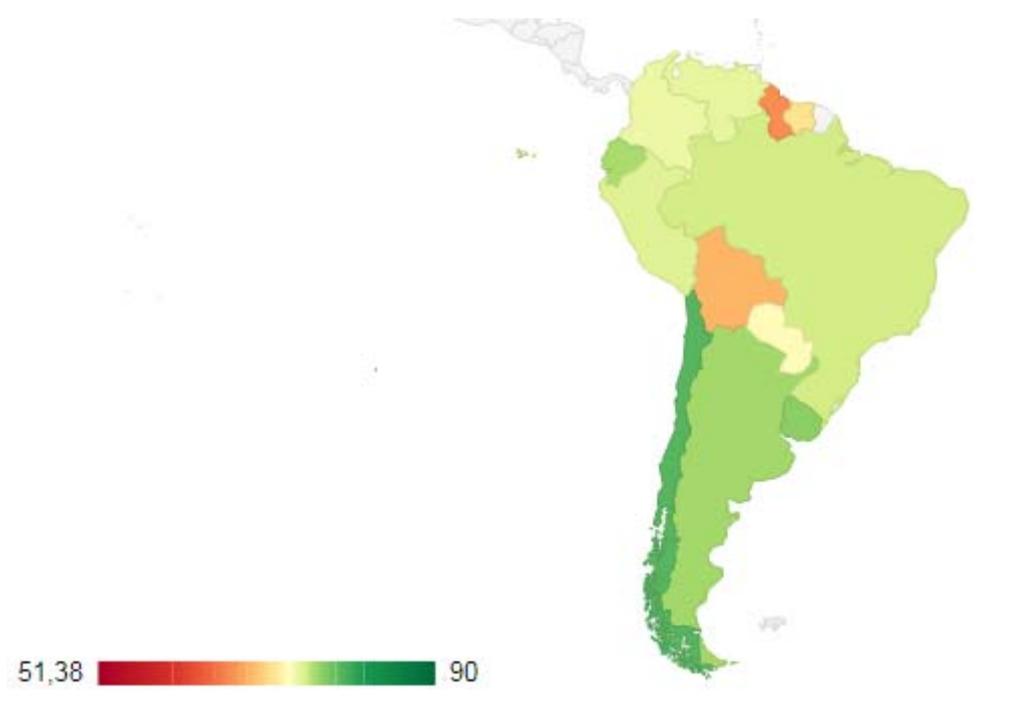
Finalmente é necessário dizer, embora haja a reafirmação do SNC por parte de toda a sociedade uruguaia, que as avaliações sobre seu processo de implementação apontam que ainda persistem ações preliminares, focalizadas, não universais, fragmentadas. Como exemplo, pode-se citar o teleassistência, considerando que para a fruição desse serviço é necessário ter telefone fixo na residência, exigência essa que, portanto, constitui uma barreira ao acesso a esse serviço justamente por parte das pessoas mais vulneráveis. Nas palavras de Cafaro (2014), ainda persiste a “oferta de cuidados en el país; con servicios focalizados y /o vinculados a experiencias piloto” (p.117).

### 5.3 Brasil e Uruguai: aproximações, distanciamentos e desafios

Brasil e Uruguai são países pertencentes ao Cone Sul da América e são integrantes do Mercosul; possuem raízes culturais ibéricas, foram colônias, com ditaduras militares e iniciaram os processos de redemocratização a partir dos anos 1980. São distintos em território e população – o Brasil tem 8.515.759,090 km<sup>2</sup> (IBGE, 2017) e o Uruguai 176.215 km<sup>2</sup> (INE, 2011); a população do primeiro é de estimados 207,7 milhões de habitantes e uma taxa de crescimento populacional de 0,77% (IBGE, 2017), enquanto o segundo tem

3,3 milhões de habitantes e taxa de crescimento anual de 0,19 % (INE, 2011). A expectativa de vida aumentou, alcançando, no Uruguai, 77,14 anos (BM, 2015) e no Brasil, 75,8 anos (IBGE, 2016), com diferenças marcadas nos dois países em favor das mulheres, que vivem mais tempo.

Expectativa de vida ao nascer na América do Sul – 2015



Fonte: Datos, 2015

Os dois países já realizaram a transição demográfica e epidemiológica, as populações estão envelhecendo, no caso do Uruguai alcançando índices europeus de envelhecimento e reconhecendo que os sistemas de saúde precisam de uma readequação na atenção às novas necessidades da população. As causas de adoecimento e mortes são por enfermidades cardiovasculares, neoplasias, doenças crônicas e não mais por doenças infectocontagiosas.

El aumento de la esperanza de vida impone nuevos desafíos, entre ellos la necesidad urgente de diseñar estrategias que apunten a la “convergencia entre el sector salud y el de asistencia social, para abordar de modo colaborativo las nuevas dimensiones que emergen de esta realidad: hogares unipersonales de adultos mayores, sobre todo mujeres, diferentes grados de dependencia para las actividades cotidianas (RIOS, 2013, p.31).

No que diz respeito à conformação do Estado, o Brasil é um Estado Federado e o Uruguai é um Estado Unitário, com diferenças em suas agendas de proteção social em saúde. Isso indica cautela quando da observação, análise e comparações entre os respectivos sistemas de saúde.

Como en cualquier trabajo comparativo, el primero es la disponibilidad de datos similares, con adecuada desagregación y series históricas. En la presentación de indicadores de países además de los datos más recientes es siempre importante observar la evolución longitudinal a lo largo de un período de tiempo para reconocer tendencias; y también desagregar las informaciones de cada país por región y estrato poblacional (ingreso o nivel de instrucción) ilustrando asimetrías y desigualdades regionales o sociales, que datos en nivel nacional pueden enmascarar (GIOVANELLA, 2013, p.5).

Uma primeira questão que merece destaque nesse contexto é que o Brasil tem o direito à saúde garantido na Constituição Federal de 1988, ao passo que no Uruguai a Constituição não trata a saúde como direito, mas a proteção social em saúde é garantida através de lei.

A inscrição do direito à saúde na Constituição brasileira e na legislação uruguaia aproxima os dois países, pois foi uma conquista da organização e mobilização das sociedades, na luta pela democracia. Foram conquistas que se efetivaram como frutos de

uma base estrutural, ideológica, política com uma sustentação social... É a coagulação de um processo de acumulação de forças, de consensos sociais e políticos, passando por reivindicações históricas das associações profissionais, sindicatos de trabalhadores da saúde e a academia e a vontade da comunidade organizada (RÍOS, 2013, p.7).

No Brasil, a reforma sanitária trouxe avanços que podem ser destacados: (a) mecanismos de participação e controle social, representados pelos Conselhos de Saúde, existentes em cada uma das esferas governamentais, com representação paritária de 50% de membros do Estado e 50% de membros da sociedade civil; (b) as Conferências de Saúde, realizadas periodicamente, em todos os níveis do sistema, que, em uma interação comunicativa e deliberativa, são periodicamente convocadas; (c) mecanismos de gestão compartilhada, negociação e pactuação entre os entes governamentais envolvidos em um sistema descentralizado de saúde. Tais fatores demonstram a participação popular sistemática nas discussões a respeito do SUS e seus inúmeros contratempos (GIOVANELLA, 2012).

No Uruguai, as experiências compartilhadas com a cidadania uruguaia ocorreram em 2006 e 2007, nos Fóruns Sociais Uruguaios de Saúde (FSUS), nas cidades de Paysandú, Maldonado, Atlántida e Treinta y Tres e na vigência do processo de reforma sanitária do País. Foram encontros abertos, integrados por pessoas e organizações sociais uruguaias, participantes de outros países da América Latina, vinculados às mobilizações dos Fóruns Sociais Mundiais, para defender a Saúde, avançar até seu enfoque holístico e intersetorial e lutar pela implementação de um Sistema de Saúde Universal. A descrição de experiências seguiu ordem cronológica de temas abordados por diferentes atores (IRG) e através do Conselho Consultivo da Comissão de monitoramento do FONASA, com participação de trabalhadores e empresários, e da JUNASA, com representantes dos usuários, dos trabalhadores e das empresas do setor.

A organização dos sistema de saúde no Uruguai está estruturada sobre o denominado Estado Unitário. Isso significa que, embora o País esteja dividido territorialmente em 19 Departamentos, e cada departamento tenha um Governo Municipal, composto por um Intendente e uma Junta Departamental, além de um terceiro nível criado em 2010 – municipal com uma autoridade local –, ainda assim, as competências de saúde não são delegadas a nível local, exceto algumas de vigilância sanitária.

Diferentemente, no Brasil, que é composto por 26 Estados e o Distrito Federal e 5560 municípios, o SUS reflete a organização do Estado brasileiro,

distribuindo-se por três níveis de governo: federal, estadual e municipal, como instâncias que compartilham entre si as atribuições em saúde. (GIOVANELLA, 2013). Além disso, O SUS unificou todas as instituições de saúde ao setor público, ao Ministério da Saúde. Diferentemente, o SNIS criou um sistema que envolve o privado e o público.

Assim, no Brasil, o sistema de saúde se apresenta como 100% público. Não obstante, sob o rótulo de Saúde Suplementar, o setor privado constitui um subsistema dentro do sistema maior, que é o SUS. A Saúde Suplementar compreende as empresas operadoras dos planos e seguros de saúde privados. O acesso depende das condições financeiras das pessoas de comprarem um serviço de saúde que supra suas necessidades, de acordo de seus orçamentos financeiros. As empresas também podem adquirir, para seus funcionários, os planos coletivos de saúde, com ajuda integral ou parcial dos patrões.

As empresas de saúde suplementar são reguladas e supervisionadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a qual foi criada em 2000 e está vinculada ao Ministério da Saúde. São hoje 47,3 milhões de beneficiários de planos de saúde no Brasil, cobrindo aproximadamente 25% da população. Há importantes variações sociais e geográficas na cobertura dos planos de saúde privados, por exemplo, cobrem 32% dos habitantes na região sudeste e apenas 7% na região Norte (ANS, 2017).

Em relação à combinação existente entre público e privado no sistema uruguaio, Antía et al. (2013) afirma que,

[s]in embargo, las valoraciones sobre el avance en la arquitectura del SNIS no son todas positivas... la reforma de salud ha contribuido a consolidar una estructura dual en el sistema de bienestar, que diferencia un componente de provisión social contributivo dirigido al conjunto de los trabajadores formales y un componente público asistencial que cubre al resto de la población. De acuerdo a estos autores, la reforma del Frente Amplio "...ha tenido resultados positivos en términos de incorporación de grandes porciones de la población a la cobertura formal [...] Pero al mismo tiempo, lejos de diluir las grandes diferencias heredadas entre los prestadores públicos y privados, las mismas –atenuadas– se han consolidado cada vez más, confirmando la estructura dual de

provisión. [...] la arquitectura del sistema no parece ofrecer demasiadas perspectivas de que este esquema pueda ser revertido en el futuro (p. 190).

