

Título do capítulo	CAPÍTULO 8 FAMILIARIZAÇÃO OU DESFAMILIARIZAÇÃO NOS CUIDADOS PARA IDOSOS? EXPERIÊNCIAS LATINO-AMERICANAS
Autoras	Ana Amélia Camarano Daniele Fernandes
DOI	DOI: http://dx.doi.org/10.38116/9786556350578cap8

Título do livro	Cuidar, verbo transitivo: caminhos para a provisão de cuidados no Brasil
Organizadoras	Ana Amélia Camarano Luana Pinheiro
Volume	1
Série	-
Cidade	Rio de Janeiro
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	2023
Edição	1a
ISBN	9786556350578
DOI	DOI: http://dx.doi.org/10.38116/9786556350578

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – ipea 2023

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesso: <http://www.ipea.gov.br/porta/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento e Orçamento.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

FAMILIARIZAÇÃO OU DESFAMILIARIZAÇÃO NOS CUIDADOS PARA IDOSOS? EXPERIÊNCIAS LATINO-AMERICANAS

Ana Amélia Camarano¹
Daniele Fernandes²

1 INTRODUÇÃO

Na América Latina, o acelerado envelhecimento populacional está resultando em um crescimento expressivo de pessoas com dificuldades nas atividades da vida diária. A proporção de idosos latino-americanos que necessitavam de ajuda para essas atividades variou de 5,8% na Argentina a 11,0% no Brasil; com relação às atividades instrumentais, as variações foram de 11,0% no México a 35,7% no Brasil (Matus-Lopez, Chaverri-Carvajal e Jara-Males, 2021).

As Nações Unidas proclamaram a década de 2021-2030 como a década do envelhecimento ativo. Para isso, se requer que todas as pessoas tenham acesso a condições e oportunidades para viver uma vida longa e saudável. Mas, em uma região com tantas desigualdades, é difícil que isso ocorra; portanto, sempre existirão pessoas que precisarão de cuidados prolongados no final de suas vidas. É necessária uma provisão de serviços de cuidados continuados, com o objetivo de garantir alguma qualidade de vida na velhice.

Apoios intergeracionais são um ponto em comum entre os países latino-americanos, sejam financeiros, sejam na forma de ajuda para as atividades da vida diária. No México, é comum que as avós viúvas residam com os filhos para ajudar nas tarefas domésticas e cuidar dos netos, continuando a exercer a atividade de cuidar. Outra prática observada é os filhos morarem com os pais porque não contam com recursos disponíveis para conseguir sua própria casa (Oca e Villegas, 2010).

No caso do cuidado com idosos dependentes, a responsabilidade recai quase totalmente sobre os membros da família, dado que a provisão de cuidado formal é reduzida (Camarano, 2017; Aranco *et al.*, 2018; Matus-Lopez, Chaverri-Carvajal e Jara-Males, 2021). Stampini *et al.* (2020) encontraram que as mulheres constituíam

1. Técnica de planejamento e pesquisa na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Disoc/Ipea). E-mail: <ana.camarano@ipea.gov.br>.

2. Pesquisadora bolsista do Subprograma de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD) na Disoc/Ipea. E-mail: <daniele.fernandes@ipea.gov.br>.

de 63% a 84% do total dos cuidadores familiares de idosos no Chile, na Colômbia, na Costa Rica e no México, sendo responsáveis por 72% a 88% do total de horas despendidas nessa função.

Como já bastante discutido neste livro, além de não ser justa com as mulheres, essa situação é insustentável no curto-médio prazo devido às transformações na família, à redução do seu tamanho, às mudanças na nupcialidade, ao aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho e ao reconhecimento de que o trabalho não pago de cuidados é um determinante importante das desigualdades de gênero. No entanto, o interesse dos Estados na formulação de uma política de cuidados é relativamente recente e tem se baseado na oferta de serviços formais.

O objetivo central deste capítulo é analisar a provisão de cuidados a idosos oferecidos pelo Uruguai, pelo Chile e pelo México e as medidas adotadas para mitigar os efeitos da pandemia. Na análise dessas trajetórias, busca-se entender o papel dos principais atores envolvidos na atividade de cuidar, seja no domicílio, seja em instituições: família, Estado e mercado privado. Embora se reconheça a importância dos serviços comunitários ou das “ajudas”, estas não estão sendo aqui consideradas devido à dificuldade de acesso a informações de como funcionam. Chama-se a atenção para o fato de que a crise sanitária se somou à econômica, acentuando as desigualdades sociais, de gênero e raciais, e aumentando a pobreza nesses países.

O trabalho consiste em uma reunião e sistematização de informações apresentadas em diversos estudos que analisam as modalidades de cuidado na América Latina. São trabalhos que transitam entre as áreas de saúde, gerontologia, estudos de família, de gênero, antropologia, sociologia, psicologia social, entre outros. Está dividido em sete seções, incluindo esta introdução. A segunda apresenta um breve resumo das condições de saúde e autonomia dos idosos dos três países estudados. A terceira discute o papel da família cuidadora, a quarta, o do Estado como provedor de serviços, e a quinta, o do mercado privado. As ações empreendidas pelos Estados durante a pandemia são consideradas na sexta seção e, na sétima, tecem-se os comentários finais.

2 A DEMANDA POR CUIDADOS: OS IDOSOS

Como já bastante discutido neste livro, a questão dos cuidados entrou na agenda tanto da academia quanto dos Estados por uma demanda do movimento feminista e, mais recentemente, pelo aumento do tempo que os idosos têm passado na condição de dependentes, o que é um fato novo na América Latina.³ A redução generalizada da mortalidade tem resultado na democratização da sobrevivência,

3. Estimativas de Camarano (2017) mostram que os homens idosos brasileiros e as mulheres deverão passar 4,2 e 4,7 anos, respectivamente, demandando cuidados de longo prazo.

mas traz como consequência não só um ritmo de crescimento mais elevado da população idosa, mas também a sua maior heterogeneidade, especialmente no que tange às condições de saúde e autonomia. A tabela 1 mostra a expectativa de vida aos 60 anos e a expectativa de vida saudável nos três países estudados. A diferença entre os dois indicadores aponta para uma estimativa do tempo “não saudável” experimentado por esses idosos.

TABELA 1
Expectativa de vida aos 60 anos (e60) e expectativa de vida saudável aos 60 anos (es) em países selecionados (2019)
 (Em anos)

	Homens		Mulheres	
	e60	es	e60	es
Chile	22,4	17,3	25,9	19,3
México	20,5	15,3	23,1	16,8
Uruguai	19,0	14,9	24,0	18,2

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS). Disponível em: <[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-age-60-\(years\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-age-60-(years))>.

Pode-se observar que as mulheres e os homens passam pelo menos um quarto do tempo que podem esperar viver após os 60 anos em condições não saudáveis. Os mexicanos são os que apresentam um tempo maior. Nesse país, os idosos apresentam uma elevada e crescente taxa de incapacidades. De acordo com Lloyd-Sherlock e Díaz-Venegas (2018), a proporção de idosos com alguma incapacidade passou de 14,6% para 21,2% entre 2001 e 2012, apontando para uma demanda elevada por cuidados e uma maior heterogeneidade da coorte de idosos. A proporção de mulheres com alguma incapacidade é mais elevada do que a de homens – 54,1% do total, em 2018 (Ángeles, Oca e Guadarrama, 2021). Chama-se a atenção para o fato de que as mulheres idosas com alguma dificuldade podem necessitar de algum cuidado, mas também podem estar provendo. É possível também que uma parte considerável delas possa estar em situação de pobreza, o que acentua sua vulnerabilidade.

Ángeles, Oca e Guadarrama (2021) fizeram uma revisão bibliográfica detalhada sobre a população idosa mexicana e encontraram que os grupos populacionais mais vulneráveis são os idosos de baixa renda que cuidam e são cuidados. Suas trajetórias de vida são atravessadas por várias desigualdades acumuladas. O aumento da expectativa de vida está trazendo um aumento do tempo que passam convivendo com dificuldades para a vida diária. Por exemplo, segundo estimativas da Inmujeres (2015), nos próximos quinze anos, o tempo necessário para cuidar de crianças diminuirá em 3%, embora esse grupo seja o que tem maior necessidade de cuidados. Em contrapartida, espera-se que a demanda dos idosos e de pessoas

com algum tipo de deficiência cresça em cerca de 70%. Soma-se a isso a crescente escassez de cuidadores não remunerados.

Os idosos chilenos também apresentam uma taxa elevada de incapacidade; 19%. Esta é dividida em incapacidade leve (7%), moderada (5,8%) e severa (6,2%). A última diz respeito a pessoas que são totalmente impossibilitadas para o exercício das atividades da vida diária, necessitando de um cuidador permanente (Arriagada, 2020).

3 O PAPEL DA FAMÍLIA CUIDADORA

3.1 Visão geral: as preferências

Como já mencionado neste livro, ao longo da história e em quase todo o mundo, os pais cuidam dos filhos e os filhos cuidam dos pais na velhice, não sendo remunerados por essa tarefa nem contando com formação adequada para a função. Faz parte de um contrato intergeracional, que é reforçado pelas legislações vigentes e está expresso nos códigos civis dos três países estudados (box 1). De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o cuidado não remunerado é a principal forma de cuidado em todo o mundo, e as mulheres são responsáveis por 72,6% do total de horas despendidas nessa atividade (ILO, 2018). Suas estimativas para 2018 apontam para um total de 647 milhões de cuidadores não remunerados em todo o mundo, dos quais 93,7% eram mulheres. Ressalta-se que a atividade de cuidar pode se constituir em uma tarefa muito desgastante, provocando tensão física, fadiga, desgaste emocional e estresse, levando a uma situação de sobrecarga que compromete o bem-estar dos cuidadores (Fernández e Herrera, 2020) e a qualidade do cuidado oferecido.

BOX 1

As legislações

O Código Civil uruguaio, no capítulo IV, arts. 118 e 119, estabelece que a obrigação de alimentação é recíproca entre ascendentes e descendentes. Essa obrigatoriedade se estende para genros e noras, se os seus sogros não estiverem em outra união ou no caso de o cônjuge falecer. O Código Penal, art. 332, define pena para quem abandonar crianças ou pessoas incapazes por doença mental, do corpo ou velhice. A pena varia entre seis meses e cinco anos de reclusão.

O Código Civil mexicano data de 1928, e sua última atualização foi feita em 2021. O art. 164 do capítulo III define a obrigação dos cônjuges de contribuírem para a alimentação própria e dos seus filhos. No art. 304, fica estipulado que os filhos são obrigados a alimentar os seus pais e, caso haja impossibilidade, a responsabilidade é dos descendentes mais próximos. A Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, de 2002, define as responsabilidades dos filhos com os pais idosos. O art. 9º, parágrafo I, estipula que a família deve conceder alimentos de acordo com o estabelecido pelo Código Civil. O parágrafo IV salienta a obrigação dos filhos de atender às necessidades psicoemocionais dos pais idosos, independentemente de seu local de moradia (instituição privada ou pública, albergue, casa-lar, ou qualquer outro local de atenção).

O Código Civil chileno também trata da responsabilidade dos filhos com os pais, nos arts. 223 e 321. Ainda que a emancipação dê ao filho o direito de agir com independência, ele é sempre obrigado a cuidar dos pais na velhice, no estado de demência e em todas as circunstâncias da vida em que necessitem de sua ajuda. Todos os demais ascendentes têm direito ao mesmo auxílio, em caso de inexistência ou insuficiência dos descendentes imediatos.

Elaboração das autoras.

No entanto, tem se assistido nos últimos cinquenta anos a uma transição de um modelo de mulheres cuidadoras e donas de casa, predominante até os anos 1960, para um de mulheres que participam ativamente do mercado de trabalho e estão buscando novas formas de cuidados para suas famílias. E, mesmo participando das atividades econômicas, é comum que ainda continuem mantendo a principal responsabilidade pelo cuidado, o que faz com que tenham uma jornada de trabalho mais longa. De acordo com Batthyány, Perrotta e Scavino (2020), a inserção feminina nas atividades econômicas ocorreu sem uma mudança na divisão sexual do trabalho nos domicílios, resultando numa sobrecarga para as mulheres. As políticas públicas não têm contribuído para que essa transição ocorra sem sobrecarga, gerando uma “crise” nos cuidados.

No caso da população idosa, os especialistas alegam que é melhor que seja cuidada em casa por familiares, o que é reforçado pelos próprios idosos. Eles preferem ser cuidados pelas filhas em vez de filhos (Ángeles, Oca e Guadarrama, 2021). Salienta-se que esse discurso não é neutro; é influenciado pelos valores culturais e influencia as legislações (Batthyány, Genta e Perrotta, 2013). Como exemplo, aproximadamente 90% da população com idade inferior a 70 anos, entrevistados em uma pesquisa uruguaia feita por essas autoras, desejavam ser cuidados em casa, sendo que 50% declararam que o melhor cuidado é o propiciado pelos familiares. Apenas 8% reportaram o cuidado institucional como uma boa alternativa (Batthyány, Genta e Perrotta, 2013, p. 63-64).

Foi observado que a dependência da família é maior entre os grupos socioeconômicos mais baixos, o que pode sugerir ausência de políticas públicas e dificuldades para o acesso a serviços de qualidade no mercado. Por exemplo, 56% das pessoas localizadas nos estratos de renda mais baixos afirmaram ser a família a instituição mais adequada para o cuidado com os idosos e 5% recomendariam o cuidado institucional, o que contrasta com os 14% da classe mais alta neste último caso (Batthyány, Genta e Perrotta, 2013).

Uma outra pesquisa feita com 544 líderes latino-americanos por González, Raga e Sibils (2012)⁴ encontrou um consenso quanto à principal responsabilidade das mulheres pelo cuidado dos membros de sua família; isso foi reportado por aproximadamente 90% dos entrevistados, sendo que, entre as mulheres entrevistadas, a proporção foi mais elevada (Bloeck, Galiani e Ibararán, 2017).

No Chile, os resultados da pesquisa *Calidad de Vida en La Vejez*, que foi a campo em 2010, 2013 e 2016, apontam para uma redução na percepção dos idosos sobre a obrigação dos filhos de cuidarem deles, caso necessitem. A proporção dos que achavam que os filhos tinham obrigação passou de 46,3% para 40,0%,

4. A pesquisa foi feita pela Divisão de Assuntos de Gênero por Internet em março de 2012. Foram entrevistados acadêmicos, *experts*, líderes sociais e formadores de opinião. Foram consultados também observadores internacionais, principalmente da Espanha e dos Estados Unidos.

mas o percentual dos que declararam receber apoio/cuidado deles ficou estável em torno de 11%. Da mesma forma, diminuiu a proporção dos idosos que achavam que tinham que cuidar dos netos, passando de 45,4% para 34,6%; mas aumentou a proporção referente à obrigação de fornecer ajuda financeira para eles (Chile, 2016). Também nos estados mexicanos de Nuevo León, Jalisco e na Cidade do México, a pesquisa *Redes de Apoyo Social y Envejecimiento en México*, realizada em 2016, identificou idosos recebendo cuidados de uma forma geral, mas também provendo cuidados e ajuda financeira (Villegas *et al.*, 2020).

Robles e Pérez (2012) analisaram as expectativas de jovens e idosos a respeito do dever dos filhos com os pais, baseados em dois estudos qualitativos realizados no México, um com jovens e outro com pessoas idosas. Ambas as coortes reportaram que o cuidador ideal é uma filha. Já o filho cuidador é aceito pelos jovens e não pelos idosos. Segundo as autoras, essa atitude sugere uma transição entre as gerações e não uma ruptura, como seria esperado.

