



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

EDUARDA NETO LEITE

O CUIDADO NA ATENÇÃO DOMICILIAR

**Florianópolis
2022**

EDUARDA NETO LEITE

O CUIDADO NA ATENÇÃO DOMICILIAR

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Serviço Social do Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Keli Regina Dal Prá.

Florianópolis

2022

Eduarda Neto Leite

O CUIDADO NA ATENÇÃO DOMICILIAR

Este Trabalho de Conclusão do Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Bacharel e aprovado em sua forma final pelo curso de Serviço Social.

Florianópolis, 12 de dezembro de 2022.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Keli Regina Dal Prá (orientadora)

Assistente Social Mestre Bruno Grah (examinador)

Assistente Social Mestre Analú dos Santos Lopes (examinadora)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço aos meus pais Denise e Luis por me darem a vida, para que hoje eu possa estar construindo e realizando meus sonhos. À minha mãe Denise, sem seu auxílio durante estes anos de graduação não estaria concluindo este ciclo, obrigada por todo apoio, amor e inspiração. Ao meu pai Luis, por todo incentivo na busca pela minha formação e educação. À minha tia Daisy por motivar sempre a continuidade dos estudos. Ao meu marido e companheiro Flavio por todo suporte, amor e parceria nesses anos, sem sua ajuda o caminho seria muito mais difícil.

Agradeço à minha professora e orientadora Keli por toda ajuda na formulação deste trabalho, direcionando a construção de perspectivas que visem a consolidação dos direitos da sociedade.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) busca abordar sobre o agravamento das questões que atravessam a efetivação do cuidado em Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). Devido ao aumento da requisição de cuidados em decorrência da pandemia causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2 ou COVID-19, antigos dilemas a respeito do debate sobre os cuidados se aprofundam, explicitando as desigualdades na sociedade capitalista. A efetivação dos cuidados requer, compreendê-los a partir de suas diferentes dimensões e conseqüentemente suprir as demandas econômicas, sociais e emocionais. Neste sentido, na busca por responder às questões pela demanda de cuidados em domicílio, os SAD demonstram a resposta pela área da saúde. Apesar da possibilidade de assistência em domicílio, a sua plena efetivação requer um conjunto de ações, principalmente do Estado, em relação ao provimento de bem-estar e de cuidados para a população. Portanto, é fundamental levantar dados e estudos sobre o perfil populacional; por conseguinte, formular e implementar políticas públicas que atendam às necessidades da sociedade brasileira quanto à provisão de cuidados.

Palavras-chave: Cuidado; Atenção Domiciliar; Sistema Único de Saúde (SUS).

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Atenção Domiciliar
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
OIT	Organização Internacional do Trabalho
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 AS DIMENSÕES DO CUIDADO	11
2.1 O CUIDADO E A VINCULAÇÃO COM A FAMÍLIA	22
3 RESPOSTAS AO PROBLEMA DO CUIDADO NO CAMPO DA SAÚDE	33
3.1 OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA DE ATENDIMENTO NA ÁREA DA SAÚDE	37
3.2 O PROGRAMA MELHOR EM CASA	43
3.4 O CUIDADO COMO DIREITO	49
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	56

1 INTRODUÇÃO

As vulnerabilidades expressas na realidade social devem ser consideradas a partir das transformações sociais, econômicas e políticas que são parte inerente dos movimentos da vida social. As transformações devem ser analisadas compreendendo que as estruturas se alteram e com isso devem ser reformuladas ações e políticas que possibilitem o suprimento das necessidades da população. Fatores como a transição demográfica, transição epidemiológica, alterações na composição do núcleo familiar são alguns dos pontos que explicitam a necessidade de repensar a forma como está sendo debatida a questão dos cuidados. Visto que, pensar a efetivação do cuidado demanda o provimento de recursos materiais e humanos, com objetivo de garantir o acesso aos direitos estabelecidos na Constituição Federal, de 1988, e na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH):

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 sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, s/p).

Art 25. 1. Todos os seres humanos têm direito a um padrão de vida capaz de assegurar a saúde e bem-estar de si mesmo e da sua família, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora do seu controle. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948, s/p).

Neste sentido, em nível mundial evidencia-se a necessidade do debate sobre o tema do cuidado, tendo em vista que se relega ao segundo plano as condições necessárias para que esse cuidado seja efetivado. Refletir sobre as alterações nas relações sociais, econômicas e políticas, demonstra-se passo fundamental para a reavaliação das formas que são supridas as necessidades em relação à temática do cuidado.

Sendo assim, objetiva-se analisar as dimensões que permeiam o cuidado, ao compreendê-lo como uma variável a depender das condições sociais e econômicas que envolvem determinado indivíduo que requisita os cuidados. Pois verifica-se a comum homogeneização das necessidades da população, sem levar em conta as particularidades, porém, da mesma forma, podem ser vislumbradas as necessidades a partir da perspectiva de coletivizar as demandas colocadas.

Habitualmente, a temática dos cuidados é relacionada à área da saúde, devido ao processo de adoecimento que, por conseguinte, requisita o provimento de

cuidados para a melhoria das condições de saúde. Neste sentido, as respostas formuladas para a problemática do cuidado são realizadas através dos modelos de atenção à saúde. Enfatiza-se a inserção de modelos que objetivam atender às necessidades colocadas devido às transformações demográficas e epidemiológicas, com destaque para o Programa Melhor em Casa, o qual se estabelece como Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no Sistema Único de Saúde (SUS). Além das questões históricas, observa-se o incentivo para adesão aos SAD, no contexto da pandemia causada pelo vírus da SARS-CoV-2 ou COVID-19, que requisitou novas respostas no atendimento à saúde.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como objetivo refletir sobre o debate do cuidado domiciliar no campo das produções teóricas, a partir de uma revisão bibliográfica dos estudos científicos produzidos nos últimos cinco anos. A metodologia utilizada neste trabalho tem caráter exploratório, visto que a intencionalidade é compreender a forma que se traz, no campo acadêmico, o debate do cuidado domiciliar, ou seja, as questões que envolvem o cuidado e suas repercussões. Realizou-se uma busca nas bases bibliográficas da Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO) e do Portal Capes com palavras-chave como: cuidado, cuidado domiciliar, atenção domiciliar, cuidador, cuidadores, atendimento domiciliar, Programa Melhor em Casa. Para a seleção dos estudos observou-se quanto à similaridade ao objeto central deste TCC – o cuidado domiciliar, com enfoque para produções teóricas que abordam: o trabalho em equipe multiprofissional, o exercício do cuidado e seus rebatimentos para o núcleo familiar, desafios para o atendimento domiciliar, reconhecimento dos programas de atendimento domiciliar e como estas questões refletem na atuação dos profissionais da área da saúde. Foram realizadas buscas nas bases de dados virtuais com abrangência de período das publicações de janeiro de 2017 a junho de 2022.

Observa-se prevalência de produções no campo da enfermagem, demonstrando maior apropriação do debate dos atendimentos em ambiente domiciliar, da área específica da saúde humana, apesar de não refletir sobre as questões sociais que atravessam este cuidado domiciliar; por conseguinte, questiona-se sobre a necessidade de projetar o debate do atendimento domiciliar na mediação com as ciências sociais, como exemplo elucidativo, o Serviço Social. Os assistentes sociais são requisitados a atuar na área da saúde, em particular, ao centro de discussão neste trabalho, os serviços prestados em ambiente domiciliar, nos SAD, com a perspectiva de garantir o atendimento digno aos que precisam de cuidados em

saúde no ambiente domiciliar. Do mesmo modo, é importante vislumbrar a atuação do Serviço Social para além dos cuidados em saúde, e projetar a intervenção profissional na construção de políticas públicas que direcionam seus objetivos no suprimento de cuidados, em sentido mais amplo.

Com objetivo de apontar a forma como está situado o debate sobre os cuidados nos SAD, orientou-se a construção deste trabalho a partir da compreensão sobre as dimensões do cuidado, pois entende-se que sua efetivação de forma justa e digna precede a provisão de condições materiais e humanas. Neste sentido, o trabalho se divide em duas seções, a primeira abordando sobre as dimensões do cuidado e, a posterior relação dos cuidados com a atuação da família, como sua inteira responsabilidade. Na segunda seção são elencadas as formas de atuação do Estado como resposta à questão dos cuidados, devido às alterações demográficas, econômicas e sociais da população. Deste modo, a estruturação do trabalho projeta sua intenção em mensurar estas variantes e determinantes que atravessam a efetivação do cuidado, assim como, estabelecer um parâmetro sobre quais as condições necessárias para garantir o acesso ao atendimento de saúde às necessidades da população, não apenas direcionamento o cuidado em sujeitos que não possuem condições de exercê-lo, tanto no aspecto das capacidades humanas quanto financeiras.

Logo, o trabalho localiza-se na intencionalidade de avançar nesta temática emergente, visto que as alterações na realidade social exigem respostas mais eficientes por parte de ações do Estado, pois entende-se que as políticas públicas devem atuar na provisão e prestação de serviços, com base na realidade concreta que se apresenta o fenômeno da crise dos cuidados. Portanto, ao compreender a responsabilidade dos atores sociais – indivíduo, sociedade e Estado –, projetar e formular políticas públicas efetivas no suprimento dos cuidados, tendo em vista que sua função é promover o bem-estar da sociedade.

Por fim, cabe pontuar as motivações pessoais que incitaram o interesse pelo tema, visto que foram realizados três períodos de estágio nos Serviços de Atenção Domiciliar em empresa que opera planos de saúde, isto é, com sua atuação na esfera privada. A partir da realidade sócio-institucional verificou as diversas dificuldades na efetivação do atendimento, seja na perspectiva da família em estar preparada para desempenhar o cuidado, quanto em relação ao entendimento da equipe multiprofissional e a perspectiva que compreende o cuidado em ambiente domiciliar.

2 AS DIMENSÕES DO CUIDADO

O debate a respeito das dimensões que permeiam o cuidado demonstra-se em voga, especialmente no cenário atual, dado a crescente crise no campo dos cuidados (VIEIRA, 2020). Entende-se que os ditos “cuidados” estão imbricados nas relações sociais que se desenvolveram historicamente, construindo a possibilidade de vida da sociedade como um todo. Deste modo, analisa-se a questão dos cuidados na mediação com os deveres e direitos, porém a discussão que se desenha atualmente é a respeito dos sujeitos que devem assumir a responsabilidade dos cuidados. Por conseguinte, é notável a limitada capacidade de ascender esse debate dentro do campo dos direitos, com uma lógica que compreenda a necessidade de materialização do efetivo cuidado, com suas diferentes requisições, tanto no aspecto de quem cuida, quanto sob a perspectiva de quem é cuidado (WIESE; DAL PRÁ; MIOTO, 2017).

Para situarmos sobre o cenário atual, que incita o debate sobre os cuidados, é imprescindível recorrer ao contexto histórico que se desenhou a partir do início de 2020: a pandemia causada pelo vírus da SARS-CoV-2, ou amplamente noticiado como COVID-19. Este cenário requisitou nas dimensões social, política e econômica respostas à crise mundial que assolava o mundo, com a disseminação fugaz de um vírus novo, acumulando número alarmante de mortes por dia. Com a situação globalizada da doença, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou em 31 de janeiro de 2020 a situação de surto causada pelo vírus da COVID-19, que constituiu-se como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), o mais alto nível de alerta da organização. Desta maneira, analisar as dimensões que permeiam o cuidado, demonstra-se ainda mais relevante, quando situado em contexto de agravamento das condições de saúde mundialmente, com a grande demanda de cuidados, dado inúmeros casos diagnosticados do novo coronavírus. Deste modo, destaca-se para o que aponta Nicoli e Vieira (2020) que, em contextos de crise, criam-se expectativas ainda mais intensas de cuidado, com a hipótese crescente de adoecimento, aqueles que talvez ainda não tenham exercido a ação de cuidar, passam a realizá-las.

Nestes termos, a pandemia de COVID-19 revelou o quadro crítico da saúde mundial, ao saturar os sistemas de saúde, devido à grande demanda de cuidados, apesar da escassa oferta de serviços. Logo, esta situação em específico do novo coronavírus, exigiu número exacerbado de aparelhos respiratórios – condição mais

acentuada do vírus COVID-19 –, e assistência regular de equipe de saúde. Apesar dos avanços tecnológicos, os sistemas de saúde não se encontram estruturados para atender à ocasião o surto epidemiológico. Além da particularidade que a assistência ao cuidado, em contexto de pandemia pelo vírus da COVID-19, exige o distanciamento social, ou quando necessário o contato, que ele aconteça sob a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

Os discursos fundamentados em orientações de “cuide-se”, “proteja-se” e “fique em casa”, foram disseminados como uma nova cultura na sociedade, ressurgindo questões higiênicas, acentuando ações como: lavar as mãos, higienizar produtos, diminuir a circulação de bens e pessoas, etc. Enfatiza-se a compreensão de que as orientações e protocolos divulgados devem ser analisados a partir da realidade concreta da população, isto é, não são possíveis de materializar-se na vida de grupos vulnerabilizados, seja em relação ao isolamento social, ou quanto a realizar processos contínuos de higiene, devido aos investimentos financeiros que demandam a compra destes materiais de higienização ou pelos espaços limitados nos domicílios. Vale ressaltar, que em contextos de crise, o aprofundamento das expressões da questão social rebate com maior incidência nas classes sociais subalternizadas.

Devemos lembrar e caracterizar esta parcela da sociedade – acredita-se que o número majoritário da população –, que sofre diretamente com as consequências das crises, e no caso em destaque, com a pandemia de COVID-19 como crise sanitária, apesar do caráter de crises estruturais do capital, que assolam esta população. Enfatizar classe, cor, gênero das populações mais atingidas é buscar por novas respostas às desigualdades sociais que cada vez mais acirram-se na sociedade capitalista. Dado que no Brasil, as diferenças econômicas entre ricos e pobres caracterizam as desigualdades, pois conforme dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) a renda de 1% da população brasileira mais rica equivale a 34,8 vezes o rendimento dos 50% que ganham menos no país.

Neste sentido temos o exemplo da primeira morte pelo vírus da COVID-19 no Brasil, que foi de uma mulher, de 57 anos, diarista, possibilitando realçar o caráter de quem sofre primeiramente as consequências das crises, e como se aprofundam os problemas sociais nesse grupo da população (CASA DA MULHER TRABALHADORA, 2021). É importante refletir a partir da elucidação das contradições que se estabelecem em momentos de crise, assim como estabelecer o perfil das populações vulnerabilizadas. Para compreender as relações que se imbricam, e quem são os sujeitos envolvidos nestas relações, em específico, sobre a prestação de serviços

domésticos – trabalho exercido pela primeira vítima da COVID-19 no Brasil.

[...] o trabalho doméstico e de cuidados pressupõe a existência de uma significativa desigualdade de renda entre quem oferece a vaga de emprego e quem a ocupa, pois, a remuneração do trabalhador não é paga pelo lucro de um empreendimento, mas pela renda pessoal de uma outra pessoa física. E é nessa desigualdade que se assenta boa parte das vulnerabilidades do trabalho doméstico e de cuidados no Brasil (mas também no resto do mundo), agravadas nas condições da pandemia da Covid-19. (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2020, p. 7).