Disso tem derivado uma crítica de que a presença de subsistemas de saúde, atendendo diferentes grupos de pessoas, leva à segmentação dos sistemas, consolidando a diferença de cuidado em saúde recebido por cidadãos de um mesmo país. Essa realidade direciona ao sistema público os cidadãos mais vulneráveis, “confirmando que nenhum país da região tornou realidade o ideal de um sistema público, único e universal” (RODRIGUEZ, 2013, p. 19). Os sistemas de saúde da América Latina

presentan una variada gama de instituciones y mecanismos para el financiamiento, el aseguramiento, la regulación y la prestación de servicios. Estas funciones suelen articularse a través de un sistema público de salud, un sistema de seguridad social y el sector privado. La forma en que se coordinan y articulan estos tres subsectores da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector de la salud (CEPAL, 2006, p. 83 - 84).

OCA complementa a reflexão, afirmando que essa realidade aponta para um sistema

de alta segmentación social, donde el sector publico atiende a población sin capacidad contributiva, la seguridad social cubre a los trabajadores formales y el sector privado cubre a la población de mayores ingresos. Combinado con una alta fragmentación de la provisión de servicios, según complejidad asistencial, que conspira contra la equidad social, la racionalidad y eficiencia en el uso de los recursos y la eficacia de las intervenciones sanitarias poblacionales (OCA, 2014, p.7).

Quanto aos gastos em saúde, relatório do Banco Mundial (2012) afirma que o gasto público com saúde relativamente ao gasto total no Brasil é de 46,42% e no Uruguai de 67,89%. A Cepal (2017) faz uma avaliação de gasto público pelo PIB, em 2015, em que o Brasil gasta 5,1% e o Uruguai 3,0%, demonstrando um gasto baixo destinado à saúde, fato que compromete diretamente o cumprimento dos princípios do SUS e do SNIS.

No Brasil, o financiamento público em saúde é dividido em três esferas, União, Estados e Municípios, conforme prescreve a Constituição Federal. De acordo com a Lei Complementar nº141/2012, a União deve aplicar a quantidade de recursos gastos no ano anterior, ajustada pela taxa de variação do PIB. Os estados devem designar à saúde 12% e os municípios 15% de recursos próprios, gerados pela arrecadação de impostos e por transferências da União. Em 2006, já havia um pacto entre as três esferas governamentais na Comissão Intergestores Tripartite, que estabeleceu prioridade de transferência federal a cinco questões: atenção primária, assistência secundária e terciária (média e alta complexidades, vigilância à saúde, gestão do SUS e assistência farmacêutica).

No Uruguai, o financiamento do sistema é custeado por fontes públicas (contribuições de receita e seguridade social) e fontes privadas (cotas que os indivíduos assumem ao contratar qualquer agência de provisão privada). Em 2009, a distribuição das despesas de saúde foi 74,64% para o setor privado e 25,36% para o subsetor público (MSP 2009). No Uruguai, o subsistema de atenção pública, consiste basicamente da ASSE, financiado principalmente por impostos, que é a base fundamental para seu financiamento. Os serviços municipais são financiados com recursos departamentais. O Hospital Universitário é de responsabilidade da UDELAR. Os militares e policiais têm seus serviços de saúde separados.

No Uruguai, a infraestrutura física do SNIS se caracteriza por uma combinação de recursos públicos e privados, distribuídos em todo o território nacional, com uma alta concentração em Montevideu e região metropolitana. Esta concentração se refere não só à infraestrutura física, mas também à alta tecnologia e aos recursos humanos.

No Brasil, a organização do SUS, bem como seu financiamento revelam seus problemas relacionados às desigualdades em saúde. As dimensões continentais do País, regiões diferentes com necessidades diferentes, cidades interioranas e vulneráveis revelam a escassez de recursos financeiros e humanos para a consecução dos princípios do SUS. Por exemplo, os moradores do interior do norte do Brasil, distantes 700 quilômetros

da capital, podem contar com um hospital no seu município, mas a estrutura desse hospital não permite atendimentos de média complexidade. Nesses casos, é preciso sair da cidade, de avião ou de barco ( RODRIGUEZ, 2013). Segundo Silva (2003), isso decorre de uma estrutura de atenção segmentada, não hierarquizada, com má distribuição regional e pouco resolutive, em regiões que uma parte significativa das pessoas tem menor poder aquisitivo, menor escolaridade e, portanto, menores chances de acesso ao sistema SUS.

A incorporação do cuidado nas políticas de saúde – através de seus sistemas – aconteceu no Brasil de forma bastante estruturada com a Política Nacional de Humanização, que estruturou inúmeros programas que foram sendo consolidados ou modificados ao longo do tempo. Especialmente o cuidado domiciliar foi tema de várias normativas e o Programa Melhor Em Casa constitui a sua versão mais atual. No Uruguai, o cuidado está desenhado claramente na proposta da atenção primária em saúde. Porém, essa incorporação tem sido realizada de forma bastante contraditória em ambos os países, como foi mostrado em itens anteriores. Ao mesmo tempo que existe uma luta para um projeto de atenção à saúde que atenda as necessidades da população e proponha maior comprometimento dos profissionais de saúde, concomitantemente, a incorporação do cuidado na política de saúde se fez contando amplamente com a participação da família e da comunidade. Isso significa que as reformas tornaram reais o SUS no Brasil em 1990 e o SNIS no Uruguai em 2008, sob os princípios de equidade, eficiência, eficácia, participação popular e outros, que foram fundamentais para a garantia do direito à saúde. Porém, as implantações de ambos os sistemas não ficaram imunes aos ventos neoliberais, que sopram no continente desde os anos de 1990. De acordo com Soares (2008),

os postulados neoliberais na área social são, basicamente os seguintes: o bem-estar social pertence ao âmbito do privado (suas fontes “naturais” são a família, a comunidade e os serviços privados). Dessa forma, o Estado só deve intervir quando surge a necessidade de aliviar a pobreza absoluta e de produzir os serviços que o setor privado não pode ou não quer fazê-lo. Propondo, portanto um Estado de beneficência pública ou assistencialista, no lugar de um Estado de Bem-Estar Social. Os direitos sociais e a obrigação da sociedade de garanti-los

por meio da ação estatal, bem como a universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços sociais são abolidos no ideário neoliberal (p.15)

No caso do Brasil, é expressivo o comentário que se vê no portal da saúde do MS, na primeira página.

Entre maio de 2012 e maio deste ano, o Programa Melhor em Casa representou a racionalização de quase 1,3 milhão de leitos no Sistema Único de Saúde, segundo cálculos da Coordenação Geral de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde (CGAD/SAS/MS). Isso significa que o atendimento dos pacientes em casa liberou cerca de 3,5 mil leitos hospitalares por dia para outros pacientes do SUS. Além de reduzir a demanda nos hospitais, o programa também se mostra capaz de desafogar serviços de urgência e emergência, principalmente pela redução da procura por parte de doentes crônicos, que têm menos intercorrências ou agravamento de seus quadros clínicos, em virtude do acompanhamento sistemático de equipes do Melhor em Casa (MS, 2014, s/p).

Ou na fala do coordenador-geral de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde, Aristides Vitorino Oliveira Neto:

Mais que representar uma otimização dos recursos do Sistema Único de Saúde, o Melhor em Casa é um avanço na qualificação e humanização do cuidado aos pacientes, além de preservar os vínculos familiares, que muitas vezes se desestruturam após longos períodos de internação hospitalar (MS, 2014, s/p).

Porém, no Brasil pouco se tem debatido sobre as condições e custos para as famílias assumirem o cuidado de seus dependentes. Pouco se discute sobre as transformações das famílias, sobre as transições demográficas e epidemiológicas. De acordo com Miotto et al. (2015), persiste uma concepção que o cuidado é uma atribuição natural das famílias. Tal atribuição é reforçada amplamente pela legislação brasileira, que expressa o caráter familista da sociedade brasileira, que tem na família a referência central de proteção social. Dessa forma, o cuidado continua sendo tratado como uma questão de natureza

privada e, por isso, a política social se apropria, em grande medida, do trabalho familiar e dos recursos disponíveis.

Ao contrário, a sociedade uruguaia – na sua concepção hegemônica de que o Estado é central na provisão de bem-estar –, considerando sua transição demográfica e epidemiológica e as transformações das unidades familiares, coloca a questão do cuidado na agenda pública e constrói o Sistema Nacional de Cuidados. Logicamente, um sistema que enfrenta não poucos obstáculos à sua implantação, entre eles o do financiamento.

Este no es un tema tan nuevo como podríamos pensar a priori. En Uruguay, desde la salida de la dictadura, los cuidados es un tema que emerge cada vez con más énfasis coincidiendo con un momento en que se dan importantes transformaciones al interior de las familias. Pero estas demandas debieron esperar la asunción de los gobiernos de izquierda (año 2005 a la fecha), que han procurado cambiar la matriz de protección social, para encontrar un lugar en el debate sobre los cuidados. Sin embargo, hemos visto que a pesar de la intencionalidad del Estado de transversalizar en todas sus políticas la perspectiva de género, en el período analizado poco se ha podido avanzar en este cometido con relación a la política de cuidados. Si bien ha quedado instalada en el debate público, ha transitado por momentos donde se han generado oportunidades y en otros donde se ha visto obstaculizada su puesta en práctica. Sobre todo, aquellos que coloquen como eje central las políticas de corresponsabilidad entre Estado, familias y mercado, considerando el peso desigual que recae sobre las mujeres. Por otra parte, se comienzan a considerar los cuidados familiares en forma separada del trabajo doméstico, creando un campo de investigación e intervención que en Uruguay aún no está suficientemente desarrollado (MANGO, 2014, p.114).

O desafio principal do cuidado na política de saúde é construir um novo desenho institucional, que produza novas práticas, de forma articulada e simultânea, mobilizando os trabalhadores da saúde e de outras áreas ligadas às comunidades e usuários para a participação nessa construção.

Fica o questionamento de como ter um cuidado domiciliar em países como Uruguai e Brasil, com grande vulnerabilidade social, sem penalizar as famílias e as pessoas que recebem cuidados nos domicílios. Falar de tendências seria complexo demais frente à realidade econômica e social dos

países e da fragilidade, ainda existente, quanto aos debates a respeito do cuidado. Embora o Uruguai tenha realizado um grande debate a respeito do cuidado, entende-se ser necessário dar continuidade ao mesmo para uma maior consolidação sob a perspectiva do cuidado em saúde.