Durante a pandemia de covid-19, as medidas de distanciamento social adotadas para evitar a propagação provocaram uma redução brusca dos apoios formais (centros de cuidado para pessoas em situação de dependência, instituições de longa permanência para idosos, trabalho doméstico remunerado) e informais (apoio de parentes, vizinha/os etc.) de cuidado. Nesse contexto, as atividades realizadas nos domicílios aumentaram sobremaneira, incluindo os cuidados, mas a distribuição do trabalho dentro deles continuou recaindo predominantemente sobre as mulheres.

3.2 Quem cuida?

Embora reconhecendo a importância da mulher como a principal provedora de cuidado, Lloyd-Sherlock *et al.* (2018) chamam a atenção para a necessidade de diferenciar as mulheres cuidadoras. Elas não constituem um bloco homogêneo; a assunção do *status* de cuidadora passa por um processo de negociação dentro das redes de parentesco. Elas vão além de definir quem cuida, mas quem é a principal cuidadora, o que ocorre entre gerações, cônjuges, filhos e irmãos. A situação se torna mais complexa quando se trata do cuidado de idosos, pois, em geral, os filhos já não moram mais com os pais, e nem sempre o cônjuge, se vivo, pode cuidar deles, porque muitas vezes está necessitando de cuidados. Além disso, a coorte atual de idosos pode contar com um número elevado de irmãos que podem se envolver no processo. Ou seja, é uma interação de laços verticais (intergeracionais) e horizontais (cônjuges e irmãos). É importante considerar as normas culturais, o momento no curso da vida (ter ou não ter filhos pequenos) e trocas materiais, incluindo heranças. Uma variável importante é a percepção/valorização

dos membros da família a respeito do idoso a ser cuidado (Sen, 1987⁵ *apud* Lloyd-Sherlock *et al.*, 2018). Também é levada em conta a proximidade geográfica dos possíveis cuidadores da pessoa dependente, além de outras responsabilidades, como o trabalho fora de casa.

Um momento importante tanto para a população idosa quanto para a família é o momento em que a dependência e a necessidade de cuidados aparecem. Isso requer dos membros da família a tomada de decisão de quem vai cuidar do membro dependente. Como já se mencionou, é um fato novo na América Latina a ampliação do tempo que os indivíduos passam demandando cuidados, e também a dificuldade de se prever a extensão desse tempo. É comum que as demandas cresçam ao longo do tempo e que possam ser acompanhadas por momentos de crises agudas, como quedas, o que, em geral, requer novos tipos de arranjos (Han *et al.*, 2013; Robles e Pérez, 2012).

O curso da vida influencia o cuidado de diferentes maneiras: os filhos moram ou não na casa dos pais; os filhos têm ou não filhos. Morar com o idoso demandante de cuidado pode fazer com que parentes corresidentes percebam que cuidar faz parte das suas obrigações. De acordo com Batthyány (2020), na América Latina, são as mulheres jovens as principais provedoras de cuidado para as crianças, enquanto as de meia idade e idade avançada o são para os idosos e os enfermos. Isso provavelmente está associado ao seu momento no curso da vida. As jovens têm filhos pequenos; as de meia idade têm pais e sogros idosos; e as de idade avançada têm maridos idosos.

A pesquisa sobre condições de vida dos idosos intitulada *Condiciones de Vida de las Personas Adultas Mayores*, realizada no México, em 2016, apontou que 71,7% deles recebem algum tipo de ajuda (México, 2016). Essa proporção varia segundo o tipo de domicílio, sendo maior nos domicílios extensos. Idosos que vivem sós ou apenas com um cônjuge recebem uma ajuda maior de não familiares. As principais ajudas recebidas são monetárias, afazeres domésticos, cuidados, alimentação, acompanhamento a médicos (Villegas *et al.*, 2020). De acordo com o Instituto Nacional de Geriatria (2019 *apud* Ángeles, Oca e Guadarrama, 2021), menos de 1% dos idosos mexicanos dependentes residem em alguma instituição, seja pública, seja privada; o restante é cuidado pela família, incluindo os próprios idosos. Essa proporção é semelhante à observada no Brasil (Camarano, 2017). A pesquisa mencionada apontou também que 70% das pessoas cuidadoras são mulheres em idade avançada e não são remuneradas por tal tarefa (Ángeles, Oca e Guadarrama, 2021).

Essas mulheres apresentam níveis educacionais mais elevados que os idosos cuidados. Um terço delas, 34,5%, trabalha (Villegas *et al.*, 2020). A *Encuesta sobre el Costo de los Cuidados a Personas Vulnerables*, empreendida em 2017, sobre

5. Sen, A. *Gender and cooperative conflicts*. Helsinki: World Institute for Development Economics Research, 1987.

o cuidado não remunerado ao idoso, encontrou que as principais cuidadoras são as filhas (45,4%), seguidas das esposas (28,4%). Estas podem ser idosas e provavelmente estão negligenciando seu próprio cuidado. Em 88% dos casos, essas atividades são realizadas diariamente. Pergunta-se, em um país que envelhece rapidamente e onde as mulheres são as principais cuidadoras, quem cuidará delas quando envelhecerem?

No Uruguai, entre as pessoas não remuneradas que prestam algum cuidado de saúde nos domicílios, 76,6% são mulheres. Estas passam 22 horas cuidando de idosos, enquanto os homens que cuidam despendem 17 horas. Apenas 18% dos domicílios entrevistados pela pesquisa nacional de representações sociais reportaram ter recorrido a algum cuidado externo, remunerado ou não (Batthyány, 2020). A maior parte dos cuidadores familiares uruguaios tem entre 46 e 65 anos; é possível que nesse grupo se encontrem pessoas que cuidam de pais idosos e de netos. Apenas 11% dos cuidadores têm menos de 30 anos (Batthyány, Genta e Perrotta, 2017). Destaque-se que, no Uruguai, os maiores demandantes de cuidado são os idosos, mas a participação da família é maior nos cuidados com as crianças. Isso pode ser associado à maior responsabilidade das famílias com as crianças pequenas e à possibilidade de combinar trabalho fora de casa com algum serviço público, como escolas, nesse caso.

As preferências da população idosa uruguaia com relação a quem cuida parecem se concretizar. De acordo com os dados da *Encuesta Longitudinal de Protección Social* (ELPS) realizada em 2013, entre os idosos dependentes que recebiam ajuda não remunerada para as atividades básicas da vida diária (ABVD), de um total de 82,0%, 58,9% recebiam de um familiar residente no domicílio, 16,8% de um familiar não morador no mesmo domicílio e 6,3% de um não familiar. Cerca de 70% desses cuidadores eram mulheres. Os homens são mais propensos do que as mulheres a receber ajuda de um morador do domicílio (Aranco e Sorio, 2019, p. 56).

Também no Chile, 85,6% dos idosos com dependência são cuidados por uma mulher: esposa, filha ou nora que depende mais de doze horas por dia nessa tarefa. De acordo com dados do estudo *Dependencia en Personas Mayores en Chile*, feito em 2010, elas cuidam sozinhas, se sentem sós e sobrecarregadas. De cada três cuidadoras, duas não tiravam férias há mais de cinco anos.⁶ O cuidado institucional atende menos de 1% da população idosa, como observado para o México e o Brasil. Segundo a *Encuesta Calidad de Vida en La Vejez*, mais de 50% dos idosos que declararam dificuldades para as ABVD disseram receber ajuda em pelo menos uma. A atividade de tomar banho é a mais citada, tanto entre os

6. Disponível em: <<http://www.gob.cl/2015/11/23/programa-chile-cuida-beneficios-para-los-adultos-mayores-y-sus-cuidadores/>>. Acesso em: 27 ago. 2021.

homens quanto entre as mulheres, e a que recebe menos ajuda é a de ir ao banheiro (Chile, 2016). Entre os idosos que recebem ajuda no domicílio, 46,4% afirmaram que o cuidador é morador do domicílio; 23,6% contavam simultaneamente com cuidador do domicílio e outro de fora;⁷ e 14,5% dos idosos recebiam ajuda de pessoas que residiam fora do domicílio (Chile, 2017). Foi visto também que nem todos os idosos desse país recebem ajuda para todas as atividades requeridas (Giraldo-Rodríguez, Rosas-Carrasco e Mino-León, 2015⁸ *apud* Lloyd-Sherlock e Díaz-Venegas, 2018).

Como já se viu para o México, idosos chilenos também cuidam. A pesquisa *Encuesta de Calidad de Vida del Adulto Mayor – Encaviam* (Chile, 2018) mostrou que 24,3% dos idosos realizavam algum cuidado, os idosos mais jovens. Cerca de 7,5% deles cuidam de outros membros da família, de netos, cuidam da casa, fazem comida e contribuem financeiramente. A maior proporção reside em domicílios nucleares com filhos ou em domicílios extensos.⁹ Villegas, Oca e Mancinas (2012) chamam a atenção para o fato de que apoios concedidos ou recebidos nas idades mais jovens podem não ser mantidos na velhice por problemas econômicos, de saúde ou outros. Ou seja, os apoios intergeracionais não desfrutam necessariamente de reciprocidade.

Sumarizando, pode-se dizer que, nos três países considerados, as famílias/mulheres são as principais responsáveis pelo cuidado de idosos. Essa responsabilização, além de representar uma carga elevada de estresse e custos de oportunidade altos no mercado de trabalho para elas, pode resultar em uma oferta de cuidado inadequado, bem como em negligência e violência para com idosos ou doentes. Em um levantamento feito no México com idosos com alguma incapacidade duradoura e que viviam nos seus domicílios, encontrou-se que 32,1% deles alegaram ter sofrido alguma forma de abuso no ano anterior à pesquisa (Giraldo-Rodríguez, Rosas-Carrasco e Mino-León, 2015 *apud* Lloyd-Sherlock e Díaz-Venegas, 2018).

Na América Latina, são poucas as opções de serviços de apoio à família cuidadora. Iniciativas localizadas já foram detectadas para o Brasil.¹⁰ Foi apontado por Flores-Castillo (2012) que, em 2008, um grupo multidisciplinar de profissionais de saúde, psiquiatria e assistência social do governo mexicano visitou 16 mil domicílios com idosos frágeis. Diagnosticaram as suas condições de saúde e oferecerem apoio e treinamento para os cuidadores familiares (Lloyd-Sherlock e Díaz-Venegas, 2018).

7. Não se tem informação sobre se o cuidador de fora do domicílio é remunerado ou não.

8. Giraldo-Rodríguez, L.; Rosas-Carrasco, O.; Mino-León, D. Abuse in Mexican older adults with long-term disability: national prevalence and associated factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 63, n. 8, p. 1594-600, 2015.

9. Sobre famílias nucleares e extensas, consultar Medeiros (2000).

10. Mais informações a respeito dos programas Maior Cuidado e Pessoa Amiga do Idoso disponíveis em Camarano (2017).

O governo mexicano oferece uma transferência de renda bimestral (Salario Rosa del Estado de México) a mulheres cuidadoras não remuneradas. O valor estipulado é de 40 pesos diários, um valor muito inferior aos 141 pesos correspondentes ao salário mínimo. Essa transferência é por tempo limitado, o que pode ser interpretado como uma baixa valorização do trabalho de cuidador (Huenchuan e Velázquez, 2015).

Alguns municípios em torno da Cidade do México oferecem uma ajuda financeira de 1 mil pesos mensais, por meio do Sistema Público de Cuidados de 2021, por exemplo, em Iztapalapa, e capacitação em grupos e em domicílio para quem tem a responsabilidade de cuidar de um idoso ou de uma pessoa com deficiência.¹¹

No Chile, dentro do programa Chile Cuida, como será detalhado na próxima seção, estão em vigor ações que permitem um respiro aos cuidadores, além de grupos de autoajuda dirigidos por profissionais de saúde mental, cursos de capacitação em cuidados, treinamento para um trabalho remunerado e atividades educativo-recreativas.¹² Também no Chile, foi criada, em 2017, uma associação privada, sem fins lucrativos, que visa melhorar a qualidade de vida dos cuidadores informais de crianças, pessoas doentes, idosos etc. Busca conhecer e tornar visíveis as necessidades dos cuidadores informais, apoiando-os com as ferramentas necessárias para garantir a sua inclusão na sociedade. Tem caráter universal, não é focalizado em nenhum grupo etário nem socioeconômico.¹³

4 ESTADO

4.1 Visão geral

Políticas destinadas a apoiar a família nas atividades de cuidar começaram a ganhar força a partir dos anos 1970 em alguns Estados de bem-estar social na Europa. Representavam um esforço em criar condições para favorecer a conciliação entre a vida profissional e o trabalho de cuidados das mulheres. O Plano de Viena para o Envelhecimento, de 1982, já apontava para a necessidade de transferência de responsabilidades com o cuidado dos idosos da família para os setores público e privado. Em 2002, a OMS afirmou que as sociedades têm obrigação de reconhecer e atender às necessidades das pessoas com algum tipo de limitação física e/ou mental (WHO, 2002). O Plano de Madri para o Envelhecimento, de 2002, aponta para a necessidade de os Estados criarem um entorno propício e favorável

11. Disponível em: <<https://www.economista.com.mx/politica/Mexico-necesita-un-Sistema-Nacional-de-Cuidados-20220321-0003.html>>. Acesso em: 22 mar. 2023.

12. Disponível em: <<http://www.gob.cl/2015/11/23/programa-chile-cuida-beneficios-para-los-adultos-mayores-y-sus-cuidadores/>>. Acesso em: 27 ago. 2021.

13. Disponível em: <<https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/proteccionsocial/chile-cuida>>. Acesso em: 4 out. 2021.

ao envelhecimento (ONU, 2002), o que implica uma provisão de cuidados para a população idosa frágil.

Hoje, pode-se falar que em quase todo o mundo desenvolvido há um consenso de que os Estados têm obrigação de fornecer cuidados de longa duração e apoio social para pessoas com alguma limitação severa. Isso é considerado um direito humano fundamental e tem sido formalizado em acordos internacionais (Muiser e Carrin, 2007). Em alguns países de renda média e baixa, os governos são incentivados a aumentar investimentos no desenvolvimento de programas domiciliares e comunitários eficazes e de baixo custo para atender à população necessitada.

Ao longo do século XX, cerca de trinta países, incluindo Países Baixos, Japão e Espanha, criaram os seus sistemas de cuidados de longa duração. Na América Latina, o primeiro foi implementado no Uruguai (2015) e o segundo, na Costa Rica (2018). O conhecimento dessas experiências pode ser útil para que os países possam desenhar o próprio sistema. Sem dúvida, o ponto de partida deve ser conhecer o número de pessoas que vão demandar cuidados, de que tipo e a sua duração (Lloyd-Sherlock e Díaz-Venegas, 2018).

No caso do cuidado para a população idosa, este foi reconhecido como um direito humano na América Latina pela Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas aprovada pelos países-membros da Organização dos Estados Americanos (OEA) em 2015. Tornou-se o primeiro instrumento de direitos humanos que inclui “o direito ao cuidado”. A Constituição da Cidade do México já reconheceu esse direito, e a Assembleia Constituinte do Chile buscou a sua incorporação, sem sucesso (Pautassi, 2021). Uma nova proposta está sendo encaminhada.