Desta maneira, entende-se que existem grupos que sofrem com maior incidência as tragédias, problemas sociais e desigualdades que afligem a sociedade capitalista, e neste caso se situa o trabalho doméstico, apontado como questão fundamental para se pensar os cuidados. Apesar do apontamento e importância de se trazer a situação no contexto mundial, dimensionar o agravamento e especificidade na realidade brasileira é um movimento necessário, dado o objetivo deste estudo. Sendo assim, quando se trata de dimensionar os efeitos de uma pandemia mundial, em um país que o direcionamento político teve como prioridade sucatear as políticas sociais e o sistema de saúde, através da diminuição do financiamento público nestes espaços, resultando na inviabilidade de efetivar o atendimento de qualidade para a população. As escolhas políticas e econômicas do governo brasileiro refletem diretamente nas classes sociais vulnerabilizadas, visto que, as políticas públicas deveriam orientar-se para amortecer e proteger as camadas da população que encontram-se à margem. No contexto da pandemia, em sociedades de capitalismo periférico, evidenciam-se as profundas contradições existentes na sociedade, assim como explicitam as fragilidades dos sistemas de proteção social, além do acirramento das históricas desigualdades sociais entre pobres e ricos, mulheres e homens, negros e brancos (MOSER; DAL PRA, 2020).

A lógica neoliberal que se instalou nos governos em tempos contemporâneos tem como consequência os movimentos de sucateamento das políticas sociais e dos serviços públicos. Como principal processo nas ações neoliberais, há predominância das políticas de austeridades, as quais são um conjunto de políticas econômicas que visam reduzir os déficits orçamentários dos governos por meio de cortes de gastos (geralmente na área social), aumento de impostos ou uma combinação de ambos. Sendo assim, elucidar as consequências de políticas de austeridade para a sociedade brasileira é preciso, devido ao aprofundamento das expressões da questão social, em particular na área da saúde, resultado do constante desmonte das estruturas e orçamento voltado para o sistema público de saúde, ou seja, o SUS.

Para o entendimento sobre a profunda crise do sistema da Seguridade Social no Brasil, deve-se considerar um primeiro ponto que diz respeito à Emenda Constitucional nº 95/2016 (BRASIL, 2016), que estabelece limite de gastos para o governo federal pelo período de vinte anos, representando na impossibilidade de investimentos nas principais áreas da sociedade, como saúde e educação até o ano de 2036. Conforme Mariano (2017, p. 261),

As regras do novo regime não permitem, assim, o crescimento das despesas totais e reais do governo acima da inflação, nem mesmo se a economia estiver bem [...]. Somente será possível aumentar o investimento em uma área desde que sejam feitos cortes em outras. As novas regras desconsideram, portanto, as taxas de crescimento econômico, como também as demográficas pelos próximos 20 anos [...] o que poderá levar ao sucateamento das políticas sociais, especialmente nas áreas da saúde e educação, ponde em risco por completo a qualidade de vida da população brasileira.

A impossibilidade de aumentar os recursos em determinada área de atendimento à população é limitar a capacidade de se atender às reais necessidades da sociedade brasileira. Visto que, a realidade é mutável e as condições materiais alteram-se, em processo de ascensão ou regressão da qualidade de vida. Em específico no contexto da crise sanitária que aprofundou as necessidades, na verdade, explicitou as demandas presentes na sociedade; por conseguinte, com tais necessidades emergentes, o Estado deveria responder através da disponibilidade de recursos financeiros que impedissem o agravamento de piores condições de vida da população. Porém, essa situação não pode ser mediada através de respostas eficientes, levam-se em consideração as políticas que inviabilizam o aumento de gastos do orçamento público. Desta maneira, agravam-se as condições materiais e objetivas de grande parcela da população, que se encontra em situação de vulnerabilidade e que deveriam encontrar amparo nas políticas sociais, por meio do acesso aos direitos sociais legalmente constitucionalizados. No entanto, o que se observa é o aprofundamento das políticas de austeridade.

Em tempos de austeridade, o trabalho doméstico e de cuidados remunerado e não remunerado tenderá a ser cada vez mais exigido, dado que a transferência da responsabilidade de prover o bem-estar propende a se transferir para os indivíduos e suas famílias, o que tradicionalmente recai sobre as mulheres. (GROISMAN; PASSOS, 2019, p. 180).

O Estado deveria conduzir suas ações a partir do atendimento das necessidades da população, reconhecendo que em alguns trabalhos e indivíduos as

desigualdades sociais prevalecem. Sendo responsabilidade do Estado criar modelos de proteção social a partir das contradições que emergem, em particular no cenário de pandemia pela COVID-19. Porém, explicita-se que a configuração do contexto atual enfatiza a retração dos direitos sociais, a falta de acesso aos bens e serviços públicos, o aumento da responsabilização familiar perante as suas condições de vida; conseqüentemente, aumenta-se a desigualdade, ocasionando “novas” demandas aos profissionais da saúde, dentre eles os/as assistentes sociais.

O setor da saúde obteve grande impacto com a diminuição do investimento, especialmente em cenário de calamidade pública, em que a saúde se torna o centro das solicitações da população. Portanto, reforçar a necessidade de se estruturar e manter a saúde em vista do orçamento público faz-se como prioridade na defesa dos trabalhadores da saúde, assim como deve ser bandeira da população como um todo. Como aponta Erica (2020, p. 290) sobre o setor da saúde:

O momento atual evoca a premência de dotar o SUS de recursos materiais, financeiros e pessoais que o viabilizem universalmente gratuito e de qualidade aos que dele necessita. Fica evidente os interesses econômico-financeiros que estão por trás das tentativas de desestruturá-lo, os quais não são incompatíveis com a realidade brasileira. Nesse sentido, compreender a centralidade e vitalidade do SUS para o brasileiro é fundamental para fazer frente à onda conservadora e privatizante que assedia a saúde pública no País.

Os direitos e o acesso aos serviços públicos devem ser materializados na vida cotidiana da população, em oposição ao desmonte das políticas sociais. Esse processo envolve o debate que aqui se tem como objeto central, a questão dos cuidados, devido a compreensão que se busca traçar, em que o cuidado é direito de todos. Elucidar a questão dos cuidados como direito social é essencial, com o objetivo de lutar contra o avanço das políticas de austeridade e com viés neoliberal, que reforça a responsabilidade da família, em oposição à diminuição dos deveres do Estado.

Deste modo, o panorama mundial – crise do sistema de saúde – explicitou a necessidade de voltar ao debate a questão dos cuidados, dada a situação que assolou a população mundial, em relação à emergência de situações em que se demandam cuidados, devido à gravidade dos pacientes infectados pela COVID-19. A crise sanitária evidenciou problemáticas que, de alguma forma, apresentavam-se na nossa sociedade. Visto que, o cenário que se conformou estabeleceu nova dinâmica quanto aos processos de cuidados e maior quantidade de pessoas conjuntamente requerentes de cuidado. Sendo assim, cabe pensar nessa conjuntura que se

apresenta, com características particulares, apesar de evidenciar um quadro presente na sociedade, o qual, se conforma na crise dos cuidados. Conforme Vargas (2022, p. 35), pode-se compreender como um determinante à crise dos cuidados, as mudanças demográficas:

É sabido que as famílias brasileiras apresentam novas estruturas: diminuíram o número de integrantes, conforme ilustrado pela queda exponencial na fecundidade e possuem indivíduos vivendo por mais tempo para os quais a esperança de vida em 2050 pode alcançar os 81,29 anos. Esses movimentos estão por trás da criação de um descompasso entre a oferta e a demanda – a chamada crise dos cuidados –, já que o envelhecimento indica uma maior procura por cuidados que se dá de modo concomitante à menor oferta, pelo menos em termos não-remunerados, associado à redução de tamanho das famílias.

Importante mencionar, a forma que se reestruturam as relações sociais em situações de crise, resultando em condições mais complexas para segmentos determinados da sociedade, como, por exemplo, em relação à provisão dos cuidados, historicamente, vinculado às práticas no âmbito familiar e, especialmente, relacionadas às mulheres.

Ao situar o quadro de pandemia, elucida-se que além das ações necessárias para evitar a propagação do vírus, é preciso desempenhar funções historicamente invisibilizadas, dessa forma exigia-se processos mais rigorosos de higienização e distanciamento social, ao mesmo tempo em que ocorriam as atividades cotidianas de cuidado, dentre elas: cozinhar, lavar, comprar mercadorias, oferecer atenção ao outro, etc.

A situação de isolamento social expôs uma dimensão do cuidado esquecida, pois em relação ao monitoramento e companhia, segundo o Relatório Sem Parar, das mulheres que participaram da pesquisa, 72% responderam que na pandemia houve o aumento da necessidade de monitoramento e companhia. Entende-se que devem ser levadas em consideração na provisão de cuidados, diversos outros fatores como:

[...] (monitorar ou fazer companhia). Essa é uma dimensão do cuidado muitas vezes invisibilizada, pois não se trata de uma atividade específica como é o auxílio na alimentação, por exemplo. Em casa, os tempos do cuidado e o trabalho remunerado se sobressaem no cotidiano das mulheres: mesmo enquanto realizam outras atividades, cotidianas, estão atentas. (SEMPRE VIVA ORGANIZAÇÃO FEMINISTA, 2021, p. 212).

Portanto, para orientar a construção da temática do cuidado, é preciso estabelecer determinadas concepções. Consequentemente, com objetivo de conceituar o cuidado, cabe-nos pontuar sob qual lente se aponta o entendimento de

cuidados. Entende-se ser “[...] o gerenciamento e manutenção da vida cotidiana, os cuidados são a necessidade básica e diária, sendo possível se sustentar a vida”. (OROZCO, 2012, p. 54). Vieira (2020, p. 2519) pontua que “[...] o cuidado, de forma multidimensional pode ser entendido como as atividades relacionadas à atenção a pessoas dependentes e à manutenção da vida”. A compreensão sobre cuidado pressupõe o processo relacional que se estabelece, dado a impossibilidade de analisar processo de cuidado, sem suas características subjetivas, pois o cuidado perpassa troca de afetos, relações de zelo e segurança. Setúbal (2010, p. 15) refere que “[...] cuidado é reflexão, sentimento e emoção, é o que caracteriza-nos como pessoas humanas. Onde há cuidado, há alguém que cuida e algo que é digno desse interesse, dessa atenção. Cuidar é ser humano com vista à completude”. A ação de cuidar, envolve necessariamente mais de um sujeito na relação, portanto, estabelecer o cuidado dentro das relações sociais é imprescindível.

Apesar da elucidação do cuidado como necessidade básica, deve-se localizar a sociedade contemporânea no bojo de relações capitalistas em que se exalta a predominância de relações monetárias e de poder sem objetivar atender as necessidades humanas (FONTES, 2017). A apreensão sobre a definição de cuidado exige estabelecer conexões entre as diferentes temáticas que abrangem a vida social, dado que os cuidados são parte inerente do desenvolvimento da sociedade, apesar da desvinculação deste tema nas teorias econômicas. Este cenário aponta para novas configurações nas relações sociais no âmbito familiar e de mercado.

Por exemplo, pode-se partir, para tanto do seu caráter remunerado ou não; da dependência ou autonomia da pessoa que o recebe, da natureza do vínculo estabelecido entre quem cuida e quem é cuidado; da diferenciação entre trabalho produtivo e reprodutivo; da divisão ou junção do cuidado de pessoas e trabalho doméstico. Cada uma dessas perspectivas privilegia e torna visíveis diferentes aspectos do trabalho de care. (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2016, p. 12).

O tema do cuidado como mencionado anteriormente, perpassa diferentes dimensões da vida social, dado que deve ser visto como ação inerente à sociabilidade humana. Segundo Setúbal (2010, p. 11) “O cuidado é essencial à vida porque sem ele o homem esquece sua humanidade, passando a cometer descuidos e irresponsabilidades, destruindo sua vida e inevitavelmente a vida da natureza em sua totalidade”. Assim como Boehs e Patrício (1990, p. 112) explicam que “[...] atos de cuidar são vitais para os relacionamentos humanos, proteção de saúde, recuperação da doença e para manutenção de modos saudáveis de vida”. Dessa forma, assim

como a Saúde Coletiva é analisada sob as diferentes áreas do conhecimento, o conceito de cuidado também é atravessado pelas diversas áreas, como a enfermagem, a medicina, a nutrição, além das disciplinas das ciências sociais, como a antropologia, a sociologia, o serviço social, etc. As diferentes áreas do saber são igualmente atravessadas pela problemática do cuidado, pois o cuidado estabelece relação direta entre elas, visto a impossibilidade de desvincular o debate da saúde do campo social. À vista disso, recorre-se às diferentes concepções sobre o cuidado, com o intuito de estabelecer uma compreensão ampla. Segundo Boehs e Patricio (1990, p. 111),

O termo cuidar/cuidado faz parte do vocabulário na vida cotidiana de qualquer pessoa. É utilizado para alertar, para prevenir, para promover a cura, para preservar a vida e ajudar no crescimento de qualquer ser vivo o mesmo na preservação de objeto inanimado.

Essa perspectiva sobre o cuidado aponta para construção de que “o cuidar” está intrínseco à vida da sociedade, estabelece-se como elemento essencial e deve ser estabelecido dentro da lógica dos direitos. Concretamente a realidade apresenta diversas situações em que não se coloca o tema do cuidado em debate, ocasionando o esquecimento deste processo fundamental para o desenvolvimento da sociedade humana. Segundo Nicoli e Vieira (2020, p. 75),

[...] o cuidado se afirma como operação básica da produção de vida e da sociabilidade, por meio da qual indivíduos se ocupam diretamente em garantir a existência de outros. Ocupam-se concretamente dos corpos, em especial daqueles que são dependentes, em suas necessidades físicas. Limpam e nutrem. E o fazem não em abstrato, mas cozinhando, varrendo, lavando roupas e vasos sanitários, dando banhos, recolhendo fezes, limpando secreções.

Esta conceituação demonstra a pluralidade do termo cuidado, pois da mesma forma que se trata como ação básica da vida, situa que alguns indivíduos se ocupam em garantir a existência do outro, em específico no trabalho de cuidados, e neste sentido podemos mediar com a atuação remunerada no campo das atividades de cuidados. Por isto, espraiam-se as mediações de cuidados com a área da medicina, responsável pela manutenção e restauração da saúde, e na mesma lógica, a enfermagem que trabalha no cuidado ao ser humano. A área da saúde, habitualmente, realiza a vinculação do tema do cuidado sob a perspectiva da “cura”, além de estabelecer relação com grupos específicos como crianças, idosos, pessoas com doenças raras, deficientes, pessoas com sofrimento psíquico. Em geral, há grupos

com maior incidência na requisição dos cuidados, porém cabe pontuar a perspectiva que se assume neste trabalho, evidenciando a necessidade de trazer o debate do cuidado para todas as relações sociais vigentes, visto que o ato de cuidar espraia-se em todas as dimensões da vida.

Importante refletir sobre a construção histórica do cuidado em conjunto com as transformações societárias em âmbito mundial, como as Revoluções Industriais, o êxodo rural em diversas regiões, o debate sobre a divisão sexual do trabalho, entre tantos. Compreende-se nesse estudo a vinculação com o debate social, visto que o cuidado será abordado a partir da perspectiva das relações sociais que envolvem a ação de cuidar e/ou exercer o cuidado. Para isso, localizar sobre qual perspectiva será abordada a questão do cuidado, faz parte deste estudo, pois se trata de direcionar o debate do cuidado para novos patamares, na sua correlação com as dimensões social, econômica e política.

