

VICTORIA CATALANO CORRÊA GUIDETTE

A CONTA DOS CUIDADOS NÃO REMUNERADOS NA SAÚDE

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientador: Professor Doutor Homero Batista Mateus da Silva

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE DIREITO
SÃO PAULO, SP
AGOSTO DE 2022**

VICTORIA CATALANO CORRÊA GUIDETTE

A CONTA DOS CUIDADOS NÃO REMUNERADOS NA SAÚDE

Dissertação de mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo – Departamento de Direito do Trabalho e da Seguridade Social.

Orientador: Professor Doutor Homero Batista Mateus da Silva

Aluna: Victoria Catalano Corrêa Guidette

Número USP: 7634991

SÃO PAULO
AGOSTO DE 2022

Catálogo da Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo

Guidette, Victoria Catalano Corrêa

A conta dos cuidados não remunerados na saúde ;
Victoria Catalano Corrêa Guidette ; orientador Homero
Batista Mateus da Silva -- São Paulo, 2022.

128

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em
Direito do Trabalho e Seguridade Social) - Faculdade
de Direito, Universidade de São Paulo, 2022.

1. Cuidados. 2. Saúde. 3. Direito à Saúde. 4. Gênero. I. da
Silva, Homero Batista Mateus , orient.
II. Título.

RESUMO

GUIDETTE, V. C. C. A conta dos cuidados não remunerados na saúde. 2022. 128f. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Direito. Universidade de São Paulo, 2022.

As mulheres vivenciam uma situação não isonômica e injusta por arcaram com a maior parte das responsabilidades em cuidados não remunerados que promovem bem estar e atendem as necessidades de saúde. O motivo desta desvalorização e não reconhecimento dos cuidados gratuitos que resulta em menores possibilidades econômicas, maior adoecimento e quadros de discriminação às mulheres decorre da divisão sexual do trabalho. A garantia de um direito universal e igualitário à saúde alivia a pressão deste trabalho gratuito. Porém, obstáculos a sua plena consecução promove o efeito oposto. Encontrar, portanto, formas de descrever e medir, pelo tempo e valor, as atividades de cuidados não remunerados na saúde, como propõe a presente pesquisa, são imprescindíveis para mitigar essa situação desigual às mulheres, bem como aprimorar a implantação do direito à saúde. Palavras-chave: cuidados, saúde, direito à saúde, gênero.

ABSTRACT

GUIDETTE, V. C. C. The unpaid health care account. 2022. 128f. Masters dissertation. Law School. University of São Paulo, 2022.

Women experience a non-isonomic and unfair situation as they bear most of the responsibilities in unpaid care that promote well-being and meet health needs. The reason for this devaluation and non-recognition of free care, which results in lower economic possibilities, greater illness and discrimination against women stems from the sexual division of labor. The guarantee of a universal and equal right to health relieves the pressure of this unpaid work. However, obstacles to its full attainment promotes the opposite effect. Finding, therefore, ways to describe and measure, by time and value, the activities of unpaid care in health, as proposed in this research, are essential to mitigate this unequal situation for women, as well as improve the implementation of the right to health.

Keywords: care, health, right to health, gender.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS Agente Comunitário de Saúde
AFDC Aid to families with dependent Children
CAPS Centro de Atenção Psicossocial
CEPAL Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CLT Consolidação das Leis do Trabalho
DRU Desvinculação das Receitas da União
Fiocruz Fundação Oswaldo Cruz
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOSUS Leis Orgânicas do SUS
OSS Orçamento da Seguridade Social
PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAD Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SCN Sistema de Contas Nacionais
SUS Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO I – O SISTEMA ÚNICO DE CUIDADOS	12
1. Um breve histórico do Sistema Único de Saúde (SUS)	14
2. Formas de não implementar o SUS e desafios para a efetivação ao direito à saúde	17
3. O federalismo sanitário e a integralidade na prestação dos cuidados	21
4. A construção do saber fazer em tecnologias leves e valorização do trabalho subjetivo em saúde	22
5. Integralidade e necessidade em saúde, a contramão do saber hegemônico e das tecnologias duras	27
CAPÍTULO II - O TRABALHO DE CUIDADOS E AS MARCAS DE GÊNERO, RAÇA E CLASSE	34
1. As primeiras aproximações entre trabalho e gênero	35
2. Uma análise sobre a divisão sexual do trabalho	38
2.1.O pensamento de Heleieth Saffioti	38
2.2.O feminismo materialista francês	40
2.3.O debate interseccional: a relação entre gênero, raça e classe	44
3. Temas em debate sobre cuidados	46
3.1.A dependência e vulnerabilidade inerentes à condição humana. O cuidado como prática de bem estar e sua dimensão pública, política e coletiva	47
3.2.A profissionalização e a gratuidade dos cuidados	48
3.3.Os cuidados como atividades concretas e atividades imateriais	52
3.4.A ética do cuidado	56
CAPÍTULO III - OS CUIDADOS NO ESTADO DE BEM ESTAR SOCIAL	62
1. Os circuitos do cuidado	65

2. O contexto de surgimento do Estado de Bem Estar Social e temas incorporados em agenda	69
3. Universalidade e seletividade	73
4. Paradoxos do Estado de Bem Estar Social	76
5. Cidadania, dependência e salário, conceitos chave que manifestam o alijamento das mulheres pelo Estado de Bem Estar Social	79
5.1.A historiografia da semântica da dependência	80
5.2.O Estado de Bem Estar Social patriarcal	84
5.3.Equidade de gênero e Estado de Bem Estar Social	88
6. A análise da CEPAL sobre a relação entre gênero e Estado	94
7. O Estado como agente de cuidados	96
8. A incorporação dos cuidados no debate político	99
CAPÍTULO IV - O VALOR DOS CUIDADOS NA SAÚDE	102
1. Os mundos da economia e das emoções	103
2. A quantificação dos cuidados e sua incorporação nas contas públicas	109
2.1. Obstáculos quanto à quantificação	110
2.2. Possibilidades de medir o tempo e o valor dos cuidados não remunerados na saúde	111
2.3. Estudos de casos que contaram ou remuneraram os cuidados associados à saúde	114
3. Propostas de remuneração e contagem dos cuidados na saúde, o viés político do assalariamento dos cuidados não remunerados	117
CONCLUSÃO	120
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA	123

INTRODUÇÃO

A presente dissertação se debruça sobre a situação não-isonômica, desigual e injusta quanto à distribuição das responsabilidades de cuidados não remunerados na saúde. A questão não diz respeito apenas à distribuição de responsabilidades, mas também à desvalorização que este tipo de trabalho recebe, quando, na verdade, esta forma gratuita de promover saúde é tão central quanto outras formas profissionais e remuneradas de trabalho.

A conquista do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988 contribuiu para a redução das desigualdades e redistribuir as responsabilidades de cuidados, pois a saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado em promovê-la de forma integral, igualitária e gratuita. Porém, persiste uma maior sobrecarga dos cuidados não remunerados às mulheres, sobretudo a mulheres negras e pardas e de baixa renda. Portanto, encontrar formas de valorizar este trabalho e defender a plena consagração do SUS são medidas que proporcionam uma maior equidade de gênero e redução das desigualdades.

Diante do problema jurídico proposto, a presente dissertação investiga a aproximação entre cuidados não remunerados e saúde, para se obter formas de medir ou avaliar, bem como reconhecer de que maneira este trabalho não remunerado, aliado a um sistema público e universal de saúde, promove o bem estar.

A presente dissertação procura responder e levantar reflexões acerca dos seguintes questionamentos: (1) Qual o papel dos cuidados na saúde? (2) Que medidas auxiliaram a reconhecer/valorizar o trabalho dos cuidados e, em perspectiva crítica, onde persistem as marcas que perpetuam as desigualdades e acentuam a invisibilidade dos cuidados? (3) Em que medida um sistema de saúde pública se apoia em trabalhos que sequer são reconhecidos como tais? (4) Seria possível quantificar os cuidados, seja no tempo, seja no valor, como medida necessária para o justo reconhecimento, remuneração e redesignação de responsabilidades com relação ao cuidado?