Alternativas de cuidado não familiar para idosos podem ser oferecidas pelo Estado ou pelo setor privado, podendo ser de dois tipos: domiciliar e institucional. O primeiro inclui algum tipo de assistência domiciliar, benefício monetário e grupos de apoio para os cuidadores, respiro, capacitação ou outros tipos de ajuda para idosos ou deficientes, que variam de acordo com as suas necessidades. O importante é levar algum alívio para as famílias, cuja prestação de cuidados pode ocorrer em condições precárias e/ou em conflito. O cuidado institucional envolve atenção integral em asilos ou em instituições residenciais, centros-dia e hospitais-dia. Para muitos demandantes e suas famílias, o cuidado institucional é frequentemente o último recurso utilizado quando ocorre a perda de capacidade mental e funcional dos idosos.

Programas de serviços públicos de cuidados para idosos ainda não constam da agenda de prioridades da grande maioria dos países latino-americanos (Bloeck, Galiani e Ibararán, 2017), à exceção dos benefícios monetários e de melhorias nos sistemas de saúde visando assegurar uma cobertura universal. A prioridade

tem sido garantir uma renda mínima para evitar a pobreza dos idosos. Apesar de a grande maioria dos idosos receber algum tipo de transferência monetária, não é suficiente para a compra de serviços de cuidado no mercado e para torná-los independentes da família.

Na enquete mencionada, feita com 544 líderes de opinião na América Latina, aproximadamente dois terços responderam que o setor público deveria se envolver com o cuidado de idosos dependentes. Também foi ressaltada, por quase 20% dos envolvidos, a importância do envolvimento do setor privado nessas ações (Bloeck, Galiani e Ibararán, 2017).

4.2 Uruguai

Como mencionado anteriormente, entre os três países estudados, o Uruguai é o único que conta com um Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), criado em dezembro de 2015.¹⁴ Ele parte do princípio de que o modelo de cuidado baseado no trabalho não remunerado se esgotou; atende a uma demanda do movimento feminista e da academia, que alegava sobrecarga de trabalho das mulheres, reconhecia as mencionadas transformações demográficas e culturais em curso e as consequências para a sociedade em termos de bem-estar social. É uma política setorial, mas faz parte do sistema de proteção social, de caráter universal e baseada em uma perspectiva de direitos. Complementa as políticas de saúde, educação e seguridade social (Batthyány e Genta, 2020).¹⁵ Além de ampliar a oferta de serviços e sua abrangência, um dos objetivos é o de promover uma mudança cultural na percepção do cuidado pela sociedade, promovendo a corresponsabilidade entre governo e mercado e entre homens e mulheres (Aranco e Sorio, 2019).

Constitui em um conjunto de ações e medidas voltadas para o desenho e a implementação de políticas públicas, formado por um modelo solidário e de responsabilidade das famílias, Estado, comunidade e mercado, compartilhado entre homens e mulheres. O objetivo geral é garantir os direitos das pessoas *em situação de dependência* a receberem cuidados em condições de qualidade e igualdade, promovendo o desenvolvimento da autonomia, a atenção e a assistência às pessoas com deficiência, bem como o desenvolvimento infantil no marco da corresponsabilização. Os programas e serviços oferecidos tiveram como foco desde o início as atividades assistenciais e, posteriormente, foram incorporados investimentos em atividades preventivas e educativas.¹⁶ Dois outros eixos importantes são a descentralização territorial e a participação da comunidade, aproveitando as experiências previamente existentes e criando novos formatos.

14. É o país latino-americano que conta com a maior proporção de população idosa.

15. Disponível em: <<https://www.gub.uy/sistema-cuidados/#>>. Acesso em: 9 ago. 2021.

16. Disponível em: <<https://www.gub.uy/sistema-cuidados/#>>. Acesso em: 9 ago. 2021.

As ações a serem implementadas estão descritas no Plano Nacional de Cuidados. Estipulou-se para o primeiro plano o horizonte de 2016 a 2020. Os seus componentes são: serviços, regulamentação, formação, informação e comunicação. Um dos objetivos principais do plano é a valorização e a profissionalização das tarefas de cuidado. Para isso, objetiva-se fortalecer e profissionalizar a atividade, por meio da capacitação dos profissionais familiares e remunerados, considerando a perspectiva de gênero, geracional e étnico-racial (Batthyány e Genta, 2020).¹⁷ O papel do Estado consiste em: formação, elaboração e implementação de cursos; acreditação dos cuidadores e garantia dos seus direitos trabalhistas; e registro dos cuidadores habilitados para trabalhar (Aranco e Sorio, 2019).

Cabe ao Ministério da Educação e Cultura a responsabilidade de habilitar as instituições interessadas em oferecer os cursos de formação. Em dezembro de 2017, vinte entidades de capacitação estavam funcionando, sendo onze em Montevideu e nove no restante do país; 41 cursos foram ofertados, financiados pelo Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional (Aranco e Sorio, 2019, p. 40).

As pessoas idosas elegíveis para o programa são aquelas com 65 anos ou mais que não têm autonomia para realizar as atividades básicas da vida diária, assim como as pessoas que cuidam, sejam remuneradas ou não. O nível de autonomia ou dependência é medido por uma escala que considera o grau de dificuldade para o desempenho das atividades básicas e instrumentais da vida diária. Tinha como foco os 40% mais pobres e visava estender progressivamente a cobertura até alcançar os 60%.

Entre as inovações introduzidas, a principal foi o programa Asistentes Personales para Cuidados de Larga Duración para Personas em Situación de Dependencia Severa, em que as pessoas com idade inferior a 30 anos e as com 80 anos ou mais podem receber um subsídio financeiro para a contratação de ajuda por até oitenta horas mensais. O valor máximo do subsídio mensal é de US\$ 530,00, o necessário para cobrir o salário do cuidador e os encargos sociais. No caso de o subsídio ser inferior a 100% do custo do serviço, o beneficiário ou sua família cobre a diferença. O valor do subsídio depende da renda domiciliar. Como um dos objetivos do programa é incentivar a formalização do trabalho de cuidados, não é permitida a contratação de cuidadores que tenham uma relação de consanguinidade de até o quarto grau com o indivíduo a ser cuidado.

Não se conhece nenhuma avaliação da efetividade desse programa, mas o que se pode dizer é que a cobertura é bastante baixa. Por exemplo, em fevereiro de 2018, 2.079 pessoas com 80 anos ou mais recebiam assistência domiciliar, sendo quase dois terços mulheres, o que correspondia a 0,3% da população deste grupo etário (Aranco e Sorio, 2019).

17. Disponível em: <<https://www.gub.uy/sistema-cuidados/#>>. Acesso em: 9 ago. 2021.

Outro programa é o de *teleasistencia domiciliaria*, que atende a pessoas de 70 anos ou mais com dependência leve ou moderada. É também implementado por meio de um subsídio de no máximo US\$ 30,00 mensais para que o indivíduo possa contratar o serviço. Com ele, o idoso pode se comunicar com um contato (familiar, amigos ou centro médico designado), numa situação de emergência, através de um dispositivo eletrônico, como colar, pulseira etc. As empresas provedoras do serviço devem ser registradas e habilitadas pelo Estado (Batthyány e Genta, 2020; Cafagna *et al.*, 2019; Aranco e Sorio, 2019).

Cinco empresas já estavam certificadas pelo governo para prestar o serviço de teleassistência em todo o território nacional em 2018, além de mais oito estarem buscando certificação. Até essa data, 2.057 pessoas haviam se inscrito para receber o subsídio, das quais 33,4% foram aceitos e recebiam o serviço; enquanto isso, 39% foram aceitos, mas não tinham ainda contratado a empresa para prestar o serviço (Aranco e Sorio, 2019, p. 53).

Outra modalidade criada em 2018 foi a de centros-dia para pessoas com 65 anos ou mais (Batthyány e Genta, 2020; Cafagna *et al.*, 2019). O modelo de funcionamento é flexível, adaptável às características de cada local, podendo oferecer vinte ou quarenta horas semanais. Os usuários têm o direito de escolher como cumprirão as horas estabelecidas. Cabe ao SNIC estabelecer os requisitos mínimos para os recursos humanos de cada centro: um coordenador, uma oficina, um psicólogo, um auxiliar de serviços e um cuidador para oito usuários. Além disso, deve contar com uma emergência de saúde. Em 2018, planejou-se a construção de quinze centros-dia; três em Montevideu, dois em Canelones e os demais no restante do país, em colaboração com a sociedade civil. Até esse ano, 117 pessoas frequentavam os sete centros-dia existentes (Aranco e Sorio, 2019).

Também são incentivadas iniciativas locais inovadoras relacionadas a cuidados, executadas pela sociedade civil, como assistência remota a idosos para ajudá-los na realização de tarefas da vida diária, cursos gratuitos de formação de cuidadores e a implementação de tecnologias assistivas. A prioridade foi dada a grupos economicamente vulneráveis (Pautassi, 2020). Cada projeto recebe do governo uma ajuda de aproximadamente US\$ 20 mil (Aranco e Sorio, 2019).

As instituições de longa permanência passaram a fazer parte do SNIC em novembro de 2016. Mas a autorização para o seu funcionamento e a sua fiscalização passaram para a responsabilidade conjunta do Ministério da Saúde Pública, que garante a qualidade dos centros com base em critérios geriátrico-gerontológicos, e do Ministério do Desenvolvimento Social, que é encarregado da regulação e da fiscalização. Como parte do compromisso de melhorar a qualidade dessas instituições, em 2018, foi lançado o programa Cuidados+Calidad, por meio do qual são concedidos empréstimos àquelas que queriam investir em infraestrutura,

equipamento ou mobiliário, e/ou na formação de recursos humanos. O valor máximo de créditos a ser concedido é de US\$ 17 mil por instituição, dos quais o montante a ser investido em recursos humanos não pode exceder US\$ 1.500 (Aranco e Sorio, 2019, p. 41).

Anterior à implantação do SNIC, um hospital público geriátrico, em Montevideu, oferecia cuidados de longa duração para pessoas com mais de 65 anos com dependência física ou mental variando de moderada a grave, em situação socioeconômica precária e sem patologias graves. Disponibilizava trezentas vagas, que se subdividiam nas áreas de: i) alta dependência e cuidados paliativos; ii) semidependência; iii) psicogeriatría; e iv) doença de Alzheimer e outras demências graves. Além disso, contava com doze vagas adicionais para pessoas em processo de reabilitação geriátrica, com permanência máxima de trinta dias. Sete lares de idosos foram distribuídos no resto do país, bem como nove centros de cuidados e recuperação com 246 vagas dirigidos a pessoas dependentes que viviam na rua, ligados ao Ministério do Desenvolvimento Social (Aranco e Sorio, 2019, p. 48).

A cobertura dos programas do SNIC para a população idosa era bastante baixa, não obstante o seu contingente ser bastante baixo (700 mil); apenas 2% dessa população dependente recebia algum benefício do sistema. Entre os que solicitaram o benefício e foram avaliados, os níveis de cobertura subiam para 55% entre os dependentes graves e 14% entre os dependentes leves ou moderados (SNIC, 2018¹⁸ *apud* Aranco e Sorio, 2019, p. 60).

O sistema é financiado por impostos gerais e suplementado por copagamentos dos beneficiários, que são estabelecidos de acordo com a renda domiciliar. No caso de assistência domiciliar e teleassistência, o Estado cobre parte dos custos. Dada a situação socioeconômica dos beneficiários, 98% recebiam um subsídio de no mínimo 67% do custo desses serviços. Governos locais e a sociedade civil organizada complementam o financiamento dos centros-dia, que é gratuito para o beneficiário (Cafagna *et al.*, 2019, p. 30). A participação do SNIC nesse financiamento depende de características como o número de horas semanais de funcionamento e o número de vagas. Por exemplo, no caso de um centro que funcione vinte horas semanais com capacidade para trinta pessoas, o Ministerio de Desarrollo Social transfere cerca de US\$ 7 mil mensais (Aranco e Sorio, 2019).

Em 2017, o total do orçamento do SNIC, levando em conta todos os serviços, foi de US\$ 26,5 milhões ou 0,04% do produto nacional bruto (PNB) uruguaio. A maioria dos gastos, cerca de 70%, foram feitos com os cuidadores

18. SNIC – Sistema Nacional Integrado de Cuidados de Uruguay. *Informe anual 2017*. Disponível em: <<http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/97732/1/informe-anual-2017---web.pdf>>.

domiciliares (Junta Nacional de Cuidados, 2018¹⁹ *apud* Cafagna *et al.*, 2019). Estimativas apontam que, se a meta de atender 60% da população fosse atingida, os gastos totais com o sistema atingiriam 0,19% do PNB (Cafagna *et al.*, 2019, p 30).

Um dos principais desafios enfrentados pelo sistema é aumentar a cobertura para outros grupos de idade, o que requer uma expansão do financiamento. Um outro diz respeito à capacitação não só de cuidadores, mas também de profissionais de saúde para tratar novas patologias, não existentes até recentemente. Menciona-se ainda o desafio referente à comunicação: o desconhecimento da população em relação ao sistema, ao direito a um cuidado de qualidade e, principalmente, à valorização das tarefas de cuidado (Aranco e Sorio, 2019). Em uma pesquisa de opinião realizada pelo SNIC, em 2017, constatou-se um baixo nível de conhecimento sobre o sistema de atenção e seu funcionamento.

Atualmente está vigente o Plano Nacional de Cuidado para o período 2021-2025, contemplando os impactos da pandemia, que será discutido na quinta seção.

4.3 México

O governo mexicano também ratificou várias convenções e tratados internacionais que fazem alusão ao direito ao cuidado. A convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres ressalta a necessidade de que as pessoas tenham o direito de cuidar dos dependentes e, também, de serem cuidadas. As políticas devem garantir suporte para que os cuidadores familiares possam combinar responsabilidades familiares, trabalho remunerado e participação na vida pública (ONU Mujeres, 2018).

Pela convenção, os Estados-membros devem adotar medidas para desenvolver um sistema de cuidados integral que leve em consideração a perspectiva de gênero e o respeito à dignidade e à integridade física e mental das pessoas idosas (OEA, 2015, art. 12). Isso implica a adoção de medidas de apoio às famílias e aos cuidadores por meio da oferta de serviços para quem cuida, tendo em conta as necessidades das famílias e outras formas de cuidados, bem como a participação do idoso, respeitando a sua vontade. O sistema espera contar com a corresponsabilidade de vários setores governamentais, famílias, comunidade, organizações da sociedade civil e mercado privado (ONU Mujeres, 2018).

O reconhecimento dessa demanda, bem como a pressão de organismos internacionais, levou a que o México aprovasse em 2002 uma “lei para pessoas idosas”, na qual são definidas ações governamentais para esse grupo. Além disso, foi criado o Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam),²⁰

19. Junta Nacional de Cuidados. *Informe anual Sistema de Cuidados 2017*. Disponível em: <<http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/97732/1/informe-anual-2017---web.pdf>>.

20. Disponível em: <<https://www.gob.mx/inapam/>>.

ao qual cabem o planejamento e a coordenação das ações da política para idosos juntamente com outras secretarias listadas na lei, bem como as atividades que podem ser fomentadas por elas. O financiamento das ações está a cargo da Secretaria de Desenvolvimento Social, que também pode buscar recursos no setor privado. A lei afirma a importância de o idoso ser cuidado no domicílio, mas não oferece programas de cuidado domiciliar nem de apoio às famílias.

Em 2009, foi incluída nessa lei, como responsabilidade do Inapam, a criação de um registro obrigatório para instituições que prestam serviços de abrigo, centros-dia ou centros de atenção para os idosos. Na prática, o registro só passou a ser realizado a partir de 2015. Junto com o registro, cabe ao Inapam a fiscalização das instituições, mas não há uma lei específica que regule o seu funcionamento. Estas, bem como os centros-dia e os centros de atenção, são regidas pela Norma Oficial Mexicana. A importância dessa lei, de acordo com Cafagna *et al.* (2019), está na consagração de um direito universal que requer a criação de ações de cuidado tanto por parte do Estado quanto do restante da sociedade. No entanto, a sua aprovação não impede a existência de ações expressas em outras peças legais.