O cuidado se estabelece dentro das relações sociais, a partir da ótica dos cuidados desenvolvidos no âmbito familiar, como prática de responsabilidade da família, no exercício de apoio aos que necessitam, como algo relativo às próprias relações sociais (CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017). Refletir sobre a história do cuidado é direcionar-se para sua mediação com o âmbito familiar; por conseguinte, este debate se limitava a pensar apenas os vínculos de cuidado geracionais: os pais cuidam de filhos, por sua vez os filhos também realizam o cuidado quando os pais forem incapazes de exercer sua autogestão – os idosos. Dessa forma, elencar as perspectivas que possam ser traçadas para se pensar o cuidado, remete-nos a distinguir de alguma forma os saberes, no campo das relações subjetivas, de parentesco, ou daquelas relações que se estabelecem no mercado, no ato de cuidar profissionalizado. Recorre-se ao estabelecimento do cuidado filosófico para o cuidado em saúde, em que o primeiro orienta-se para responder às necessidades básicas, geracionais, e próprias da reprodução social, enquanto a outra se orienta na construção de saberes tecnológicos, apoiados em conhecimentos científicos (CONTATORE, 2017).

O sentido para o conceito de cuidado atravessa as discussões sobre o *care*, em um contexto globalizado, dado que como explicitado anteriormente, o cuidado/*care* é perpassado pelas relações sociais, impossível de ser analisado somente na realidade particular de um país. Para fundamentar este debate recorreremos à Hirata e Guimarães (2012, p. 1):

Cuidado, solicitude, atenção ao outro, todas essas palavras ou expressões são traduções aproximadas do termo inglês *care*. O *care* é dificilmente traduzível porque polissêmico. Cuidar do outro, preocupar-se, estar atento às suas necessidades, todos esses diferentes significados, relacionados tanto à atitude quanto à ação, estão presentes na definição do *care*. Este, ademais, pode ser considerado simultaneamente enquanto prática e enquanto atitude, ou disposição moral.

A polissemia do termo *care*, como apontado, configura o cenário em que cada área de conhecimento formula seu significado e dessa forma enfatiza ou não a necessidade de debater sobre o *care*/cuidado. Portanto, a polissemia caracteriza o processo de esquecimento dentro dos debates, principalmente econômicos, pois acarreta ao lado mais “subjetivo” dos indivíduos; conseqüentemente, responsabilidade própria dos núcleos familiares. Deste modo, diversas estratégias serão pensadas, conforme a área de conhecimento, para responder às demandas colocadas pela questão do cuidado, considerando também o contexto histórico.

Ressalta-se o cenário emergente da questão dos cuidados, dada a situação excepcional de uma pandemia, assolando simultaneamente muitas pessoas pelo mundo, além disso, o contexto de disseminação progressiva do vírus. Pontuar que o quadro clínico resultante da contaminação pelo vírus da COVID-19 estabeleceu dinâmica específica nas relações de cuidado, entre o enfermo e o cuidador, dado que a infecção pelo vírus requisita o isolamento social, pois a transmissão da doença que pode ocorrer em contato direto com o portador do vírus ou através de superfícies/objetos utilizados pela pessoa infectada. Excepcionalmente, esta situação causada pelo vírus da COVID-19, exigiu isolamento social, em razão de se tratar de um vírus respiratório, com maior suscetibilidade (BRASIL, 2021). A conformação deste novo quadro, também alterou os sistemas de saúde em geral, visto que a transmissão da COVID-19 deveria ser contida através de processos ágeis e eficientes de contenção, algo que não previa-se implementação, isto é, Planos de Contingência estruturados pelo Estado.

A exigência por novas dinâmicas de cuidados emergiu no contexto da pandemia, porém explicita-se aqui, o cenário crescente de relações de cuidados, em diferentes âmbitos e com diferentes indivíduos. Diante do exposto, situarmos as relações que se estabelecem é de suma importância, com o objetivo de elencar os diferentes sujeitos envolvidos na dinâmica do cuidado, como por exemplo os papéis assumidos nas dimensões do cuidado. Quando se trata do cuidado, exige-se um movimento relacional, que engloba o indivíduo cuidado e o cuidador. Portanto, pensar nas relações que se estabelecem quando abordamos o cuidado, é dimensionar,

também, as necessidades que são atravessadas por esta ação.

Tendo em vista, as relações sociais que se fortalecem no debate sobre o cuidado, situa-se que diferentes esferas que conformam-se para garantir o cuidado à quem necessita. Segundo Grah (2018, p. 69):

[...] a categoria cuidado é crucial para entender as transformações que vem acontecendo nas políticas sociais e mais amplamente nos Estados de Bem-estar, tendo como pano de fundo os processos sociais, econômicos e políticos como elementos que configuram o cuidado como atividade. Nesse sentido, o conceito de *social care* trata o cuidado como uma atividade e um conjunto de relações situadas no limiar entre Estado, mercado e família.

Por conseguinte, situar o cuidado nesta relação estabelecida entre o Estado, mercado e família configura a perspectiva que se estabelece neste estudo, pois entende-se que o cuidado emana diferentes dimensões, seja o cuidado enquanto reprodução social, o cuidado intrínseco ao trabalho doméstico, o cuidado como prática social, além do campo da ética do cuidado. Explicitar que o cuidado está declarado na Constituição Federal de 1988 como direito, que deve ser possibilitado através de responsabilidade compartilhada entre a tríade indivíduo, família e Estado com o objetivo de atender às pessoas, garantindo saúde e bem-estar para a sociedade (GRAH, 2018).

Nesta dinâmica que será abordada, existem papéis sociais fundamentados, além das relações de profissionais inseridos nesta intervenção, que em geral encontra-se vinculada com os três setores da Seguridade Social, as quais são: Saúde, Previdência Social e Assistência Social. No conjunto de políticas sociais que visam a garantia de assistência à população, é preciso localizar a categoria profissional que se insere nessas relações, como o Serviço Social, profissão que intervém nas relações sociais, na viabilização dos direitos. O Serviço Social atua como partícipe da reprodução das contraditórias relações sociais (REDON; CAMPOS, 2020), e desempenha papel fundamental na orientação, dado a severidade do encargo sobre as famílias na provisão de cuidados.

Evidencia-se, então, o caráter subjetivo e material da questão dos cuidados, além do aspecto cultural que deve ter como parâmetro, a atenção ao outro. Da mesma forma que orienta o cuidado como o cerne da humanidade.

Identificamos que não existe apenas uma forma de cuidado, e que ele não é exclusivo do campo da saúde, pois abrange relações sociais e culturais em suas efetivações. É preciso, então, colocar o cuidado em saúde apenas como parte das ações necessárias para atenção às demandas dos sujeitos, de forma que sejam tiradas da invisibilidade as necessidades interpessoais que

o cuidado de senso comum alcança e a clínica biomédica tradicional não contempla. Nessa reorientação dos cuidados, o imaginário sobre o cuidar, a solidariedade em torno dos cuidados e a disponibilidade para estar com o outro, tornam-se, igualmente, constitutivos das ações de manutenção da vida. (CONTATORE; MALFITANO.; BARROS, 2017, p. 560).

Deste modo, a partir da compreensão das dimensões do cuidado, pontua-se três faces do cuidado que orientam as discussões no campo social, pois demonstram o cuidado como forma de trabalho, o cuidado como marco normativo de obrigação e responsabilidade e o cuidado envolvendo custos emocionais e financeiros. Estas três dimensões expõem as problemáticas que abarcam o cuidado, além da tendência de as políticas sociais referenciar a família como responsável pelos seus dependentes, sem problematizar ou levar em conta as condições das famílias para cumprir com esse cuidado. Portanto, no próximo subitem será elencada a construção histórica da vinculação entre família e cuidado, direcionado a responsabilização para a família, sem considerar as condições materiais objetivas dos núcleos familiares.

2.1 O CUIDADO E A VINCULAÇÃO COM A FAMÍLIA

Analisa-se sobre as atividades presentes na vida cotidiana, dentre elas o ato de cuidar que é parte inerente dos processos naturais da vida, tendo como base a questão biológica e a reprodução social, em que biologicamente homens e mulheres se relacionam e conseqüentemente reproduzem-se, construindo papéis socialmente instituídos. A associação de biologicamente existir a necessidade de vínculo materno, para suprir as necessidades do bebê (amamentação), projeta a questão do cuidado sob a responsabilidade da mulher, enquanto o homem se torna responsável por garantir as condições materiais para seu núcleo familiar. Se estabelece uma compreensão dos papéis sociais, assim como, se compreende que historicamente eles são distintos entre o gênero feminino e o masculino, a partir da relação biológica sobre estas funções desempenhadas. Configurou-se, então, papéis socialmente assumidos por homens e mulheres, em que designavam as funções de cada indivíduo. Para complementar sobre os papéis sociais historicamente concebidos citamos o estudo de Krmpotic e Ieso (2010, p. 97):

La construcción e interiorización de modelos masculinos y femeninos, en los cuales parece inscribirse la distribución de los cuidados y responsabilidades, se nutre de valores y símbolos que no dejan lugar a dudas: el dolor está simbólicamente integrado al género femenino, desde la maldición bíblica, como necesario en el parto, hasta las históricas habilidades femeninas: el

gobierno del hogar y el cuidado de los hijos. Al varón le queda reservada la transformación de la naturaleza a través del trabajo, y proporcionar cuidados basados en el sustento material de la familia.

Nestes termos, engendram-se configurações sobre os papéis sociais, em que se atribuem atividades, responsabilidades e ações que a sociedade entende que aquele indivíduo deva exercer, em determinados moldes. Essas atribuições são compreendidas como normas instituídas pela sociedade, condicionando as ações dos indivíduos, conforme expectativa criada sobre os papéis sociais. Importante entender essas atribuições, dentro das relações sociais e econômicas, na sua mediação com a divisão sexual do trabalho. Apesar deste cenário engendrado sobre as formas de relacionar e funções destinadas a homens e mulheres, as transformações sociais moldam novas formas de sociabilidade, com mudanças estruturais, econômicas e sociais em relação à divisão sexual do trabalho.

Deste modo, cabe pensar que o ato de cuidar está presente no debate sobre os papéis sociais e não se trata de um tema contemporâneo, mas imbricado nas relações sociais vigentes desde o início da humanidade, portanto o cuidado fez-se presente historicamente, apesar de demonstrar-se em diferentes sociedades e diferentes contextos (GRAH, 2018). A vista disso, além da relação entre o cuidado e os processos naturais de vida, é importante situar o vínculo que se conforma entre os cuidados e a saúde, isto é, a respeito dos cuidados em saúde.

Os ciclos vitais são constituídos pelo nascimento e a morte, nos quais, são duas fases da vida que requisitam igualmente atenção, o que pode-se compreender como a ação de cuidar e/ou receber cuidado. A fase de nascimento configura-se como um dos momentos em que um ser humano é exclusivamente dependente de outro, para todas as necessidades básicas. Assim como, em outro extremo temos a fase de morte, que pode-se entender como o processo de envelhecimento, em que criam-se necessidades igualmente de dependência com o outro. Situar que historicamente o cuidado é vinculado às situações de dependência, reforça o apontamento do cuidado apenas para situações em que o indivíduo não mantém sua auto sobrevivência, porém orientamos nosso estudo para o cuidado além da situação de dependência. Como apontado pelo Relatório Pesquisa Sem Parar (SEMPRE VIVA ORGANIZAÇÃO FEMINISTA, 2021, p. 30):

A necessidade de cuidado costuma ser mais visível quando as pessoas vivem alguma situação de dependência, seja relacionada com a idade - por exemplo nos primeiros anos de vida ou idosos de idade avançada - seja relacionada com condições de saúde. Mas os estudos feministas indicam

que os seres humanos são interdependentes, e mesmo as pessoas adultas precisam de cuidado, considerando inclusive as tarefas que compõem o trabalho doméstico parte do cuidado.

Assim, com a vinculação do cuidado à dependência, buscou-se respostas para realizar o ato de cuidar, para alterar os quadros de dependência, relacionado com a questão do adoecer. Em conjunto com o desenvolvimento de tecnologias, a ciência direciona seus avanços para responder às necessidades humanas; por conseguinte, vinculou-se o cuidado com o âmbito da saúde. Essa relação estabelece o cuidado no sentido do adoecimento, este que o sujeito encontra-se impossibilitado de sua autonomia, devido a um agravo de saúde – a doença. Assim, como explicitado sobre as fases da vida – nascimento e morte –, contextos em que determinado indivíduo torna-se dependente de outrem, da mesma forma que em processos de adoecimento. Neste processo relacional entre cuidado e saúde, as ciências da saúde expandiram seu debate sobre o cuidado, vinculando o cuidado a práticas tecnicizadas e de propriedade de equipe especializada. De acordo com Contatore (2017, p. 554):

Ações especializadas de cuidados empreendidas no campo da saúde têm sido mais atentamente discutidas e crescem como área de pesquisa. Com mais ênfase àquelas pertencentes ao modelo biomédico, em que o ato de cuidar prioritariamente passa a ter o sentido de diagnosticar, tratar e prevenir a doença, e tem como base o conhecimento desenvolvido no campo técnico-científico.

Desta forma, o cuidar adquire sentido de tratar, expandindo suas características, em que inicialmente, o valor de cuidar encontrava-se restrito ao espaço privado, doméstico, particular. Porém, conjuntamente, desenvolve-se características sobre o cuidar no aspecto da medicina. O panorama a respeito do cuidado, orienta-se sob duas perspectivas: i) na sua relação naturalizada com o âmbito familiar, particularmente com as atividades realizadas pelas mulheres; e ii) a partir da condição estabelecida entre cuidar - curar, com base no modelo biomédico. Logo, analisar a esfera do cuidado exige reconhecer as dinâmicas sociais estabelecidas, dado a impossibilidade de desvincular as relações sociais, econômicas e políticas. A importância de elencar a vinculação entre as relações sociais e econômicas na questão sobre o cuidado, reside em:

a) entender sobre o mercado de trabalho, no setor da provisão de cuidados, que é ocupado, majoritariamente, por mulheres. Conforme Andrade, Monteiro e Rodrigues (2022) é importante analisar a partir das relações de gênero, pois permite-se compreender as formas de

organização do mundo do trabalho, em que ocorre a valorização do trabalho masculino em detrimento do trabalho realizado pelas mulheres. Portanto, para analisar a questão do cuidado é necessário situar os contextos que atravessam, como: o mercado de trabalho, a divisão sexual do trabalho, a teoria da reprodução social;

b) compreender a totalidade da realidade social requer a capacidade de dimensionar as relações que se estabelecem na sociedade. Deste modo, distanciar as questões referente à provisão de cuidados dos processos de produção, inviabiliza a discussão das atividades que proporcionam o desenvolvimento econômico da sociedade.

O contexto de desenvolvimento tecnológico alicerçado nas transformações das relações produtivas manifesta suas consequências no seio das situações familiares, dado a alteração significativa no modo de se relacionar (CONTATORE, 2017). Reconhecer que o mercado de trabalho absorveu o quadro de pessoas que realizavam a atuação do cuidado, é notar o caminho que se desenha para a esfera de suprimento das necessidades básicas da humanidade, o cuidar. Esse movimento ocorreu a partir da perspectiva da economia feminista, em que segundo Carrasco (2008, p. 31):

Durante o século XIX, a chamada primeira onda do feminismo centrou-se sobretudo na demanda de direitos para as mulheres, o que na economia se converteu basicamente em reivindicações de direitos das mulheres a ter um emprego e em intensos debates pela igualdade de trabalho e de salário entre mulheres e homens.