Para honrar esse objetivo, em um primeiro momento, a pesquisa se debruça na aproximação entre cuidados e saúde, é dizer, os significados e facetas que os cuidados representam em um sistema único de saúde universal e gratuito, como é o SUS. A ideia do primeiro capítulo é destrinchar as origens do nosso direito constitucional à saúde, princípios e diretrizes, como são organizadas as redes de cuidado no SUS, quais os serviços de saúde providos pelo SUS em que

predominam ou há grande importância do uso das tecnologias leves, dos cuidados, da atenção. Estes trabalhos são essenciais na promoção da saúde, mas nem sempre recebem o devido reconhecimento. Tal hipótese é fundamental na pesquisa pois, como se demonstrará, nas profissões na saúde com predominância de aspectos dos cuidados há predominância de mulheres e essas profissões são menos valorizadas. Como ferramentas de pesquisa para conceber o primeiro capítulo, tomei por base inicial a seção II da Constituição Federal de 1988 que trata sobre a saúde, inserida no capítulo da seguridade social, em especial os artigos 196, 197 e 198 que tratam da definição do conceito do direito à saúde e das diretrizes que o norteiam. Baseie-me, ainda, nas Leis Orgânicas do SUS de número 8.080/1990 e 8.142/1990 (LOSUS).

Para auxiliar na interpretação e sentido deste texto constitucional à luz do movimento social que deu origem à concepção deste direito, usei da revisão de literatura de pesquisadores que inclusive fizeram parte do Reforma Sanitária Brasileira e que desde o nascimento do SUS refletem sobre o direito à saúde, o conceito de saúde, em um contexto de grandes desigualdades regionais, raciais e sociais, bem como levantam questionamentos e obstáculos deste direito posto na prática em nosso complexo sistema de saúde. Em outras palavras, usa-se uma abordagem teórica, mas que também se vale também da prática como o SUS está sendo implementado e como ainda tem muito o que alcançar.

O encerramento deste capítulo associa trabalho na saúde e gênero, indicando já alguns dados¹ que mostram ser uma área profissional feminizada e precarizada. Partindo-se deste contexto, o capítulo seguinte trata sobre a dimensão teórica que explica a divisão sexual do trabalho e como na sociedade capitalista as mulheres são excluídas e oprimidas, tendo por fonte a sociologia do trabalho francesa e a obra de Heleieth Saffioti, de inspiração do curso Gênero e Trabalho das Professoras Helena Hirata e Nadya Guimarães, ministrado no segundo semestre de 2019 na Pós-Graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (FFLCH-USP). Processos de desigualdades e opressões entre os sexos, segundo os estudos da sociologia do trabalho, decorrem das relações sociais de trabalho marcando, pois, não apenas diferenças no trabalho entre homens e mulheres, mas são a essência das desigualdades sociais. A sociologia e especialmente a sociologia do trabalho foi o campo que inaugurou as pesquisas teóricas sobre gênero, e respectivas desigualdades e antagonismos que decorrem das relações de trabalho. Na sequência, o capítulo avança para tratar das dimensões

¹ Os últimos levantamentos são do IBGE de 2000

teóricas, conceituais e características sobre os cuidados, tais como a invisibilidade, seu aspecto relacional, a ideia de vulnerabilidade dos seres humanos, a dissociação entre mundo da produção e da emoção, a essencialidade dos cuidados, as desigualdades e relações de poder que os permeiam. O enfoque teórico conferido pelas ciências sociais, políticas, economia e filosofia auxiliam a compreender o conceito de cuidado e suas facetas.

Encerrando a seção dedicada aos cuidados, a dissertação se atém à relação entre cuidados e Estado de Bem Estar Social, é dizer, em que medida houve a incorporação deste tema no aspecto institucional, quem são as partes dessa relação, em que eixos dos cuidados o Estado se centra e procura amparar as vulnerabilidades. O debate em torno dos circuitos nos quais os cuidados estão inseridos, na família, no mercado, no Estado desafia a ideia de que os cuidados estejam limitados à esfera íntima e privada, mas alcançam uma dimensão pública e coletiva. A estrutura do Estado Provedor conta com termos que são determinantes para definir a titularidade de direitos, como o conceito de trabalho e dependência, por isso, necessário enfrentar alguns pontos centrais sob a perspectiva de gênero e crítica feminista. Para tanto, utiliza-se de teóricos sobre *Welfare State* clássico e críticos, sobretudo, quanto ao processo excludente às mulheres e outros grupos sociais decorrente da consolidação deste modelo de Estado. O capítulo encerra tratando propriamente de países do contexto latino-americano e do contexto brasileiro com exemplos de medidas que visaram à redistribuição das responsabilidades de cuidados ou de como o Estado assumiu para si tal responsabilidade.

A última parte da dissertação se dedica, por fim, às ações para valorizar os cuidados não remunerados na saúde, seja na quantificação ou em formas de remuneração deste trabalho. Utilizei-me, inicialmente, de fundamentos teóricos para mostrar que a separação entre mundo da produção e reprodução/intimidade não existe para então tratar de possíveis formas de mensuração dos cuidados e afazeres domésticos nos lares, além das dificuldades em dimensionar este trabalho. Usei a última pesquisa Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua de 2019 que revela que mulheres, negras e pobres são as que mais dedicam horas aos cuidados não remunerados. Também são apresentadas algumas análises de países que lograram quantificar este tipo de trabalho, com o enfoque na saúde, ou esmiuçar quais os aspectos e em quais circuitos os cuidados se inserem para se ter a dimensão de pontos onde se possa identificar as desigualdades e buscar possíveis saídas institucionais que ressignifiquem as responsabilidades. Para concluir, a pesquisa

apela ao aperfeiçoamento do Estado de Bem Estar Social e das instituições democráticas para que tenham uma efetiva incorporação da temática dos cuidados, sua redistribuição e valorização.

CAPÍTULO I - O SISTEMA ÚNICO DE CUIDADOS

Este primeiro capítulo investiga a relação entre cuidado e saúde, quais as definições e facetas que os cuidados assumem em nosso Sistema Único de Saúde (SUS) e quais as marcas e razões que estão por trás da menor importância atribuída aos cuidados não remunerados, que ocultam a imprescindibilidade para a manutenção da vida.

Na definição de Patricia Paperman, a noção de cuidado está relacionada com o fato de ser necessariamente um trabalho de saúde, podendo ser doméstico ou não, remunerado ou não, relacionado ou não diretamente com um sistema coletivo de saúde. Tal definição rechaça uma ideia de cuidados enquanto uma preocupação e sentimento e restrita somente a aspectos imateriais. Sendo uma atividade direcionada a socorrer alguma vulnerabilidade e promover o bem estar do outro (ou de si mesmo), o cuidado pressupõe uma atividade em concreto, além dos aspectos imateriais. Essa definição não somente facilita uma forma de dimensão dos cuidados, isto é, o tempo que se dedica e valores que possa ter, como também desmente a noção de que os cuidados não sejam trabalhos e de que somente estariam no plano das emoções, não sendo passíveis de mensuração.

Nas palavras de Laura Feuerwerker (2016, p.33) cuidar em saúde é um tema afeto a todos e não somente aos profissionais da saúde. E nesse terreno do cuidado em saúde, usuários, seus familiares, e vários outros personagens são participantes ativos no processo de cura

A busca por um conceito de cuidados e seu tratamento como trabalho supera a dicotomia entre trabalho assalariado e não assalariado, além de permitir a aproximação de trabalhos que parecem ser distantes: trabalho doméstico, na educação, cuidado de doentes, trabalho emocional na prestação de serviços. Ao perceber e definir tais semelhanças nos cuidados é possível deflagrar eixos de opressões que se repetem, ou mesmo, definir uma moral que esteja subjacente a este processo.

À primeira vista, SUS e cuidados não remunerados aparentam ser assuntos não relacionados e que o tema que se pretende desenvolver na dissertação parece até mesmo forçado. Mas não é, inclusive, essa aparente distância entre sistema de saúde e cuidados não é por acaso ou mera aparência, como será explicado no decorrer do capítulo.

A Constituição de 1988 consolidou, pela primeira vez na história do Brasil, o direito à saúde como um direito universal, gratuito, integral e igualitário. Antes, somente os trabalhadores formais poderiam ter acesso à saúde pública, portanto, àqueles que estivessem de fora deste critério, restava a prestação de saúde por meio das santas casas e da filantropia, porém, não havia nem um direito constitucionalmente garantido nem um sistema público organizado que amparasse a saúde de milhões de brasileiros que não tinham carteira de trabalho assinada.