Desde então, o México tem avançado no sentido de criar um sistema integral de cuidados, o qual, como no Uruguai, responde a uma demanda do movimento feminista. Está em tramitação na Câmara dos Deputados um projeto de decreto que modifica os arts. 4º e 73 da Constitución Política dos Estados Unidos Mexicanos com vistas a implementar o Sistema Nacional de Cuidado. Nesse sistema, serão priorizadas as pessoas que necessitem de cuidados por motivo de doença, deficiência, meninas, meninos, adolescentes e idosos, que vivam em condições de extrema pobreza e que exerçam atividades assistenciais sem qualquer remuneração.²¹

Além disso, outras leis estão em vigor: a Lei dos Direitos das Pessoas Idosas de 2018 e o Plano Estratégico da Economia de Cuidados (Ángeles, Oca e Guadarrama, 2021). Essas iniciativas estão estimulando a criação de uma legislação nacional. A Câmara dos Deputados mexicana aprovou por unanimidade a elevação do direito ao cuidado como um direito humano. Estabeleceu a obrigação do Estado na criação de uma Lei Geral de Cuidados,²² para a criação de um sistema nacional (Vinokur e Giordano, 2021). Tornar o direito ao cuidado um direito constitucional é uma forma de reconhecer a sua importância; o direito a ser cuidado, a cuidar e a se cuidar.

Uma importante necessidade sentida foi a de criar programas de capacitação para cuidadores formais de idosos. Estes foram oferecidos pelo Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), pelo Inapam, pelo Instituto de Seguridad y

21. Disponível em: <<http://sil.gobernacion.gob.mx/Reportes/Sesion/reporteAsunto.php?cveAsunto=4114719&ref=opcion-51#T4114719>>. Acesso em: 14 mar. 2023.

22. Diferentemente de uma lei federal, a lei geral obrigada os estados a se adequarem a ela (Vinokur e Giordano, 2021).

Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), pela Escola Nacional de Medicina e Homeopatia, entre outros. Manuais de cuidador de idosos foram elaborados pelo ISSSTE, pela direção-geral do Inapam no Distrito Federal, assim como um *Guía Familiar para el Cuidado del Adulto Mayor*,²³ entre outros (Huenchuan e Velázquez, 2015).

Ainda foi proposta a criação de programas de especialização para profissionais ligados a atividades de cuidados: gerontólogos, geriatras, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, entre outros. Também se propôs a criação de tecnologias adaptadas às necessidades das pessoas idosas com comprometimento da funcionalidade, inclusive manuais (Huenchuan e Velázquez, 2015).

Cite-se também o Programa de Servicios a Grupos com Necesidades Especiales, que são centros-dia para pessoas idosas que não podem ficar sós no domicílio. Como as pessoas precisam se deslocar para chegar aos centros, não podem ser totalmente dependentes. Com isso, deixam descobertas as pessoas dependentes (Ángeles, Oca e Guadarrama, 2021).

Como no Uruguai, o aporte governamental aos programas de gastos com idosos é bastante baixo, e estima-se que tenha sido cerca de US\$ 16 milhões em 2021, equivalente a 1,2% do gasto com cuidados em geral. Esse gasto teve uma redução de 24,9% entre 2017 e 2021, dada a diminuição do orçamento do programa de Atendimento a Grupos com Necesidades Especiais. Os gastos com a infância representavam 79,1% dos gastos com cuidados e também decresceram no período.²⁴

A Cidade do México já realizou avanços importantes na questão. Em 2017, à sua Constituição foi agregado um artigo estabelecendo o cuidado como um direito.

As autoridades estabelecerão um sistema de cuidados que preste serviços públicos universais, acessíveis, pertinentes, suficientes e de qualidade e desenvolva políticas públicas. O sistema atenderá de maneira prioritária as pessoas em situação de dependência por doenças, incapacidades, ciclo de vida, especialmente infância e a velhice, bem como os cuidadores não remunerados (Ciudad de México, 2017, art. 9º, inciso B²⁵ *apud* Vinokur e Giordano, 2021, p. 182, tradução nossa).

Na América Latina, é a única constituição que reconhece o cuidado como um direito fundamental. Sem dúvida, é um grande avanço, mas não se conhecem ainda detalhes de como funcionará o sistema: integrado a que órgãos, transversal, focalizado e com que fontes de financiamento.

23. Esses manuais foram elaborados em parceria com as universidades federais e locais (Huenchuan e Velázquez, 2015).

24. Disponível em: <<https://www.topslosmejoresabogados.com/mexico-necesita-un-sistema-nacional-de-cuidados/>>. Acesso em: 15 mar. 2023.

25. Ciudad de México. *Constitución Política de la Ciudad de México*, 2017.

4.4 Chile

Em 2006, entrou em vigor no Chile um sistema de proteção social baseado em direitos centrados em ações nas áreas de educação e saúde, focalizados em alguns segmentos da população: os idosos, as donas de casa e as crianças menores de 6 anos, todos localizados nas famílias 60% mais pobres. Com isso, ficou excluída a população empregada em alguns setores intermediários de baixa remuneração e com baixa cobertura nos seus direitos sociais. O sistema foi fundamentado na solidariedade intergeracional e, atualmente, baseia-se no seguro privado e na assistência social para os grupos de menor renda.

A agenda de cuidados para idosos é de responsabilidade de vários ministérios. Por exemplo, a reforma da seguridade social de 2008 aprovou um pilar de renda solidário que, entre outras medidas, garantiu um benefício mínimo universal para todos os idosos; inicialmente cobria 40% das famílias mais pobres e, em 2012, expandiu-se para 60%. O Ministério da Saúde é responsável pelos serviços de saúde e pelo fornecimento de tecnologias assistivas. Cabe a ele avaliar o estado funcional dos idosos e, conseqüentemente, o seu direito a serviços públicos (Lloyd-Sherlock e Díaz-Venegas, 2018).

O papel principal dessa agenda cabe ao Serviço Nacional do Adulto Maior (Senama), parte do Ministério do Desenvolvimento Social. A importância que a agenda de cuidados assumiu no governo chileno pode ser medida pelo aumento da dotação orçamentária para o Senama. Esta cresceu desde 2012 e alcançou, em 2016, US\$ 29 milhões (Dintrans, 2017²⁶ *apud* Lloyd-Sherlock e Díaz-Venegas, 2018). Isso equivale a cerca de US\$ 83,00 para cada chileno com 60 anos ou mais e com limitações para as atividades da vida diária, o que equivale a 0,01% do PIB. A título de comparação, a Coreia do Sul gasta cerca de 1,1% do produto interno bruto (PIB) em cuidados para idosos, e o Reino Unido, 1,8% (OECD, 2016²⁷ *apud* Lloyd-Sherlock e Díaz-Venegas, 2018).

Cerca de 60% desse valor são alocados para as instituições de longa permanência para idosos (ILPIs), cujos beneficiários são direcionados de acordo com a idade dos residentes, situação funcional e perfil socioeconômico (Dintrans, 2017 *apud* Lloyd-Sherlock e Díaz-Venegas, 2018). Cabe ao Ministério da Saúde a responsabilidade por regulamentar as ILPIs e há pouca coordenação entre os dois órgãos (Lloyd-Sherlock e Díaz-Venegas, 2018).

Em 2013, o Senama implementou um esquema-piloto de assistência domiciliar, em que 182 pessoas foram treinadas em cuidados domiciliares e encaminhadas para apoiar os cuidadores familiares de forma voluntária ou remunerada.

26. Dintrans, P. V. Envejecimiento y cuidados a largo plazo en Chile: desafíos en el context de la OCDE. *Revista Panamericana Salud Pública*, v. 41, n. 86, 2017.

27. Disponível em: <<https://data.oecd.org/health.htm>>.

As ações foram geridas pelos governos locais em sete distritos, além de organizações não governamentais (ONGs) e organizações religiosas. Essas agências recebiam US\$ 32,40 mensais para cada idoso atendido. Ofereciam diversas atividades e um mínimo de duas horas de visitas domiciliares por beneficiário. Até 2014, 1.761 idosos tinham sido beneficiados, num total de 3 milhões de idosos (5,9%). O orçamento total, incluindo custos operacionais e treinamento de cuidadores, foi de US\$ 630.300,00. Isso representou uma pequena fração dos custos do cuidado residencial, menos de 3% do orçamento total do Senama. “Embora essa seja uma intervenção muito promissora, ela só foi implementada em uma escala limitada; não foi avaliada de forma robusta em termos de resultados, e informações sobre os tipos de serviços oferecidos pelas diferentes agências” (Lloyd-Sherlock e Díaz-Venegas, 2018, p. 26, tradução nossa).

Várias outras iniciativas-piloto foram testadas no Chile com vistas à implementação nacional, mas também foram muito limitadas. Por exemplo, uma iniciativa que oferecia assistência temporária com financiamento público atingiu apenas setecentos cuidadores em 2016 (Lloyd-Sherlock e Díaz-Venegas, 2018).

Com o objetivo de fortalecer o Sistema Intersetorial de Proteção Social, três subsistemas foram criados: i) Chile Cresce com Você; ii) Seguridade e Oportunidade, para famílias em situação de pobreza e extrema pobreza; e iii) o programa de Apoio e Cuidados para Idosos, pessoas com necessidades especiais e seus cuidadores. A proporção orçamentária alocada para esse sistema, em 2018, foi muito baixa: 3,7% do total do orçamento do sistema de proteção social, enquanto o subsistema de Seguridade e Oportunidade foi responsável por 79,3%, e o Chile Cresce com Você, por 17%. A porta de entrada desses programas é o Registro Social de Domicílios, criado em 2017 (Arriagada, 2020).²⁸

O subsistema de apoio e cuidados para a população idosa compreende ações públicas e privadas com coordenação intersetorial. A meta é coordenar ações de acesso, encaminhamento, monitoramento e acompanhamento em nível local por meio da rede local de apoio e cuidado, um serviço de respiro domiciliar, chamado Chile Cuida, e outros serviços de atendimento domiciliar e institucional, adaptação funcional da habitação e um programa de educação pública (Rodríguez, 2015). Os ministérios envolvidos na execução dos programas são os da Família e Desenvolvimento Social, Saúde, Trabalho, e Habitação e Urbanismo, além do Senama e do Servicio Nacional de la Discapacidad (Senadis) (Arriagada, 2020).

O programa Chile Cuida, lançado em 2015, tem uma cobertura muito baixa: atende vinte dos 346 municípios chilenos, com a meta de se expandir gradualmente

28. A vulnerabilidade socioeconômica do domicílio é definida pelo programa Registro Social de Hogares, do Ministério de Desenvolvimento Social e Família. O registro é um sistema de informações utilizado para selecionar beneficiários de programas sociais. Mais informações sobre o funcionamento do Registro Social estão disponíveis em: <<https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/42344-registro-social-de-hogares>>.

até atingir todo o país. Ele oferece serviços para as pessoas dependentes e coordena a oferta de serviços existentes nessas vinte municipalidades. O público-alvo são pessoas com idades acima de 18 anos, gravemente ou severamente dependentes²⁹ e que moram em domicílios que fazem parte dos 60% mais pobres (Cafagna *et al.*, 2019).

O objetivo é permitir um respiro para o cuidador familiar a quem se oferece a possibilidade de participar, também, em grupos de autoajuda dirigidos por profissionais de saúde mental, cursos de capacitação e atividades recreativas. Os domicílios selecionados recebem o apoio de um cuidador profissional de quatro a oito horas semanais. No primeiro ano, visava atender cem famílias de duas municipalidades, com o objetivo de se ampliar nos anos subsequentes.³⁰ Para poder atender a esse objetivo, são oferecidos cursos de cuidadoras formais para as mulheres da comunidade que busquem emprego formal³¹ (Molina *et al.*, 2020; Cafagna *et al.*, 2019). Embora este seja um objetivo desejável, por aumentar a oferta de emprego formal e propiciar respiro para as famílias, contém um viés de gênero ao ser voltado apenas para as mulheres.

Além de oferecer assistência pessoal, o programa também transfere recursos financeiros para as prefeituras municipais para que elas possam contribuir com adaptações nas residências das pessoas dependentes, mas com uma cobertura baixa. O programa é financiado por impostos gerais; em 2019, o orçamento foi de US\$ 6,5 milhões, ou 0,002% do PIB chileno. O baixo orçamento explica a baixa cobertura. Uma outra função do programa é coordenar os serviços de cuidados de longa duração nas municipalidades (Cafagna *et al.*, 2019).

De acordo com Arriagada (2020), a Política do Envelhecimento Ativo, prevista para o período 2012-2025, é um ponto de inflexão na oferta de cuidados para idosos ao estabelecer um modelo de longo prazo para desenvolver a autonomia e funcionalidade dos idosos chilenos. Ela se concretizou em quatro programas sociais fundamentais, diferenciados de acordo com o nível de dependência dos idosos e a sua vulnerabilidade socioeconômica, conforme descrito a seguir.

- 1) Centros-dia para idosos com dependência leve.³² A prioridade é dada aos idosos mais velhos, que residam próximo ao centro e com baixos níveis de renda. Segundo o Senama, são 88 locais em funcionamento. Em 2020, havia 5.727 idosos inscritos (4.199 mulheres e 1.528 homens).³³

29. Utiliza-se a escala de Barthel (Araújo *et al.*, 2020; Mirallas-Martínez e Collado, 2003).

30. Disponível em: <<https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/proteccionsocial/chile-cuida>>. Acesso em: 23 set. 2021.

31. Destaca-se que a oferta não se limita aos serviços de Chile Cuida; são incluídos também serviços preexistentes, como os oferecidos pelo Senama.

32. Disponível em: <<https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl>>.

33. Disponível em: <<http://www.senama.gob.cl/programa-centros-dia>>. Acesso em: ago. 2021.

- 2) Cuidados domiciliares para idosos com dependência moderada ou grave e que não possuam um cuidador para auxiliar nas atividades da vida diária. O serviço básico consiste na visita de um cuidador formal, duas vezes por semana, para ajudar ao idoso nessas atividades (Senama, 2017 *apud* Molina *et al.*, 2020). Além disso, outros serviços são oferecidos, como visitas semanais de médicos, enfermeiros, dentistas, entre outros, que podem ser realizados, também, por instituições privadas sem fins lucrativos. O financiamento é público.³⁴ Entre 2014 e 2017, o programa beneficiou 5.849 idosos (Ministerio de Desarrollo Social³⁵ *apud* Molina *et al.*, 2020).
- 3) Um benefício monetário dirigido a cuidadores familiares que não tenham nenhuma outra fonte de renda e estejam inscritos no programa, equivalente a US\$ 35,00 por mês.
- 4) Subsídios para as instituições de longa permanência para idosos com dependência moderada ou grave e em situação de vulnerabilidade socioeconômica, administradas pelos municípios ou por instituições filantrópicas.³⁶ Em abril de 2020, o Senama contava com dezesseis instituições no país, com um total de 868 vagas (Senama, 2020 *apud* Molina *et al.*, 2020). Em janeiro de 2023, no *site* do Senama, encontraram-se 23 instituições cadastradas como públicas que podiam atender a 838 pessoas.³⁷ As condições de elegibilidade para essas vagas são: ter 70 anos ou mais e estar em situação de vulnerabilidade. Além disso, as instituições podem descontar 85% do benefício social do idoso para o seu custeio (Arriagada, 2020), o que acontece no Brasil, também.