O movimento feminista, deste modo, expandiu a busca pela inserção das mulheres no mercado de trabalho, no intuito de garantir o acesso aos direitos. Porém, trazer ressalvas a este movimento se faz necessário, visto que as condições materiais naquele contexto – Revolução Industrial –, exigiam maior remuneração para as famílias. A extração de mais-valia (MARX, 1998) no processo de produção de mercadoria, configurava condição específica do desenvolvimento industrial, em que se dimensiona a produção em massa de produtos, através da compra de mão de obra dos trabalhadores. Porém, a venda da força de trabalho não proporcionou as condições materiais necessárias à reprodução social, dado que o valor pago pelo trabalho não possibilita a sustentação da vida, somente por meio da remuneração do homem, que se encontra alocado no mercado de trabalho. Neste contexto, pode-se analisar o processo de divisão sexual do trabalho, como abordado Grecco (2018, p.

73),

A divisão sexual do trabalho é, assim, a expressão da base material das relações sociais de gênero. Com base nisso, a divisão sexual do trabalho está ancorada em dois princípios. O princípio de separação, no qual, haveria trabalhos convencionalmente femininos e masculinos, e o princípio de hierarquia, no qual os trabalhos masculinos teriam maior valor e prestígio do que os femininos.

A divisão sexual do trabalho estabelece papéis específicos para cada indivíduo na sociedade, seja para homens ou mulheres, com a fundamentação nos princípios de separação e hierarquia. Estes princípios amparam-se na estrutura em que homens são designados para a esfera da produção, enquanto as mulheres são designadas para a esfera da reprodução, e declara que em processo de hierarquia a esfera da reprodução está abaixo da produção (ANDRADE; MONTEIRO; RODRIGUES, 2022). Com base nessa divisão de espaços – produção e reprodução –, vale pontuar quais as atividades que envolvem a esfera da reprodução, tendo em vista que historicamente ela é inferiorizada. Porém temos como perspectiva que as atividades de reprodução social são vitais para a possibilidade de vida na sociedade, devendo ser ampliado seu debate nas teorias sociais e econômicas. Tanto as atividades que congregam a esfera da produção quanto da reprodução devem ser analisadas sob o prisma do trabalho, visto que as duas esferas agrupam atividades para possibilitar a continuidade da vida humana. Explicitar a perspectiva que se tem sobre o trabalho, resulta em ampliar o campo de debate sobre as históricas funções sociais. Em relação ao trabalho, temos como base, pensar para além das relações monetárias e de mercado, pois o trabalho deve ser visto sob a capacidade de responder às demandas humanas.

Assim, a concepção de trabalho diferencia-se e não se confunde com a de postos de trabalho - para o capital, emprego – porque o trabalho é criação. É motor de civilização e fonte de realização das potencialidades da natureza social do homem que ao criar o trabalho é recriado e modificado pela atividade a que deu vida. (GRANEMANN, 2009, p. 6).

Elucidar a concepção sobre trabalho torna-se indispensável, devido à tendência de desvalorização do trabalho da reprodução social. Além disso, é importante situar que a esfera da produção e a esfera da reprodução são indissociáveis. Os trabalhos realizados na esfera da reprodução são necessários para os trabalhos realizados na esfera da produção, assim como, movimento contrário é legítimo. Ressalta-se que: “O trabalho reprodutivo tem um grande significado para o

bem-estar do ser humano. Porém como não tem caráter mercantil, é ignorado pelas ciências econômicas e desvalorizado pela sociedade, que dele depende para se reproduzir” (MELO; CASTILHO, 2009, p. 137).

O processo de dissociação entre estas esferas deve-se à forma como a teoria neoclássica apresenta a figura do homem, o qual, é autônomo, sem estabelecer dependência com nenhum outrem, assim como não se responsabiliza pelo outro, atuando com independência nos mercados (CARRASCO, 2008). Este processo de separar economia monetária de economia não monetária, realça o caráter das relações no sistema capitalista, em que as relações sociais são transformadas em relações essencialmente econômicas (GRANEMANN, 2009). Por conseguinte, elucidar que ao realizar uma análise econômica sem considerar as esferas da reprodução social, ocasiona na fragmentação da realidade social, em que as esferas de produção e reprodução, dialeticamente, complementam-se. Portanto, refletir sobre as dimensões da vida social, econômica e política, exige reconhecer elementos fundamentais da sociabilidade humana, em que existem trabalhos desempenhados por homens e mulheres, igualmente necessários para o desenvolvimento da humanidade (MELO; CASTILHO, 2009).

As relações de produção ganham ênfase nas teorias sociais e econômicas, devido às relações que se estabelecem de venda de força de trabalho (trabalhador) e a compra de força de trabalho (detentor dos meios de produção). Visto que, em geral, as relações de produção têm como objetivo produzir mercadorias para venda no mercado; conseqüentemente, a valorização desta atividade se explica ao produzir valor, isto é, a mercadoria, e vender esta mercadoria no mercado, possibilitando o ganho do lucro. Em contrapartida, as relações de reprodução social não apresentam destaque nas teorias econômicas, devido ao seu caráter não econômico, isto é, relações sociais que se estabelecem, porém não produzem diretamente mercadorias, e por conseguinte, não explicita a garantia de lucro nas relações (FONTES, 2017).

Para compreender este caráter não econômico das relações de reprodução social deve-se situar as atividades que se desenvolvem, como a realização do trabalho doméstico e de cuidados. O trabalho doméstico diz respeito às atividades não lucrativas, desempenhadas no âmbito residencial, que envolvem o lar, ou seja, atividades como limpar, cozinhar, organizar, garantir a vida cotidiana dos núcleos familiares. Grecco (2018, p. 75) pontua que:

[...] o trabalho doméstico estaria situado em um âmbito não capitalista e seria, portanto, incapaz de extrair mais-valia. No entanto, ainda que por meio do

trabalho assalariado, o trabalho doméstico atuaria de forma não capitalista em formações sociais dominadas pelo modo de produção capitalista. Nessas formações capitalistas, a família auxiliaria na reprodução ampliada do capital.

Complementando a caracterização das atividades pertinentes ao trabalho doméstico, entende-se que:

[...] tais tarefas: arrumar ou limpar toda a parte da moradia; cozinhar ou preparar alimentos, passar roupa, lavar roupa ou louça, utilizando ou não aparelhos eletrodomésticos para executar essas tarefas para si ou para outro(s) morador(es); orientar ou dirigir trabalhadores domésticos na execução das tarefas domésticas; cuidar de filhos ou menores moradores. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

Neste sentido, reforça a concepção que o trabalho doméstico congrega diferentes atividades, que são primordiais para a vida de qualquer indivíduo, porém, historicamente, inviabilizadas. As teorias sociais e econômicas apontam que a esfera econômica não contempla o trabalho doméstico, porém os avanços dos estudos, principalmente feministas, direcionam o debate para novos patamares, estabelecendo a relação da produção de capital com o desempenho das atividades domésticas. Sendo assim, novos estudos são realizados e aponta-se para a contribuição no campo econômico das atividades domésticas, e explicita-se os nexos capitalistas dos trabalhos domésticos e de cuidados (GRECCO, 2018).

No que diz respeito ao trabalho de cuidados, é importante estabelecer ao mesmo tempo as diferenciações e as semelhanças entre as atividades domésticas e de cuidados, dado que ocorre a "homogeneização" destas atividades, como sendo apenas uma. Em relação ao trabalho de cuidados, as atribuições a essa atividade são voltadas para a atenção ao outro, na provisão dos cuidados, atendendo as necessidades cotidianas. Comumente, relaciona-se o trabalho de cuidados com o atendimento a idosos, pois volta-se a perspectiva da dependência, em que os idosos precisam estar acompanhados devido às incapacidades adquiridas. Entende-se que o trabalho de cuidados "[...] é considerado relacional, com dispêndio de atenção, solicitude e atendimento às necessidades humanas e perpetuação da vida." (ANDRADE; MONTEIRO; RODRIGUES, 2022, p. 78). A relação do trabalho de cuidados com o atendimento a pessoas idosas aponta o debate sob diferentes perspectivas, pois assim como não se reconhece amplamente a atividade de cuidados como um trabalho, na mesma medida, que ao reconhecer enfrenta a desvalorização deste trabalho (FEDERICI, 2015). Em pesquisa comparativa em três países diferentes (Brasil, França e Japão), Hirata (2016) constatou que o trabalho de cuidados remete

à uma profissão pouco valorizada, com salários relativamente baixos e pouco reconhecimento social. Sendo assim, pontuar quais elementos constituem o trabalho doméstico e de cuidados faz parte do processo de repensar sobre a valorização da esfera da reprodução, pois torna-se fundamental para o desenvolvimento da sociedade, possibilitando o avanço da esfera produtiva. Portanto, acredita-se no movimento de valorizar quem realiza o ato de cuidar, pois possibilita a vida humana.

Carrasco (2008, p. 96) afirma que: “Centrar o objetivo na vida humana significa dar visibilidade, valor e reconhecimento ao trabalho de cuidados, recuperar uma experiência feminina sem a qual não seriam possíveis nem a vida nem o mercado”.

Dessa forma, o surgimento do mercado de trabalho industrial absorveu, a priori, a força de trabalho masculina, enquanto se mantinham as concepções de cuidado restritas ao particular, isto é, desenvolvidas de forma "invisível" pelas mulheres, o trabalho de cuidados e trabalhos domésticos. Este cenário configura um tipo de sociedade, com suas dimensões de funcionamento, com suas contradições, processos de exploração, igualmente ao que ocorre nos dias atuais, mas com especificidades devido ao contexto histórico. Em contrapartida, alteram-se as relações sociais estabelecidas, acentuam-se as expressões da questão social, o movimento feminista busca garantir o direito às mulheres, avanços tecnológicos reforçam a atenção à saúde da população – sob aspectos de vigilância sanitária principalmente. A partir disso, criam-se condições para mudança estrutural das necessidades da população, tendo em vista acontecimentos históricos que potencializam a necessidade do cuidado como: o envelhecimento populacional, a transição epidemiológica, o crescimento de doenças crônicas; do mesmo modo, que a inserção massificada das mulheres no mercado de trabalho colaboram para explicitar a problemática do cuidado (GRAH, 2018).

Os processos históricos explicitam as problemáticas que atravessam a esfera do cuidado, tendo em vista as mudanças significativas nas relações sociais e econômicas, ênfase deve ser dada à questão da inserção das mulheres massivamente no mercado de trabalho, em contraposição ao processo emergente de demandas de cuidados. Significativamente elucidativa no seu trabalho, Carrasco (1999) desvela os temas que perpassam a problemática do cuidado como: o trabalho doméstico; os diferentes aspectos da participação e desenvolvimento da participação das mulheres no trabalho; as políticas econômicas e seus efeitos diferenciados por sexo; os problemas de gênero e desenvolvimento; a invisibilidade das mulheres nos modelos macroeconômicos; e desenvolvimento de novos enfoques que permitam a

análise global da sociedade. Cada ponto demonstra sua potencialidade para tratar sobre a questão que se coloca para os cuidados, porém terá ênfase neste trabalho dois pontos que acredita-se ser crucial para compreender as problemáticas do cuidado. Em primeiro, ao traçar o perfil de quem realiza o cuidado – e o trabalho doméstico –, verifica a predominância das mulheres nestas atividades, por conseguinte, invisibiliza tais ações, por ser realizada por mulheres e encontrar-se no âmbito privado/doméstico/particular. Portanto, o esquecimento deste trabalho acarreta na impossibilidade de analisar concretamente a realidade. Carrasco (1999, p. 4) pontua sobre as análises dicotômicas, ao explicitar que:

A produção orientada ao mercado vem sendo separada da produção doméstica destinada ao autoconsumo familiar, processo que se consolida posteriormente com a implantação generalizada do capitalismo. Essa situação ajuda para que suas análises se centrem na produção capitalista e seu instrumental analítico e conceptual tome como referência exclusivamente este tipo de produção. Assim começa uma tradição que ignora a divisão sexual do trabalho e oculta o trabalho familiar doméstico e sua articulação com a reprodução do sistema capitalista. Inicia-se uma perspectiva das análises dicotômicas: o público e o privado, a razão e o sentimento, o trabalho mercantil e o trabalho doméstico, a empresa e a família.

Esta situação, anunciada por Carrasco (1999), constrói a legitimação do “socialmente aceito” que configura a mulher como responsável pelas atividades domésticas e de cuidados, ao mesmo tempo, que ao buscar amparo nas políticas públicas, tem-se o processo de familismo. A configuração das políticas sociais leva em consideração, como elemento central, a participação da família no processo de responder às demandas sociais. Assim como, Grah (2018, p. 44) aponta que:

Na medida em que se naturaliza que a família é a principal provedora de bem-estar, há a tendência em se eleger determinado tipo de família, onde os sujeitos apresentam papéis definidos, cabendo à mulher a execução das atividades referentes ao trabalho doméstico e ao cuidado de seus membros.

Com o aprofundamento das condições materiais da população, em conjunto com políticas austeras, as soluções propostas pelo Estado voltam-se à refilantropização, acentuando o papel da família como a fonte de proteção social, sem considerar as alterações significativas nos modos de vida. As políticas sociais têm como objeto a proteção social da sociedade, porém a estrutura das políticas sociais desconsidera os diferentes arranjos de família. Perpetua-se a perspectiva de um modelo específico de família – pai, mãe e filhos –, sem renovar o olhar sobre as novas dinâmicas sociais. Deste modo, evidenciar que o conceito de família deve ser

analisado sob diferentes concepções, assim como, refletir sobre a atribuição moral do cuidado às famílias.

A partir do contexto histórico apontado no início desta seção, conforma-se uma questão colocada para sociedade como um todo: quem se responsabilizará pelo trabalho de cuidados? Tendo em vista, todas as alterações nas relações sociais vigentes, além do esforço das políticas sociais recuar sua participação na provisão de bem-estar da população. Dado que o trabalho de cuidados se mantém, exclusivamente, vinculado às mulheres, atribui-se a responsabilidade moral das mulheres exercerem esta atividade. Porém, evidencia-se que as condições materiais concretas para exercer o cuidado não estão amplamente solidificadas, seja juridicamente, culturalmente ou socialmente. Portanto, focar o trabalho de cuidados somente na atuação das mulheres representa no esgotamento da possibilidade de vida, visto que exige-se a atuação das mulheres em muitas esferas da vida. Dessa forma, a problemática dos cuidados ganha ênfase, pois quem comumente realiza os cuidados está inserida em outras esferas da sociabilidade humana (mercado de trabalho) e a invisibilização do cuidado nas políticas sociais impossibilita respostas concretas para as demandas dos cuidados.

Portanto, entende-se que o debate sobre o cuidado ganha evidência nos últimos tempos, devido a configuração que congrega no que se conceitua “crise de cuidados”. Com base em Orozco (2012, p. 53), entende-se que a crise de cuidados é

[...] o complexo processo de desestabilização de um modelo prévio de divisão de responsabilidades sobre cuidados e sobre a sustentabilidade da vida, o qual acarreta em uma redistribuição e reorganização do trabalho de cuidados.

A problemática atual – crise dos cuidados – tem como cerne a busca por respostas de quem vai repor o quadro deficitário de quem historicamente realiza os cuidados. Tendo em vista o agravamento das condições materiais da população, em específico das classes sociais inferiorizadas, em que as relações econômicas se sobressaem pela falta de amparo social no Estado. Além do agravamento das desigualdades sociais, pois os períodos de crise aumentam o desemprego, a pobreza, a violência, o sofrimento psíquico, acarretando no agravamento nas condições de saúde (GROISMAN; PASSOS 2019). Deste modo, a busca por respostas no campo dos cuidados visa a garantia de direitos da população, em específico quando relacionado com a saúde, campo de atuação de diferentes profissionais na questão do cuidado domiciliar.