Dentre os desdobramentos do direito à saúde assumido constitucionalmente, temos o conceito do que seja saúde, assim sendo não apenas a ausência de doença e uma percepção individual, mas que contemple um sentido de bem estar físico e mental, que seja de interesse coletivo, levando em conta as determinantes sociais. O direito à saúde também se desdobra por meio de políticas econômicas e sociais, nas quais se incluem os serviços de saúde bem como outras políticas que estejam integradas à promoção da saúde (PAIM, 2009, p. 115). A saúde, portanto, é um direito social que tem expressa menção constitucional às políticas públicas que levarão à sua implementação, não somente àquelas diretamente relacionadas à saúde, mas todas as demais que tenham impacto nas determinantes sociais, uma vez que a Constituição de 1988 adota um sentido holístico, e amplo de saúde. Esse significado amplo remete a saúde ao nível das preocupações sociais e coletivas, não sendo mera questão de ordem individual (DALLARI, 2009).

Dessa forma, o complexo direito à saúde previsto na Constituição e sua base moral com que foi construído, por meio de seus princípios e diretrizes incluem a valorização dos cuidados não remunerados. Se por um lado, mesmo que não seja tão óbvia tal presença, a definição constitucional de saúde² reconhece e valoriza os cuidados, mesmo que de forma gratuita, por outro, apesar de insculpido este trabalho como valor constitucional da saúde, a sua forma não remunerada carece do devido reconhecimento como base fundamental da promoção da saúde.

Os pilares constitucionais que definem e orientam a promoção da saúde no Brasil, ao dispor que seja um direito fundamental de todos, estabelecem o paradigma de que todas as vidas importam, de modo que o Estado se vincula a este dever jurídico. Este dever não é só jurídico, mas cria uma base moral, que na verdade se expressa na orientação em que a efetivação deste dever do Estado deve seguir por meio dos princípios da integralidade, gratuidade e universalidade, em reconhecer como promoção da saúde todas as práticas que ensejam o bem estar individual e

² A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

coletivo. Tal base moral, além disso, confere significativa importância à saúde como bem e interesse coletivo, e não apenas a saúde como uma percepção individual, além de representar o combate às opressões em um país de tantas desigualdades sociais, étnicas e regionais, na medida em que a heterogeneidade dos cidadãos é reconhecida de forma a se encontrar meios para que todos sejam incluídos neste sistema, não importando sua condição individual.

Portanto, a saúde como direito humano fundamental constitucional no Brasil assume uma estrutura com forte viés a combater as discriminações, desigualdades e assimetrias regionais. Porém, como todo direito que posto em prática demanda recursos e um sistema de financiamento, o SUS, tendo por objetivo promover a saúde de todos, sofreu e sofre ataques para reduzir seu financiamento, além de ter suas práticas desvalorizadas em detrimento do fortalecimento dos interesses privados, partidários e corporativos em saúde. Tais interesses estão atrelados a práticas de saúde com ênfase nos saberes médicos e nas respostas medicalizantes aos problemas de saúde, bem como visam favorecer certos grupos econômicos, como a indústria farmacêutica, a indústria de alimentos e o mercado de seguros de saúde.

1. Um breve histórico do SUS

A saúde como direito de todos e dever do Estado no Brasil nem sempre foi assim. A reforma sanitária brasileira representa mais uma vitória da sociedade civil do que um processo advindo internamente do Estado. Paim, Travassos, Almeida, Bahia (2011), ao retratarem a história do sistema de saúde coletiva no Brasil, adentram aos momentos políticos, econômicos e às mudanças sociais vivenciadas como necessário contexto que influencia e determina o modelo de saúde pública estruturado. A história da instauração de um sistema universal de saúde, é dizer, um sistema que garante o acesso à saúde a todos os grupos étnicos, etários, sociais e raciais representa o enfretamento de séculos de opressão e desigualdades tão marcantes na sociedade brasileira. Ao mesmo tempo, a história da origem do SUS também representa uma nova arena de disputa de recursos e dos interesses público e privado, bem como simboliza e reflete as desigualdades sociais, raciais e regionais internas. De todo modo, o sistema universal de saúde mesmo que conquistado e

instaurado resiste ao desmonte e sofre ataques para ser desestruturado, sobretudo em seu financiamento.

A história do sistema de saúde público se adequa conforme o momento político, democrático, populista ou ditatorial, bem como de acordo com as mudanças nas características da população, como o fim da escravidão, o crescimento do trabalho assalariado, o aumento da urbanização, o ingresso da mulher no mercado de trabalho, a ampliação do trabalho na prestação de serviços, o envelhecimento da população, bem como o momento econômico do país. Um ponto fortemente destacado por Paim, Travassos, Almeida, Bahia (2011) é como a dimensão continental e heterogeneidade do Brasil são determinantes em marcar as desigualdades regionais, étnicas e sociais o que também reflete na exigência de articular um complexo e integral sistema universal de saúde que esteja apto a lidar com tais condições para lograr a plenitude da promoção da saúde a toda população e em todas as regiões.

O próprio movimento sanitário que engajou a conquista ao direito à saúde congregou diversos movimentos sociais, cada qual com bandeiras distintas, a um mote comum em defender o direito à vida e os valores de uma iminente democracia. Nas palavras de Feuerwerker (2014, p.70), as ideias fundamentais deste movimento popular visavam “a construção de uma democracia calcada na igualdade e universalidade; a garantia da saúde como direito individual fundamental provida mediante uma estrutura democrática e acessível ao usuário; a redefinição do conceito de saúde; o reconhecimento das determinantes sociais na saúde; a atenção integral às necessidades de saúde da população; a crítica às práticas hegemônicas de saúde e colocação do usuário como próprio ator do promoção da saúde”.

Em outros termos, o movimento que fez surgir o SUS reunia valores democráticos, igualitários e anti-hegemônicos, consagrando a importância dos cuidados não remunerados, ao valorizar o trabalho na saúde não apenas em sua dimensão técnica e científica, mas também levando em conta uma definição de saúde holística e ampla que reconhece os múltiplos determinantes sociais que interferem no bem estar do indivíduo e sua saúde. Assim, o movimento pela reforma sanitária brasileira não se limitava apenas a promover mudanças no campo da saúde, outros aspectos sociais foram visados tendo por objetivo, assim, reduzir as desigualdades e ampliar a participação democrática.

O direito à saúde no Brasil se materializa por meio de ações e serviços públicos encarnados em um sistema único organizado segundo determinadas diretrizes e princípios (artigo 198 da

Constituição de 1988). Então o SUS não se reduz ao conjunto de serviços e profissionais deste sistema, mas constitui também uma ideia, uma base moral, que orienta todas as ações em saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, presidida pelo então presidente da Fiocruz Sergio Arouca, foi o marco fundador da concepção do direito à saúde previsto na Constituição de 1988, condensando anos de crescimento do movimento sanitário: “Cinco dias de debates, mais de quatro mil participantes, 135 grupos de trabalho e objetivos muito claros: contribuir para a formulação de um novo sistema de saúde e subsidiar as discussões sobre o setor na futura Constituinte. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 17 e 21 de março de 1986, foi um dos momentos mais importantes na definição do Sistema Único de Saúde (SUS) e debateu três temas principais: ‘A saúde como dever do Estado e direito do cidadão’, ‘A reformulação do Sistema Nacional de Saúde’ e ‘O financiamento setorial’.”³

A VIII Conferência também contou com ampla participação popular e não apenas com grupos técnicos em saúde, o que em muito impulsionou para que o sistema de saúde concebido contasse com elementos de gestão participativa e democrática, além de conceber a organização federativa do sistema de saúde de forma orgânica e não hierarquizada. Os trabalhos e discussões resultaram na elaboração de uma emenda popular apresentada à Assembleia Constituinte cujo texto aprovado na Constituição na seção da saúde permaneceu praticamente inalterado.

O SUS, além das disposições no artigo 198 da Constituição, é regulamentado por leis ordinárias federais (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90) que compõem a Lei Orgânica do SUS. Mais do que a concepção de toda a estrutura administrativa e de financiamento do SUS, válido frisar que essa lei expressamente dispõe ser “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições para o seu pleno exercício” (artigo 1º, caput). A garantia do direito à saúde pelo Estado não fica restrita ao SUS, mas também na “formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (§1º do artigo 1º). E mais, o parágrafo segundo estabelece que o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade, ou seja, é clara a menção de que o trabalho de pessoas nos lares está integrado à promoção da saúde. Assim, o SUS não se resume somente a trabalho profissional da saúde. Considerando suas

³<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma> (Acessado em 26/06/2022)

diretrizes e princípios e tomando por base uma definição ampla de cuidados, resulta que o sistema público de saúde se concretiza também em atividades imateriais e não remuneradas. A literatura sobre os cuidados, como se verá adiante, busca uma definição ampla que contemple os diversos circuitos de cuidados, tomando atenção para não deixar de contemplar trabalhos que aparentemente estejam fora da esfera produtiva.