Apesar de o Chile contar com um sistema público que protege os direitos das crianças, mulheres e idosos, as informações disponíveis para o relativo exercício desses direitos é escassa. No que tange a ações de cuidados de longa duração para idosos e pessoas com dependência, não existe uma normativa integrada em nível nacional que as regule (Acosta, Picasso e Perrotta, 2018³⁸ *apud* Molina *et al.*, 2020).

34. Disponível em: <<https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/28768-programa-cuidados-domiciliarios>>.

35. Disponível em: <http://www.dipres.gob.cl/597/articles-172647_doc_pdf.pdf>.

36. Disponível em: <<https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/9655-establecimientos-de-larga-estadia-para-adultos-mayores-eleam>>.

37. Disponível em: <<https://www.eleamchile.cl/encuentraeleam>>. Acesso em: 21 mar. 2023.

38. Acosta, E.; Picasso, F.; Perrotta, V. Envejecimiento y cuidados en Chile. Avances y desafíos en la construcción de una política pública. *Análisis y perspectivas*, v. 15, p. 1-10, 2018.

5 MERCADO PRIVADO

5.1 Visão geral

Como já foi discutido, tanto neste capítulo como em outros deste livro, a capacidade da família de cuidar de seus membros dependentes tem se reduzido em toda a região, e a oferta de serviços públicos não tem acompanhado a demanda de cuidados. Portanto, cresce a importância do mercado privado no seu atendimento para aquelas famílias que podem pagar. Mas não se pode ainda falar de um mercado consolidado de cuidados na América Latina.

Também no mercado privado, os setores mais importantes na oferta de cuidados são os de saúde, educação e assistência social. Fazem parte desse mercado empresas e trabalhadores por conta própria que oferecem serviços no domicílio e em instituições especializadas, bem como empresas que desenvolvem tecnologias assistivas e serviços de teleassistência, o que cresceu muito durante a pandemia. Essas atividades podem exercer um papel importante na geração de empregos formais, numa região com alto grau de informalidade, e movimentar a economia. Cafagna *et al.* (2019) citam o caso da Coreia do Sul, cujos empregos no setor absorvem aproximadamente 1% da população do país. Parte desse setor está incluída na economia prateada (*silver economy*), como bem salientado por Cachón e Mejías (2018³⁹ *apud* Cafagna *et al.*, 2019).

A provisão de cuidados é altamente intensiva em recursos humanos, o que faz com que a qualidade dos serviços tenha uma correlação elevada com o custo. Ou seja, o acesso a serviços é diferenciado em função da renda. Isso requer regulamentação e controle por parte do Estado para garantir custos e qualidade adequados, bem como o aumento da oferta de serviços, tanto pública quanto privada.⁴⁰

A tendência a relegar para as famílias e para o “mercado” o problema dos cuidados tende a produzir aquilo a que Tronto (2013) se refere como sendo um “círculo vicioso de desigualdade nos cuidados”, já que a condição econômica de um indivíduo torna-se um importante determinante para a qualidade dos cuidados que este receberá e, simultaneamente, a necessidade de prover os próprios meios para garantir os cuidados daqueles que lhe são próximos acirra o individualismo e a ideologia de que os cuidados são um problema da vida privada e não da sociedade em geral (Groisman, 2015, p. 69).

Uma alternativa em curso em quase todos os países da região, e também no sul da Europa, é a utilização de serviços privados de baixo custo, como os oferecidos pelas empregadas domésticas e cuidadores. Na América Latina, são as

39. Cachón, I. O.; Mejías, A. H. *La revolución de las canas: ageingnomics o las oportunidades de una economía del envejecimiento*. Espanha: Gestión 2000, 2018.

40. Chama-se a atenção para o impacto que os gastos privados com cuidados têm no orçamento familiar. Na Itália, esses gastos têm sido a segunda causa mais importante do empobrecimento dos domicílios com idosos (Costa, 2012).

empregadas domésticas as principais encarregadas dessa atividade, seja para crianças ou para idosos (ILO, 2018).⁴¹ Nos últimos anos, as pesquisas domiciliares têm buscado identificar essas trabalhadoras que exercem atividades de cuidados nos domicílios (Aguirre, 2013). Em geral, para os sistemas nacionais de estatísticas, essas trabalhadoras são classificadas como empregadas domésticas e não como cuidadoras, o que subdimensiona o setor. No Brasil, como a profissão do cuidador não está regulamentada, o seu trabalho é disciplinado pela legislação do emprego doméstico.

O estudo da ILO (2018) apontou que as atividades de cuidado consistem em uma fonte de renda importante para as mulheres latino-americanas. Das 47 milhões de pessoas que cuidavam de crianças, idosos ou pessoas com deficiência, cerca de 75% eram mulheres. Isso inclui pessoas que trabalham em instituições públicas ou privadas de cuidados. Em muitos países, como o Chile, por exemplo, eram mulheres migrantes que constituíam grande parte dessa oferta.⁴² No México, aproximadamente 2,2 milhões de trabalhadores exerciam o trabalho doméstico em 2018, o que equivalia a cerca de 4% da população ocupada no país. Desses trabalhadores, cerca de 90% eram mulheres e cerca de 50% tinham de 30 a 49 anos de idade (Sánchez, 2019). Não obstante os avanços obtidos com a ratificação da Convenção dos Trabalhadores Domésticos por dezesseis países latino-americanos, incluídos os aqui estudados, estes trabalhadores continuam experimentando condições de trabalho mais precárias do que os demais. Por exemplo, no México, cerca de 93% dos trabalhadores domésticos atuavam na informalidade.⁴³

Da mesma forma que os cuidadores familiares não são preparados para a função, muitos remunerados também não são. O reconhecimento da necessidade de um cuidado mais qualificado tem levado muitos governos e ONGs a oferecerem cursos de capacitação (Flores-Castillo, 2012). A duração e a qualidade desses cursos variam muito, o que, por si só, não garante qualidade nos cuidados ofertados. De qualquer forma, a iniciativa pode criar oportunidades de trabalho remunerado para as mulheres de baixa escolaridade.

Essa forma de organizar as atividades de cuidados através da contratação de pessoas diretamente pelas famílias libera parcialmente o cuidador familiar e atende aos padrões culturais de membros dependentes serem cuidados por elas. As mulheres assumem o papel de gestoras do cuidado. Para Martínez-Buján (2019), mantém-se a organização familiar e de cuidados tradicionais com as suas disputas de poder entre gêneros e gerações. Guimarães e Hirata (2020, p. 14) afirmam

41. O capítulo 7 deste livro trata do papel das empregadas domésticas nas atividades de cuidados nos países estudados.

42. No Chile, as pessoas que trabalham em domicílios particulares em trabalhos de limpeza e de cuidados a pessoas são regulamentadas pelo Código do Trabalho. As famílias são obrigadas a fazer um contrato de trabalho para as atividades que são exercidas de forma contínua, independentemente de ser jornada parcial ou integral (Arriagada, 2020).

43. Disponível em: <https://www.ilo.org/americas/sala-de-prensa/WCMS_749907/lang--es/index.htm>.

que essa é uma característica importante do cuidado na América Latina, uma “completa conciliação entre o cuidado remunerado nas suas diversas formas e o cuidado não remunerado”. Sintetizando, esse arranjo mostra uma resistência a mudanças na concepção tradicional de que o trabalho de cuidados é de responsabilidade da família.

Além dessa modalidade de cuidados, o mercado ainda é muito limitado e restrito às pessoas de renda mais elevada. Por exemplo, apenas 0,5% das pessoas idosas da região vivia em ILPIs, enquanto na Europa e nos Estados Unidos a proporção comparável é de 2% (Cafagna *et al.*, 2019). Alguns países avançaram em alguns pontos, tais como a definição de critérios de qualidade para a acreditação de instituições que oferecem cuidados para idosos e a definição de esquemas de avaliação e monitoramento (Stampini *et al.*, 2020).

Pode-se falar de um crescimento de empresas que oferecem serviços para idosos, surgido nos anos 1990, especialmente para acompanhantes em internações hospitalares. Com o aumento da demanda, passaram a oferecer também profissionais que ajudam nas atividades da vida diária e até serviços pontuais de enfermagem. As famílias contratam o serviço a essas empresas, geralmente, por horas trabalhadas. Desde então, elas têm ganhado legitimidade entre as famílias, que as contratam basicamente para atender a idosos e mulheres (Batthyány e Genta, 2020). Esse resultado confirma a conclusão da literatura de que são as mulheres as maiores demandantes de cuidados não familiares, já que vivem mais que seus maridos, cuidam deles e, quando estes morrem, não têm quem cuide delas (Redondo e Lloyd-Sherlock, 2009; Camarano, 2017).

Um papel importante que as empresas privadas podem desempenhar é o estabelecimento de condições de trabalho que assegurem a seus trabalhadores disponibilidade de tempo, na forma de licenças, permissões e flexibilidade de horário para exercer a atividade de cuidado de algum familiar ou do próprio. Isso deve ser reforçado pelas legislações. Por exemplo, licença-maternidade, licença-paternidade, licença para tratamento de saúde, licença para acompanhar familiar em caso de doença, licença para períodos de luto. Mas essas condições só acontecem para quem está no mercado formal.

5.2 Uruguai

Apesar da criação de um sistema público de cuidados, este não tem sido capaz de atender à demanda crescente por parte da população idosa, o que abre espaço para o mercado atender parte dessa demanda, especialmente para as famílias de renda mais alta. Um dos setores que mais têm avançado e ganhado legitimidade entre as famílias uruguaias é o dos serviços de acompanhantes, geralmente oferecido por empresas privadas para acompanhar familiares na internação hospitalar ou

atender pessoas em seus domicílios. As famílias contratam o serviço das empresas, que são as empregadoras.

A contratação de serviços se dá na forma de um seguro, pago mensalmente, e o atendimento pode ser utilizado em função da necessidade. Os planos variam de acordo com o número de horas a ser utilizado e o tipo de serviço: cuidados no domicílio ou em hospital para internação domiciliar. Os planos oferecidos são individuais ou familiares, e o valor da mensalidade depende do número de horas que se contratam e do tipo de serviço, no domicílio ou no hospital. O valor da mensalidade pode variar de US\$ 30,00 a US\$ 200,00 mensais (Aranco e Sorio, 2019). Como esperado, as famílias de maior poder aquisitivo terão um atendimento mais completo.

De acordo com Aranco e Sorio (2019), existiam quarenta empresas em atividade em 2015 e, em 2013, 37% de idosos de 60 anos ou mais contavam com esse seguro, com uma proporção mais elevada para os que viviam sozinhos (43%). As diferenças de gênero entre os segurados são expressivas: 43% das mulheres e 30% dos homens.

No entanto, o cuidado com idosos dependentes ainda continuava sendo predominantemente oferecido pelas famílias. Apenas 13% recebiam ajuda de um cuidador remunerado, proporção que aumenta com a idade, atingindo 18% entre aqueles com 80 anos ou mais (ELPS, 2013 *apud* Aranco e Sorio, 2019). Há que se ressaltar a dificuldade das famílias de renda média ou baixa de contratar serviços no mercado, dados os altos custos.

Outra alternativa de cuidados para as pessoas idosas são os Centros de Larga Estadía, que podem ser divididos em dois grupos: as instituições sem fins lucrativos, chamadas de *hogares*, e as privadas, de *residencias*. A regulamentação é feita pelo Ministério da Saúde Pública, e a habilitação e fiscalização, pelo Ministério de Desenvolvimento Social. As instituições filantrópicas são administradas por organizações sociais e contam com o apoio do Banco de Previsão Social (BPS).

A cobertura desse serviço é baixa, muito embora tenha apresentado um pequeno aumento entre 1996 e 2011. A proporção de pessoas de 65 anos ou mais que residiam nesse tipo de instituição passou de 2,2% para 3,0%. Entre os residentes, 48,5% tinham 85 anos ou mais (Cabella, Fernández e Prieto, 2015). Este é o perfil de residentes encontrados em vários países do mundo: predomínio de mulheres e idosos com idade muito avançada.

De acordo com o Sistema de Información sobre Vejez y Envejecimiento,⁴⁴ com base no levantamento das instituições em funcionamento no país pelo Instituto

44. O sistema faz parte do Ministério de Desenvolvimento Social. Disponível em: <http://sive.mides.gub.uy/Nuevo_Test/portalObservaVejez/>. Acesso em: ago. 2021.

Nacional de las Personas Mayores (Inmayores),⁴⁵ em agosto de 2015, foram identificadas 1.124 instituições, sendo 920 privadas, 77 sem fins lucrativos,⁴⁶ 56 serviços de inserção familiar e 71 sem classificação nas categorias anteriores. Dessas, 481 localizavam-se em Montevideú. No total desses estabelecimentos, residiam 14.024 pessoas com 65 anos ou mais, o que equivalia a 3% da população idosa uruguaia. Aproximadamente 70% dos residentes eram mulheres, e aproximadamente 70% tinham 80 anos ou mais. Os serviços oferecidos são residência, alimentação, reabilitação, entre outros (Aranco e Sorio, 2019). Informações publicadas pelo Inmayores apontam que cerca de 84% das pessoas que residiam nas instituições de longa permanência viviam nas instituições privadas (Sive-Inmayores, 2018 *apud* Aranco e Sorio, 2019).

O financiamento dessas instituições é feito com o pagamento das mensalidades dos residentes. O preço varia segundo a infraestrutura e os serviços oferecidos; vai desde o valor do benefício previdenciário, em que o serviço oferecido é o básico, até residenciais de luxo, em que se podem pagar até US\$ 5 mil mensais e ter acesso a cabelereiros, piscina, ioga etc. É um preço elevado, dado que o valor máximo de um benefício contributivo fica em torno de US\$ 600,00 mensais (Aranco e Sorio, 2019). Em 2019, apenas 2% dessas instituições tinham autorização legal para operar (Oliveira, Aranco e Stampini, 2021).⁴⁷

Outra modalidade de cuidado que permite a combinação do cuidado familiar com o domiciliar é o centro-dia, estabelecimento onde os idosos passam uma parte do dia. Atendem a pessoas independentes e/ou pessoas com dependência leve ou moderada. A oferta desse tipo de serviço é reduzida, embora os custos sejam mais baixos, e a escolha por essa modalidade requer deslocamentos e uma certa independência do idoso.

5.3 México

Dado o papel reduzido do Estado mexicano na oferta de cuidados para a população idosa, eles recaem sobre a família e abrem espaço para o crescimento da oferta por parte do setor privado, que oferece uma grande variedade de serviços com custos variados, mas que se restringem a pessoas com rendimentos mais elevados. O mercado privado predomina na oferta de instituições de longa permanência ou asilos, casas-lar, estâncias, albergues e centros-dia.

45. Criado pela Lei nº 18.617, tem como objetivo a promoção, a coordenação e a avaliação de políticas públicas para a população idosa uruguaia (pessoas de 65 anos ou mais).

46. Essas são instituições administradas por organizações sociais e recebem, em geral, aportes do BPS e/ou de governos regionais.

47. Em 2022, foi disponibilizada no *site* do Ministério da Saúde Pública uma lista com 147 instituições de longa permanência para idosos habilitadas. Disponível em: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/comunicados/listado-establecimientos-habilitados-certificados-msp-alojan-personas>>. Acesso em: 24 mar. 2023.

Não existe no México, assim como no Brasil, um cadastro nacional de asilos e residenciais para idosos que seja público e obrigatório. Portanto, não se sabe o número de instituições existentes, os serviços oferecidos, os custos, o número de residentes etc. As instituições existentes são públicas, filantrópicas ou privadas com fins lucrativos.