O cuidado estabelece sua importância nos debates econômicos, políticos e sociais, dado que ele atravessa todas as relações na sociedade, além do fato que o Estado deve buscar respostas às questões sociais que emergem – novas ou recorrentes–, apesar do direcionamento do Estado se caracterizar pela diminuição de suas responsabilidades. Porém, como será abordado, buscam-se respostas ao atendimento à saúde no âmbito domiciliar, na esfera pública e privada, com problemáticas em maiores ou menores medidas às famílias.

3 RESPOSTAS AO PROBLEMA DO CUIDADO NO CAMPO DA SAÚDE

Partindo da histórica vinculação do tema do cuidado ao campo da saúde, abordar-se-á na presente seção, as estratégias fortalecidas na área da saúde para responder às demandas dos cuidados. Dada a relação que se estabelece, na transversalidade do termo cuidado, Cruz (2009, p. 8) aponta que para sua conformação nos debates “[...] tanto no campo do conhecimento, quanto no âmbito das práticas, o processo Saúde-Doença-Cuidado tem sido objeto de esforços no sentido de compreensão e formulação de modelos e formas de intervenção”. Portanto, são estabelecidas estratégias tanto públicas quanto privadas para formular serviços que atendam às necessidades colocadas no aspecto do cuidado em saúde.

Situar que trabalhar a questão do cuidado requer estabelecer conexões entre as diferentes áreas de conhecimento, como exposto anteriormente, devido às amplas dimensões que o conceito do cuidado abrange. Sendo assim, elucidar que o tema dos cuidados e neste caso direcionado para seu aspecto mais evidenciado, o seu vínculo com a saúde, requisita conhecimentos diversos. A amplitude de ações envolvidas na ação do cuidado, exige conhecimentos transversais.

Para uma abordagem eficiente da complexidade dos objetos e conceitos que constituem a Saúde-Doença-Cuidado, visando a uma efetiva transformação dos processos, fenômenos, eventos e questões que conformam o chamado setor saúde, novas estratégias de práxis social precisam ser criadas e implementadas de modo a viabilizar sínteses transdisciplinares dos objetos da complexidade - apesar de parciais e provisórias. (CRUZ, 2009, p. 10).

Deste modo, compreende-se a complexidade que compõe a questão dos cuidados, na sua relação com o processo Saúde-Doença-Cuidado. Importante refletir sobre o tema dos cuidados, a partir da perspectiva da saúde, dentro de um contexto social, econômico e político. Dado que as conformações da atuação na saúde e consequentemente nos cuidados, são atravessadas pelas ideologias e políticas abordadas em determinado contexto histórico. Sendo assim, para compreender os movimentos no campo da saúde que visam responder aos processos Saúde-Doença-Cuidado, é necessário realizar uma análise histórica, que implica reconhecer as alterações ideológicas no desenvolvimento da área da saúde. Assim como, os desdobramentos de compreender a saúde imbricada em diferentes dimensões da vida, requisitando respostas mais complexas do que apenas um olhar biologizado.

O desenvolvimento da sociedade requer transformações nas diferentes concepções que se estabelecem, dessa forma, quando se trata de elencar sobre o

processo histórico da saúde, exige pontuar o que motivou as transformações no modo de entender a saúde na vida das pessoas. Reforça-se os limites do recorte histórico abordado, visto que, utiliza-se como referência histórica o quadro conformado do atendimento à saúde no Brasil em meados de 1960. No período militar prevaleceu o âmbito financeiro, pois orientou-se para o crescente processo de mercantilização da saúde (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). O descomprometimento com a gestão da saúde da população, ocasionou a falta de correspondência entre as necessidades de saúde e os serviços oferecidos, em relação à saúde pública neste período (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 361):

A saúde pública, relegada a segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia. A carência de recursos – que não chegavam a 2% do PIB – colabora com o quadro de penúria e decadência, com graves consequências para a saúde da população.

Dada a indissociação das questões econômicas, políticas e sociais, o contexto político do Brasil na década de 1960 refletiu na forma de gestão do Estado em relação aos serviços de atenção à saúde na realidade brasileira. Além do aspecto político, a área da medicina no Brasil, importava os seus conhecimentos de atuação profissional, apesar de não corresponderem à realidade brasileira, pois, voltavam-se a atenção para a especialização, para a sofisticação tecnológica e para as últimas descobertas da indústria farmacêutica (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). O descompasso entre os serviços prestados e as necessidades da população reforçou as necessidades de mudança – ênfase para os aspectos políticos –, reorganizando a forma como se atende à saúde da população, tendo como marco o Movimento da Reforma Sanitária. Como base teórica o Movimento da Reforma Sanitária, ancorou-se na incorporação das ciências sociais para refletir sobre a condição de saúde dos sujeitos, reorganizando a atuação no campo médico. Repensar as formas de observar o objeto de atuação do campo da saúde, exigiu novos conhecimentos, inserindo as ciências sociais nas mediações sobre a saúde. Conforme Escorel, Nascimento e Edler (2005, p. 64), “A reformulação do objeto saúde; na perspectiva do materialismo histórico, e a construção da abordagem médico-social pretendia superar as visões biológica e ecológica do antigo preventivismo”; conseqüentemente, novas respostas foram solicitadas na área da saúde.

A partir da reorganização no modo de pensar a saúde, novas áreas de conhecimento ganharam destaque como é o caso da Saúde Coletiva, área de

conhecimento reconhecida devido à construção da sua importância. Enfatizar a especificidade da construção da Saúde Coletiva no Brasil significa compreender as situações específicas do país. Pode-se compreender a Saúde Coletiva como uma construção coletiva.

[...] Seria uma construção que pode ser caracterizada como brasileira, por sua peculiaridade em entrelaçar o campo científico com a política pela redemocratização do Estado durante a ditadura militar culminando na integração entre a Reforma Sanitária e a Reforma da Medicina, com base no princípio da integralidade em saúde, incorporado pela característica da utilização em sua construção de diversas disciplinas, mas em especial das Ciências Sociais e Humanas e da Filosofia. (SILVA; SCHRAIBER; MOTA, 2019, p.2).

Deste modo, a construção de novas áreas de conhecimentos tem como objetivo responder às novas relações sociais que se conformam na sociedade como um todo, além da particularidade da realidade brasileira. Ao refletir sobre a constituição dos modelos de atenção à saúde, deve ser levado em consideração a realidade demográfica, econômica, social e política da população, tendo em vista que o Brasil apresenta situações diversas dependendo da localidade. Neste sentido, elencar que os modelos de atenção à saúde devem compreender a complexidade que se apresenta na formulação, pactuação e deliberação das decisões para a saúde da população, possibilitando a efetividade dos cuidados em saúde.

Sobre os modelos de atenção à saúde, Gil e Maeda (2013, p. 3) indicam que:

[...] são combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento das necessidades de saúde da população, sejam elas individuais ou coletivas. Os modelos podem ser concebidos por meio de normas, padrões e referências para o campo técnico-científico, para orientar escolhas técnicas, decisões políticas e financiamentos. Concisamente, são as formas de organização tecnológica do processo de prestação de serviços de saúde que resultam no estabelecimento de intermediações entre o técnico e o político.

Nestes termos, o debate centrou-se em elencar as alternativas propostas para responder às necessidades de saúde da população brasileira, em específico as formulações de modelos de atenção à saúde. Analisar estes modelos e seus resultados, benéficos ou não, para a população como um todo demonstra-se importante tendo em vista que sua manutenção e implementação depende das efetivas respostas que possibilita.

No contexto brasileiro, as formulações de propostas ao atendimento à saúde têm base nas diretrizes do SUS, sistema criado a partir da mobilização do Movimento

da Reforma Sanitária e consolidado na Constituição Federal de 1988, que define o dever do Estado de garantir saúde à toda população brasileira. A partir do SUS, foram estruturados elementos com o objetivo de garantir a execução dos atendimentos às necessidades de saúde da população. Elucida-se a implementação de estratégias para efetivar a atuação do SUS, em específico a formulação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) que propõe sua estruturação objetivando superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde (BRASIL, 2010).

Para fins de compreensão conceitual, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), “A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistema de apoio, técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” Desta maneira, a estruturação das RAS visa atender de forma integral o cuidado aos sujeitos, e conforme estabelecido neste trabalho, diferentes dimensões atravessam o tema do cuidado, sendo necessário avaliação dos diversos campos de conhecimento para abarcar a totalidade das demandas que se apresentam.

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com *provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada*, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência economia (BRASIL, 2010, grifo nosso).

O enfoque dado aos aspectos humanizadores da atuação realizada a partir da RAS colabora para a perspectiva que aqui se estabelece, em relação à provisão de cuidados e sua relação com a saúde. Sendo assim, será abordado um serviço específico que é vinculado à RAS no atendimento de necessidades de saúde, o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). O SAD compõe os serviços prestados por meio do SUS para a população brasileira, e deve elucidar as requisições que se estabelecem para os profissionais atuantes nesse serviço, particularmente o profissional de Serviço Social, considerado profissional da saúde, responsável por realizar as articulações necessárias, na viabilização do atendimento e garantia dos direitos da população atendida. Portanto, em seguida será abordada a conformação do SAD, dentro do que prevê a proposta ministerial desde 2011 com o denominado Programa Melhor em Casa como resposta às demandas emergentes da população em relação ao cuidado, nas novas configurações demográficas, sociais, políticas e econômicas.

3.1 OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA DE ATENDIMENTO NA ÁREA DA SAÚDE

Historicamente, o cuidado à saúde é associado ao atendimento que se realiza em determinadas instituições, como hospitais, clínicas ou Centros de Saúde (CS), visando atender as dimensões do sujeito, oportunizando a atenção à saúde na sua integralidade. Com o decorrer dos anos, as concepções no campo da saúde se alteraram, ocasionando novas interrogações sobre como desenvolver o cuidado e garantir de forma plena o atendimento à saúde daqueles que necessitam, já que esta pressupõe a intervenção de diferentes áreas de conhecimento a partir do trabalho em equipe multiprofissional.

O atendimento à saúde engloba diferentes áreas com o objetivo de responder às demandas da população, dado que os quadros de saúde da população brasileira sofreram alterações e podem se relacionar com as mudanças dos diagnósticos clínicos e com as transformações das condições de vida. Neste sentido, propostas emergem com intuito de responder às necessidades populacionais, assim como responder às requisições institucionais (Estado) e como uma das respostas está a implementação dos SADs.

As transformações da sociedade orientam a construção de novas possibilidades de atendimento à saúde, dado que as estratégias na atenção à saúde, desenvolvidas até então, demonstram-se insuficientes frente às novas demandas. O contexto que incita transformações nas abordagens em saúde, transparece quando analisamos as mudanças na pirâmide etária da população, com aumento da população idosa, no conjunto das transformações nas relações sociais e de trabalho. Dessa forma, as alterações no perfil demográfico, em conjunto com a diminuição das doenças contagiosas e o aumento de ocorrência das doenças crônicas, reconfiguraram os modos de atenção à saúde (AMARAL *et al.*, 2001).

O perfil epidemiológico do Brasil na década de 1950 apontava para a necessidade de ações em saúde voltadas à prevenção.

[...] as doenças infecciosas e parasitárias (DIP), que representavam 45,7% do total de óbitos ocorridos no país, em 1930, representaram apenas 6,5% dos óbitos no ano de 1990. Enquanto isso, as doenças cardiovasculares (DCV), seguindo uma tendência inversa, aumentaram sua participação de 11,8% para 37,4% de todos os óbitos ocorridos no mesmo período. (BARRETO *et al.*, 1997, p. 47).

A prevalência de doenças cardiovasculares nas causas de óbito na população, explicita a magnitude das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), dado que elas apresentaram elevado grau de recorrência na sociedade, exigindo novas formas de intervenção da equipe de saúde (BRASIL, 2005). Existem estudos que associam o aumento de diagnósticos de DCNT com a qualidade de vida. As dimensões da vida englobam aspectos como: saúde, relações sociais, trabalho, estado psicológico, lazer e sua relação com o ambiente. Deste modo, refletir sobre a relação entre condições socioeconômicas e a situação clínica do sujeito é necessário, com o objetivo de abarcar de fato as necessidades colocadas para atuação no campo da saúde. Visto que, para possibilitar o acompanhamento do quadro de saúde do sujeito é preciso verificar as diferentes dimensões que atravessam a sua vida, para pensarmos tanto no plano de tratamento como na adesão do sujeito no seu tratamento (SOUTO, 2020).

Para melhor compreensão, as doenças crônicas são definidas pela OMS como:

[...] doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e a diabetes mellitus. [...] inclui nesse rol aquelas doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, das famílias e da sociedade, tais como as desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas. Considera-se que todas elas requerem contínua atenção e esforços de um grande conjunto de equipamentos de políticas públicas e das pessoas em geral. (BRASIL, 2008, p. 13).

A partir do conceito de DCNT e com base nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2021) que apontam que 52% da população brasileira maior de 18 anos possui pelo menos uma doença crônica, compreende-se que metade da população requer acompanhamento contínuo do quadro de saúde. Elenca-se a questão das DCNT por apresentar relevância nos estudos de saúde mundial, tendo em vista que o crescimento do número de pessoas nessa condição resulta em necessidades específicas, dado as características destas doenças. A prevalência das DCNT nas causas de morte, exige o debate sobre estas questões na esfera da saúde pública.

Essas doenças caracterizam-se por ter uma etiologia múltipla, muitos fatores de risco (sendo os principais o uso de tabaco, consumo nocivo de álcool, alimentação não saudável e atividade física insuficiente), longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e também por associarem-se a deficiências e incapacidades funcionais. (MATO GROSSO DO SUL, 2022).

As características das DCNT configuram um cenário de incerteza para os

acometidos por estas doenças, tendo em vista, que ocasionam impactos além da condição de saúde, refletindo no convívio pessoal, social e profissional. Os acometidos por estas doenças enfrentam condições adversas no tratamento, pois são doenças que requerem cuidados contínuos e prolongados, com acompanhamento terapêutico e controle clínico (GRAH; SILVA; DAL PRÁ, 2015). É notável a carência, no setor da saúde, de estratégias concretas a partir da constituição de um novo perfil demográfico e epidemiológico. O cenário, que se conforma tanto no Brasil quanto no aspecto mundial, estabelece novas prioridades para o setor da saúde, visto que os modelos até então instituídos não correspondem às necessidades postas pela população. Neste sentido Rajão e Martins (2020, p. 1864) pontuam que:

Mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, tanto no Brasil, quanto no cenário internacional, fazem emergir a necessidade de adaptação do modelo de atenção em saúde, levando diversos países a pensar na Atenção Domiciliar (AD) como um ponto de cuidado estratégico para a atenção em saúde. O incremento da AD em diversos países segue, paralelamente, ao interesse dos sistemas de saúde no processo de desospitalização, racionalização do uso de leitos hospitalares, redução de custos e organização do cuidado centrado no paciente. A demanda por serviços de AD surge, assim, como mais um desafio para o sistema de saúde, contribuindo para a mudança no enfoque do cuidado e do ambiente no qual a assistência é prestada.