O parágrafo terceiro do artigo 1º da lei nº 8.080/90 menciona a importância das determinantes e condicionantes da saúde, de modo que a concepção de saúde assumida no sistema jurídico sanitário vai além da ausência ou não de doença e considera que a assistência na saúde esteja além do âmbito médico hospitalar, contemplando todas as ações que promovem o cuidado com o ser humano. (PAIM, 2004, pp 52-55). Essa estratégia que define a intersetorialidade na saúde procura superar a fragmentação das políticas, conferindo uma articulação em todas as medidas que atendam as necessidades de saúde dos indivíduos e o bem estar coletivo.

Se por um lado este movimento resultou na consolidação da saúde como direito fundamental constitucional e na criação do Sistema Único de Saúde armado pelos princípios da universalidade, integralidade, intersetorialidade, e da participação social, por outro, nosso complexo sistema de saúde foi e é constantemente atacado e abalado pelos interesses neoliberais que querem promover a saúde como mercadoria, privilégio e fonte de lucro.

2. Formas de não implementar o SUS e desafios para a efetivação ao direito à saúde

Embora tenhamos garantido um sistema universal de saúde, insculpido constitucionalmente como direito social e acesso igualitário, há severas dificuldades na concretização deste direito e implementação do sistema público de saúde brasileiro.

Inobstante a porta de entrada da saúde tenha se alargado e tenha como compromissos constitucionais a universalidade, igualdade e solidariedade, prescindindo de quaisquer condições e requisitos, a aposta na reforma sanitária com a Constituição de 1988 foi setorial e dentro da estrutura do Estado. Sendo o Estado o eixo no qual se centra a saúde pública e em suas políticas estão configurados os interesses forjados dos donos do poder, assim, conceitua Paim (2007) que a reforma sanitária brasileira foi uma revolução passiva na qual somente consegue proceder às

mudanças em dependência da estrutura do Estado e daqueles que estão no poder. Estas ideias do autor reforçam um ponto constante abordado na literatura dos direitos humanos cuja garantia ainda depende da estrutura de um Estado que possa garanti-lo. É dizer, um direito que em sua gênese provém do humano, sua origem basilar, e também a finalidade em que se quer chegar com a criação de todas estas ficções e formas jurídicas inventadas, não se sustenta na mera existência do indivíduo, mas na estrutura do Estado (AGAMBEN, 2008).

Uma vez conquistado o direito à saúde, restou e ainda persiste o desafio de implementar o SUS em um contexto de Estado mínimo e aliado ao neoliberalismo, como foram os anos que sucederam 1988. Assim, os princípios da livre iniciativa e da concorrência que pressupõem e existência da desigualdade e da escassez para melhor levar a cabo os interesses do mercado afetaram, e ainda afetam, a estruturação do sistema único de saúde. Nas palavras de Laura Feuerwerker: “o início da implantação do SUS coincidiu com o governo Collor e depois com o governo Fernando Henrique. Dois momentos em que a lógica neoliberal - numa versão mais próxima da americana - foi levada ao extremo. Estado mínimo e privatização de todas as esferas da vida. Apesar de um contexto desfavorável e do desfinanciamento, por meio de um esforço considerável de descentralização e investimento municipal, os serviços públicos de saúde foram ampliados, cresceu o número de trabalhadores no setor, a saúde chegou a praticamente todos os municípios do país.” (FEUERWERKER, 2014, p. 76)

No entanto, o modelo neoliberal construiu práticas sociais que fortalecem a lógica do mercado pautadas na concorrência, na escassez e na desigualdade o que vai na contramão dos princípios em que o SUS se assenta: universalidade, equidade e igualdade.

As deficiências no acesso à saúde pública no Brasil envolvem questões como a deficiência orçamentária, desvio de verbas que antes deveriam ser destinadas à saúde, mas por opções políticas que se vinculam ao capital financeiro, o orçamento que antes deveria ser destinado à saúde acaba por ser direcionado ao pagamento de outras verbas, como juros. Merece, portanto, ser mencionado, neste contexto de subfinanciamento do SUS, o mecanismo denominado Desvinculação das Receitas da União (DRU), o qual consiste em destinar parte das receitas do Orçamento da Seguridade Social (OSS) ao pagamento de juros da dívida. Atualmente, a partir da Emenda Constitucional nº 93/2016, o percentual de 20% passou a 30% sobre as receitas do OSS que podem ser desvinculadas. No período de 1995 e 2016, o valor de R\$ 897 bilhões deixou de ser destinado à Seguridade Social, na qual se inclui o SUS (AQUILAS, 2018).

O direito à saúde, no Brasil, por mais significativo que tenha sido sua conquista, está fortemente suscetível a interesses privados, partidários e corporativos sofrendo forte pressão dos regimes de cobertura universal de saúde, o qual, em oposição ao sistema universal de saúde, dispõe que a saúde esteja condicionada à contratação de um seguro, financiado individualmente, cujos serviços são assegurados conforme o contrato estabelecido, de acordo com a capacidade de financiamento de cada um (GIOVANELLA e outros, 2018). Assim, o subsistema privado, a Saúde Suplementar, designado constitucionalmente como complementar, avançou em sua organização e na conquista de legitimidade social. Na saúde suplementar, o direito à saúde é traduzido como direito, derivado de um contrato, a consumir serviços médicos, procedimentos e medicamentos (FEUERWERKER, 2014, p. 76).

Assim, o sentido de um sistema de saúde público, universal e gratuito se dissolve ante os inúmeros mecanismos jurídicos para deslocar recursos da saúde a outras áreas, além de criar novas formas de parcerias público-privadas as quais são incorporadas na estrutura administrativa, sob o argumento da melhor eficiência e maior produtividade. Isto se reflete na condução do trabalho produzido na saúde que, dentro do próprio sistema público, adota a lógica privada do gerencialismo e da sociedade do desempenho. Assim, nas palavras de Aquilas Mendes e Leonardo Carnut (2018):

“Não resta dúvida de que o governo federal vem funcionando em grande sintonia com a lógica da dinâmica do capitalismo contemporâneo e de sua crise, em que a prioridade do gasto público vincula-se muito mais aos interesses de apropriação do capital financeiro no orçamento público do que à alocação de recursos para a seguridade social, em geral, e para a política de saúde universal, em particular.”

Em outras palavras, faz-se esta digressão acerca do contexto contemporâneo da saúde a fim de demonstrar que os déficits na saúde pública são uma questão estrutural que perpassa pelo histórico da conformação do sistema de saúde pública. Aliás, na medida em que a ossatura do Estado Nacional brasileiro foi se conformando na década de 30, a saúde pública se fundou no ponto de vista dos interesses que estão mesclados no Estado, isto é, dirigida aos trabalhadores formais, urbanos. Um trabalhador que não portasse uma carteira de trabalho, por exemplo, não teria direito à prestação da saúde pública, questão que perdurou até a Constituição de 1988. É dizer, a lógica para se conferir o direito à saúde é que o cidadão estivesse inserido, segundo o ponto de vista parcial da lógica do trabalho masculino, e tomado como único ponto de vista apto a ser merecedor de direitos. Melhor dito, somente dessa forma, o Estado reconhece como legítimo receptor de

cuidados e confere o status de cidadania, merecedora de cuidados e de bem-estar, a quem se vincular à atividade formal, produtiva (LIMA, N.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A, 2005, pp. 27 a 58).

Os obstáculos à implementação do SUS vão além da falta de serviços, profissionais e estrutura em prover saúde. Políticas que minam o combate à pobreza, aumentam a concentração de renda, retiram direitos dos trabalhadores, enfim, que obstaculizam o acesso a direitos sociais impactam diretamente na saúde. A tendência, portanto, seria que políticas de ajuste econômico e redução da atuação do Estado levassem à expansão da saúde suplementar, terreno de mínima intervenção estatal, ao passo que o modelo de saúde pública se limitaria à população de baixa renda, no modelo de saúde focalizada em oposição à universalidade.