Considerando o exposto, indicam-se propostas que poderão ser aprofundadas, ampliadas e reformuladas, juntamente com a continuidade dos debates e do aprofundamento teórico, em ambos os países, dentro do escopo da Política Social atual.

Como uma primeira proposta, apresenta-se a criação de uma Rede de Apoio ao Cuidado Domiciliar (RACD), constituída por representantes dos diversos serviços sociais existentes no território da UBS – Brasil, ou dos Centros de Saúde - Uruguai, bem como, com a participação de usuários. A função principal de tal rede é possibilitar um planejamento intersetorial e adequado àquela realidade territorial de suporte ao cuidado.

A segunda, trata da criação, em âmbito municipal (no Brasil) e em nível de Departamento (no Uruguai) de um Grupo Gestor do Cuidado Domiciliar, incluindo em sua composição, também, representantes de outras políticas sociais. Esse Grupo Gestor seria o responsável pela avaliação dos Programas existentes, revisão e implementação de novas modalidades de prestação de serviços e capacitação permanente de pessoal para o trabalho junto à RACD.

A implantação dessas duas propostas requer uma gestão nacional que compreenda a necessidade de desmercadorização da saúde e da desresponsabilização exclusiva da família em relação à pessoa em situação de cuidado domiciliar, para que, contraditoriamente, não venham a reforçar o caráter negativo do cuidado em saúde, como vem acontecendo no Brasil e no Uruguai.

Destaque-se, ainda, a relevância da inserção do saber da população no que se refere à questão do cuidado.

No correr do estudo, foi adquirindo centralidade 'o agir leigo'. Aqui é necessário relativizar a carga quase depreciativa relacionada ao conceito. Por suas origens etimológicas, os leigos seriam pessoas que não possuem conhecimento

aprofundado sobre determinada área. No caso da Medicina institucionalizada, os leigos seriam os usuários ou os pacientes, exatamente aqueles que não teriam domínio de seu campo ultra especializado de conhecimento. Temos que relativizar e superar tal julgamento ao realizarmos estudos na saúde. Aqueles que poderiam ser denominados de leigos, os “tigres” no linguajar corriqueiro (e depreciativo) da “tribo” dos profissionais de saúde, são menos leigos do que imaginávamos. Pelo contrário, são capazes, a partir de suas experiências com a doença e o sofrimento, de produzir um saber assessor ao saber dos especialistas, com força suficiente para orientar profundas transformações nos modos de se pensar e organizar o cuidado (CECÍLIO, 2014, p. 1512).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Fazendo rituais de água benta  
O vento que penteia meus cabelos  
Sou, todos os santos pendurados em meu pescoço  
O suco da minha luta não é artificial  
Porque o adubo de minha terra é natural.  
(América Latina – Grupo Calle 13)*

A realização do presente estudo gestou-se e transcorreu embalada pela experiência profissional, acadêmica e pessoal. A experiência profissional, que começou há muito tempo na área da saúde, colocou-me em contato com a realidade das famílias atendidas na UBS CSU Areal - UFPEL. Na UBS, tenho a oportunidade de desenvolver trabalho em Saúde Pública e Saúde Mental; na política de saúde mental, desenvolvo um projeto chamado Oficinas de Criação Coletiva, que tem consonância com a Reforma Antimanicomial. Além disso, pude participar de outros projetos como o Ambulatório Veterinário da Faculdade de Veterinária - UFPEL, localizado no centro da cidade de Pelotas. O trabalho é desenvolvido junto às comunidades de carroceiros e catadores de resíduos. Tive a oportunidade de construir, de 2006 a 2016, uma ação profissional até aquela data, ainda desconhecida para o Serviço Social, pelo menos em nível regional. Trabalhei com alunos de graduação, mestrado e doutorado da Faculdade de Veterinária. Meu papel central era criar e fortalecer vínculos com essas comunidades e auxiliar os alunos no aprendizado

comunitário. Entre as atividades, realizávamos cuidado domiciliar animal e também o cuidado às famílias. Assim, fomos trocando experiências muito ricas que me impulsionaram a estudar novamente, vendo e ajudando as pesquisas acadêmicas de alunos e o trabalho dos professores. A comunidade de carroceiros, perto do Ambulatório, tinha uma particularidade – era separada da sede do Ambulatório pelos trilhos do trem, que cotidianamente nos fazia refletir sobre a simbologia da separação das comunidades, do isolamento e da pobreza.

Sob o escopo dessas experiências e do debate sobre cuidado é que me interessei pelo estudo, especialmente pelo cuidado domiciliar, considerando que ele aparece em muitos registros da história da saúde como sendo uma prática antiga e acreditada e que, com o passar dos tempos, tornou-se uma modalidade de atenção em saúde. Em minha dissertação, “O Programa de Cuidado Domiciliar: o cuidador entre quatro paredes”, o estudo se voltou particularmente ao cuidador. Aborda a questão da inexistência de uma política de saúde efetiva e legítima, isto é, que proteja os sujeitos, cuidadores, para poderem enfrentar, de forma sadia, ainda que com sofrimento, as múltiplas consequências geradas pelo cuidado domiciliar. Foram pesquisados cuidadores de UBS - Escola da cidade de Pelotas. O SUS aparece como aquele que repassa a responsabilidade de cuidar, sem prever ou oferecer o suporte necessário para as repercussões que esta atividade irá desencadear nos cuidadores familiares.

Aquele estudo trouxe algumas inquietações, à medida que entrei em contato, através da pesquisa empírica, com a realidade do cuidado domiciliar. Observei mudanças nas relações familiares, no ambiente familiar, adoecimento do cuidador responsável, desassistência às famílias, dificuldades em exercer a atividade de cuidar (habilidades exigidas pelo cuidado), famílias com dívidas e orçamento doméstico empobrecido, situações complexas e demasiadamente pesadas para quem cuidava e para quem era cuidado – a vida resumida na doença.

A continuidade de meu trabalho em Unidade Básica de Saúde e as inquietações desencadeadas pela pesquisa da dissertação, levaram-me à

realização do doutorado. Essa reaproximação com a academia, colocou-me em contato com estudiosas do tema, como Regina Célia Tomaso Mito e Vilma Margarete Simão, bem como com uma bibliografia acerca do cuidado, gerada especialmente no campo feminista de viés crítico, no contexto da proteção social, que ampliou as possibilidades de leituras relativas ao cuidado. O convívio com as estudiosas e o contato frequente e profundo com a literatura aludida proporcionaram respostas a algumas questões levantadas pela pesquisa e pelas observações no cotidiano do trabalho, que era a sobrecarga que o cuidado representava para as famílias, especialmente para as mulheres.

Los cuidados aluden a lo femenino, a la intimidad ya la privacidad. Se perciben como una obligación moral que parece que sólo atañe a las mujeres. Suelen tener una connotación positiva de entrega y altruismo, que puede ser vivida como fuente de placer y de satisfacción personal (LAGARDE, 2004). La orientación hacia los cuidados es aparentemente innata, así como también parecen innatos los conocimientos y habilidades necesarios para su desarrollo. Los cuidados remiten a las pequeñas y grandes atenciones que las mujeres llevan a cabo para el bienestar de los miembros del hogar. Pero responden a un imperativo social cuyo objetivo, la reproducción y la sostenibilidad de la vida humana (CARRASCO, 2001; PÉREZ OROZCO, 2006), favorece la naturalización y la ocultación de esa actividad y de quien la lleva a cabo. Todo un conjunto de imágenes que configuran los cuidados como un territorio eminentemente femenino, como una actividad que se mueve entre el placer y la obligación moral, entre la necesidades social y la responsabilidad individual y colectiva (OTO, 2012, p. 110)

Mais importante nesse debate foi o destaque dado ao fato de que as diferenças nas formas de organização da proteção social, nos diferentes países, quanto à distribuição de encargos entre a família, o mercado e o Estado são decisivas na atribuição da responsabilidade do cuidado. Os países escandinavos têm a tendência de coletivizar o cuidado, enquanto os países do sul e centro do continente europeu, bem como os latino-americanos em maior ou menor proporção, têm na família a principal instância de provisão de cuidados. Nestes, a proteção social apresenta como aspecto comum a centralidade da família, a enorme desigualdade de acesso a bens e serviços e a ineficácia institucional. A proteção social foi construída, intrinsecamente junto

às intermináveis crises e às mudanças complexas e contraditórias da sociedade.

As transformações das famílias, as transições demográfica e epidemiológica, como já apontado no decorrer do trabalho, têm culminado na denominada crise do cuidado na sociedade contemporânea. A crise ocorre quando há um aumento de pessoas que necessitam de cuidados e, ao mesmo tempo, reduz-se a proporção de pessoas dispostas a tomar conta dessa função, nas condições impostas às mulheres da família. Na lógica dominante atual, lógica neoliberal, os mais atingidos pela crise serão, de um lado, as pessoas que necessitam de cuidado e que não possuem renda suficiente para contratar cuidadores, de outro lado, aqueles que prestam cuidados e têm pouca qualificação para o trabalho. Enfim as duas pontas da cadeia estão sujeitas às ofertas de mercado.

As políticas sociais dos países latino-americanos tendem à tradição familista e apostam na família como provedora principal de seus dependentes – crianças, adolescentes e idosos. Essa responsabilidade familiar pelo cuidado é reforçada tanto pelas definições legais quanto pelas medidas operacionais editadas no bojo das políticas sociais ao longo do tempo. As autoras feministas debatem que em todas as partes o trabalho doméstico não remunerado das mulheres segue constituindo uma importante fonte de bem-estar .

Portanto foi com essa chave de abordagem que foi retomada a discussão do cuidado, para buscar entender como ele tem sido tratado e incorporado no campo da política de saúde. Para tanto, optou-se pelo estudo de duas realidades – Brasil e Uruguai –, através da análise documental.

A concepção de cuidado, que está envolvida neste trabalho, é a de Daly; Lewis (2011). Para esses autores, a noção de cuidado se “refiere al conjunto de actividades y relaciones, ya sean remuneradas o no remuneradas, destinadas al bienestar físico y emocional de las personas así como a los marcos normativos, económicos y sociales en los que se definen y se realizan esas actividades y relaciones” (p.248). Carrasco (2001) acrescenta que o cuidar atende a necessidades que são objetivas, como a alimentação,

higienização, entre outras. Ademais, atende também necessidades subjetivas, como os afetos e as emoções.

Daly; Lewis (2011) tratam do cuidado em três dimensões: trabalho, obrigação e responsabilidade, e custos financeiros e emocionais. Assim, percebe-se a complexidade que há para além da aparência do cuidado como simples tarefa. Na dimensão trabalho, reforçam a ideia de se considerarem os cuidados, remunerados ou não, formais ou informais, e analisar o papel do Estado nessas e em outras delimitações. Obrigação e responsabilidade é a dimensão que implica relações e responsabilidades sociais e familiares e seus múltiplos aspectos. A dimensão custos financeiros e emocionais trata do desgaste emocional do cuidado e seu aspecto econômico.