Neste sentido, com o aumento significativo de pessoas com DCNT, as exigências na assistência à saúde se alteram e forçam novas formas de atuação das políticas de saúde. Refletir sobre os fatores que desenham as novas demandas populacionais no setor da saúde torna-se imprescindível para compreender as transformações nos serviços oferecidos pelo Estado. Portanto, pensar no atendimento à saúde em ambiente domiciliar exige compreender o conceito de saúde estabelecido, assim como, verificar quais são as questões que atravessam o cuidado em ambiente domiciliar, ao analisar a dimensão social e econômica dos(as) pacientes e suas famílias. Desta maneira, a mudança de local do acompanhamento de saúde, do ambiente institucionalizado para o ambiente em domicílio é utilizado como uma alternativa.

As doenças crônicas exigem acompanhamento contínuo e fazem repensar o modelo de assistência à saúde – não somente, mas ressaltam a necessidade –, em geral, caracterizado por ser hospitalocêntrico, exercendo o cuidado em ambientes institucionalizados. As alterações do perfil de pacientes e conseqüentemente das doenças requer do sistema de saúde novas formas de atendimento, visando atender as necessidades da população usuária das políticas de saúde brasileira. As

demandas que surgem para o setor da saúde envolvem o acompanhamento fora da instituição, ou seja, devido aos quadros de pacientes crônicos em que não há evolução clínica da enfermidade em uma internação hospitalar, sendo necessário novos rearranjos da assistência à saúde. Como consequência das mudanças, ocorre o surgimento de novas modalidades de atendimento na saúde, com destaque para a atenção domiciliar no sistema de saúde.

Os SAD recebem destaque na área da saúde, tendo em vista que estes serviços oferecem vantagens como a redução dos custos dos atendimentos do(a) usuário(a)/paciente. Na defesa para implementação do SAD aponta-se prioritariamente para o benefício da gestão econômica deste paciente, apesar de reconhecer que analisar as situações indicadas para a AD, deve considerar outras dimensões. Elucida-se a necessidade de analisar as implicações da transferência do cuidado do ambiente institucionalizado para o ambiente domiciliar.

Apesar de certos avanços da AD no Brasil, esta modalidade de assistência à saúde ainda é pouco estruturada e estudada, particularmente, quanto aos custos; um fator que justifica ou revela a necessidade de mais pesquisas sobre o tema, neste contexto. Há que se ter em vista o potencial das ADs na reorganização da atenção à saúde, principalmente, entre pacientes que demandam mais custos hospitalares, como aqueles com condições crônicas ou em situação de terminalidade de vida. (REIS *et al.*, 2021, p. 2).

Deste modo, os estudos sobre AD devem estimular o debate a respeito das potencialidades, porém elencando também todas as fragilidades dos serviços prestados, e a forma como ele se estruturou, analisando a efetiva resposta ou não, às necessidades das famílias atendidas. Os serviços prestados no ambiente domiciliar, seguem a lógica de transferência dos cuidados realizados em ambiente hospitalar para sua efetivação no ambiente particular do(a) paciente. Ao compreendermos que apesar de mostrar-se importante resposta às novas necessidades, deve considerar que o ambiente hospitalar congrega ações especializadas, com a atuação de profissionais da saúde (enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, assistente social, etc), em ambiente com infraestrutura (equipamentos, medicamentos, instrumentos) específica, seguindo normas da Vigilância Sanitária. Em contrapartida, os SADs alternam o cuidado institucionalizado para o cuidado domiciliar, por conseguinte, esta alteração deve considerar as condições que serão realizados o cuidado, nos aspectos de garantir a assistência plena do(a) usuário(a)/paciente.

A alternância do ambiente de cuidado incita apontar a realização do cuidado

sob condições dignas, em relação ao suporte econômico, emocional e social, tendo em vista que ocorrem alterações na dinâmica familiar ao retornar para o domicílio com paciente demandante de cuidados. Neste sentido, reforça-se as diferentes dimensões que atravessam a realização do cuidado domiciliar, pois segundo Santos e Gomes (2019, p 219) ocorrem “[...] mudanças no orçamento familiar, necessidades de adequações na estrutura da casa e sobretudo, a responsabilização de execução dos cuidados, impactam de modo significativo na organização da família”.

Dessa forma, ao verificarmos a ascensão de um modelo de atenção à saúde que transfere sua atuação também ao ambiente domiciliar, deve-se pontuar o contexto social e político que conforma o pensamento formulador das ações de saúde. Verifica-se a prevalência do pensamento neoliberal como resposta às necessidades da população. As transformações societárias, suscitaram novas formas de atuação do Estado em relação a provisão do bem-estar social, pois modificam o padrão de proteção social que vigorava, alterando para o modelo neoliberal, em que reduz a atuação do Estado, principalmente nas políticas sociais e acentua o mercado como regulador da vida social (MIOTO *et al.*, 2007). A conformação da ideologia neoliberal no setor da saúde, espalha-se na forma como se orienta a atuação dos serviços, em especial, ao serviço estudado neste trabalho, o SAD. Portanto, ao analisar o SAD elenca-se a formulação das políticas, particularmente, as políticas públicas e sociais, que enfatizam a necessidade de participação da família, na provisão dos cuidados. Com base em Dal Prá, Silva e Grah (2015, p. 3), ressalta a responsabilização das famílias nas políticas:

Neste cenário a família, no seu caráter informal, vai ganhando relevância e se tornando favorável diante de um esquema de pluralismo de bem-estar, que apregoa e valoriza a flexibilidade provedora. O desejo espontâneo de cuidar, a predisposição para proteger e educar que caracteriza a família vai sendo estrategicamente utilizada como preceito para a responsabilização das famílias.

Esse processo de responsabilização da família agrava situações de vulnerabilidade, devido a incapacidade de diversas famílias em prover materialmente as necessidades do(a) paciente/usuário(a) no SAD. Sendo assim, devemos reforçar a necessidade do debate sobre os serviços no ambiente domiciliar, pois a transferência dos cuidados para o domicílio exige repensar nas formas que será possibilitado o cuidado. Dado que, o cenário aponta para maior responsabilidade da família, compreendendo este espaço como instância suprema da proteção e de cuidados, apesar de não criar condições concretas para o desempenho dessas

responsabilidades (SANTOS; GOMES, 2019).

A insuficiência das condições concretas nas famílias para provisão dos cuidados é resultado das transformações econômicas, sociais e demográficas da população. Em especial deve-se elencar a questão das mulheres, predominantemente, as responsáveis pelos cuidados e pelo trabalho doméstico, em que respaldam a responsabilização de exercer o papel de cuidador/a.

Nessa trajetória de reconfigurações sociais, o modelo de homem provedor e mulher cuidadora pouco a pouco cede lugar ao modelo no qual as mulheres conciliam a vida profissional com a vida doméstica, pois sua entrada no mercado de trabalho não veio acompanhada de reversão das responsabilidades primárias com a família. Os novos postos sociais galgados pelas mulheres têm trazido à tona a questão do cuidado no âmbito privado e têm dado destaque para a relevância da reprodução social a cargo dessas. (PASSOS; GUEDES, 2018, p. 70).

Apesar da relevância da inserção das mulheres no mercado de trabalho é preciso elucidar a conformação dos modelos de família, dado que explicita-se a formação “tradicional”, na qual, tem-se o homem (pai), a mulher (mãe) e os filhos. Concomitante à questão do modelo de família, deve-se observar essas particularidades nas diferentes classes sociais, em especial, nas famílias subalternizadas, em que as expressões da questão social atingem com maior gravidade. Sendo assim, há uma configuração específica nos núcleos familiares subalternizados, com predominância na responsabilização das mulheres no que tange ao trabalho doméstico e de cuidados (MONTENEGRO, 2018).

Em conjunto com a transição das mulheres no exercício do trabalho doméstico e de cuidados para a inserção no mercado de trabalho, ocorrem as transformações demográficas, as quais, caracterizam-se por: envelhecimento populacional, mudança na estrutura familiar e alteração do perfil epidemiológico da população. Deste modo, ao verificarmos as estratégias de saúde – em específico os SAD –, é necessário analisar o contexto social e econômico da população que está sendo atendida por este serviço. Tendo em vista que, a execução destes serviços pressupõe a participação da família para sua viabilização, através da presença de um cuidador na residência para auxiliar nos cuidados. Sendo assim, deve-se problematizar a possibilidade efetiva deste cuidado em domicílio, visto que, como apontado, atualmente, as configurações familiares encontram-se divergentes do momento de formulação do SAD brasileiro. Portanto, a crise dos cuidados demonstra a impossibilidade das famílias proverem os cuidados aos seus, apesar do movimento de responsabilização, através das políticas sociais e dos modelos de atenção à saúde.

Sendo assim, para melhor compreensão do SAD no contexto brasileiro será revisado qual a proposta de atendimento do Programa Melhor em Casa e as repercussões deste modelo de atenção à saúde para os usuários/pacientes e suas famílias.

3.2 O PROGRAMA MELHOR EM CASA

O enfoque deste subitem centra-se no Programa Melhor em Casa – Serviço de Atenção Domiciliar Público Brasileiro –, que objetiva dar suporte aos usuários do SUS, nos cuidados em ambiente domiciliar. Porém, entende-se que para a construção do Programa como está atualmente, foi necessário um percurso de formulação do serviço. Deste modo será apontado brevemente uma linha histórica para localizar o serviço prestado pelo Programa Melhor em Casa e suas implicações para usuários, familiares e profissionais da saúde.

O primeiro registro que há sobre o atendimento domiciliar no Brasil remete ao Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Emergência (SAMDU), no ano de 1949, vinculado ao Ministério do Trabalho, tendo como regulamentação o Decreto 27.664 em que dispõe:

Art. 1º A assistência médica domiciliar e de socorro urgente para os assegurados e beneficiários dos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões será prestada por intermédio de "comunidades de serviços", sob a denominação de Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social (Samdu), sediadas no Instituto ou Caixa que o Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio designar, de acordo com a maior conveniência de realização do serviço. (BRASIL, 1949, s/p).

Este decreto aponta para os primeiros passos do desenvolvimento do atendimento domiciliar no contexto brasileiro, caracterizando-se por demonstrar as novas necessidades da população brasileira, referente à assistência à saúde, também no âmbito domiciliar.

O Atendimento Domiciliar se caracteriza, essencialmente, pelo atendimento em domicílio do/a paciente que necessita dar continuidade no seu tratamento após alta hospitalar, porém existem particularidades e depende do protocolo de atendimento de cada instituição. Dessa forma, compreende-se que o estudo sobre o atendimento domiciliar deve analisar questões como: a instituição que presta o atendimento (público ou privado); quais os profissionais que formam a equipe multiprofissional; os objetivos do atendimento; os critérios de elegibilidade; como é elaborado o plano de atendimento do/a paciente; a definição do período de atendimento domiciliar; quais

orientações são necessárias para adequar o ambiente domiciliar para receber paciente pós internação; etc. Portanto, entende-se que a Atenção Domiciliar (AD) congrega diversas questões até a efetivação do atendimento, pois dado que os cuidados passam a ser também responsabilidade da família, como preparar este/a cuidador(a) para determinado quadro clínico do/a paciente. Assim como, a reflexão acerca dos impactos no cotidiano familiar para atender as necessidades do paciente no âmbito domiciliar, que requisita para além da visita médica, cuidados diários, conforme seu nível de dependência.

Para compreender a AD será utilizado como parâmetro o contexto do atendimento pelo SUS e utiliza-se como referência o que está estabelecido pela Portaria nº 825/2016, que redefine a AD e atualiza as equipes habilitadas. A AD segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013):

[...] proporciona ao paciente um cuidado ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência. Dessa forma, evita-se hospitalizações desnecessárias e diminui o risco de infecções. Além disso, melhora a gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos, bem como diminui a superlotação de serviços de urgência e emergência.

Referente à Portaria nº 825, vale ressaltar alguns conceitos que este documento apresenta, como (BRASIL, 2016b):

- a) Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados;
- b) Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP);
- c) Cuidador: pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar.

Estes três conceitos são fundamentais para compreender as dimensões que

atravessam o cuidado à saúde em ambiente domiciliar, dado que implica nas formas de atendimento que são viabilizadas no âmbito domiciliar. A AD se configura como nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar. Sendo assim, com as novas modalidades de atendimento da saúde, elucidar como se processa o atendimento em domicílio mostra-se crucial na análise da efetividade deste atendimento, tendo em vista que o processo de adoecimento em si já se apresenta complexo.

A AD trabalha com essa complexidade na medida em que o ambiente de cuidado é o domicílio, onde a EMAD não tem suporte físico da instituição, desnuda as dificuldades e os problemas, além de a necessidade do cuidado ser singular, e não definida apenas pela doença. O cuidado no domicílio naturalmente provoca ampliação da clínica, uma vez que a pessoa cuidada demanda diversidade de olhares e necessita de múltiplos serviços. (BRASIL, 2013, p.13).

As múltiplas dimensões e necessidades da população atendida pelo SAD é elencada nos próprios cadernos norteadores do serviço, por conseguinte, a sua estruturação deve contemplar estratégias em relação ao provimento universal das condições materiais para os cuidados domiciliares. Dado a complexidade das vidas dos usuários, uma adequação dos serviços é necessária, pois as equipes realizam sua atuação na complexidade do território da casa, na multiplicidade de dinâmicas familiares, incorporando seus valores e saberes no cuidado (PROCÓPIO *et al.*, 2019). Situar o cuidado domiciliar em contraposição ao cuidado institucionalizado, isto é, realizado no hospital, representa abordar as questões que atravessam o cuidado de forma geral. O adoecimento acarreta situações específicas para o indivíduo, devendo ser analisado o diagnóstico e a realidade social e econômica destas pessoas para a proposição de uma alternativa, como o caso da AD.

Considerar a realidade dos usuários/pacientes é ação fundamental dos profissionais de saúde ao determinarem o tratamento de saúde, pois estabelece a forma como será processado o atendimento aos indivíduos. Neste sentido, para pensarmos em estratégias eficientes às demandas colocadas, deve-se ressaltar as influências na situação de saúde, como as novas configurações familiares (famílias menores), o agravamento da exploração da força de trabalho, o agravamento da questão social, dentre outros. Dado que comumente existe desamparo às famílias na continuidade dos cuidados em saúde em casa, ainda que no período de internação os cuidados são auxiliados pelos familiares. Grah, Silva e Dal Prá (2015, p. 6) apontam que:

Na internação hospitalar, a família vivencia processo de adaptação para o cuidado e acompanhamento do familiar adoecido, potencializando-se no momento da alta quando a família e o paciente encontram-se desprovidos da assistência em saúde proporcionada pelo hospital. Especificamente no que compete a discussão sobre o acompanhamento de familiares, estudos demonstram a incorporação da família nos serviços que se traduzem também no âmbito hospitalar com o papel de acompanhantes.

Desta maneira, ocorre a contradição entre as pontuações, positivas ou negativas, da transferência de cuidados ao ambiente domiciliar. Ao refletir sobre as condições que se inserem os acompanhantes no período de internação, em que encontram-se subordinados à equipe de saúde do local, devendo desempenhar funções determinadas por elas, principalmente em relação ao auxílio à equipe, sem interferir nas atividades da mesma (BRITO *et al.*, 2020). Ao mesmo tempo que é solicitada a participação dos acompanhantes nos cuidados no hospital, pontua-se que algumas ações requerem conhecimento técnico, e questiona-se se a solicitação por estes auxílios, não congrega a transferência de atividades da equipe de saúde para as famílias e/ou acompanhantes. Ao mesmo tempo que podemos refletir como espraia-se estas questões quando o paciente está no ambiente domiciliar, inserido no SAD, com a demandas de cuidados em saúde, acompanhado pelo cuidador – geralmente familiar não remunerado –, que deve realizar ações especializadas, em muitos casos.