Contudo, mesmo diante dos obstáculos e desafios à implementação do direito à saúde, o nosso sistema único de saúde não é só derrota. A saúde como direito constitucional vai muito além de ser o marco histórico do nascimento da nossa democracia, e seu complexo sistema normativo tampouco é só uma promessa não cumprida.

Um dos maiores avanços do SUS, em um país de dimensões continentais e grandes desigualdades sociais e regionais, se observa na sua gestão descentralizada para estados e municípios. Além do mais, em um balanço sobre a primeira década de SUS, Jairnilson Silva Paim (2019, p. 128) destaca significativos avanços como a Política Nacional de Saúde Bucal, a Reforma Psiquiátrica, a ampliação do Programa Saúde da Família e Programa Nacional de Imunizações, como fortes exemplos de êxito do SUS.

Importante destacar também que os desafios do SUS não se resumem apenas a temas relativos ao financiamento e gestão, mas estão essencialmente ligados às demandas dos usuários que clamam por um atendimento humanizado e atenção que recebem dos profissionais. E entre outros desafios na efetivação do direito à saúde, além do dever do SUS em promover os serviços e a assistência em saúde, a obrigação do Estado em efetivar esse direito social inclui o comprometimento em adotar políticas públicas econômicas e sociais que visam efetivamente a reduzir as desigualdades sociais, regionais, raciais e de gênero.

3. O federalismo sanitário e a integralidade na prestação dos cuidados

A estrutura descentralizada do SUS e a corresponsabilidade na gestão em saúde dos entes federativos constitui um dos principais avanços no direito à saúde. A previsão da saúde como direito social na Constituição de 1988 demandou que o Estado brasileiro se organizasse para promover a saúde de forma integral, gratuita e universal. O federalismo sanitário é a forma administrativa que se coaduna com tais objetivos para que o Estado melhor honre com o seu dever. Nas palavras de Dallari, Dourado, Elias (2012), o Sistema Único de Saúde foi a instituição criada para assegurar os meios necessários a efetivação do direito à saúde. Sua concepção como entidade federativa reproduz a própria disposição do Estado brasileiro, e se coaduna com os fundamentos do federalismo cooperativo brasileiro, legitimando a autonomia dos três níveis do governo. Ao analisar, assim, as bases jurídicas da regionalização por meio do federalismo sanitário, Dallari, Dourado, Elias (2012) verificam como a estrutura federativa permite que o Estado honre com este dever constitucional, ao obrigar todos os entes federativos a cuidar da saúde, sem estabelecer uma hierarquia entre estes.

O artigo 9º da Lei nº 8.080/1990 regulamenta o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal e expressa que a direção do SUS será exercida em três esferas autônomas de governo: união, estados e municípios, disposição esta que os autores designam como federalismo sanitário. Assim, por ser uma política intrinsecamente ligada a tal estrutura, da qual inteiramente depende para almejar e cumprir o dever constitucional, a regulamentação do SUS passa necessariamente pela repartição de competências e de rendas entre as entidades federativas. O Pacto pela Saúde 2006 define as diretrizes de como ocorre a integração entre as esferas federativas e como se estabelece a regionalização da saúde por meio da instituição de Regiões de saúde ou Macrorregiões de saúde. Na atividade normativa, é observado o princípio da predominância do interesse⁴, considerando a competência concorrente dos entes federados. Já quanto à função executiva, a competência dos entes é comum, de modo que a participação dos entes é um dever de todos. O que

⁴ Dallari, Dourado, Elias (2012) definem este princípio da seguinte forma: a União deve cuidar das questões de interesse geral, enquanto aos estados cabem os interesses regionais, ao passo que os municípios devem tratar das questões locais. As competências de cada ente podem ser executivas ou legislativas, estas últimas podendo ser exclusivas, privativas ou concorrentes.

se vê, portanto, é um complexo modelo normativo e administrativo concebido para o federalismo cooperativo do Brasil.

A descentralização político-administrativa é um instrumento chave para a organização institucional do SUS para prover a integralidade na assistência. Nas palavras de Lenir Santos (2017), essa organização não é mera faculdade, mas obrigação constitucional. Segundo a autora, essa forma organizativa é também reflexo do modo como se concebem ações e serviços em saúde como um conjunto complexo de atos sanitários que se interligam em razão de a saúde da pessoa ser um conceito global que não permite fracionamento.

O conceito de região de saúde, esboçado no artigo 198 da Constituição de 1988, ganhou definição com o Decreto nº 7.508/2011, o qual regulamentou outros pontos da organização do SUS, como a articulação federativa, contrato organizativo, planejamento regional, as comissões intergestoras, entre outros institutos. Dentre essas outras estruturas organizacionais do SUS, merece destaque a rede de atenção à saúde a qual estabelece serviços de diversos níveis de complexidade técnico-sanitária, garantindo robustez tecnológica mediante o somatório de serviços dos entes federativos. Assim, os serviços de menor densidade tecnológica se espalham o máximo possível ao passo que os de maior densidade tecnológica, são mais concentrados. Valendo-se dos termos de Feuerwerker e Melhy, trata-se de proporcionar o maior alcance possível das tecnologias leves ou leve-duras, e apostar na eficiência desses meios de proporcionar saúde para que em último caso se usem as tecnologias duras, de maior densidade tecnológica. Ou seja, a estrutura organizativa do SUS em sua regionalização e estrutura federativa leva em conta o tipo de tecnologia empreendida no trabalho em saúde, o tipo de cuidado, para estruturar o alcance e a organização do sistema de saúde.

4. A construção do saber fazer em tecnologias leves e valorização do trabalho subjetivo em saúde

O reconhecimento dos cuidados não remunerados em um sistema de saúde coletivo deve enfrentar o seguinte questionamento: seria possível dentro do SUS a valorização do cuidar em saúde que extrapole a aplicação de conhecimentos específicos na área da saúde e adentre a

subjetividade no processo de cuidado, bem como incorpore em sua prática os saberes não científicos?

Ainda que se verifique nos princípios e sistema jurídico da saúde a valorização do trabalho subjetivo e dos saberes não hegemônicos, como medida para se alcançar os objetivos do SUS, a constatação desses saberes e atos não é tão óbvia, ou aparenta não ser tão evidente assim, havendo uma razão de ser para isso.

Merhy e Feuerwerker (2016, pp. 27 a 36,) salientam a importância de se estudar a micropolítica e investigar a produção e trabalho em saúde no plano micro, ou seja, cotidiano, no qual se vislumbram os processos de subjetivação e relações de poder. Na saúde, para os autores, este plano micropolítico se torna mais significativo na medida em que o trabalho em saúde, na sua essência, se caracteriza como um trabalho vivo, ativo, que se faz concreto na relação com o usuário. Para além, o ato produtivo em saúde mais do que satisfazer as necessidades coletivas e individuais do usuário, visando o bem estar geral da sociedade, sofre interferência do próprio receptor de cuidados, ao que Merhy e Feuerwerker chamam de interseção ou afetamento mútuo.

Nesse sentido, o trabalho em saúde vai muito além do conhecimento técnico já produzido, o que é chamado pelos autores como trabalho morto, por ser um trabalho vivo em processo, em constante troca entre “mundos” do profissional e do usuário. Segundo Melhy (2004), no encontro entre profissional e usuário não há como evitar o encontro de subjetividades e não há como negar que se produzem atos de saúde que vão além do saber técnico científico. É por isso que o trabalho em saúde também ganha a alcunha de trabalho subjetivo em saúde, que remete justamente ao aspecto relacional.

Conforme concebido por Merhy, o ato produtivo em saúde se ampara em diversos tipos de ferramentas tecnológicas para interagir com o usuário. A primeira, chamada por Merhy de tecnologia dura, está vinculada à propedêutica e aos procedimentos, manuseio de máquinas e equipamentos, adoção de protocolos. A segunda “caixa” de ferramentas tecnológicas emerge do encontro deste trabalho morto técnico com o usuário e suas necessidades. Seria a apreensão do universo do usuário, levando em consideração os aspectos de seu caso concreto, mediante os saberes técnicos e uso das tecnologias duras. Este processo de interação e aplicação prática do saber fazer técnico é chamado de tecnologias leve-duras, o qual é revestido por uma tensão entre a leveza do usuário, isto é, necessidade de captar sua situação concreta, e a dureza e rigidez do trabalho morto, do saber técnico.