A prática profissional, associada à produção sobre o cuidado na área da saúde, tornou o cuidado nosso objeto de estudo, este que foi um dos pilares para a transformação das práticas em saúde a partir da reforma sanitária. A reforma sanitária no Brasil teve como finalidade a construção de uma saúde pública universal, reuniu diferentes atores sociais que se mobilizaram e teve, como espaço de discussão política, a 8ª CNS, que debateu sobre a precariedade da saúde no País.

A compreensão de cuidado em saúde não pode ser simplificada. Cecílio; Mehry (2007) apontam para o cuidado como fios que se entrelaçam em ações, modos diferentes de se comportar, agir e reagir, compreensões de mundo e saberes singulares, agregados a hábitos e crenças que se complementam e disputam nas tramas do cuidado.

Nessa perspectiva, inclusive, é que surgiu a proposta das Linhas de Cuidado, considerando as diversas mudanças sociais, econômicas, demográficas e epidemiológicas que marcam a sociedade contemporânea, como o envelhecimento da população e o conseqüente aumento de doenças crônicas. Mesmo o envelhecer livre de doença envolve algum grau de perda funcional, tornando imperativo reconhecer-se a elevação da frequência de doenças entre idosos. Tal realidade desencadeia o aumento do uso de instituições de saúde para atender a essas demandas, ampliadas nas populações com maior vulnerabilidade social e risco (CECÍLIO, 2012, 2013).

Frente a essas mudanças sociais, econômicas e epidemiológicas, o SUS se configura no Brasil como o sistema de saúde que atenderá a todos os cidadãos brasileiros e estrangeiros que aqui estejam, dentro dos princípios da universalidade, equidade, integralidade, participação popular e descentralização, com o propósito de oferecer proteção total a todo indivíduo, com livre acesso aos serviços. O cuidado esteve sempre presente nos programas de saúde brasileiros, através do PSF, logo alterado para ESF, do PNH e do atual Melhor em Casa, centrados todos na certeza da colaboração e *direito* da família em assumir todo cuidado.

Aqui, destacamos o cuidado domiciliar no Brasil, que vem de tempos atrás, e que, com O SUS, só foi regulamentado em 2002, criando um subsistema através das ESF, UBS e do Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar. De lá até 2015 foram implantadas muitas portarias de regulamentação, A portaria hoje vigente estabelece que qualquer pessoa que venha a se beneficiar do cuidado no domicilio terá uma a equipe de atenção domiciliar de referência. Vem a AD sendo alvo de críticas e debates a respeito das condições e disponibilidade do SUS em priorizar o cuidado em sua agenda enquanto política social, nas condições de vida das pessoas e não sobrecarregando as famílias.

O Uruguai, com o fim da ditadura militar, estabelece uma reforma que propunha universalizar o acesso à saúde, também instigados pelos movimentos sociais e por um governo de esquerda que assume o Estado em 2004. No Uruguai nasce, em 2007, o Sistema Nacional Integrado de Saúde, que pretende acabar com a exclusão deixada pelo antigo sistema de saúde. É um sistema formado pelo setor público e um privado. A garantia de que o Estado manterá todos os recursos de forma gratuita em assistência e prevenção, portanto, como sistema universal, acaba por ser uma política excludente e focalizada, na medida em que atende aos mais necessitados, amparada no Art. 44 da Constituição do Uruguai.

O cuidado domiciliar vem sendo desenvolvido através da APS, cuidado este realizado de modo informal, por familiares mulheres. Ainda há de saber que o SNIS é diferente na capital e no interior, onde há falta maior de recursos

de todos os níveis, como falta de médicos. Em 2013, foi normatizado o Plano de Cuidados Paliativos, para atender pessoas com doenças incuráveis, avançadas e progressivas, que levam à perda da autonomia.

A diferença entre o atendimento público e privado acarreta descontentamento por parte da população, que em sua maioria não recebe serviços e cuidados de qualidade e de acesso universal. Frente a esses e outros descontentamentos, uma mobilização nacional discute e insiste num Sistema Nacional de Cuidados. O processo do SNC vem sendo realizado com muito debate nacional, com larga produção intelectual, com grande apoio do movimento feminista. Trata-se, portanto de um processo que vem em pauta há bastante tempo.

A preocupação dos uruguaios é confirmada ao se constatar o envelhecimento rápido da população e a negativa, por parte das mulheres, em cuidar, ou, melhor dizendo, a negativa de serem elas, exclusivamente, as responsáveis pelo cuidado, sem apoio do Estado e familiar, bem como sofrendo todas as consequências daí advindas para o seu próprio desenvolvimento e bem-estar social. Assim, em 2015, o SNC é implantado no Uruguai, com a perspectiva de mudança cultural, valorização do cuidado e da corresponsabilidade entre o Estado, família, mercado e comunidade.

Hoje, o que se percebe é a implantação lenta de serviços, que ainda estão em teste, que não atingem toda a população uruguia, levando à segmentação do SNIS e, conseqüentemente, com impactos sobre o SNC.

No atual estudo, verificaram-se aproximações e distanciamentos entre os dois países na incorporação e no debate do cuidado na política de saúde e de suas trajetórias.

Como aproximações, podemos destacar as reformas sanitárias terem sido fruto de mobilização popular, embora tenham sofrido interferência neoliberal, o desejo de ambos os sistemas de uma saúde universal, integral, mas ainda com políticas públicas segmentadas e focalizadas e, também, o fato de os dois países apresentarem problemas no financiamento dos sistemas de saúde.

Como distanciamentos, podemos citar que, no caso do Uruguai, constata-se que esse País realiza um esforço para diminuir a responsabilização excessiva das famílias no cuidado, que o cuidado faz parte da agenda governamental, e que há empenho para a construção de um Sistema de Cuidados, para dar conta das questões de proteção social. Diferentemente do caso uruguaio, no Brasil essas discussões ainda são incipientes. Aqui transparece a diferença dos dois países em relação à provisão do Estado de bem-estar social.

A constatação do estudo é de que o Uruguai tem uma política de cuidado mais avançada que o Brasil. Seja na busca de não responsabilização excessiva das famílias no cuidado, seja na construção de ações inspiradas em países com reconhecidas políticas familiares de bem-estar, como por exemplo as Licenças Parentais, no Uruguai. Ainda há muito a ser debatido e enfrentado, considerando as transformações expressas na sociedade e as formas apresentadas de enfrentamento pelo dois países. O Uruguai, com uma política de proteção que procura dar suporte às famílias e o Brasil, que impõe às famílias e comunidades responsabilidades que deveriam ser do setor público.

Finalmente, é importante destacar que a realização desse trabalho contribuiu, para além da formação pessoal, para ampliar o debate sobre o cuidado no campo da política de saúde, como discussão importante para a formação de novos profissionais, à medida que o cuidado tende a ser tomado, no Brasil, como uma questão de natureza privada e, portanto, das famílias. Desnaturalizar essa concepção é fundamental para que o cuidado passe a ser inserido na agenda pública. Essas questões perpassam os serviços de saúde, que também entendem e cobram das famílias posturas e atitudes que elas não têm como atender. Falta às equipes conhecerem de perto sua comunidade e o entendimento do invisível que há por trás de toda situação que se apresenta frente ao cuidado no domicílio. Sendo assim, é preciso saber qual abordagem se quer seguir, principalmente quando o ideário ainda tiver como referência a culpabilização e responsabilização da família e da comunidade.

Mas, como adverte Costa (2007),

[a] construção de novos projetos não pode vir de esforços solitários dos profissionais. Ela deve ser alicerçada pelo apoio institucional, que deve possibilitar espaço de autonomia e de criatividade aos profissionais e alavancar os processos de qualificação e formação de equipes no interior dos serviços. Para isso, é necessário romper com a prática histórica de apoio ao corporativismo e inovar as práticas de gestão (p.119).

Assim, o desafio principal do cuidado na política de saúde é construir um novo desenho institucional, que produza novas práticas, de forma articulada e simultânea, mobilizando os trabalhadores da saúde e de outras áreas ligadas às comunidades e usuários para a participação nessa construção. As mudanças que possam ocorrer na implantação de propostas inovadoras requerem uma gestão nacional, que compreenda a necessidade de desmercadorização da saúde e da desresponsabilização excessiva da família em relação às pessoas dependentes. É de destacar, ainda, que é relevante no cuidado a inserção da população, de seu saber.

Considerando o exposto, indicam-se propostas que poderão ser aprofundadas, ampliadas e reformuladas, juntamente com a continuidade dos debates e do aprofundamento teórico em ambos os países. Dentro do escopo da Política Social atual, apresentam-se, como alternativas, as propostas de criação de uma Rede de Apoio ao Cuidado Domiciliar (RACD) e de um Grupo Gestor do Cuidado Domiciliar.

Portanto, é necessário considerar que o cuidado tem que entrar na roda de debates com as comunidades, juntamente com outras políticas sociais que possam contribuir com o cuidado para todos, de maneira sustentável .

## REFERÊNCIAS

AGUIRRE, Rosario. **Una nueva mirada sobre las desigualdades de género: el trabajo no remunerado y el uso del tiempo.** El Uruguay desde la sociología VII. Montevideo: DS-FCS-UDELAR, 2009.

\_\_\_\_\_. **Sociología y Género.** Las relaciones entre hombres y mujeres bajo sospecha. Montevideo, Uruguay: Editorial Doble clic, 1998.

\_\_\_\_\_; FERRARI, Fernanda. **La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay.** Serie Políticas Sociales. Cepal. Publicación de las Naciones Unidas ISSN 1564-4162, Santiago de Chile, abril de 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE COMPLEMENTAR - ANS. **Ao completar 18 anos, ANS faz balanço e projeta próximas ações,** Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/4296-ao-completar-18-anos-ans-faz-balanco-e-projeta-proximas-acoas>. Acesso: dez 2017.

ALMA-ATA. **Alma Ata. 1978.** Disponível em: [http://www.saudepublica.web.pt/05-promocao-saude/Dec\\_Alma-Ata.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-promocao-saude/Dec_Alma-Ata.htm). Acesso em: 09 jun 2016.

ANDRADE, Letícia. Desvelos: **Trajetórias no limiar da vida e da morte: cuidados paliativos na assistência domiciliar.** Tese (Doutorado em Serviço Social) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2007.