Nestes termos, ao refletirmos sobre os sujeitos envolvidos nos cuidados em saúde, eles encontram-se tanto no ambiente hospitalar quanto no domicílio do enfermo, com diferentes requisições, porém, exalta-se a necessidade de participação dos familiares e acompanhantes nos cuidados. Esta situação aponta para problemáticas, dado que mesmo em ambientes institucionalizados – hospitais por exemplo–, não há clara definição das ações inerentes à atividade de acompanhamento do adoecido. Para elucidar estas questões, pontua-se trabalho realizado com profissionais da Enfermagem, em que Brito *et al.* (2020):

Observou-se que o acompanhante foi percebido como elemento que deve desenvolver a função de auxílio à equipe, porém, sem interferir nas suas atividades. Verificou-se uma dualidade no que diz respeito ao seu papel: enquanto os profissionais de nível médio tendem a conceber que o acompanhante deve ser responsável pelo auxílio no cuidado de baixa complexidade ao paciente, considerando-se um cenário de elevadas demandas assistenciais, os profissionais de nível superior acreditam que ele proporciona, ao paciente, suporte emocional e companhia, além de facilitar o processo de recuperação.

Não ocorre determinação precisa das atividades que devem ser realizadas pela rede de apoio do paciente, porém elucida-se que o direcionamento que temos nas políticas sociais e nos serviços públicos reforçam a participação e a responsabilização da família nos cuidados. Conforme Medeiros (2013, p. 2),

[...] assiste-se a uma supervalorização da família no âmbito das políticas sociais públicas, bem como em relação ao cuidado e proteção de seus membros, sendo alvo de maiores encargos em relação à inserção social dos jovens, ao cuidado com as crianças, idosos e pessoas com deficiência, ao cuidado de longa duração diante do aumento de tempo de dependência dos filhos [...].

Salienta-se que os dispositivos constitucionais respaldam esta responsabilização da família, tendo em vista que ao declarar a obrigatoriedade de amparo à grupos específicos (idosos, crianças e adolescentes), citam em primeiro lugar o dever da família com estes sujeitos. É possível perceber este movimento de responsabilização familiar em documentos como a Constituição Federal, no Estatuto do Idoso, assim como no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA): “Art. 229. Os pais têm o dever de assistir e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”. (BRASIL, 1988, s/p) “Art, 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”. (BRASIL, 1988, s/p).

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade e do poder público assegurar à pessoa idosa, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida; à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 2003, s/p).

Art 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, À saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 1990, s/p).

A centralidade embutida na família no provimento do bem-estar dos indivíduos nos documentos legislativos brasileiro é evidente, e concretiza-se na ausência de políticas públicas voltadas ao provimento de cuidados. Pode-se elencar, então, que, este reforço à instituição da família como primeira instância de cuidado e proteção social acentuou-se no contexto pandêmico.

Dessa forma, a ocorrência do quadro de pandemia exigiu a reorganização dos

serviços de saúde público e privado, devido à situação agravada do novo coronavírus. Devido a busca acentuada de assistência no tratamento de infectados pela COVID-19, novas estratégias quanto ao atendimento foram instauradas pelas equipes de saúde. Novos processos, novos diagnósticos, agravamentos das questões sociais, orientações políticas brasileiras em descompasso com orientações científicas, conformam o cenário de validação dos serviços de atenção domiciliar.

Os SAD são percebidos como ações benéficas para administrar o cuidado em saúde de determinado indivíduo, dado o constante apontamento em relação, a redução de infecções, melhor gestão do paciente quando este se encontra em ambiente de bem-estar (sua casa), além das questões referentes à condição clínica, em que são pacientes crônicos, isto é, adoecimento de longa duração. Neste sentido, quando analisado o SAD em quadro de pandemia, em que as instituições de saúde esgotam sua capacidade de atendimento e ocorre o reforço das orientações de distanciamento social, estes serviços apresentam-se como a possibilidade “mais segura” em um período de crise.

Em relação à COVID-19, a AD se apresenta como opção especialmente eficaz para três dos objetivos estratégicos do SUS na resposta à pandemia: A) para interromper a transmissão de humano para humano, ao manter pessoas em casa; B) identificar, isolar e cuidados dos pacientes infectados precocemente, inclusive fornecendo atendimento diferenciado; C) disponibilização de leitos hospitalares via desospitalização ágil de pacientes estabilizados, tanto COVID-19 quanto não COVID-19, com a continuidade deste cuidado no domicílio. (SAVASSI *et al.*, 2020, p. 3).

Portanto, analisa-se a disponibilização de serviço de saúde sob contextos de crise sanitária como a pandemia de COVID-19, com as instituições de saúde extrapolando suas condições físicas e humanas de atender as demandas populacionais, exigindo respostas mais eficientes. Deste modo, o SAD demonstra-se como potência no sentido de escoar as demandas de saúde, no sentido de priorizar casos graves, que requisitam de assistência continuada de equipe e aparelhos. Sobre a importância da AD na pandemia, Savassi *et al.* (2020, p. 11):

Uma das maiores colaborações dos serviços de AD para este momento de pandemia e potencial colapso da rede de atenção à saúde, é seu papel de liberar leitos hospitalares com pessoas já estabilizadas, sendo ou não portadores de COVID-19, para continuidade imediata do tratamento em domicílio.

Dessa forma, a AD no contexto de pandemia pela COVID-19 ganhou importância, conforme explicitado anteriormente, pela capacidade de escoar/diminuir

a demandas por atendimentos nas instituições – hospitais. Porém, a perspectiva que se estabelece nesse trabalho, reforça a necessidade de pensarmos de que forma se espraia a transferência de cuidados do ambiente institucionalizado para o ambiente domiciliar e as formas de rebatimento nos núcleos familiares, ao assumir por tempo integral os cuidados daqueles que necessitam.

Refletir sobre as questões que atravessam a efetivação do cuidado é situar o debate no sentido do cuidado como direito universal, pontuando que este direito envolve tanto o indivíduo que requisita cuidados, quanto aquele que exerce a atuação do cuidado. Isto posto, é essencial inserir esses temas e problemáticas para efetivação do cuidado, na agenda política do Estado, além de vislumbrar ampliar o debate do cuidado, com a perspectiva de valorização do trabalho de cuidados, com a ascensão do debate da ética do cuidado. Dessa forma, em seguida será elencado algumas questões que devem ser consideradas para ascender o debate sobre os cuidados da população e por conseguinte nas proposições políticas do Estado, no provimento de bem-estar da sociedade.

3.4 O CUIDADO COMO DIREITO

Segundo Küchemann (2012, p. 167), “Cuidar ou ser cuidado constitui uma questão central na vida de todos. Em momentos os mais diversos, todos nós cuidamos ou necessitamos do cuidado de alguém”. Deste modo, situar os cuidados como elemento constituinte do desenvolvimento da sociedade, explicita a necessidade de debater sobre como este tema situa-se nas políticas, ou como este tema não encontra espaço nestas políticas. Evidenciar a questão dos cuidados como direito é refletir sobre o direito à satisfação das necessidades, tendo em vista que o cuidado é uma necessidade constante, histórica e crescente, ao analisar o retrato da sociedade brasileira e refletir sobre as transformações demográficas, epidemiológicas, econômicas, políticas e sociais.

Doyal e Gough (2011) argumentam que tanto a saúde quanto a autonomia, são necessidades básicas de todos os seres humanos, independente da cultura, assim como há condições sociais específicas para satisfação destas duas necessidades. Neste sentido, os cuidados devem ser visualizados e debatidos a partir da compreensão, que todos os indivíduos, em algum momento da vida, necessitam de cuidados, e que para sua efetivação diferentes dimensões atravessam a execução dos cuidados. Por conseguinte, quando se entende que os cuidados fazem parte das

necessidades sociais, é necessário orientar a discussão para o campo dos direitos e conseqüentemente a garantia dos direitos dos indivíduos. Analisar os cuidados sob a ótica dos direitos exige compreender os modos de sociabilidade que estão colocados, em que existe a prevalência das relações capitalista. Segundo Wiese, Dal Prá e Miotto (2017, p. 1), “[...] no contexto da sociedade capitalista o enfrentamento da questão do cuidado se faz dentro dos limites colocados por essa formação socioeconômica, que não tem como centralidade o atendimento das necessidades humanas”.

Ampliar o debate sobre o tema dos cuidados significa repensar sobre o valor que se tem a execução do trabalho de cuidados, dado que a desvalorização desta função é processo recorrente, ao invisibilizar este processo tão necessário e requisitado para o desenvolvimento da sociedade. As questões que atravessam o cuidado ressaltam a importância de reorganização das estruturas quanto às suas responsabilidades dentro da sociedade, no sentido de redirecionar o cuidado que é visto como algo de responsabilidade privada/individual, e transformar em uma perspectiva que tenha sua garantia na divisão dos deveres entre mais sujeitos, e não apenas centrado na função social da mulher como responsável pela reprodução social (MACENA; OLIVEIRA JUNIOR; CARVALHO, 2022). Da mesma forma, que explicar os cuidados sob a perspectiva dos direitos, precede a compreensão da predominância de sociedades capitalistas e patriarcais, em que ocorre a hierarquização dos papéis sociais. O processo de hierarquia em relação aos papéis desempenhados na sociedade, enaltece o trabalho diretamente produtor de capital em decorrência do trabalho não produtor de capital.

A alteração na concepção dos cuidados e conseqüentemente sua compreensão como direito requer condução de um conjunto articulado de políticas de cuidado, que associam o campo da proteção social, das políticas de emprego e das políticas de desenvolvimento (WIESE; DAL PRÁ; MIOTO, 2017). Para possibilitar a garantia do direito ao cuidado de forma efetiva entende-se que é necessário, este conjunto de políticas articuladas com mudanças culturais, na percepção sobre a importância do cuidado.

Conforme Moraes (2019, p. 328), “É um debate que tem muito a avançar considerando o seu caráter multidimensional e também aos dilemas relacionados ao trânsito entre a responsabilidade do cuidado entre o público e o privado”. Direcionar o debate sobre os cuidados no sentido de sua efetivação é entender as múltiplas dimensões que o atravessam e ser estabelecido pelo Estado como questão pública, com objetivo de formulação de políticas públicas direcionadas ao público que

necessita. Portanto, reconhecer que existem grupos historicamente desamparados no suprimento de cuidados, como é em relação à invisibilização do trabalho doméstico e de cuidado. Da mesma forma, ocorre uma crescente necessidade de outro grupo, os idosos, que estão aumentando seu número na população, e conseqüentemente sem proteção social suficiente para suas necessidades.

A contradição que se coloca para a efetivação do suprimento de cuidados, é a prioridade política em debater esta questão, tendo em vista que inseridos em um sistema capitalista, as relações de capital prevalecem. Da mesma forma que Santos e Gomes (2019, p. 225) destacam:

As expressões da questão social são fragmentadas como questões particulares, ou seja, para manter os interesses do capitalismo monopolista a intervenção estatal não pode ser feita de modo a considerar a perspectiva da totalidade, já que implicaria diretamente nas relações de capital.

Neste sentido, a efetivação do cuidado como direito enfrenta as contradições inatas ao capital, que reforçam a predominância das relações monetárias, de produção de capital e na oferta de serviços pela via do mercado. A consolidação de direitos enfrenta as correlações de força que se estabelecem na sociedade, tendo em vista que as desigualdades sociais são campo para a atuação do próprio mercado, reforçando o antagonismo de interesses das classes sociais.

Portanto, por mais que se propague a ideia de uma igualdade e liberdade entre trabalhadores e capitalistas no mercado, estas são meramente formais e fundamentais para reprodução das classes sociais, pois sua base desigual é real, sua eliminação não se resolve com a redistribuição de riquezas, ou incentivando o solidarismo entre os indivíduos. Neste sentido, sob a ordem burguesa instaura-se um antagonismo entre necessidades humanas e necessidades individuais, as necessidades humanas genéricas passam a ser determinadas por uma classe de indivíduos eminentemente proprietários privados com a separação total dos meios de produção fundamentais de seus produtos diretos. (FIGUEIREDO, 2013, s/p).

Ainda há a particularidade do cuidado neste debate, dado que os cuidados se encontram na esfera da economia não monetária, no sentido de não produzir diretamente capital, e estar afeto às questões subjetivas da vida dos indivíduos, no mesmo modo que requisita dimensões materiais para efetivação. Por exemplo, quando verificamos a crescente expectativa de vida de idosos, em conjunto a dependência destes sujeitos nos suprimentos de ações do cotidiano. Neste sentido, recorre-se a proposição por parte de organizações na priorização em repensar o trabalho de cuidados e a inserção de Políticas de Cuidado. A Organização

Internacional do Trabalho (OIT) (2009) publicou relatório intitulado “Trabalho e família: rumo a novas formas de conciliação com co-responsabilidade social”, em que estabelece parâmetros para pensar sobre Políticas de Cuidado. Porém cabe ao tensionamento por parte de categorias e população envolvidas nas dimensões do cuidado, quanto a formulação e implementação de Políticas de Cuidado.

É imprescindível que sejam elaboradas políticas públicas adequadas às novas dinâmicas sociais, inevitavelmente, englobam o mercado do trabalho de cuidados, os trabalhadores e trabalhadoras e os indivíduos que se beneficiam da prestação de cuidados. A necessidade de atuação da esfera pública no investimento ao desenvolvimento da economia dos cuidados é não apenas importante, como essencial e urgente para o desenvolvimento social sustentável considerando os diversos objetivos do Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas. (MACENA; OLIVEIRA JUNIOR; CARVALHO, 2022, p. 50).

A questão que se apresenta então é: será possível estabelecer um consenso entre os diferentes atores da sociedade sobre o cuidado enquanto determinante para emancipação e humanização da sociedade? E neste contexto, os profissionais envolvidos na atuação dos cuidados, em específico, os cuidados domiciliares, as equipes multiprofissionais devem direcionar sua intervenção com base no sentido de garantir de fato a efetivação dos direitos aos cuidados.

Importante salientar a conformação da equipe multiprofissional que atua no SAD, e devido a intenção deste trabalho, enfatizar a importância do olhar social frente às expressões da questão social que se apresentam no atendimento domiciliar. O Programa Melhor em Casa (BRASIL, 2016c) orienta a constituição das equipes que atuam nos SAD, as quais prioritariamente incluem os profissionais médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) em enfermagem, fisioterapeutas ou assistente social. Além de outros como, nutricionistas, fonoaudiólogo, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e farmacêutico (BRASIL, 2013). Dentre estas categorias, o profissional de Serviço Social é o único da área das ciências sociais, ainda que não exista a obrigatoriedade da participação desta categoria nas equipes, visto que as condições de locomoção são prioridades para o atendimento dos usuários, priorizando a composição da equipe por fisioterapeutas, quanto trata-se da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD). Neste sentido, o(a) assistente social se insere nestas relações, em que realiza-se o serviço de saúde em âmbito domiciliar, local em que reflete-se as condições agravadas de desigualdades sociais. Por conseguinte, os serviços do Programa Melhor em Casa requisitam a presença de um(a) cuidador(a) para inserção do paciente nos atendimentos, e ao analisarmos o que foi abordado

anteriormente do cenário de escassez no provimento de cuidados, cabe aos profissionais das equipes do SAD, em especial, o(a) assistente social refletir junto com a equipe, usuário e família, sobre tais condições e suas possibilidades de efetivação. Da mesma forma, que é preciso na condução do atendimento em domicílio, ter clareza sobre de que forma respalda nas vidas cotidianas a transferência dos cuidados do ambiente hospitalar para casa. Visto que:

Transferindo para as famílias a responsabilização de prover a proteção social que até então era dever exclusivo do Estado. Contudo, na grande maioria, essas famílias não têm condições financeiras, materiais, emocionais e culturais para arcar com tal responsabilidade, recorrendo, muitas vezes, a sua rede social de apoio (vizinhos, amigos) ou a solidariedade e benevolência das redes filantrópicas. (CERQUEIRA, 2015, p. 66).