Já a terceira caixa de ferramentas compreende a escuta, a confiança, o acolhimento, o estabelecimento de vínculos, e por que não assim chamar de trabalho afetivo. São os aspectos não prescritos nos protocolos, na propedêutica, mas sem os quais o profissional não realiza o trabalho em saúde que satisfaça as necessidades do usuário. Tais ferramentas são as que melhor conseguem captar a singularidade do usuário, o contexto cultural e social em que vive, bem como aspectos das determinantes sociais em saúde. Aqui é fundamental destacar a importância de como o usuário pode afetar o trabalho em saúde, inclusive para que o profissional possa eleger as ferramentas das demais tecnologias que irá usar.

Dependendo da forma como se combinam tais tecnologias, configuram-se distintos modelos de atenção à saúde. Assim, no cotidiano da saúde, há múltiplos encontros operados com essas tecnologias.

Contudo, por mais que as três caixas de ferramentas sejam imprescindíveis e estão imbricadas no trabalho em saúde, há uma desvalorização das tecnologias leves em detrimento das duras ou leve-duras. Mesmo nos atos de saúde nos quais se prevaleça a tecnologia leve, justamente por essa razão, são considerados trabalhos menos importantes.

Segundo Feuerwerker (2016, p. 39), na produção de um ato de saúde, sempre coexistem as três caixas de ferramentas tecnológicas, mas o modelo assistencial que predomina no geral nos serviços de saúde coloca a dimensão cuidadora como menos importante, ao se centrar no saber médico e acomodar os demais saberes em torno deste como secundários. A autora ainda destaca que o ato de produzir saúde é um campo de disputas, cuja opção pelas ferramentas a se utilizar reflete os interesses sociais, políticos e econômicos em quem e como se produzir a cura. Não somente o ato de produzir saúde, mas a definição de corpo e saúde são também centros de disputas. Assim, os centros de produção das tecnologias leve-duras e duras se sobressaem em relação aos mecanismos leves de produzir saúde, pois as primeiras muitas vezes têm imbricados os interesses privados e de mercado que permeiam a saúde e objetivam o lucro antes do bem estar coletivo.

Em uma revisão dos estudos publicados no campo da medicina, Yolanda Alonso (2003) aponta que poucas mudanças ocorreram nas últimas três décadas sobre o conceito de saúde na medicina, indicando que para este campo da saúde há ainda forte relutância para se adotar um conceito biopsicossocial e holístico. O contrário ocorre com a enfermagem, segundo Alonso, na medida em que se considera que esta área é encarregada do cuidado do bem estar do indivíduo como um todo, ao contrário da medicina que ataca especificamente um ponto de enfermidade e

conceitua saúde, sob a negativa, como ausência de doença, procurando definir os sintomas e curas. É fato, porém, que a definição biomédica em saúde, mais focada na ausência de doença tem sua importância e necessidade de existir. Segundo Alonso, não se trata de uma competição das definições, entre a biomédica e a biopsicossocial/holística, mas de fazê-las coexistir, interagir e se complementarem. Por isso, resgatar essas práticas e saberes não hegemônicos, novos arranjos e combinações de tecnologia são fundamentais para encontrar outras formas de produzir o bem estar, além de enfrentar a doença.

As tecnologias leves ou mais próximas às leves, as quais estão mais associadas à perspectiva biopsicossocial de saúde, são úteis para evitar gastos excessivos nos sistemas de saúde pública, fortes aliadas, inclusive, a ampliar os conhecimentos técnicos, ao investigar comportamentos dos usuários, padrões e grupos culturais, entre outros fatores que vão além do saber *mainstream*.

Essa mudança na percepção de saúde para um viés mais plural e holístico demanda, na concepção de Alonso, um engajamento dos sistemas coletivos de saúde para prover meios de melhorar a comunicação entre usuário e profissionais da saúde, e fortalecer estes vínculos de confiança, bem como guarnecer os trabalhadores na saúde da proteção social e dos recursos para atuar com o viés de captar melhor outros aspectos do usuário para além da doença.

O que se conclui, portanto, é que as ferramentas leves, sejam manifestadas em trabalhos concretos, seja em aspectos intangíveis, são, com efeito, reconhecidas na saúde, revelando-se como um trabalho fundamental para sua boa promoção, aliada às demais ferramentas que se associam aos saberes técnicos e científicos, como explicitado.

Ocorre que tal reconhecimento acaba por ser omitido ou visto como menos importante. Não por acaso o conceito de "caixa de ferramentas leves" de Feuerwerker e Merhy se aproxima ao conceito de cuidado, à própria subjugação e relações de dominação presentes nas relações de cuidado. E mais, as ferramentas duras ou leve-duras, ainda que se enquadrem também como cuidado na saúde, não são vistas propriamente como atividades cuidadoras, mas se aproximam mais de um trabalho técnico, um conhecimento especializado. É dizer, nos trabalhos em saúde em que predominam as ferramentas leves, menos reconhecido ou valorizado é o trabalho, ou simplesmente, deixa de ser visto como trabalho. Neste processo de subjugação do uso das ferramentas leves, estão presentes relações de opressão e dominação, donde se observa que são as

profissões menor remuneradas, mais ocupadas por mulheres, racializadas, mais suscetíveis à precarização do trabalho⁵.

Considerando, assim, as diferentes tecnologias presentes no trabalho em saúde, o reconhecimento da contribuição dos cuidados não remunerados está involucrado com a possibilidade de se criar analisadores institucionais, como propõe Merhy (2004), que permitam interrogar o modo como o trabalho vivo opera as tecnologias leves, bem como repensar o processo de trabalho em saúde, e o modelo de atenção que se quer. Além do mais, tal abertura às tecnologias leves aprimora o trabalho em saúde, na medida em que procura se valer de meios, relegados como secundários, que prescindem de equipamentos e altos custos, para se almejar o objetivo da prestação de saúde que é a cura e autonomia do usuário.

Não se trata de abandonar os saberes ligados às tecnologias duras ou leve-duras, mas combinar outros saberes, ajustar a forma como se aborda e se estabelecem vínculos com o usuário, como se apreende seu problema em saúde, para aprimorar a prestação da saúde, identificar falhas e cumprir os objetivos de um sistema que se pauta em princípios universais e integrais para o usuário. Trata-se, pois, de um câmbio nas relações micropolíticas e nas formas de prover cuidado.

Nas palavras de Luis Carlos de Oliveira Cecilio (2007), as mudanças na gestão em saúde começam com o questionamento sobre o mundo do trabalho, ponto de partida a partir do qual é possível adentrar às estruturas micropolíticas que engessam conceitos, práticas e conhecimentos para iniciar a desconstrução dessas categorias.

Mais ainda, Cecilio argumenta que as práticas que objetivam a melhor qualidade do cuidado já existem, ou seja, não é nenhuma novidade quando se pensa em reformas na gestão da saúde, aprimoramento da autonomia do indivíduo e enfoque na relação trabalhador-usuário. Contudo, neste espaço intercessor, acabam se sobressaindo as formas de cuidado que se valem do uso das tecnologias duras ou leve duras, e centradas no saber técnico em saúde, com a pretensão de ser a melhor e até a única maneira de cuidar do sujeito.

⁵ Válido pontuar que, das abordagens micropolíticas de Feuerwerker e Merhy, não se coloca o gênero, raça ou classe social como o fator que origina a subjugação e desvalorização de determinados tipos de trabalho

5. A integralidade e necessidades em saúde, a contramão do saber hegemônico e das tecnologias duras

Como explorado na seção anterior, por um lado, a forma de cuidado eleita pelos profissionais em saúde não é neutra, mas um campo de intensa disputa, pois a relação profissional-usuário pode ser estabelecida de diversas formas, havendo interesses subjacentes à maneira como se pretende produzir saúde.

Na contramão dessa ideia e realidade, temos, por outro lado, que o nosso Sistema Único de Saúde está constitucionalmente estruturado a satisfazer todas as necessidades de saúde de uma população altamente heterogênea, social e regionalmente desigual. A integralidade constitui um diretriz constitucional para as ações e serviços públicos em saúde⁶.