Em 2015, foi realizado o Censo de Alojamentos de Asistencia Social (Cass), pelo Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) (López-Ortega e Aranco, 2019). Esse censo identificou 1.020 residências para idosos, das quais 603 eram asilos ou residenciais privados; 203 eram asilos sem fins lucrativos; 204, associações filantrópicas e/ou religiosas; 82, instituições públicas; e o restante pertence a outras categorias jurídicas. Também foram coletadas informações sobre os residentes: 22.500 idosos com baixa escolaridade, dos quais 61% eram mulheres e 56% tinham 80 anos ou mais. A cobertura era bastante baixa, de apenas 0,2% da população idosa mexicana. A atividade é altamente intensiva em mão de obra, cerca de quinze pessoas contratadas por instituição. Foram identificados 14.582 trabalhadores, 86% remunerados e 14% voluntários, mas 97% dos trabalhadores não possuíam a qualificação necessária (López-Ortega e Aranco, 2019).

Os custos das instituições privadas dependem dos serviços oferecidos. Elas variam desde um simples alojamento coletivo até suítes individuais com banheiro integrado; algumas também oferecem uma gama de serviços recreativos, como salão de beleza. López-Ortega e Aranco (2019) fizeram uma sondagem em lugares como Cidade do México, Guadalajara e Montevidéu e encontraram que o custo médio por pessoa nas instituições variava entre US\$ 540,00 a US\$ 4.300,00. Assim sendo, a Asociación Mexicana de Apoyo para el Retiro (Amar) estimou, para 2017, que, do total da população mexicana de 50 anos ou mais, apenas 8,7% tinham capacidade econômica para pagar uma instituição de qualidade (López-Ortega e Aranco, 2019).

A grande maioria das instituições sem fins lucrativos oferece alojamentos para os idosos que não podem pagar e não têm uma rede familiar. Para aqueles que possuem algum recurso, a mensalidade é calculada de acordo com este ou pela renda da família (López-Ortega e Aranco, 2019).

Em maio de 2020, o registro do Inapam⁴⁸ apontou a existência de 969 instituições no país. A partir desse número, o órgão visitou algumas delas e verificou que 71 não existiam mais; restaram 898.⁴⁹ Supõe-se que esse “desaparecimento” seja resultado do fechamento na pandemia.

48. Disponível em: <<https://www.gob.mx/inapam/>>.

49. Desde março de 2021, o Inapam está fazendo uma convocatória na imprensa para que as instituições que atendem idosos entrem em contato por e-mail. Disponível em: <<https://www.gob.mx/inapam/prensa/comunicado-sobre-registro-unico-inapam?idiom=es>>.

Também no México, existem algumas empresas que oferecem um pacote de serviços de cuidados no domicílio ou fora dele, como fisioterapia, reabilitação e acompanhamento em hospitais. Saliente-se que a responsabilidade da contratação é da família (López-Ortega e Aranco, 2019).

A oferta de centros-dia é muito baixa. Foram encontrados 33 centros sem finalidades lucrativas. São centros sociais e recreativos, cujo objetivo é manter a independência e a participação das pessoas idosas. Para isso, são oferecidas atividades recreativas, alfabetização, trabalhos manuais, promoção da saúde, atividades físicas, capacitação em informática, dentistas etc. Ou seja, o público-alvo são pessoas com a capacidade funcional preservada. Os custos variam de US\$ 1,00 a US\$ 2,50 por oito horas ao dia. Naqueles com finalidades lucrativas, variam entre US\$ 10,00 e US\$ 25,00 (López-Ortega e Aranco, 2019).

A falta de serviços públicos de qualidade e adequados às condições das famílias faz com que a busca por serviços privados, bem como a contratação de cuidadores domiciliares, seja uma alternativa apenas para as pessoas que podem pagar. No entanto, no caso dos serviços privados, a cobertura é bastante baixa e sua realização recai sobre as mulheres. De acordo com González-González *et al.* (2019⁵⁰ *apud* Stampini *et al.*, 2020), menos de 3% dos idosos mexicanos que recebiam cuidados de longa duração declararam pagar pelo serviço. Em contrapartida, menos de 10% dos idosos dependentes residiam em alguma instituição pública ou privada; entre os cuidadores dessas instituições, 70% eram mulheres (Ángeles, Oca e Guadarrama, 2021).

5.4 Chile

No Chile, a oferta de serviços privados consiste em instituições de longa permanência, centros-dia, cuidado domiciliar e teleassistência. Como no Brasil, o setor filantrópico religioso desempenha um papel muito importante, como a fundação Hogar de Cristo, que administra 44 centros-dia, 89 programas de atenção domiciliar e dezessete instituições de longa permanência (Molina *et al.*, 2020).

Além do cuidador domiciliar (remunerado ou não), os idosos dependentes podem demandar uma vaga em algum Establecimiento de Larga Estadía para Adultos Mayores (Eleam) por meio do Senama.⁵¹ Muitas instituições estão cadastradas na RedEleam.⁵²

50. González-González, C. *et al.* *Simulaciones del costo de un sistema de apoyo para los adultos mayores en situación de dependencia en México*. Washington: BID, 2019. (Working Press Series, n. 1033).

51. Disponível em: <<http://www.senama.gob.cl/>>. Acesso em: jan. 2021.

52. A RedEleam é uma fundação de apoio às instituições de longa permanência no Chile. Também fornece informativos para os cuidadores. Disponível em: <<https://redeleam.cl/>>.

Dados do Senama apontam para a existência de 947 instituições de longa permanência em 2019, que contavam com autorização de funcionamento no país; 5,1% eram privadas sem fins lucrativos e sem subsídio do Senama, e 75,9%, privadas com fins lucrativos. As demais eram financiadas diretamente pelo Senama ou recebiam subsídios da instituição (Molina *et al.*, 2020).

Os estabelecimentos privados sem fins lucrativos são gratuitos ou cobram mensalidades de acordo com o valor do benefício previdenciário; podem alcançar até 85% do valor deste, o equivalente a US\$ 440,00. Já a variação de preços das instituições privadas com fins lucrativos é ampla; depende da infraestrutura, do grau de dependência da pessoa e dos serviços oferecidos. Essas instituições são direcionadas a idosos de renda média e alta, pois as mensalidades variavam de US\$ 500,00 a US\$ 3.150,00. Uma nova e recente modalidade de serviço é o hotel para idosos, direcionado àqueles de alta renda, que não estão sujeitos à regulamentação do Ministério da Saúde. Os hotéis oferecem residência em quartos ou apartamentos, alimentação, assistência médica e atividades de lazer (Molina *et al.*, 2020).

A RedEleam disponibilizou, em 2021, uma pesquisa com instituições do tipo Eleam, realizada em parceria com a Universidad San Sebastián e a Universidad Gabriela Mistral, e validada pelo Senama. Apesar de apenas 119 de instituições terem respondido, o relatório da pesquisa mostrou que 57% delas tinham fins lucrativos. Também mostrou que 38% dos residentes apresentavam dependência severa ou eram acamados. As instituições também reportaram um déficit de cuidadores capacitados.⁵³

Centros-dia podem ser privados com ou sem fins lucrativos. O Senama subsidia os filantrópicos. Em 2017, 31 centros receberam o subsídio, o que beneficiou cerca de 2 mil pessoas (Cunil-Grau e Leyton, 2018⁵⁴ *apud* Molina *et al.*, 2020). Alguns municípios têm oferecido os seus próprios centros; não recebem subsídios do Senama, mas operam com copagamentos. Por exemplo, o centro Las Condes cobra US\$ 7,00 por dia e mais US\$ 2,50 pela alimentação (Molina *et al.*, 2020).

De acordo Molina *et al.* (2020), o maior crescimento da oferta de serviços privados, em quase todo o mundo, tem sido o cuidado domiciliar, por ser mais barato e possibilitar que o idoso fique em sua residência. Organizações privadas sem fins lucrativos oferecem esse serviço, muitas vezes em parceria com instituições públicas. A oferta pelas empresas com fins lucrativos varia entre atenção domiciliar, serviços de enfermagem e hospitalização domiciliar. Os preços variam de acordo com o número de horas requeridas, o grau de dependência

53. Disponível em: <<https://redeleam.cl/publicaciones/>>. Acesso em: 25 mar. 2023.

54. Cunil-Grau, N.; Leyton, C. Una nueva mirada al enfoque de derechos: aportes al debate a partir de los servicios de cuidado para personas mayores en Chile. *Revista Latinoamericana de Derecho social*, n. 27, 2018.

do idoso etc. A falta de um registro oficial das empresas dificulta a fiscalização e a avaliação. Um estudo feito com 330 cuidadores de adultos com demência encontrou que o custo médio mensal do cuidado era US\$ 943,00. Desse valor, 74% iam para o cuidador principal (Hojman *et al.*, 2017⁵⁵ *apud* Lloyd-Sherlock e Díaz-Venegas, 2018).

Outro serviço que tem crescido muito, oferecido pelas empresas privadas, é o de teleassistência. Com ele, as pessoas podem contar com ajuda 24 horas por dia, durante todo o ano. O idoso entra em contato com uma central telefônica, de onde recebe orientação e apoio. Pode marcar consulta médica, avisar em caso de quedas etc. O custo dos serviços varia entre US\$ 18,00 e US\$ 25,00. Em alguns casos, os serviços são contratados pelas municipalidades, que os oferecem para os idosos sem custos (Molina *et al.*, 2020).

Chama-se a atenção para o fato de que a ampliação da rede de cuidados privados no Chile é resultado, em parte, do aumento da renda dos idosos mais pobres, a partir da Contrarreforma da Previdência de 2008. Esta aprovou um pilar solidário que garante um benefício mínimo para as pessoas de 65 anos ou mais e as inválidas, que, desde 2012, cobre os 60%⁵⁶ idosos e deficientes mais pobres (Arriagada, 2020). Assim como no Brasil, no Chile o benefício monetário da seguridade social se mostra importante para a provisão de cuidados para idosos (Camarano, 2017).

6 A PANDEMIA E OS CUIDADOS: "QUEDÁTE EN CASA"

Poucas certezas se têm sobre a pandemia do coronavírus até este momento; tampouco se sabe se ela acabou. A única certeza é que já deixou grandes sequelas. Em toda a região, estas se juntam à pobreza, bem como às crises da economia, do mercado de trabalho e das instituições, em sociedades marcadas por graves desigualdades sociais, de gênero e raciais, levando ao seu acirramento. Os efeitos da pandemia, assim como a forma de gerenciá-la, variaram conforme o país. Nesta seção, descrevem-se algumas medidas tomadas pelos três países para o controle da pandemia de covid-19 e seu impacto na oferta de cuidados.

É reconhecido que a pandemia realçou a necessidade do cuidado em todas as esferas, ainda mais no caso dos idosos, que constituem a população mais vulnerável ao contágio do vírus. Se contraírem a infecção, apresentam um risco mais elevado de desenvolver complicações que podem ser fatais. Some-se a isso o fato de possuírem um sistema imunológico mais comprometido. O distanciamento social imposto pelos governos para reduzir a pandemia e a possibilidade

55. Hojman, D. A. *et al.* The cost of dementia in an unequal country: the case of Chile. *PLoS One*, v. 12, n. 3, 2017.

56. Entre 2008 e 2012, beneficiava os 40% mais pobres.

de contágio pelos cuidadores provocaram uma quebra na rede de cuidados de que dependiam os idosos. Nos países que já contavam com sistema de cuidados, os serviços foram oferecidos na institucionalidade em funcionamento. Mas, segundo Lloyd-Sherlock e Bachmann (2020), isso não foi acompanhado por um aumento de políticas públicas, ou por novos arranjos formais ou informais.

Como a pandemia é uma questão de saúde pública, todos os países estipularam medidas de comunicação divulgando a importância de ações de higiene e do isolamento para evitar contágios. Desenvolveram manuais com protocolos e recomendações, principalmente para cuidadores de idosos. As campanhas de comunicação buscavam estimular a corresponsabilidade pelos cuidados dentro dos domicílios, ou seja, pelas famílias. No Uruguai, as recomendações se estenderam aos cuidadores pessoais, às famílias e aos centros de cuidados; no Chile, ao programa Chile Cuida e ao Senadis, e foi criado um *website* para apoio à comunidade⁵⁷ (Dintrans, Browne e Madero-Cabib, 2021).

No México, o Inapam interrompeu as suas atividades durante o ano de 2020, como medida de restrição sanitária. Dado que é necessário ter cadastro no Inapam para acessar os seus serviços, pode-se considerar que os idosos deixaram de ter acesso e passaram a contar apenas com o cuidado familiar não remunerado e/ou o adquirido no mercado.⁵⁸

Na verdade, quando se recomenda “*Quedáte en casa*”, está se recomendando que a família deve cuidar dos idosos, o que levou muitos trabalhadores, especialmente mulheres, a deixarem o mercado de trabalho. Em contrapartida, por medo do contágio, pela perda de renda das famílias e pela necessidade de parte dos trabalhadores domésticos de cuidar de sua família em virtude do fechamento de creches e escolas, muitos deles e/ou cuidadores foram demitidos ou se demitiram e, como a maioria estava na informalidade, ficaram desprotegidos. De acordo com estimativas da OIT, 70,4% das trabalhadoras da região foram afetadas pelas medidas de quarentena, seja pela diminuição de sua ocupação, pelo desemprego, pela redução das horas trabalhadas e/ou pela perda de salários (ONU Mujeres, OIT e CEPAL, 2020). Uma pesquisa uruguaia apontou que a porcentagem dos domicílios que contavam com empregadas domésticas diminuiu de 8% para 3% em 2020 (ONU Mujeres, OIT e CEPAL, 2020).

Como se viu neste capítulo e em outros deste livro, grande parte da oferta de serviço de cuidados domiciliares remunerados é provida por trabalhadores com poucos direitos sociais, que experimentam relações assimétricas e autoritárias e se expõem fortemente ao vírus. Enfrentam condições precárias de trabalho, que

57. Disponível em: <<https://www.gob.cl/cuentaconmigo/>>.

58. Disponível em: <<https://www.gob.mx/inapam/>>. Acesso em: jul. 2021.

incluem o deslocamento para a casa dos empregadores em transportes públicos lotados e sem higienização ou proteção contra a pandemia. Isto parece paradoxal: pessoas que cuidam não contam com um sistema obrigatório de proteção social e de cuidados, ficando sujeitas a contrair o vírus e disseminá-lo.

Em alguns países, como México, Equador, Colômbia e Costa Rica, os governos promoveram campanhas de divulgação e conscientização sobre a garantia dos direitos das trabalhadoras domésticas. No México, o Inmujeres, com o apoio da Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres (ONU Mulheres), da OIT e da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (Food and Agriculture Organization – FAO), no âmbito do programa do Fundo Conjunto para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas, Fechando Brechas: Proteção Social para as Mulheres no México, lançou uma campanha de conscientização com três eixos principais: i) promover o registro das trabalhadoras domésticas na previdência social; ii) disponibilizar informações sobre seus direitos; e iii) o pagamento de salários integrais por parte dos empregadores, independentemente de comparecerem ou não ao local de trabalho. O México, por meio do IMSS, ativou um sistema *online* para o pagamento das contribuições mensais de trabalhadoras domésticas, enquanto, antes da crise da covid-19, era possível fazê-lo apenas em agências bancárias (ONU Mujeres, OIT e CEPAL, 2020, p. 11-12).