É neste cenário, que devemos reforçar a necessidade de uma visão ampliada sobre a questão dos cuidados, explicitando que sua efetivação não se garante ao incluir a família no cuidado, dado que, frequentemente, as famílias não possuem condições para executar o que lhe é requisitado. Cabe, então, refletirmos a partir destes serviços oferecidos, suas capacidades e fragilidades, para projetar políticas públicas efetivas, através de uma política de cuidados, que abarque essas demandas emergentes, em contexto de sociedade capitalista e com carência do debate sobre as dimensões do cuidado.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A urgência em suprir a demanda por cuidados em momento de crise, em específico ao analisar o agravamento a partir da pandemia causada pelo vírus da COVID-19, evidenciou antigos dilemas da população brasileira, quanto a efetiva possibilidade de proteção social em relação às suas necessidades sociais. Neste cenário, a provisão de cuidados torna-se tema dos diferentes sujeitos da sociedade, pois há a necessidade de isolamento social, da mesma forma que encontra-se indivíduos com agravamento da condição de saúde, ao contaminar-se com vírus. A atenção se volta aos cuidados em saúde, e os aparatos necessários para sua realização em ambiente domiciliar – tendo em vista a superlotação dos estabelecimentos de saúde.

O contexto de pandemia explicitou condições de vida invisibilizadas da população que necessita de cuidados e, que no campo das políticas não encontra respostas efetivas e que absorvam a totalidade das demandas. Apesar de reconhecermos a absorção destas demandas pelo setor privado, que a supre pontualmente, para aqueles que conseguem assumir as despesas dos SAD. Neste sentido, propostas de Estado, como o Programa Melhor em Casa, que dispõe os serviços de saúde no ambiente domiciliar, tornam-se de alguma forma referência quanto ao suprimento das necessidades dos usuários do SUS. Porém, ao objetivar o debate dos cuidados em suas diversas dimensões, torna-se necessário propor a reorganização dos atendimentos realizados em domicílio, e analisar diferentes requisições centradas na família, quanto ao provimento de saúde e bem-estar do familiar requerente de atenção e cuidado.

Deve-se utilizar como fonte de informação os trabalhos, documentos, pesquisas que apresentem dados da população que requisita atenção quanto a garantia do provimento de cuidados para estruturar as políticas de cuidado. Assim como, refletir as formas de assistência realizadas em outros países e reconfigurar a partir da realidade social, econômica e política do Brasil. Da mesma forma, que vincular as diferentes políticas relacionadas com a Seguridade Social, a fim de efetivar a rede dos serviços públicos.

Evidenciar que os cuidados são uma questão pública é parte do processo para a construção de projetos societários que visam a garantia das necessidades sociais da população brasileira. Inserir a formulação de Políticas de Cuidado na agenda política se faz necessário, ao se verificar as vulnerabilidades enfrentadas pela

população, quanto a gestão do cuidado em domicílio. Sendo assim, a urgência da questão do cuidado é visível na sociedade e ampliar a compreensão que se tem das dimensões que atravessam o cuidado faz parte do processo emancipador e humanitário em relação à percepção de saúde.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, N. N. *et al.* Assistência domiciliar à saúde (home health care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 111-117, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.34024/rnc.2001.v9.8914>. Acesso em: 20 out. 2022.
- ANDRADE, C. B.; MONTEIRO, M. I.; RODRIGUES, N. R. Trabalho de cuidado, gênero e violências: estudo com técnicos/as de enfermagem. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1. p. 77-84, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230010247>. Acesso em: 20 out. 2022.
- BARRETO, M. L. *et al.* Saúde da população brasileira: mudanças, superposição de padrões e desigualdade. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia**. São Paulo: Lemos, 1997. p. 45-60.
- BOEHS, A. E.; PATRICIO, Z. M. O que é este "cuidar/cuidado"? : uma abordagem inicial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 24, n. 1. p. 111-116, 1990.
- BRASIL. Ministério do Trabalho. **Decreto nº 27.664, de 30 de dezembro de 1949**. Brasília, DF, 1949. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-27664-30-dezembro-1949-340344-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 3 nov. 2022.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.
- BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Brasília, DF, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 3 nov. 2022.
- BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 3 nov. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis**: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, DF, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doe_ncas_cronicas.pdf. Acesso em: 03 nov. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 3 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Melhor em casa**: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf. Acesso em: 3 nov. 2022.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Brasília, DF, 2016a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 3 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Brasília, DF, 2016b. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PORTARIA-825.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de monitoramento e avaliação**: Programa Melhor em Casa. Brasília, DF, 2016c. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_monitoramento_avaliacao_programa.pdf. Acesso em: 3 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus**: como é transmitido? Brasília, DF, 2021.

BRITO, M.V. N. *et al.* Papel do acompanhante na hospitalização: perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, Recife, v. 14, p. e243005, 2020.

CARRASCO, C. (Org.). **Mujeres y economia**: nuevas perspectivas para viejos y nuevos problemas Madrid: Icaria, 1999.

CARRASCO, C. **Para uma economia feminista**. [S.l.: s.n.], 2008. Disponível em: <https://www.sof.org.br/wp-content/uploads/2015/07/INTRODUCAO-para-uma-economia-feminista-Carrasco.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2022.

CASA DA MULHER TRABALHADORA. **Relembrar para não esquecer**: primeira vítima da Covid-19 no Brasil foi uma empregada doméstica. 2021. Disponível em: <https://camtra.org.br/relembrar-para-nao-esquecer-primeira-vitima-da-covid-19-no-brasil-foi-uma-empregada-domestica/>. Acesso em: 3 nov. 2022.

CERQUEIRA, B. F. **O exercício profissional do assistente social no Núcleo Regional de Atendimento Domiciliar no Distrito Federal**. 2015. Trabalho de conclusão de Curso (Monografia) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2015.

CONTATORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. **Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 21, n. 62, p. 553-563, 2017.

CRUZ, M. C. C. **O conceito de cuidado à saúde**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

DOYAL, L.; GOUGH, I. O direito à satisfação das necessidades. **Lua Nova**, São Paulo, n. 33, p. 98-121, 2011.

ERICA, M. **Sobre o trabalho do serviço social na pandemia**: um relato de experiência. Campina Grande: Realize , 2020. Ebook.

ESCOREL, S; NASCIMENTO, D. R; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In. LIMA, N. T. *et. al.* (Org.). **Saúde e democracia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 353-383.

FEDERICI, S. Sobre o trabalho de cuidado de idosos e os limites do marxismo. **Estudios Internacionales**, Santiago, n. 181, p. 97-115, 2015.

FIGUEIREDO, J. G. Desigualdade social e capitalismo: os limites da igualdade sob a ordem burguesa. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 6., 2013, São Luís. **Anais**. São Luís, 2013. Disponível em: <https://docplayer.com.br/8722775-Desigualdade-social-e-capitalismo-os-limites-da-igualdade-sob-a-ordem-burguesa.html>. Acesso em: 3 nov, 2022.

FONTES, V. Capitalismo, crises e conjuntura. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 130, p. 409-425, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.116>. Acesso em: 3 nov. 2022.

GIL, C. R. R.; MAEDA, S. T. **Modelos de atenção à saúde no Brasil**: fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. Barueri: Manole, 2013.

GRAH, B. **O Programa Melhor em Casa enquanto arquétipo do familismo na política de saúde e suas nuances no estado de Santa Catarina**. 2018. Dissertação (Mestrado em Serviço social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

GRAH, B.; SILVA, A.; DAL PRÁ, K. Considerações sobre doenças crônicas, necessidades de cuidado em saúde e a responsabilização das famílias pelas políticas sociais. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, POLÍTICA SOCIAL E TRABALHO, 2., 2015, Florianópolis. **Anais**. Florianópolis, 2015.

GRANEMANN, S. O processo de produção e reprodução social: trabalho e sociabilidade. In: SERVIÇO Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

GRECCO, F. S. Trabalhos domésticos e de cuidados sob a ótica da teoria da reprodução social. **Mediações**, Londrina, v. 23, n. 3, p. 70-112, 2018.

GROISMAN, D.; PASSOS, R. G. Políticas de austeridade e trabalho do cuidado no Brasil: desafios e perspectivas. **Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo**, Bogotá, v. 23, n. 38/39, p. 171-193, 2019.

HIRATA, H. O trabalho de cuidado. **SUR**, São Paulo, v. 13, n. 24, p. 53-64, 2016.

HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. (org.). **Cuidado e cuidadoras**. São Paulo: Atlas, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde**. Rio de Janeiro, 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Economia dos cuidados**: marco teórico-conceitual. Rio de Janeiro, 2016. Relatório de pesquisa.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Vulnerabilidade das trabalhadoras domésticas no contexto da pandemia de COVID-19 no Brasil**. Rio de Janeiro, 2020.

KRMPOTIC, C. S.; IESO, L. C. Los cuidados familiares. Aspectos de la reproducción social a la luz de la desigualdad de género. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 95-101, 2010.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, DF, v. 27, n. 1, p. 165-180, 2012.

MACENA, L. C.; OLIVEIRA JÚNIOR, E. C.; CARVAHO, A. B. Políticas para o trabalho de cuidado e o desenvolvimento social sustentável. **Revista Valore**, Volta Redonda, v. 7, p. 39, 53, 2022.

MARIANO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 259-281, 2017.

MARX, Karl. **O capital**: livro 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998. v. 2.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Doenças e agravos não-transmissíveis – DANT**. Campo Grande, 2022. Disponível em: <https://www.vs.saude.ms.gov.br/doencas-e-agravos-nao-transmissiveis-dant/apresentacao/#:~:text=Doen%C3%A7as%20e%20Agravos%20n%C3%A3o%20Transmiss%C3%ADveis,%2C%20social%2C%20econ%C3%B4mica%20e%20ambiental>. Acesso em 3 nov. 2022.

MEDEIROS, A. C. B. A centralidade da família nas políticas sociais em tempos de pluralismo de bem-estar social neoliberal. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 6., 2013, São Luís. **Anais**. São Luís, 2013.

MELO, H. P.; CASTILHO, M. Trabalho reprodutivo no Brasil: quem faz? **Revista de Economia Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 135-158, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-98482009000100006>. Acesso em: 3 nov. 2022.

MIOTO, T. *et al.* A relevância da família no atual contexto das políticas públicas brasileiras: a política de assistência social e a política antidrogas. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 11, n. 2, p. 197-220, 2007.

MONTENEGRO, R. C. F. Mulheres e cuidado. Responsabilização, sobrecarga e adoecimento. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORAS/ES EM SERVIÇO SOCIAL, 16., 2018, Vitória. **Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**. Vitória: ENPESS, 2018.

MORAES, P. M. Deficiência e cuidado: implicações para as políticas públicas. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, ano 22, n. 43, p. 325-348, 2019.

MOSER, L.; DAL PRA, K. **Família e política social**: gênero, gerações e cuidado. Florianópolis: UFSC, 2020.

NICOLI, P. A. G.; VIEIRA, R. S. C. Cuidado em surto: da crise à ética. **Cult**, São Paulo, ano 23, ed. 257, p. 76-77, 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração universal dos direitos humanos**. Paris, 1948.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Trabalho e família**: rumo a novas formas de conciliação com co-responsabilidade social. Brasília, DF, 2009. Disponível em: https://www.ilo.org/brasil/publicacoes/WCMS_233473/lang-pt/index.htm. Acesso em: 3 nov. 2022.

OROZCO, A. P. Ameaça tormenta: a crise dos cuidados e a reorganização do sistema econômico. In: FARIA, N.; MORENO, R. (Org.). **Análises feministas**: outro olhar sobre a economia e ecologia. São Paulo: SOF, 2012.

PASSOS, L.; GUEDES, D. R. Participação feminina no mercado de trabalho e a crise de cuidados da modernidade: conexões diversas. **Planejamento E Políticas Públicas**, Rio De Janeiro, v. 50, 2018. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/847>. Acesso em: 1 nov. 2022.

PROCÓPIO, L. C. R. *et al.* A atenção domiciliar no âmbito do sistema único de saúde: desafios e potencialidades. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 590-604, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123>. Acesso em: 1 nov. 2022.

RAJÃO, F. L.; MARTINS, M. Atenção domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1863-1877, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>. Acesso em: 28 out. 2022.

REDON; S. A.; CAMPOS, E. C. S. O serviço social e a reprodução das relações sociais. **Praia Vermelha**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 391-408, 2020.

REIS, F. M. *et al.* Análise de custos de um serviço de atenção domiciliar público e o perfil dos pacientes assistidos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 20, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.58959>. Acesso em: 28 out. 2022.

SANTOS, B. F.; GOMES, M. R. B. Atenção domiciliar à saúde e a centralidade dos cuidados na família: coparticipação ou super responsabilização? **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, ano 22, n. 43, p. 217-238, 2019.

SAVASSI, L. C. M. *et al.* Recomendações para a atenção domiciliar em período de pandemia por COVID-19. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 1-21, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2611](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2611). Acesso em: 28 out. 2022.

SEMPRE VIVA ORGANIZAÇÃO FEMINISTA. **Pesquisa SEM PARAR**: o trabalho e a vida das mulheres na pandemia. [S.l.], 2021.

SETÚBAL, H. C. R. **O cuidado e a ética do cuidado**: um diálogo entre Leonardo Boff, Carol Gilligan e Nel Noddings. 2010. Dissertação (Mestrado em Metafísica) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

SILVA, M. J. S.; SHRAIBER, L. B.; MOTA, A. The concept of health in collective health: contributions from social and historical critique of scientific production. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 209, n. 1, p. e290102, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290102>. Acesso em: 28 out. 2022.

SOUTO, C. N. Qualidade de vida e doenças crônicas: possíveis relações. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n.4, p. 8169-8196, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/13167>. Acesso em: 28 out. 2022.

WIESE, M. L.; DAL PRÁ, K. R.; MIOTO, R. C. T. O cuidado como direito social e como questão de política pública. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO 11., 13., 2017, Florianópolis. **Anais eletrônicos**. Florianópolis, 2017. Disponível em: http://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1493036300_ARQUIVO_CuidadocomoDireitoSocial.pdf. Acesso em: 3 nov. 2022.

VARGAS, I. L. **Mudanças demográficas e a crise dos cuidados**: o efeito sobre as mulheres e possíveis articulações de enfrentamento. 2022. Trabalho de conclusão de Curso (Monografia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2022.

VIEIRA, R. S. C. Cuidado, crise e os limites do direito do trabalho brasileiro. **Revista de Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 2517-2542, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdp/a/W3PbtBYHM4CvpMqYB6WTDJt/?lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2022.