ANDRADE, L. O. M. de; PONTES, R. J. S.; MARTINS JUNIOR, T.. "A Descentralização no Marco da Reforma Sanitária no Brasil". **Revista Panamericana de Salud Pública**, 8 (1-2), p. 85-91, 2000.

ANTÍA, F. et al. La renovación del sistema de protección social uruguayo: el desafío de superar la dualización. **Revista Uruguaya de Ciencia Política**. 2, 22, 2013.

ARAN, Daniel et al. Sistemas de Salud de Uruguay. **Salud Pública de México**. Vol.53, supl.2, Cuernavaca, 2011.

ARAÚJO, M. R. N. de et al. Saúde da Família: cuidado no domicílio. **Rev. Bras. Enf.** v. 53, n. especial, p.117-122. 2000.

ARIÉS, F. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: LTC, 2006.

BARREIRA, I. de A. **A enfermeira-Ananéri no "País do Futuro"**: a aventura de luta contra a tuberculose. 355 p. Tese. (Doutoramento em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1992.

BACKES, Dirce Stein et all. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. **Texto & Contexto-enfermagem**, vol.15, nº especial, Florianópolis, 2006.

BANCO MUNDIAL. **Brasil: novo desafio à saúde do adulto**. Washington, D.C.: [s.n.], (Série de Estudos do Banco Mundial sobre países). 1991.

\_\_\_\_\_. Relatório anual de 2015 . **Grupo Banco Mundial: resumen de los resultados del ejercicio de 2015**. <http://documents.worldbank.org/curated/pt/684241468187780194/pdf/99910-WBAR-Box393213B-PUBLIC-disclosed-10-2-15-SP.pdf>

\_\_\_\_\_. **Relatório Anual de 2012**. [http://siteresources.worldbank.org/EXTANNREP2012/Resources/8784408-1346247477142/AnnualReport2012\\_Pt.pdf](http://siteresources.worldbank.org/EXTANNREP2012/Resources/8784408-1346247477142/AnnualReport2012_Pt.pdf)

BANGKOK. **Carta de Bangkok para a promoção em um mundo globalizado**. Bangkok. 2005. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2015.

BARRETO, Mauricio; CARMO. 1995. **Transição Epidemiológica**. Fiocruz, Rio de Janeiro. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/nav.php?s\\_livro\\_id=6&capitulo\\_id=77&autor\\_id=&sub\\_capitulo\\_id=703&arquivo=ver\\_pop\\_up](http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/nav.php?s_livro_id=6&capitulo_id=77&autor_id=&sub_capitulo_id=703&arquivo=ver_pop_up). Acesso em: 01 abr. 2016.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: Fonseca, Angélica Ferreira (Org.) **O território e o processo saúde-doença**. / Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Ana Maria D'Andrea Corbo. – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BATTHYÁNY, Karina. "Estado, familia y políticas sociales, ¿quién se hace cargo de los cuidados y las responsabilidades familiares?". **Revista de Ciencias Sociales** N.18. Depto. de Sociología, FCU, 2000.

\_\_\_\_\_. El trabajo de cuidados y las responsabilidades familiares en Uruguay: proyección de demandas. In: AGUIRRE, R; BATTHYÁNY, K. (Org.). **Trabajo**,

**Género y Ciudadanía en los países del Cono Sur.** Montevideo: Oficina Internacional del Trabajo (OIT), UDELAR, Cinterfor Grupo Montevideo, 2001.

\_\_\_\_\_; Genta Natalia; PERROTTA, Valentina. DISCURSO EXPERTO EN EL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES UN ANÁLISIS DE GÉNERO **Rev. Cienc. Soc.** vol.27, no.34, Montevideo, jul. 2014.

\_\_\_\_\_. **Sistema Nacional de Cuidados La población uruguaya y el cuidado. Análisis de representaciones sociales y propuestas para un sistema de cuidados en Uruguay.** Universidad de la República Montevideo, mayo 2013.

\_\_\_\_\_. **La población uruguaya y el cuidado:** Persistencias de un mandato de género. Encuesta nacional sobre representaciones sociales del cuidado: Principales resultados. División de Asuntos de Género. Santiago de Chile, octubre de 2012.

BECK-GERNSHERM, Elisabeth. **La reinención de la familia.** En busca de nuevas formas de convivencia. Barcelona: Paidós Contextos, 2003.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história.** 4 ed, são Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_; ALMEIDA, Maria Helena Tenório de (orgs.). **Trabalho e seguridade social: percursos e dilemas.** – 2. ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: FSS/UERJ, 2010.

BERLINQUER, Giovanni. **A doença.** São Paulo, HUCITEC, 1988.

BERTAUX, D. Historias de casos de famílias como método para la investigación de la pobreza. **Revista de Sociedad, Cultura y política**, Buenos Aires, v.1, n.1, p.3-32, julho 1996.

BIELEMANN, Valquíria de Lourdes Machado, et al. A INSERÇÃO DA FAMÍLIA NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOB A ÓTICA DE SEUS ATORES SOCIAIS. **Texto, Contexto Enferm**, Florianópolis, 18(1): 131-9, Jan-Mar 2009.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano- compaixão pela terra.** Petrópolis: Vozes, 1999.

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. Do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho: a transformação do sofrimento em adoecimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 213-223, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 41. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10. 424** de 16 de abril de 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/>>. Acesso em: 04 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8. 080** de 19 de setembro de 1990. Sistema Único de Saúde. Brasília. 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142. Lei Orgânica da saúde**. 28 DE DEZEMBRO DE 1990. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 10 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar Nº 141**, De 13 De Janeiro De 2012. Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm). Acesso,dez 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z** : garantindo saúde nos municípios. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. v.2 – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2 v. Volume 1, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cuidados em terapia nutricional** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 3 v.: il . (Caderno de Atenção Domiciliar ; v. 3, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Norma Operacional Básica-NOB/SUAS.** Brasília. Julho de 2005.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 1531**, de 04 de setembro de 2001. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva. Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/). Acesso em: 15 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 2.029**, de 24 de agosto de 2011. (Revogada pela PRT GM/MS nº 2.527 de 27.10.2011). Instituiu a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)–Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/). Acesso em: 15 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 2.416**, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/). Acesso: 15 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 2.527**, de 27 de outubro de 2011. (Revogado pela PRT GM/MS nº 963 de 27.05.2013)- Redefiniria a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/). Acesso em: 15 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 2.529/GM**, de 23 de novembro de 2004. Institui o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define competências para os estabelecimentos hospitalares, a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios, cria a Rede Nacional de Hospitais de Referência para o referido Subsistema e define critérios para qualificação de estabelecimentos. Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/). Acesso em: 15 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 249**, de 16 de Abril de 2002. O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições legais, cria os mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/). Acesso em: 15 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 370**, de 4 de julho de 2008. Estabelecer, o rol de doenças neuromusculares incluídas no Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva ao Portadores de Doenças Neuromusculares. Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/). Acesso em: 15 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 963**, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/). Acesso em: 15 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. **Resolução RDC Nº 11**, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/). Acesso em: 15 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**; organizado por José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre : Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estratégia Da Saúde Da Família**. Política Nacional De Atenção Básica, 2006B, Brasília.

\_\_\_\_\_. IBGE. **Dados Populacionais**. Disponível em: [https://ww2.ibge.gov.br/home/mapa\\_site/mapa\\_site.php#populacao](https://ww2.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#populacao). Acesso: nov./2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção domiciliar no SUS** : resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar / Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS : documento base para gestores e trabalhadores do SUS /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília. 2011.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 1 ed. São Paulo: Cortez, 2004.

CABELLA, Wanda. **El cambio familiar en Uruguay**. Una breve reseña de las tendencias recientes. Montevideo: Uruguay: Editorial Trilce, 2007.

CASTELLS, Manuel. **La era de la Información**. El poder de la identidad, vol.II, España: Siglo XXI editores, 1999.

CARLOS NETO, Daniel; DENDASCK, Carla; OLIVEIRA, Euzébio de. A evolução histórica da Saúde Pública – **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**- Vol. 1. Ano. 1. Março. p : 52-67. 2016

CARRASCO, Cristina; BORDERÍAS, Cristina; TORNOS, Tereza. El trabajo de cuidados: antecedentes históricos e debates atuais. In: **El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas**. Madrid, España, 2011.

\_\_\_\_\_. La sostenibilidad de la vida humana? Um assunto de mulheres? **Mientras Tanto**, no.82, pp.1 Barcelona, 2001.

CARTA DE BANGKOK PARA A PROMOÇÃO EM UM MUNDO GLOBALIZADO. Bangkok. 2005. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2015.

CARTA DE OTTAWA PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf). Acesso em: 25.janeiro.2017.

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud'. **História, Ciências, Saúde** — Manguinhos, IV (2):287-307, jul.-out. 1997.

CECÍLIO, L. C. O. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.21, n.2, p.280-289, 2012.

\_\_\_\_\_; MerhyEE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde** / Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos, organizadores. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007.

\_\_\_\_\_. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. IN: Pinheiro, R. e Mattos, R.A (org) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMSUERJ-ABRASCO, 2001.

\_\_\_\_\_. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado **Caderno de Saúde Pública**. vol.30, n.7 ,Rio de Janeiro, Julho/2014.

CELLARD, A. A análise documental. In: Poupart, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, Vozes, 2008.

CHAVES, Mônica. **O cuidado domiciliar no Programa de Atenção ao Paciente Crônico Grave no Hospital IPSEMG**. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2004.

COELHO, M. T. Á. D. & ALMEIDA FILHO, N. de. Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault. In: GOLDENBERG, P.; GOMES, M. H. de A. & MARSIGLIA, R. M. G. (Orgs.) **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

Centro de Estudos de Saúde- CEBES, Rio de Janeiro, 1980. Disponível em: [www.cebes.org.br/.../projeto\\_memoria\\_guia\\_do\\_acervo\\_documentos](http://www.cebes.org.br/.../projeto_memoria_guia_do_acervo_documentos). Acesso: dez 2016.

COHN; Amélia. Políticas de Saúde: implicações e práticas. In: Campos, G. W. S; et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec / Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

\_\_\_\_\_. Caminhos Da Reforma Sanitaria **Lua Nova: Revista de Cultura e Política** no.19 São Paulo Nov. 1989.

Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (CEPAL). **Panorama Social de América Latina. Chile**. 2009. Disponível em: <<http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/37839/PSE2009-texto-completo.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 15.

\_\_\_\_\_. **Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe**. Publicación de las Naciones Unidas 2013.

\_\_\_\_\_. **Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe**. Publicación de las Naciones Unidas, 2014.

\_\_\_\_\_. **Cambio demográfico y desafíos económicos y sociales em el Uruguay del siglo XXI**, Santiago, Chile, marzo de 2016.

\_\_\_\_\_. **La Protección Social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad**. Santiago de Chile,: Naciones Unidas-Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2006.