Como consequência, o número de horas de trabalho nos domicílios mexicanos cresceu no ano de 2020, segundo as contas-satélite do México. As atividades que apresentaram o maior crescimento (9,4%) foram os cuidados de saúde dentro do domicílio. Quanto ao valor econômico aportado, as mulheres contribuíram com 73,3%, e os homens, com 26,7%.⁵⁹ Uma pesquisa uruguaia avaliou como homens e mulheres se sentiam com relação ao aumento da carga de trabalho não remunerado. Enquanto 20% das mulheres declararam que se sentiam sobrecarregadas, o mesmo aconteceu com 4% dos homens. Com relação à combinação do trabalho doméstico com o *home office*, 38% das mulheres e 20% dos homens afirmaram ser difícil (ONU Mujeres, OIT e CEPAL, 2020).

A associação chilena Yo Cuido (2020 *apud* Pincetti e Somma, 2022) estimou que 99% dos cuidadores informais apresentavam sinais de ansiedade e depressão durante a pandemia. Ou seja, os cuidadores familiares, bem como os profissionais, podem ter experimentado um aumento na carga do estresse e na sobrecarga emocional devido à situação de emergência e incerteza provocada pela pandemia, com consequências negativas sobre a sua saúde física e mental.

59. Disponível em: <<http://forbes.com.mx/trabajo-del-hogar-no-remunerado-equivale-al-26-3-del-pib-de-mexico/>>. Acesso em: mar. 2023.

Parece paradoxal que, embora em uma pesquisa uruguaia as mulheres tenham relatado que se sentiam sobrecarregadas na pandemia, quando perguntadas sobre a divisão sexual das tarefas domésticas, 95% concordaram que era de responsabilidade delas. Já a proporção comparável para os homens foi de 93% (ONU Mujeres, OIT e CEPAL, 2020). Ou seja, esse é um valor bastante arraigado na sociedade da região analisada, o que aponta que não basta ter oferta de serviços públicos, é preciso haver uma estratégia de comunicação divulgando a oferta dos serviços e a necessidade de uma nova percepção.

As mudanças também atingiram outras dimensões da vida familiar, como a redução das ajudas externas oferecidas por familiares não residentes nos domicílios. Quase a metade dos domicílios que recebiam apoios de familiares não residentes perderam essa ajuda, e em 29% ela foi diminuída. O desemprego também aumentou em quase toda a região, mas atingiu mais as mulheres. Por exemplo, na mencionada pesquisa uruguaia, enquanto as mulheres experimentaram uma redução proporcional de 57% nas horas trabalhadas, a redução comparável para os homens foi de 42%. Com relação às horas trabalhadas em atividades não remuneradas, homens e mulheres apontaram que houve aumento, mas a carga média das mulheres foi 76% superior à dos homens; antes da pandemia, era 75% (ONU Mujeres, OIT e CEPAL, 2020).

Em relação às ILPIs, outras medidas foram tomadas. A maioria dos países suspendeu visitas nessas instituições. No Chile, foram determinados o isolamento e a quarentena de todos os residentes, restringindo o seu acesso apenas às pessoas estritamente necessárias ao seu funcionamento; os centros-dia ficaram fechados. Nos casos de pessoas com suspeita ou com confirmação de covid-19 nas ILPIs, foram criadas residências transitórias para idosos, bem como casas de passagem para pessoas com incapacidades sem outra rede de apoio para poder manter o isolamento (Pincetti e Somma, 2020). Muitas instituições adotaram turnos rotativos para seus cuidadores com a finalidade de minimizar o contato com o exterior e o contágio. Nessa modalidade, um cuidador passava quatorze dias trabalhando sem interrupção (Molina *et al.*, 2020), o que constitui em mais um elemento de sua sobrecarga.

As instituições passaram a contar com um programa de telessaúde para que pudessem receber um apoio técnico ofertado pelo Ministério da Saúde, por meio de um hospital de referência que dava treinamento *online* para capacitar funcionários a atender aos idosos impossibilitados de ir a um hospital devido à idade e à sua condição física.⁶⁰

60. Disponível em: <<https://www.minsal.cl/establecimientos-de-larga-estadia-para-adultos-mayores-en-aysen-cuentan-con-asistencia-en-salud-por-via-remota/>>. Acesso em: jul. 2021.

Também no Chile, as visitas domiciliares por agentes públicos foram reduzidas; foram atendidos somente os casos mais críticos, como pessoas com níveis de dependência graves e pessoas que viviam sozinhas sem ter quem delas cuidasse. Para os serviços que foram cancelados temporariamente, como centros-dia e atenção domiciliar, foram adotadas entregas domiciliares de alimentos e medicamentos. Foi ativada uma linha de telefone, Fono Mayor Covid-19, que atuava como meio de informação para os idosos e de coordenação com os municípios (Molina *et al.*, 2020).

Também foram reforçados os canais de teleassistência, por meio dos quais se ofereciam serviços médicos, psicológicos e sobre leis e direitos na região. Foram incluídos, também, cuidados emocionais para o enfrentamento do isolamento social e medidas para o autocuidado (Pautassi, 2021).

Algumas medidas de proteção à renda foram tomadas pelos países. Como o regime de previdência chileno é baseado em contas individuais, a Ley nº 21.227 de Protección del Empleo permite que as trabalhadoras domésticas filiadas ao sistema possam sacar as suas contribuições previstas para situações de desemprego (Pincetti e Somma, 2020), mas isso implica uma redução do seu fundo para aposentadoria. No México, o governo federal adiantou o pagamento de aposentadorias aos idosos e criou uma página na *web* com orientações específicas para eles.⁶¹ Em uma situação de emergência como a pandemia, uma disponibilidade de renda pode auxiliar as famílias a adquirirem serviços de cuidado no mercado, assim como outros bens.

O estado de emergência sanitária destacou a importância de novas tecnologias para o acesso, entre outras coisas, a informações sobre medidas sanitárias. Além disso, a falta de acesso a uma conta bancária foi uma das principais dificuldades para que as trabalhadoras domésticas pudessem receber os benefícios dos programas sociais ou o pagamento de seus salários. Por isso, elas devem contar com programas de formação digital para o uso adequado das novas tecnologias. Seu uso deve ser potenciado para garantir o acesso à informação sobre seus direitos, a realização de denúncias e a possibilidade de se associar e estar em contato com outras trabalhadoras domésticas e organizações de trabalhadoras (ONU Mujeres, OIT e CEPAL, 2020).

Sintetizando, os avanços na construção de uma nova cultura de cuidados parecem ter retrocedido, observando-se uma renaturalização das atividades de cuidado realizadas pelas famílias (Pautassi, 2021), ou melhor, pelas mulheres. Recaiu sobre elas a obrigação de garantir uma qualidade de vida a seus membros. Isso pode lhes impor várias perdas, como a redução da participação feminina no

61. Disponível em: <<https://coronavirus.gob.mx/adultos-mayores>>. Acesso em: jul. 2021.

mercado de trabalho; outras consequências são a diminuição na produtividade das empresas, a dificuldade na reativação da economia e na qualidade de cuidados oferecidos, sejam para idosos, crianças e/ou pessoas com deficiência etc. (Frazoni, 2021).

O trabalho de cuidados continuou invisível, e sua efetividade como direito humano não foi alcançada (Pautassi, 2021). De acordo com Tronto (2020⁶² *apud* Pautassi, 2021), as desigualdades preexistentes na região ficaram mais expostas na pandemia, o que afetou de forma mais intensa os segmentos mais vulneráveis. A crise gerada pela economia pode ser um momento de buscar novas soluções.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado familiar é o mais importante para qualquer grupo populacional, especialmente crianças, idosos e deficientes, sendo predominante em quase todo o mundo. Pelo que se viu, o papel da família, em especial da mulher, nessa atividade é muito valorizado na região analisada, inclusive pela própria família, e não se alterou na pandemia. No entanto, tanto nos países considerados quanto no restante do mundo, condições para a família continuar a exercer esse papel estão se reduzindo, sem falar na qualidade do cuidado. Também deve se considerar que muitos dos cuidadores informais estão envelhecendo, sem contribuir para a segurança social. Isso significa que não terão direito a um benefício social monetário e dependerão, portanto, do apoio familiar e/ou de serviços públicos. Também há que se considerar situações em que a família não pode cuidar, no caso de idosos ou pessoas com deficiência, seja por questões financeiras, seja pela gravidade da dependência e/ou pela indisponibilidade de pessoas. Além disso, há pessoas que envelhecem sem ter família.

O objetivo central deste capítulo foi analisar a trajetória das políticas de cuidado para as pessoas idosas empreendidas pelos três países, inclusive aquelas adotadas para mitigar os efeitos da pandemia. Na análise dessas trajetórias, buscou-se entender o seu efeito no bem-estar das pessoas cuidadas, na desfamiliarização e na redução dos diferenciais de gênero na atividade de cuidar. Pode-se dizer que, nos três países considerados, as famílias/mulheres continuam sendo as principais responsáveis pelo cuidado de idosos e pessoas incapacitadas, mesmo depois da pandemia. A cobertura dos programas públicos é bastante baixa, mesmo no Uruguai, que criou o SNIC. Essa responsabilização, além de representar, para as mulheres, uma carga elevada de estresse e custos de oportunidade altos no mercado de trabalho, pode resultar em uma oferta de cuidado inadequado, e em negligência e violência para com idosos ou doentes.

62. Tronto, J. *¿Riesgo o cuidado?* Buenos Aires: Fundación Medifé Edita, 2020. Disponível em: <<https://www.fundacionmedife.com.ar/riesgo-o-cuidado>>.

Uma pesquisa da ELPS uruguaia apontou que 8% da população que não trabalhava alegaram que não o faziam porque tinham que cuidar de um membro dependente. Entre as mulheres, essa proporção alcançou 13%; outros 2% alegaram ter se aposentado para cuidar, proporção que ascende a 8% entre as pessoas com 60 anos ou mais. Das mulheres dessa faixa etária, 12% declararam ter se aposentado para cuidar; entre os homens, apenas 2% alegaram ter feito isto (Aranco e Sorio, 2019). Uma pesquisa feita no Chile apontou que pelo menos 64 mil mulheres deixaram as atividades econômicas para cuidar de familiares idosos.⁶³

No contexto em que as mulheres passam a assumir um papel cada vez mais importante como provedora, mas mantendo o tradicional de cuidadora em detrimento da sua carreira profissional e de sua renda, é que se torna importante incluir na agenda governamental o debate sobre a necessidade de compartilhamento das responsabilidades do cuidado com a família, o Estado e o mercado privado, e mesmo dentro das famílias. Além disso, as políticas devem ser sensíveis às questões de gênero, ser reconhecidas como um direito humano e passar uma mensagem de valorização da atividade de cuidar. O papel do Estado não deve ser apenas o de oferecer serviços, mas também de capacitar, acompanhar as famílias, oferecendo algum alívio para elas e ajudando-as a cuidar. Assim, elas poderão desempenhar as atividades de cuidado em melhores condições. Ajudar a cuidar é uma forma de prevenir violências.

No entanto, serviços públicos de cuidados para idosos ainda não constam da agenda de prioridades dos governos da região. A prioridade tem sido garantir uma renda mínima para evitar a pobreza dos idosos e desenvolver melhorias nos sistemas de saúde, visando assegurar uma cobertura universal. O benefício monetário tem como meta suavizar o consumo daqueles que não podem mais trabalhar e, em alguns países, é condição de acesso a algum tipo de serviço de saúde ou cuidado, tanto privado quanto familiar. Esse benefício tem levado a uma percepção quase generalizada de que os idosos se encontram em melhores condições econômicas do que as crianças.

A pandemia do coronavírus realçou a importância dos cuidados e chamou a atenção dos governos e do mercado para assumirem parte da responsabilidade. No entanto, não parece que as políticas apresentaram uma resposta positiva. Por exemplo, um documento elaborado por Knapp *et al.* (2021) chama a atenção para falhas nas instituições de residência, seja de crianças, idosos ou pessoas com incapacidades. São elas: restrições de direitos, danos físicos e saúde mental, expectativa de vida encurtada, restrições sociais e maior risco a doenças contagiosas, inclusive pela covid-19. O documento propõe uma política que transfira os serviços

63. Disponível em: <<http://www.gob.cl/2015/11/23/programa-chile-cuida-beneficios-para-los-adultos-mayores-y-sus-cuidadores/>>. Acesso em: mar. 2023.

prestados em instituições para a comunidade, o que permitiria maior liberdade, maior participação social e menor contágio.

As ações empreendidas na pandemia no tocante ao cuidado focaram o isolamento social e resultaram num retorno ao processo de familiarização. O “*Quédáte en casa*” fez com que o cuidado com idosos e pessoas deficientes que não moravam em instituições passasse a ser exclusivamente da família/mulher. Isso acarretou não só uma maior sobrecarga para elas, mas um aumento das desigualdades sociais pela redução da sua renda, entre outros fatores.

O que pensar para o pós-pandemia? Parece que se pode falar que o direito ao cuidado estava em construção na região e deveria ser assumido pela sociedade, com responsabilidade do Estado, e prestado através de serviços que maximizem a autonomia e o bem-estar das famílias e indivíduos (Ángeles, Oca e Guadarrama, 2021). Mas a pandemia interrompeu essa trajetória. Como na Europa do pós-Guerra foi implantado o Estado de bem-estar social, cabe perguntar o que surgirá no mundo pós-pandemia. Quais alternativas sucederão ao “*Quédáte en casa*”? Espera-se que seja o direito ao cuidado e a ser cuidado.

Por onde começar? Por uma promoção de mudança cultural? A desfamiliarização passa necessariamente pelo peso dos serviços públicos e do mercado privado, mas sem abrir mão do cuidado familiar. Também se propõe a inclusão do cuidado comunitário (Ángeles, Oca e Guadarrama, 2021).

O reconhecimento do cuidado como um direito requer

avançar para o seu reconhecimento e inclusão positiva nas políticas públicas. Isso implica ações que considerem pelo menos três elementos: redistribuir, revalorizar e reformular os cuidados. Estes elementos não são independentes e só podem ser separados por finalidades analíticas.

Redistribuir significa construir uma responsabilidade coletiva, deslocar-se do âmbito exclusivamente privado para uma responsabilidade coletiva buscando alcançar o acesso universal a cuidados dignos.

Revalorizar implica dignificar o trabalho de cuidados e reconhecê-los como uma dimensão essencial do bem-estar das sociedades.

Reformular remete a dissociar os cuidados de serem exclusividade das mulheres e família (Orozco e Gil, 2011⁶⁴ *apud* Bathyány, 2020, p. 43, tradução nossa).

De qualquer forma, não se pode abrir mão da família cuidadora, mas nem tomar como garantido que ela vai cuidar. É preciso ajudá-la, recompensá-la e capacitá-la. Ou seja, promover campanhas para visibilizar a sua sobrecarga de

64. Orozco, P.; Gil, L. A. S.; Desigualdades a flor de piel: cadenas globales de cuidados. *Concreciones en el empleo del hogar y políticas públicas*. Madrid: ONU Mujeres, 2011.

cuidados e incentivar corresponsabilidade nos domicílios entre homens e mulheres, considerando a diversidade cultural. Realizar campanhas de sensibilização e capacitação em nível comunitário com o fim de promover boas práticas e corresponsabilidade de gênero nos cuidados que se realizam no ambiente familiar. Nesse caso, pode-se pensar em benefícios monetários para os cuidadores familiares, bem como respiro. Assim, eles poderão desempenhar as atividades de cuidado em melhores condições.

Dois pontos são importantes na discussão sobre uma política de cuidados, especialmente em países com recursos escassos: i) financiamento, impostos gerais ou seguro compulsório; e ii) a dicotomia entre focalização e universalização. Chama-se a atenção para o fato de que os países da América Latina têm uma longa história de instabilidade macroeconômica.