Na definição de Luiz Carlos de Oliveira Cecilio (1997) integralidade seria tomar as necessidades de saúde dos usuários como referência para organizar o cuidado em saúde. Nessa definição ampla de necessidades de saúde, inclui-se também pensar como estas podem ser satisfeitas pela rede de cuidado não profissional. A integralidade, nesse conceito amplo e de acordo com a sua própria diretriz constitucional, compreende também as práticas de cuidado não remunerados, não reconhecidos, na medida em que esses trabalhos atendem as demandas de saúde dos usuários, manifestada nas mais diversas formas. Mesmo nesse sentido amplo de necessidade, não há de se perder de vista que estas não são somente algo natural, mas acabam por ser determinadas e influenciadas pela cultura, indústria e mercado (FEUERWERKER, 2016, p.37). A força das grandes corporações abalou essa discussão ao ditar as formas de trabalho, as formas da nossa alimentação, enfim, ao ditar o que seja a forma ideal de saúde. A onda neoliberal em muito contribuiu para favorecer as tecnologias, medicamentos e menosprezar as formas não palpáveis de produzir saúde.⁷

O arcabouço normativo do SUS reconhece a enorme heterogeneidade e necessidade de prestação de cuidados em saúde em diferentes maneiras para se lograr a integralidade na saúde, por

⁶ Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais

⁷ Na verdade, em perspectiva neoliberal, a importância dos cuidados é reconhecida mas com o objetivo de que o Estado encontre uma forma de se desonerar da responsabilidade em prover cuidados, muito se valendo de argumentos que naturalizam a ocupação das mulheres em prestar cuidados não remunerados.

isso, conta com diversas formas de prestação de cuidado valendo-se da combinação das ferramentas tecnológicas, inclusive com serviços em que predominam as tecnologias leves.

A política de saúde mental implementada no Brasil na década de 90⁸, em alternativa ao modelo manicomial, médico-centrado, objetivou aprimorar o atendimento das necessidades do usuário por meio da desinstitucionalização e valendo-se das ferramentas leves em saúde que primam pela autonomia do usuário, o cuidado singularizado, a convocação dos familiares e redes de apoio não oficiais a participar e ser determinantes no tratamento e processo de cura. Os espaços organizadores no trato da saúde mental passam então a ganhar a forma de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas, os centros de convivência, as casas em geral, abrigos, as praças e até as ruas, como forma de ampliar e garantir o acesso aos serviços de saúde (FEUERWERKER, 2016, p. 43).

O próprio Ministério da Saúde, em relatório, releva a importância dos familiares e âmbito social que circunda o usuário na promoção do tratamento e cura: “O processo de Reforma Psiquiátrica é um projeto de horizonte democrático e participativo. São protagonistas deste processo os gestores do SUS, os trabalhadores em saúde, e principalmente os usuários e os familiares dos CAPS e de outros serviços substitutivos. Trata-se de um protagonismo insubstituível. O processo da Reforma Psiquiátrica, e mesmo o processo de consolidação do SUS, somente é exequível a partir da participação ativa de trabalhadores, usuários e familiares na construção dos modos de tratar e nos fóruns de negociação e deliberação do SUS (conselhos gestores de unidades, conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde, conferências). Trata-se afinal, do desafio de construir uma política pública e coletiva para a saúde mental.”⁹

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) se revela como organização dentro do SUS em que é imprescindível incorporar a complexidade e especificidade de cada um dos mais de 300 povos indígenas que vivem no Brasil, sobretudo quanto aos seus saberes ancestrais e tradicionais, especificidades culturais e epidemiológicas. Aqui se observa uma política pública

⁸ Sobre a reforma em política de saúde mental no Brasil: “A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.” (Ministério da Saúde, 2005, p.8).

⁹ Idem, p.39

específica do SUS, condizente com os seus princípios e prevista na própria Lei Orgânica do SUS, que prevê uma atenção articulada às necessidades de saúde de cada um dos povos indígenas e à construção de seus saberes históricos, levando em conta como cada um assume sua concepção de saúde e de sujeito, que não se limita ao corpo físico e às necessidades biomédicas.¹⁰

Inserido dentro do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), surge no SUS um novo tipo profissional, os agentes comunitários de saúde (ACS) em 1991, mas já havendo experiências prévias no Ceará. Tal programa surge em um contexto no qual as soluções medicalizantes deixam de se mostrar como a resposta absoluta e única aos problemas de saúde, de maneira que a assistência médica cede lugar à atenção primária de saúde, como forma de criar maior proximidade com as famílias e comunidades locais para conferir, enfim, maior efetividade na prestação da saúde¹¹. Em outros termos, neste cenário, as tecnologias leves e a medicina simplificada se tornam as ferramentas das quais se valerem os sistemas públicos de saúde para garantir a ampla cobertura em saúde, sobretudo em países subdesenvolvidos, não sendo diverso o caso do SUS que, tão logo criado e para honrar com suas diretrizes e princípios, na década de 90, se socorreu massivamente de políticas voltadas à atenção básica e primária em saúde, estratégias que visavam atingir os segmentos mais vulneráveis da sociedade, em consideração ao fato de que a saúde esteja associada a fatores socioeconômicos (THEISEN, 2004, pp. 21-24). Assim o Programa Saúde da Família foi estruturado em 1994 pelo Ministério da Saúde, Não sem críticas, a proposta de simplificação da assistência em saúde também é vista como uma forma de redução e racionalização do gasto público e focalização de políticas públicas.

O programa visa aproximar a assistência em saúde das especificidades locais e regionais, compreender e registrar a realidade e aspectos sociais que circundam determinada comunidade e como essas determinantes afetam a saúde individual e do grupo. Neiva Theisen (2004), em dissertação de mestrado, investigou o contexto de trabalho e constituição da subjetividade das

¹⁰ Sobre a participação dos povos indígenas na construção do subsistema que lhes atenda suas necessidades de saúde e considerando os saberes tradicionais e cultura de cada povo, bem como os desafios e obstáculos na implementação dessa política pública, principalmente no contexto contemporâneo em que este sistema é afrontado ver A SAÚDE INDÍGENA E A ECOLOGIA DE SABERES NO ENFRENTAMENTO DOS DESAFIOS ATUAIS: “TEM QUE SER DO NOSSO JEITO”, 2019, *São Paulo Galeria...* São Paulo: IPTVUSP, 2019a. Parte 1. Disponível em: <Disponível em: <https://bit.ly/2FEhuAN> >. Acesso em: 17/04/2022

¹¹ O início desse debate em que a assistência médica é colocada em xeque como única alternativa de assistência em saúde se inicia em 1978 na Reunião de Alma Ata, em que se fixou uma meta “Saúde Para Todos no Ano 2000” a qual preconizou a adoção de ações simplificadas em saúde, valendo-se de tecnologias leves para ampliar a cobertura de saúde, principalmente nos países subdesenvolvidos (THEISEN, 2004, pp. 18-19)

agentes comunitárias de saúde em Venâncio Aires e Santa Cruz do Sul, no Rio Grande do Sul, observando que essas profissionais estariam enfrentando problemas psiquiátricos e de baixa estima.

Assim, surge um contexto de sofrimento para essas profissionais em razão dos objetivos deste programa e tarefas designadas como: “(1) o não reconhecimento das ACSs como profissionais por parte dos demais trabalhadores na área da saúde e também pela comunidade pois ao demandar aspectos como paciência, solidariedade, atenção, aspectos imateriais tidos como inerentes ao feminino, a profissão não é vista como trabalho mas como uma extensão da vida doméstica; (2) um campo de atuação que lida não somente com situações complexas em saúde, mas também com questões sociais, familiares, na medida em que demanda qualidades como a solidariedade, compreensão, proximidade, e cuidado com aspectos concernentes às determinantes sociais em saúde, como a situação de moradia, laboral, familiar, educacional; (3) intromissão da vida profissional e pessoal, na medida em que as agentes são, geralmente, pessoas próximas à comunidade, de modo que os problemas que busca perquirir e compreender em seu trabalho também são os mesmos que lhe acometem. Assim, assumindo que, como mulheres, devem se responsabilizar pelo bem estar e por resolver as questões de saúde que afetam o cotidiano de seu grupo, carregam este fardo como ser social feminino e como profissionais” (THEISEN, 2004, p. 14).

As agentes comunitárias de saúde também vivenciam um contexto de sofrimento e desvalorização da profissão, seja porque não demanda uma formação técnica, seja porque demanda qualidades como a solidariedade, compreensão, proximidade, e cuidado com aspectos concernentes às determinantes sociais em saúde, como a situação de moradia, laboral, familiar, educacional, bem como são responsáveis por identificar situações de risco, orientar e ajudar o público de sua comunidade. Ocorre que essas habilidades e aptidões demandadas pela profissão de ACSs não são tão valorizadas quanto outros saberes técnicos em saúde, inclusive na própria visão das ACSs, de acordo com o apurado nas entrevistas, não há uma percepção e autoconsciência do valor de suas competências (THEISEN, 2004, p. 29 e 96).