\_\_\_\_\_. **Balanço preliminar das economias da América Latina 2017**. <https://www.cepal.org/pt-br/comunicados/economias-america-latina-caribe-terao-moderada-recuperacao-2018-crescero-22>

CONCEIÇÃO Tainá Souza. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. **Revista SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 194-220, jul./dez. 2009.

COSTA, R. P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. . **Mental [online]**., vol.5, n.8, pp. 107-124. Barbacena: MG, 2007

DALPIAZ, A. K; STEDILE, N. L. R. **Estratégia de saúde da Família: reflexões sobre algumas de suas premissas**. São Luis ,Maranhão, 2011.

DATOS. **Esperanza de vida al nacer**. 2015. Disponível: <https://www.datosmacro.com/demografia/esperanza-vida>

DALY, M; LEWIS, J El concepto de “Social Care” y análisis de bienestar contemporâneos. In: CARRASCO, C; BORDEIRAS, C; TORNS, T. El Trabajo de Cuidados- **História, teoria e políticas**. Madri: Catarata, 2011.

DI GIOVANNI, Geraldo. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual. In: **Reforma do Estado- Políticas de Emprego no Brasil**. Campinas: Instituto de Economia/GDF/SETER, 1998.

DINIZ, Bernardo P. Campolina et al. **Gasto Das Famílias Com Saúde No Brasil: Evolução E Debate Sobre Gasto CAT**. Acesso: set./2017.

DUARTE, Carmen Elisabeth; BARRETO, Maria Sandhi. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e. Serviços de saúde**, v.21 n.4 Brasília dez. 2012.

SCOREL, SARAH. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. 1ª reimpressão. RIO DE JANEIRO: FIOCRUZ, 2009.

ESPING-ANDERSEN, G. **As três economias políticas do Welfare State**. São Paulo: Lua Nova, n. 24, 1991, p. 84-116.

\_\_\_\_\_. **Fundamentos Sociales de las economias postindustriales**. Barcelona: Ariel, 2000.

EUROSOCIAL SALUD. **Dossier Nacional de Atención Primaria en Salud y la integración con otros niveles de atención**. República de Uruguay. Elaborado por el equipo de técnicos del Proyecto Uruguay Saludable de la DIGESA y de la Sub-Dirección General de Atención Integral del Interior (ASSE). MSP – Uruguay, 2007.

FABRÍCIO, Suzele Cristina Coelho, et al. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Revista Saúde Pública**, 38(1):93-9 93, 2004.

FASSLER, Clara (ed.). **Aportes para el diseño de un Sistema Nacional Integrado de Cuidados desde una perspectiva de género**. Análisis de diversas experiencias latinoamericanas. Serie Políticas Públicas. Montevideo: Red Género y Familia. UNFPA/ONUMUJERES. 2010.

FEUERWERKER, L. C. M. A cadeia do cuidado em saúde. In Marins J.J et al (org) **Educação, Saúde E Gestão**, Rio de Janeiro e São Paulo: ABEM- Hucitec, 2011.

\_\_\_\_\_. Institucionalização das práticas e a invenção da mudança na saúde. In: **Revista Panamericana de Salud. Publica**. 24(3):180-8. 2008.

\_\_\_\_\_. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FLEURY, Sonia. A questão democrática na saúde. In: Fleury, Sonia (Org.). **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial. p.25-44. 1997.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 20. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

\_\_\_\_\_. **Resumo dos cursos do Collège de France**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

FRANZONI, Juliana M. **Arañando bienestar?** Trabajo remunerado, protección social y familias em América Central. Chile: CLACSO, 2008.

\_\_\_\_\_. **Regímenes de Bienestar en América Latina**. Fundación Carolina. Madri, 2007.

FRENK, J, FREJKA, T, BOBADILLA, J. L; et. al Sepúlveda Jaime J, et al. La transición epidemiológica en América Latina. **Boletín de la Oficina Sanitaria Pan-americana.**; 111(6):485-496, 1991.

GIOVANELLA, Ligia. In: **Revista Do Centro Brasileiro De Estudos De Saúde** Volume 38, Número 100 Rio De Janeiro, Jan-Mar 2014.

\_\_\_\_\_. Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y uruguay em perspectiva comparada. In:**Observatorio Mercosur de Sistemas de Salud**. Rio de Janeiro: 2013.

\_\_\_\_\_ et al. Panorama de la Atención Primaria de Salud em Suramérica : concepciones, componentes y desafios. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro,v.39,n.105,jun-jul 2015.

GOUVEIA. R; PALMA J. J. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. In: **Estudos Avançados**. vol.13, no.35, São Paulo, jan./abr. 1999.

HEIDEGGER. M. **Ser e Tempo, vol. I e II**, Trad. de Marcia de Sá Cavalcante. Petrópolis: Vozes, 1993.

IESO, L.C; KRMPOTIC,C.S: Los cuidados familiares. Aspectos de la reproducción social a la luz de la desigualdade de gênero. In: **Revista Katalyses**, v. 13, nº 1, p.95-101, jan-jun, 2010.

INSTITUTO DE INVESTIGACION Y DEBATE SOBRE LA GOVERNANZA- IRG. **Com cidadania uruguaia nos fóruns sociais uruguaiois de saúde 2006 e 2007 para defesa do direito à saúde**. Disponível em: <https://www.google.com.br/search?q=IRG-+Instituto+de+Investigacion+y+Debate+sobre+la+Governanza&oq=IRG>. Acesso: jan 2018.

JELIN, Elizabeth. Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales. In: **Familias y políticas públicas en América Latina: Una historia de desencuentros**. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas, 2007.

LAZZARI, João Batista. Fontes de Financiamento do Sistema Único de Saúde. **Revista de Direito sanitário**, v. 4, n. 1 , São Paulo: 2003.

LEBRÃ, M. L. Epidemiologia do envelhecimento. **Boletim Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 47, p. 23-26, abr. 2009. Disponível em: <<http://periodicos.ses.sp.bvs.br>>. Acesso em: 12 out. 2015.

LEVCOVITZ E, Antoniol G, Sánchez D, Fernández Galeano M, ed. **Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas**. Montevideo: OPS; 2011

LETABLIER Marie Thérèse. EL trabajo de cuidados y su conceptualización em Europa. In: **Trabajo, género y tempo social**, Madri, 2007.

LIMA, Eliéte Maria de. **A Proteção Social no Âmbito da Família: um estudo sobre as famílias do Bairro Monte Cristo em Florianópolis**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

LONDRINA, **Sistema de Internação Domiciliar**, Secretaria Municipal de Saúde 1996. Disponível em: <http://www.londrina.pr.gov.br/> acesso em 04/10/2016.

LÜDKE,M;ANDRÈ ,M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo, EPU, 1986.

MANGO, Ana Laura Cafaro. **Discursos y tensiones em el proceso de construcción de una política de cuidados em Uruguay. Análisis del período 2003 a 2013**. Universidad de la República. Montevideo,Uy,. Trabalho mimeografado, 2014.

MARX, Karl. **Crítica ao Programa de Gotha**. São Paulo: Boitempo, 2012.

MATTA, Gustavo Corrêa. In: **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSRJ, 2009.

MEDEIROS, Marcelo. A Importância de se conhecer melhor as Famílias. Para A Elaboração de Políticas Sociais Na América Latina. **Planejamento e Políticas Públicas**, nº 22, dez. 2000. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/.../163>>. Acesso em: 09 abr. 2014.

MEDINA, María Andrea. **Protección social em salud: el Sistema Nacional Integrado de salud de Uruguay**. 2017, Uruguai. Disponível: <http://cienciassociales.edu.uy/departamentodetrabajosocial>. Acesso nov:2016.

MENDES JÚNIOR, W. V. **Assistência Domiciliar: uma modalidade de assistência para o Brasil**. 97p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

MENDES, Walter. **Home care: uma modalidade de assistência à saúde**. / Walter Mendes. – Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (orgs). **Práxis en Salud: un desafio para lo público**. Buenos Aires: Lugar Editorial; São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. Desafios para os modos de produzir o cuidado centrados nas atuais profissões**, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-25.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MIOTO, Regina Célia Tamaso et al. Família e Serviço Social – contribuições para o debate. In: **Serviço Social e Sociedade** n. 55. São Paulo: Cortez, 1997.

\_\_\_\_\_; DAL PRÁ, K. R. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira. In: MIOTO, R. C. T.; CAMPOS, M. S.; CARLOTO, C. M. (Org.). **Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez, 2015.

\_\_\_\_\_. Serviços Sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira. **XIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, Juiz de Fora, Minas Gerais, novembro 2012.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. Família e políticas sociais. In: BOSCHETTI, I et al (orgs). **Política social no capitalismo- tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. **Família, saúde e Cuidado em saúde**. UFAL, Maceió. Alagoas, 2010. Trabalho mimeografado.

\_\_\_\_\_. Novas propostas e velhos princípios; a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: **Política Social, família e juventude: uma questão de direitos**. SALES, M. A. et al. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 43-59.

\_\_\_\_\_. Família e políticas sociais. In: BOSCHETTI, I et al (orgs). **Política social no capitalismo- tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008, p. 130-148.

\_\_\_\_\_. Que família é essa. In: WANDERLEY, M. B; OLIVEIRA, I. C. (orgs). **Trabalho com famílias: textos de apoio**, v. 2, São Paulo: IEE-PUC-SP. 2004.

MOREIRA, C. Los dilemas de La Nueva Izquierda Gobernante en América Latina. **Pensamento Plural**, Pelotas, n. 1, p.49-64, 2007.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro **O direito à saúde na reforma do estado brasileiro : construindo uma nova agenda** / Vera Maria Ribeiro Nogueira; orientadora Denise Elvira Pires de Pires. – Florianópolis, 2002.

OCA, Marcelo Setaro Montes de. Transformaciones en la gobernanza de un estado social centenario: estructura y funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay. In: **Revista Uruguay de Ciencia Política**, Uruguay, 2014.

ORGANIZAÇÃO DE COOPERAÇÃO E DE DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO. OCDE- 2015. Disponível em: <<http://www.oecd.org/eco/surveys/uruguay-2015-resumo.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE- WHO, 2001. Disponível em: <<http://omsinternacional.org>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. **Relatório Mundial de Saúde: Cuidados de Saúde Primários**. 2008.

OTTAWA. **Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf). Acesso em: janeiro.2017.

OTO. Pilar CARRASQUER, **El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología**. Universitat Autònoma de Barcelona Grup d'Estudis sobre Vida Quotidiana i Treball – QUIT.Barcelona, 2012.

PAIM, J. S. Reforma sanitária e revolução passiva no Brasil. In: **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, pp. 291-322.