Uma outra questão a ser considerada é se ela deve se constituir num quarto pilar da seguridade social, somando-se aos já existentes nesses países: saúde, educação e proteção social (Camarano, 2010). Isso significa reconhecer a perda da capacidade de lidar com as atividades diárias, um risco social que deve ser coberto pelo Estado. Numa região com tantas carências sociais, essa deve ser uma decisão política.

Finalizando, quando se defende o direito ao cuidado e a cuidar, deve-se defender, também, o direito ao não cuidar e a não ser cuidado, questão também pouco discutida.

REFERÊNCIAS

- AGUIRRE, R. **Sistema Nacional de Cuidados**: personas ocupadas en el sector cuidados. Montevideo: Universidad de la República de Montevideo, 2013.
- ÁNGELES, P. R.; OCA, V. M. de; GUADARRAMA, K. P. Políticas de cuidado con perspectiva de género. **Revista Mexicana de Sociología**, v. 83, n. 3, 2021.
- ARANCO, N. *et al.* **Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe**. Washington: BID, 2018. (Policy Brief, n. 273).
- ARANCO, N.; SORIO, R. **Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay**. Washington: BID, 2019. (Nota Técnica, n. 1615).
- ARAÚJO, E. A. T. *et al.* A utilização do Índice de Barthel em idosos brasileiros: uma revisão de literatura. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 23, n. 2, p. 217-231, 2020.

ARRIAGADA, I. A. La injusta organización social de los cuidados en Chile. *In*: GUIMARÃES, N. A.; HIRATA, H. (Org.). **El cuidado en América Latina: mirando los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay**. Buenos Aires: Fundación Medifé Edita, 2020.

BATTHYÁNY, K. (Coord.). **Miradas latinoamericanas a los cuidados**. Buenos Aires: Clacso; Siglo XXI, 2020.

BATTHYÁNY, K.; GENTA, N. Uruguay: avances y desafíos en la investigación y las políticas públicas del cuidado. *In*: GUIMARÃES, N. A.; HIRATA, H. (Org.). **El cuidado en América Latina: mirando los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay**. Buenos Aires: Fundación Medifé Edita, 2020.

BATTHYÁNY, K.; GENTA, N.; PERROTTA, V. **La población uruguaya y el cuidado: análisis de representaciones sociales y propuestas para un Sistema de Cuidados en Uruguay**. Montevideo: Mides, 2013.

_____. Cuidados de salud no remunerados: ¿Cuál es el aporte de las mujeres y las familias al sistema sanitario uruguayo? **Revista Estudos Feministas**, v. 25, n.1, 2017.

BATTHYÁNY, K.; PERROTTA, V.; SCAVINO, S. El trabajo remunerado de las mujeres madres a lo largo de tres generaciones: ¿Un camino hacia la igualdad de género? **Revista Dados**, v. 63, n. 4, p. 67-80, 2020.

BLOECK, M. C.; GALIANI, S.; IBARRARÁN, P. **Long-term care in Latin America and the Caribbean? Theory and policy considerations**. Washington: IDB, 2017. (Working Paper Series, n. 834).

CABELLA, W.; FERNÁNDEZ, M.; PRIETO, V. Las transformaciones de los hogares uruguayos vistas a través de los censos de 1996 y 2011. *In*: CALVO, J. J. (Coord.). **Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay (fascículo 6)**. Montevideo: UNFPA, 2015.

CAFAGNA, G. *et al.* **Age with care: long-term care in Latin America and the Caribbean**. Washington: BID, 2019. Disponible em: <<https://publications.iadb.org/en/age-care-long-term-care-latin-america-and-caribbean>>.

CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

_____. **Cuidados para a população idosa: demandas e perspectivas**. 2017. Mimeografiado.

CHILE. Instituto de Sociología. Estudios de Vejez y Envejecimiento. **Encuesta Calidad de Vida en La Vejez**. Santiago: Centro UC, 2016.

_____. Instituto Nacional de Estadística y Censos. **Encuesta de Calidad de Vida del Adulto Mayor**. Santiago: Indec, 2018.

_____. Ministerio de Desarrollo Social. **Encuesta Casen 2017**. Disponível em: <<https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen>>.

COSTA, G. Las políticas de cuidados a largo plazo em Italia: un caso de inercia institucional y de dinamismo privado. **Revista Argentina de Salud Pública**, v. 3, n. 12, p. 43-46, 2012.

DINTRANS, P. V.; BROWNE, J.; MADERO-CABIB, I. It is not just mortality: a call from Chile for comprehensive covid-19 policy responses among older people. **Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 76, n. 7, p. e275-e280, 2021.

FERNÁNDEZ, M. B.; HERRERA, M. S. El efecto del cuidado informal en la salud de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes en Chile. **Revista Médica de Chile**, v. 148, n. 1, p. 30-36, 2020.

FLORES-CASTILLO, A. F. **Cuidado y subjetividad**: una mirada a la atención domiciliaria. Santiago de Chile: CEPAL; UNFPA; Sida, 2012.

FRAZONI, J. M. Los cuidados durante y después de la pandemia en América Latina: ¿Una emergencia con oportunidades? *In*: PAUTASSI, L.; NAVARRO, F. M. (Coord.). **Feminismos, cuidados e institucionalidad**: homenaje a Nieves Rico. Buenos Aires: Fundación Medifé, 2021.

GONZÁLEZ, L. E.; RAGA, A.; SIBILS, M. **Consulta de opinión sobre políticas de cuidado en América Latina**: niñas y niños, personas ancianas, personas con discapacidad y personas con enfermedades crónicas. Santiago: CEPAL, 2012.

GROISMAN, D. **O cuidado enquanto trabalho**: envelhecimento, dependência e políticas para o bem-estar no Brasil. 2015. Tese (Doutorado) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

GUIMARÃES, N. A.; HIRATA, H. (Org.). **El cuidado en América Latina**: mirando los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay. Buenos Aires: Fundación Medifé Edita, 2020.

HAN, Y. *et al.* Determinants of hopelessness and depression among Chinese hospitalized esophageal cancer patients and their family caregivers. **Psycho-Oncology**, v. 22, n. 11, p. 2529-2536, 2013.

HUENCHUAN, S. N.; VELÁZQUEZ, R. I. R. **Necesidades de cuidado de las personas mayores em la Ciudad de México**: diagnóstico y lineamientos de política. Santiago de Chile: CEPAL; NU, 2015.

ILO – INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **Care work and care jobs for the future of decent work**. Geneva: ILO, 2018.

INMUJERES – INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES. **Situación de las personas adultas mayores en México**. Ciudad de México: Inmujeres, 2015. Disponível em: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf>.

KNAPP, M. E. *et al.* We're all in this together: focus on community attenuates effects of pandemic-related financial hardship on reactance to covid-19 public health regulations. **Plos One**, v. 16, n. 12, 2021. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0260782>>.

LLOYD-SHERLOCK, P. *et al.* Allocating family responsibilities for dependent older people in Mexico and Peru. **The Journal of Development Studies**, v. 54, n. 4, p. 682-701, 2018.

LLOYD-SHERLOCK, P.; BACHMANN, M. 2020. **Coronavirus and other health conditions: so many more questions than answers**. Global Platform, 19 abr. 2020. Disponível em: <<https://corona-older.com/2020/04/19/coronavirus-and-other-health-conditions-so-many-more-questions-than-answers/>>.

LLOYD-SHERLOCK, P.; DÍAZ-VENEGAS, C. Long-term care for older people in Latin America. *In*: ROFMAN, R.; APELLA, I. **When We're Sixty-Four: opportunities and challenges for public policies in a population-aging context in Latin America**. World Bank, 2018.

LÓPEZ-ORTEGA, M.; ARANCO, N. **Envejecimiento y atención a la dependencia en México**. Washington: BID, 2019. (Nota Técnica, n. 1614).

MARTÍNEZ-BUJÁN, R. Cuidados con “sentido común”: desafíos, vacíos y contradicciones – investigaciones regionales. **Journal of Regional Research**, n. 44, p. 111-124, 2019.

MATUS-LOPEZ, M. A.; CHAVERRI-CARVAJAL, A.; JARA-MALES, P. C. O desafio de envelhecer na América Latina: cuidados prolongados na Costa Rica. **Saúde e Sociedade**, v. 31, n. 1, 2021.

MEDEIROS, M. **A importância de se conhecer melhor as famílias para a elaboração de políticas sociais na América Latina**. Rio de Janeiro: Ipea, 2000. (Texto para Discussão, n. 699).

MÉXICO. Proyecto Redes de Apoyo Social y Envejecimiento en México. **Condiciones de Vida de las Personas Adultas Mayores**. Ciudad de México: Conahcyt, 2016.

MIRALLAS-MARTÍNEZ, J. A.; COLLADO, R. ¿Índice de Barthel o medida de independencia funcional? **Rehabilitación**, v. 37, n. 3, p. 152-157, 2003.

MOLINA, H. *et al.* **Envejecimiento y atención a la dependência en Chile**. Washington: BID, 2020. (Nota Técnica, n. 2004). Disponível em: <<https://publications.iadb.org/es/node/28903>>.

MUISER, J.; CARRIN, G. **Financing long-term care programmes in health systems-with a situation assessment in selected high-, middle-and low-income countries**. Geneva: WHO, 2007. (Discussion Paper, n. 6).

OCA, V. M. de; VILLEGAS, S. G. Living arrangements and old people: changes and determinants of older persons in regions on Mexico (1992-2000). *In*: ANNUAL MEETING OF THE POPULATION ASSOCIATION OF AMERICA, 9., 2010, Dallas, Texas. **Proceedings...** Dallas: PAA, 2010.

OEA – ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos**: AG/RES.2875 (XLV-O/15). (Aprovada na segunda sessão plenária, realizada em 15 jun. 2015).

OLIVEIRA, D.; ARANCO, N.; STAMPINI, M. Long-term care challenges and opportunities in Latin America and the Caribbean. **AARP Internacional**, 1 dec. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.26419/int.00051.017>>.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento**. Madri: ONU, 2002.

ONU MUJERES – ENTIDAD DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA IGUALDAD DE GÉNERO Y EL EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES. **Reconocer, redistribuir y reducir el trabajo de cuidados**: prácticas inspiradoras en América Latina y el Caribe. Ciudad de Panamá: ONU Mujeres, 2018. Disponível em: <<https://lac.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Americas/Documentos/Publicaciones/2018/11/Estudio%20cuidados/2a%20UNW%20Estudio%20Cuidados-compressed.pdf>>.

ONU MUJERES – ENTIDAD DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA IGUALDAD DE GÉNERO Y EL EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES; OIT – ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO; CEPAL – COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. **Trabajadoras remuneradas del hogar en América Latina y el Caribe frente a la crisis del covid-19**. Ciudad de Panamá: ONU Mujeres, 2020. Disponível em: <<https://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2020/06/trabajadoras-del-hogar-frente-a-la-crisis-por-covid-19>>.

PAUTASSI, L. C. La centralidade del derecho al cuidado en la crisis del covid-19 en América Latina: oportunidades en riesgo. **IUS ET VERITAS**, n. 61, p. 78-93, 2020.

_____. El trabajo de cuidado no remunerado en salud em el contexto de América Latina. La centralidad durante la crisis de covid-19. **Estudios Sociales del Estado**, v. 7, n. 13, 2021.

PINCETTI, C.; SOMMA, L. S. The impact of the covid-19 pandemic on care policies: experiences in Latin America. *In*: STEFANOVIĆ, A. F. (Coord.). **Caring in times of covid-19: a global study on the impact of the pandemic on care work and gender equality**. Santiago de Chile: ECLAC, 2022. p. 139-152.

REDONDO, N.; LLOYD-SHERLOCK, P. **Institutional care for older people in developing countries: repressing rights or promoting autonomy? The case of Buenos Aires, Argentina**. Norwich: University of East Anglia, 2009. (DEV Working Paper, n. 13). Disponível em: <<https://ueaeprints.uea.ac.uk/id/eprint/18852/1/WP13.pdf>>.

ROBLES, L.; PÉREZ, A. C. Expectativas sobre la obligación filial: comparación de dos generaciones en México. **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud**, v. 10, n. 1, p. 527-540, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77323982033>>.

SÁNCHEZ, S. V. **Las políticas de cuidados en México: ¿Quién cuida y cómo se cuida?** Ciudad de México: Fundación Friedrich Ebert, 2019.

STAMPINI, M. *et al.* **Working less to take care of parents?** Labor market effects of family long-term care in Latin America. Washington: IDB, 2020. (Working Paper Series, n. 1105).

TRONTO, J. 4 vicious circles of privatized caring: care, equality, and democracy. *In*: TRONTO, J. **Caring democracy: markets, equality, and justice**. New York: New York University Press, 2013.

VILLEGAS, S. G. *et al.* Redes de apoyo em los hogares con personas adultas mayores en México. **Revista Latinoamericana de Población**, v. 14, n. 26, p. 70-88, 2020.

VILLEGAS, S. G.; OCA, V. M. de; MANCINAS, S. ¿Solidarios o dependientes? Una mirada a los apoyos otorgados y recibidos por parte de la población adulta mayor. *In*: GUTIÉRREZ, L. M.; KERSHENOBICH, D. (Coord.). **Envejecimiento y salud: una propuesta para um plan de acción**. Cidade do México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2012.

VINOKUR, M.; GIORDANO, V. Hacia un sistema integral de cuidados en América Latina. Los procesos legislativos em las ciudades capitales y en el ámbito nacional de Argentina y México (2018-2020). **Apuntes: Revista de Ciencias Sociales**, v. 48, n. 89, 2021.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ethical choices in long term care: what does justice require?** Genebra: WHO, 2002.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

CHILE. **Ley nº 20.379, 1 de septiembre de 2009**. Crea el sistema intersectorial de protección social e institucionaliza el subsistema de protección integral a la infancia “Chile Crece Contigo”. Santiago: Ministerio de Planificación, 2009. Disponível em: <<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1006044>>.

_____. Serviço Nacional do Adulto Maior. **Estudio de actualización del catastro de establecimientos de larga estadía (Eleam)**. Informe final. Santiago do Chile: Senama, 2013.

LLOYD-SHERLOCK, P. *et al.* Bearing the brunt of covid-19: older people in low and middle income countries. **The BMJ**, n. 368, 2020. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/bmj/368/bmj.m1052.full.pdf>>.

MÉXICO. Norma Oficial Mexicana 031-SSA3-2012. Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores em situación de riesgo y vulnerabilidad. **Diario Oficial de la Federación**, Cidade do México, 13 set. 2012. Disponível em: <http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5267965&fecha=13/09/2012>.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano Internacional sobre o Envelhecimento**. Viena: ONU, 1982.

RODRÍGUEZ, C. Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. **Revista Nueva Sociedad**, n. 256, p. 30-44, 2015.

URUGUAY. Ley nº 19.161, de 1 de noviembre de 2013. Modificación del subsidio por maternidad y fijación de subsidio por paternidad y subsidio para cuidado del recién nacido. **Centro de Información Oficial**, Montevideo, 15 nov. 2013. Disponível em: <<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19161-2013>>.

_____. Ley nº 19.353, de 27 de noviembre de 2015. Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). **Centro de Información Oficial**, Montevideo, 8 dic. 2015. Disponível em: <<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015>>.

_____. Decreto nº 117, de 25 de abril de 2016. Reglamentación de la Ley nº 19.353 relativo a la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). Servicio de asistentes personales para cuidados de larga duración para personas em situación de dependencia severa. **Centro de Información Oficial**, Montevideo, 4 may. 2016. Disponível em: <<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/117-2016>>.