PAUSADELA, I. M. **Las Izquierdas Latinoamericanas: de la oposición al Gobierno**. Buenos Aires: CLACSO, 2010.

PUCINI, Paulo de Tarso; CECÍLIO Luiz Carlos de Oliveira. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1342-1353, set-out, 2004.

PALLONI, A; PELÁEZ M, Histórico e natureza do estudo. In: Lebrã ML. **Sabe-Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento-** o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS, 2003.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PAUTASSI, Laura. “Cuidado y derechos: la nueva cuestión social” en Montaño, Sonia y Coral Calderón (coords.), El cuidado en acción. Entre el derecho y el trabajo. **Cuadernos de CEPAL N° 94 (LC/G.2454-P)**, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago. 2010.

PEREIRA Potyara A. P. Desafios contemporâneos para a sociedade e a família. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 48, p. 103-114, ago. 1995.

\_\_\_\_\_. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: **Política Social, família e juventude: uma questão de direitos**. SALES, M. A. et al. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 25-42.

\_\_\_\_\_. Pluralismo de bem-estar ou configuração plural da política social sob o neoliberalismo. In: BOSCHETTI, I et al (orgs). **Política Social: alternativas ao neoliberalismo**. UnB. Programa de Pós-Graduação em Política Social. Departamento de Serviço Social, 2004.

\_\_\_\_\_. **Política social: temas & questões**. São Paulo: Cortez, 2008.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes, et al. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências **Saúde em Debate** vol.36, no.94, Rio de Janeiro, July/Sept. 2012.

PÉREZ OROZCO, Amaia 2006 “Amenaza tormenta: La crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico” In: **Revista de Economía Crítica**, no. 5, pp. 7-37, ISSN 1696-086. Disponível em: <[http://observatoridesc.org/sites/default/files/1\\_amenaza\\_tormenta.pdf](http://observatoridesc.org/sites/default/files/1_amenaza_tormenta.pdf)>. Acesso em: 04 jun. 2015.

PESSÔA, Luisa Regina; Eduardo Henrique de Arruda Santos e Kellem Raquel Brandão de Oliveira Torres / **Manual do Gerente: desafios da média gerência** – Fiocruz Biblioteca de Saúde Pública Rio de Janeiro, Ensp, 2011.

PINHEIRO, R; MATTOS, RA (orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 2004.

PINHEIRO, ROSENI. Cuidado em saúde(verbete). In: **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSRJ, 2009.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. **Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a gestão de políticas de saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar**. 2004. Tese Doutorado em Política Social-Universidade de Brasília, Brasília, 2004.

RAMALLO, VJG; TAMAYO MIP. Historia de la hospitalización a domicilio, pp. 13-22. In: MDD Glez. **Hospitalización a domicilio**. Hoechst Marion Roussel, Espanha, 1998.

REHEN, Tânia Maria Cristina M. Santa Bárbara. TRAD. Leny Alves Bonfim. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. In: **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 10, p. 231-242, Rio de Janeiro, 2005.

RELATÓRIO FINAL da **8ª Conferencia Nacional de Saúde**, 1986. <http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd>. Acesso: maio de 2017.

RELATÓRIO FINAL da **12ª Conferencia Nacional de Saúde**, 2004. <http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd>. Acesso: maio de 2017.

RELATÓRIO FINAL da 13ª Conferencia Nacional de Saúde, 2008. <http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd>. Acesso: maio de 2017.

RIOS, José Arthur. Participação. In: SILVA, Benedicto. (coord.). **Dicionário de Ciências Sociais**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1987. p. 869-870.

RÍOS, Gilbero. **Perfiles Descriptivos de los Sistemas de Salud de los Estados Partes del mercosur República Oriental del Uruguay**. Observatorio mercosur de Sistemas de Salud , Montevideo, 2013.

RICO, María Nieves (coord.) —**El desafío de un sistema nacional de cuidados para el Uruguay**”, Serie Seminarios y Conferencias N° 66 (LC/L.3359), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), agosto. Publicación de las Naciones Unidas, 2011.

RICO, María Nieves; ROBLES, Claudia. El cuidado, pilar de la protección social: derechos, políticas e institucionalidad em América Latina. In: **Institucionalidad social em América Latina e el Caribe**. CEPAL, Santiago, 2017.

RODRÍGUEZ, Corina Enríquez, **Políticas de Protección Social, Economía del cuidado y Equidad de Género**. Conferencia sobre Mujer da Cepal. Mar del Prata, Argentina, 2005.

RODRÍGUEZ, Federico , ROSSEL Cecilia. **Panorama de la vejez en Uruguay**. Universidad Católica del Uruguay, IPES, 2010.

RODRIGUEZ, Bruno. Diferenças nos sistemas de saúde da América do Sul. **Revista Radis- Fiocruz**, n.128,. Rio de Janeiro, maio 2013.

RIZZOTTO Maria Lúcia Frizon. Neoliberalismo e Saúde, 2009. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fiocruz. Rio de Janeiro.

\_\_\_\_\_. M. L. F. O Banco Mundial e o sistema nacional de saúde. In: PEREIRA, J. M. M.; PRONKO, M. **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014.

ROSA, W. A. G; LABATE R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. In: **Revista Latino-americana de Enfermagem**. nov-dez; 13(6):1027-34, 2005.

SABROZA, P. C. **Concepções de Saúde e Doença**. (Texto de Apoio ao módulo I do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde). Rio de Janeiro: EAD, Esp, 2001.

SCHILDBERG, Cäcilie. EL futuro de la economía desde una perspectiva feminista: com cuidado y sostenibilidad. IN: **Revista Nueva Sociedad**. nº 256, Buenos Aires, Argentina, marzo-abril de 2015.

SECCOMBE, W. **Famiglie nella tempesta**. Classe operaia e forme familiari dalla rivoluzione industriale al declino della fertilità. Firenze: La Nuova Italia, 1997.

SERGE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.

SEVALHO, Gil. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. **Cad. Saúde Pública [online]**. vol.9, n.3, pp.349-363. 1993.

SILVA, Jackson. R. Sá et al. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista brasileira de História & Ciências Sociais**. anol, n.1, jul2009.

SILVA, Leila Rangel, et.al. Historia, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 14 (4) : 585-93. Out-Dez, 2005.

SILVA, Pedro Luiz Barros. Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década. **Revista São Paulo em Perspectiva**. vol.17 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2003.

SILVA, Rosenev Bellato; ARAÚJO Laura Filomena Santos de. Cotidiano da família que experiência a condição crônica por anemia falciforme. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Internet]. abr/jun 2013, 15(2): 437-46. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17687>.

SILVA, Letícia Andrade da. **Desvelos: Trajetórias no limiar da vida e da morte: cuidados paliativos na assistência domiciliar**. 2007. Tese (Doutorado em Serviço Social) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2007.

SILVA, Regina Célia Pinheiro. ARIOSO, Adriana Davoli. A política nacional de humanização do SUS e o Serviço Social. **Revista Ciências Humanas, UnitaU**. Volume 1, número 2, 2008.

SIMÃO, V. M.; MIOTO, R. C. T.; ABRAO, K. C. L.; STELMAKE, L. L.. El cuidado en el hogar paliativo en la salud en el contexto de países del MERCOSUR. In: **Vº Congreso de la Red Española de Política Social**., 2015, Barcelona. Vº Congreso de la Red Española de Política Social: "Desigualdad y democracia: Políticas públicas e innovación social". Barcelona, 2015.

SIMÃO, Vilma Margarete. **O cuidado em saúde na família e a modalidade de assistência médica para pessoas dependentes de cuidador domiciliar**.

Projeto de Pós- Doutorado- Programa de Pós- Graduação em Política Social- UCPEL, 2014.

\_\_\_\_\_. Relatório Final de Pós-Doutorado. **O trabalho de cuidado social. Programa de Pós- Graduação em Política Social** - UCPEL, Pelotas, 2015.

\_\_\_\_\_; MIOTO, Regina Célia Tamasso .O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, V. 40, N. 108, P. 156-169, Jan-Mar 2016.

SOARES, L.T. **Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

SOLLAZZO, A.; BERTERRETICHE, R. El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**,16(6), Rio de Janeiro,2011.

SORJ, Bila; MACHADO, Danielle Carusi. Políticas e Práticas de Conciliação entre Família e Trabalho no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, v.37, n.132, p.573-594, set/dez. 2007.

STAMM,M; MIOTO,R. C. T. Família e Cuidado: Uma leitura para além do óbvio. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 2, n. 2, p. 161-168, 2003.

STELMAKE, Lenara Lamas. **O Programa de cuidado domiciliar: o cuidador entre quatro paredes**. Dissertação de Mestrado. PPG Política Social, UCPEL, Pelotas. 2011.

SUNKEL, G. **El papel de la familia em la protección social**. Cepal: Division de Desarrollo Social. Chile, 2006.

THOMAS, Carol. “Deconstruyendo los conceptos de cuidados”, pp. 145 – 177. In: Carrasco, Cristina, Borderías, Cristina y Tornø, Teresa (eds.), **El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas**. Los Libros de la Catarata, Madrid, 2013.

TRONTO, Joan C. Assistência democrática e democracias assistenciais. **Sociedade & Estado**, v. 22, n. 2, p. 285-308, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/se/v22n2/03.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: Giovanella,L. et al. **Políticas e Sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

TWADDLE, A.C. A SOCIOLOGY OF HEALTH. SAINT LOUIS: C. V. MOSBY, 1977. **Interface - Comunicação, Saúde**, vol.2, no.3, Botucatu, Aug. 1998.

VAZQUÉZ, Tabare. Presidente de la República Oriental del Uruguay. **Mensaje de Asunción**, marzo de 2015, p.4. Disponible em: [https://medios.presidencia.gub.uy/jm\\_portal/2015/noticias/NO\\_P212/cadena.pdf](https://medios.presidencia.gub.uy/jm_portal/2015/noticias/NO_P212/cadena.pdf). Acceso: dez 2017.

URUGUAY, Ley N° 18.211. **Sistema Nacional Integrado de Salud**, Sistema nacional integrado de salud normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación. El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General, 2007. Disponible em: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/> Acceso : jan 2016.

\_\_\_\_\_. MIDEs, 2016.S. SNC. **Personas em situación de dependência-Asistentes Personais/Usuários/as**. Disponible em: [http://www.sistemadecuidados.gub.uy/61053/asistentes-personales-%7C-usuarios\\_as](http://www.sistemadecuidados.gub.uy/61053/asistentes-personales-%7C-usuarios_as). Acceso: dez 2017.

\_\_\_\_\_. MIDEs, 2017. SNC. **Personas em situación de dependência-Teleasistencia** Disponible em: <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/77816/teleasistencia-en-casa>. Acceso: dez 2017.

\_\_\_\_\_. MIDEs, 2013. SNC. **Cuidadoras y cuidadores**. Disponible em: <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/23286/cuidadoras-y-cuidadores> Acceso: dez 2017.

\_\_\_\_\_. MIDES, 2017. SNC. **Cumplimos dos Años**. Disponible em: <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/92014/realidade-que-cambia-realidades>. Acceso: dez 2017.

\_\_\_\_\_. **V Congreso Extraordinario Zelmar Michelini**, 2008, Frente Ampla, Montivideo. Disponible em: <http://fa.rw.uy/index.php>, 2008. Acceso: dez 2017.

\_\_\_\_\_. MSP, **La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud**. Montevideo, 2005-2009.

\_\_\_\_\_. **Constitución de la Republica Oriental del Uruguay**.1997. Disponible em <https://parlamento.gub.uy>. Acceso: jan 2016.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Salud Pública. Dirección general de la salud. **Programa Nacional del Adulto Mayor**. Uruguay, 2005. Disponible em: . Acceso em: set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Ley N° 19.353. SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE CUIDADOS (SNIC)** 2015. Disponible em <https://parlamento.gub.uy>. Acceso: jan 2016.

\_\_\_\_\_. **Red Pro Cuidados**, 2013, disponible em: <http://www.redprocuidados.org.uy/> Acceso: dez 2017.

\_\_\_\_\_. **Ley N° 19161.** Modificación del subsidio por maternidad y fijación de subsidio por paternidad y subsidio para cuidado del recién nacido, 2013. Disponible em <https://parlamento.gub.uy>. <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/plan%20nacional%20cp%20version%20setiembre%202013.pdf> <http://www.ine.gub.uy/censos-2011>.

\_\_\_\_\_. **MSP. Plan Nacional de Cuidados Paliativos.** Montevideo, 2013. <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/PLAN%20NACIONAL%20CP%20VERSION%20SETIEMBRE%202013.pdf> Acceso: jan 2016.

\_\_\_\_\_. Presidencia de la República (2010), **Resolución 863/010**, aprobada el 31 de mayo de 2010 por el presidente de la República de Uruguay, José Mujica, Montevideo, Uruguay, 2010.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Estadística - Ine. **Censos demográfico 2011.** Disponible em: <http://www.ine.gub.uy/censos-2011>. Acceso em 23 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Consejo Nacional de Políticas Sociales. **Lineamientos y aportes conceptuales para el diseño de un sistema nacional integrado de cuidados.** Montevideo, 2010.

\_\_\_\_\_. MIDES. **Las personas mayores en Uruguay: un desafío impostergable para la producción de conocimiento y las políticas públicas.** Montevideo, octubre de 2015 disponible em: [inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/75031/1/las-personas-mayores-en-uruguay.-sistema-de-informacion-sobre-vejez-y-envejecimiento-sive-mides-inmayores-2015.pdf](http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/75031/1/las-personas-mayores-en-uruguay.-sistema-de-informacion-sobre-vejez-y-envejecimiento-sive-mides-inmayores-2015.pdf)

\_\_\_\_\_. **La Reforma Social.** Hacia una nueva matriz de protección social del Uruguay. Gabinete Social, Montevideo, 2011.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Estadística. **Censo 2011.** Uruguay. 2011. [www.ine.gub.uy/censos-2011](http://www.ine.gub.uy/censos-2011).

\_\_\_\_\_. Presidencia de la República. **Resolución 863/010**, aprobada el 31 de mayo de 2010 por el presidente de la República de Uruguay, José Mujica, Montevideo, Uruguay. 2010.

VIANA, Rejane Vieira. **A humanização no atendimento: construindo uma nova cultura.** 2004. 122 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública – Gestão de Sistemas de serviços de Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro 2004.

VANTI, Elisa dos Santos. **O Fio da Infância na Trama da História: um estudo sobre significações de infância e de Educação Infantil em Pelotas (1875 –**

1900). Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade Federal de Pelotas. 1998.

WAGNER, Gastão de Sousa Campos. Humanização na saúde: Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005.

\_\_\_\_\_ et al. **Reflexões Sobre A Atenção Básica E A Estratégia De Saúde Da Família.** S/Disponível em: [http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos\\_gerais/REFLEXES\\_SOBRE\\_A\\_ATENO\\_BSICA\\_E\\_A ESTRATGIA\\_DE\\_S ADE\\_DA\\_FAMLIA.pdf?TB\\_iframe=true](http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/REFLEXES_SOBRE_A_ATENO_BSICA_E_A ESTRATGIA_DE_S ADE_DA_FAMLIA.pdf?TB_iframe=true). ACESSO: OUT 2017.

WENDHAUSEN, A. L. P; RIVERA, S. O cuidado de si como princípio ético do trabalho em enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem.** 14(1); 111-9. jan-mar, 2005.

## ANEXO I

### Contrato de Trabajo de Suplencia a Término

En la ciudad de ....., el día..... de MES de AÑO, entre POR UNA PARTE: NOMBRE DEL USUARIO (en adelante el empleador) titular de la cédula de identidad número ....., domiciliada en .....Y POR OTRA PARTE: ..... (en adelante, el "Trabajador"), C.I. ...., domiciliado en .....,convienen en celebrar el siguiente contrato de trabajo de suplencia a término.

#### PRIMERO: Objeto. Tareas.-

El empleador contrata los servicios del Trabajador quien acepta, debiendo desempeñar la función que a continuación se describe: ..... la que se desarrollará de (ejemplo: LUNES) a (ejemplo: VIERNES) de (ejemplo 09,00 a 13,00) horas.

#### SEGUNDO: Plazo. Terminación del contrato.-

La vinculación entre las partes será eventual en razón de la suplencia de (nombre de Asistente Personal que se ausenta) y se extenderá desde el FECHA DE INICIO hasta el FECHA DE FINALIZACIÓN inclusive.

#### TERCERO: Remuneración.-

La remuneración será de ..... mensuales.

#### CUARTO: Obligaciones del Trabajador.-

El Trabajador se compromete a desempeñar sus tareas con la diligencia y responsabilidad que son propias de la función que se describe en la cláusula Primero, cumpliendo sus funciones con eficiencia, lealtad y dedicación, en un todo de conformidad con las normas vigentes, y las directivas del empleador. Asimismo, el Trabajador se compromete a poner de inmediato en conocimiento del empleador cualquier anomalía, irregularidad o deficiencia que pudiera constatarse en el ejercicio de sus funciones.

#### QUINTO: Domicilios y Notificaciones.-

Las Partes constituyen domicilios a los efectos de este contrato en los indicados como suyos en la comparecencia, aceptando desde ya el telegrama colacionado como medio hábil de comunicación entre las partes.

#### SEXTO: Jurisdicción y ley aplicable.-

Este Contrato se registrará en su totalidad y exclusivamente por las leyes de la República Oriental del Uruguay, siendo competentes los Tribunales de la República Oriental del Uruguay. En señal de conformidad se firma el presente contrato en 2 ejemplares del mismo tenor en el lugar y fecha indicados en la comparecencia.

## ANEXO II

### **CONTRATO LABORAL ASISTENTE PERSONAL**

En la ciudad de [en la que se firma contrato] el [fecha] entre: POR UNA PARTE: [nombre del usuario/a representante] (en adelante la "Empleadora"), con domicilio en [domicilio del beneficiario/a] y POR OTRA PARTE: [nombre del Asistente Personal] con domicilio a estos efectos en [domicilio del Asistente Personal] (en adelante "el Empleado"), convienen en celebrar el siguiente Contrato de trabajo que se ajustará a las siguientes estipulaciones:

#### **PRIMERO: Objeto.-**

Por el presente, la Empleadora contrata al Empleado para prestar servicios de Asistente Personal. La obligación del Empleado comprenderá también los servicios inherentes al cargo que se le asigna.

#### **SEGUNDO: Remuneración.-**

La Empleadora abonará al Empleado por las tareas objeto de este Contrato la suma nominal de [monto total en función de horas contratadas] la cual estará sujeta a los descuentos y retenciones legales correspondientes. La remuneración establecida en esta cláusula está directamente vinculada a la carga horaria pactada en la cláusula siguiente.

#### **TERCERO: Carga horaria.-**

La jornada diaria del Empleado será de [hora de inicio de la jornada laboral a hora de finalización de la jornada laboral]. Teniendo en cuenta las particularidades del servicio, el Empleado acepta que los días y horarios asignados originalmente puedan ser susceptibles de modificación. Por ello reconoce la facultad de la Empleadora de ajustarlos o variarlos en base a razones objetivas de servicio.

#### **CUARTO: Período de prueba.-**

La Empleadora contrata los servicios del Empleado a prueba por el término de 90 (noventa) días a contar de la fecha de celebración del presente Contrato. Dentro de este plazo las Partes podrán rescindir el mismo sin expresión de causa, no generándose a favor del Empleado ninguna clase de indemnización.

**QUINTO: Información Confidencial.-**

El Empleado se obliga a guardar secreto y mantener en estricta reserva y confidencialidad toda información, sea de carácter técnico, comercial, estratégico, económico, financiero, de propiedad intelectual o de cualquier otro tipo, de la que tome conocimiento en forma directa, indirecta o meramente circunstancial en razón del cumplimiento del presente Contrato, tanto se vincule la misma con datos de la familia, como con sus miembros, su personal, productos o negocios.

**SEXTO: Obligaciones del Empleado.-**

El Empleado se compromete a desempeñar sus tareas con la diligencia y responsabilidad que son propias de su cargo, cumpliendo sus funciones con eficiencia, lealtad y dedicación, en un todo de conformidad con las normas vigentes. Asimismo, el Empleado se compromete a poner de inmediato en conocimiento de la Empleadora cualquier anomalía, irregularidad o deficiencia que pudiera constatarse en el ejercicio de sus funciones.

**SEPTIMO: Obligación de preaviso.-**

En caso de que el Empleado decida renunciar al puesto de trabajo, se obliga a comunicar dicha circunstancia con preaviso de por lo menos 10 días de antelación.

**OCTAVO: Domicilios y Notificaciones.-**

Las Partes constituyen domicilios a los efectos de este contrato en los indicados como suyos en la comparecencia, aceptando desde ya el telegrama colacionado como medio hábil de comunicación entre las partes.

**NOVENO: Jurisdicción y ley aplicable.-**

Este Contrato se registrará en su totalidad y exclusivamente por las leyes de la República Oriental del Uruguay, siendo competentes los Tribunales de la República Oriental del Uruguay.

En señal de conformidad se firma el presente contrato en 2 ejemplares del mismo tenor en el lugar y fecha indicados en la comparecencia.