Dentre as subjetividades construídas em relação ao trabalho de ACS, destaca-se dos depoimentos das entrevistadas que muitas se sentem úteis e gratas por poderem ajudar ao próximo, poder identificar um problema na comunidade e construir uma solução. Observam também que se trata de um trabalho propriamente feminino que demanda atributos inerentes às mulheres, como dedicação e afeto, além de constatar que as atividades feitas já fazem parte de sua rotina, como se

não houvesse separação entre o trabalho e sua vida privada, em uma postura de resignação. Sentem, assim, por um lado, que realizam esse trabalho por vocação, porém, muitas destacam que se candidataram à vaga movidas pelo interesse em receber um salário e poder contribuir com a renda da família. Não obstante a pouca valorização e entrosamento com os profissionais de saúde, elas sentem que são altamente demandadas pela comunidade, pois estão na ponta de uma cadeia de trabalho que lida diretamente com o sofrimento, com a comunidade em seu cotidiano de modo que os usuários, por vezes, veem o SUS, seja no tratamento seja na prevenção, na figura das ACSs.

Nos depoimentos coletados na dissertação de Neiva Theisen, verifica-se a importância do papel das ACSs em um sistema de saúde coletiva e na construção da atenção básica e acesso à saúde, em coadunação com princípios como a integralidade, equidade e universalidade. Contudo, por demandar ferramentas tecnológicas leves, diversamente de outras profissões que se valem das tecnologias duras, não recebem a devida valorização e reconhecimento.

No contexto de enfrentamento da pandemia da COVID-19, os ACS foram profissionais estratégicos para o cumprimento das medidas sanitárias de controle da disseminação, monitoramento de grupos de risco e de pessoas infectadas pela doença, protagonizam o elo entre comunidade, equipes de saúde e autoridades sanitárias. O papel dos ACS se revela mais importante ainda neste contexto pandêmico pois, como se trata de uma enfermidade e vírus pouco conhecidos pela ciência, a propagação do uso das ferramentas tecnológicas leves, como o distanciamento e isolamento social e o uso de máscaras, se mostraram mais eficientes do que a medicação precoce¹²(SILVA E SILVA, 2021, p.170-171).

Este exemplo das Agentes Comunitárias de Saúde é revelador em demonstrar que os trabalhos em saúde que se valem das ferramentas tecnológicas leves não são desvalorizados somente porque empregam esse tipo de tecnologia. O processo de desvalorização, falta de reconhecimento e precarização das profissões que mobilizam competências tecnológicas leves está associado ao fato de que tais habilidades estão associados a aspectos do trabalho feminino, como

¹² Ainda, sobre o trabalho profissional na saúde no contexto da pandemia, destacam Élide Carla da Costa Silva e José Marcos da Silva a importância do trabalho das assistentes sociais como um profissional essencial na linha de frente que lida com o tecido emocional de luto e perda e com as desigualdades sociais e raciais que foram exacerbadas com a pandemia. Quanto aos profissionais da enfermagem, são elencados os seguintes problemas enfrentados neste contexto: “insuficiente da força de trabalho, da complexidade assistencial, da sobrecarga de trabalho, incômodos, desconforto e traumas por EPI, estrutura inadequada para descanso e repouso e condições insalubres nos serviços de saúde. E para além disso, há fatores como o isolamento familiar e social, o convívio rotineiro com sofrimento e com as altas taxas de mortalidade dos colegas de trabalho.” (p. 171)

algo inerente ao sexo e como se fosse natural e inerente à condição feminina adotar essas ferramentas que não são vistas como habilidades.

Mesmo nas profissões que demandam o uso das assim chamadas ferramentas duras ou de um saber de maior complexidade técnica, quando são feminizadas, como é o caso da enfermagem, por exemplo, o fato de também estar presente a dimensão relacional com o outro, o cuidado e atenção fazem apagar toda a tecnicidade envolvida. Dessa forma, todas as competências técnicas ficam mascaradas enquanto as relacionais são desvalorizadas¹³.

O trabalho na saúde no Brasil passou por um processo de feminização e polarização a partir da década de 70. Segundo Roberto Passos Nogueira (1986), a saúde representou um campo na economia formal por meio do qual a mulher conseguiu se inserir no mercado de trabalho, havendo um acréscimo de 70% de sua participação na força de trabalho desde 1970 até 1980. A feminização da saúde representa inclusive uma tendência global de acordo com pesquisa feita pela Fiocruz (Wermelinger et al, 2010). Contudo, a massiva presença de mulheres profissionais na saúde não significou a redução de desigualdades. A maior parte dos empregos femininos se concentra em determinadas profissões de nível superior, como enfermeiras, nutricionistas, fisioterapeutas, além de que está mais presente naquelas de nível médio e técnico, como nas agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem, ao passo que na medicina ainda há predomínio de homens, de acordo com levantamento do IBGE de 2000, base na qual a pesquisa da Fiocruz se pautou. Ademais, a polarização do trabalho na saúde se observa segundo a hierarquia na organização, é dizer, nos cargos de mais alto nível hierárquico há predominância de homens, bem como naqueles de maior especialização técnica.

O déficit e desvalorização da prestação da atenção básica e primária em saúde, que envolve justamente o uso das ferramentas leves de tecnologia e onde se verifica a expressiva presença dos cuidados e do trabalho feminino na saúde, representa um dos grandes desafios do SUS e acaba por sobrecarregar não somente os demais níveis do sistema mas certamente o trabalho não remunerado nas famílias e outras redes de cuidado. Para enfrentar tal problema, necessário tocar e questionar o

¹³ “Ainda quando a tecnicidade de um ofício aumenta, ela é desqualificada pelo sexo feminino de quem a executa. Um exemplo disso é a profissão de enfermeira, que exige cada vez mais domínio de novas tecnologias, tanto no âmbito estritamente médico (material de diagnóstico e de tratamento, unidades de terapia intensiva) quanto no âmbito da gestão administrativa e de estoques, mas nem por isso é associada à representação de um ofício técnico. De fato, a representação vinculada à profissão de enfermeira é principalmente associada às tarefas de tratamento, mas em seu aspecto menos técnico e mais humano, que remete tanto ao tratamento quanto ao cuidado dispensado ao outro. Daí a dificuldade enfrentada por essa categoria para seu reconhecimento como profissionais e, com isso, investir o relacional como qualificação técnica” (WERMELINGER, M. et al, 2010, p. 09)

paradigma das relações de gênero no trabalho, seja este profissional e remunerado ou fora do circuito formal.

CAPÍTULO II - O TRABALHO DE CUIDADOS E AS MARCAS DE GÊNERO, RAÇA E CLASSE

O final do capítulo anterior finalizou com o levantamento de uma hipótese crucial para o desenvolvimento da dissertação: há diferenças no trabalho desempenhado por homens e mulheres que resultam em situações não isonômicas e injustas às mulheres. E mais, essas diferenças não são biológicas, mas decorrem da própria relação social entre os sexos. Portanto, investigar a relação trabalho e sexo é fundamental para compreender por que os cuidados são um trabalho e por que é um trabalho invisível e desvalorizado, majoritariamente realizado por mulheres.

Inicialmente, o capítulo se debruça na evolução do pensamento feminista que aproximou trabalho e sexo no campo da sociologia do trabalho. Essas reflexões auxiliam a compreender as diferenças de gênero que resultam em tensões, injustiças e desigualdades entre homens e mulheres. De acordo com as considerações aqui tratadas, ver-se-á que a escolha do título “trabalho de cuidados” parece ser redundante, pois o cuidado é um trabalho. Ocorre que, em razão do aspecto invisível, discreto, pouco reconhecido ou nem mesmo reconhecido, não é óbvio no senso comum considerar que os cuidados, remunerados ou não, sejam tidos como trabalho, além de que existem razões para subestimar e desvalorizar os cuidados.

Assim, convém percorrer um caminho em que se aproxima, primeiro, a relação entre sexo e trabalho. Como referências bibliográficas para pautar as bases teóricas em que se assenta a divisão sexual do trabalho, serão abordadas as obras de Heleieth Saffioti, socióloga brasileira da década de 1960 que produziu uma tese de doutorado marxista, não se intitulando a própria autora como feminista, porém, com fortes inferências sobre ideias que os estudos de gênero, mais adiante, tratarão em específico. Além do mais, também se revisitarão as ideias centrais do feminismo materialista francês, tendo por autora chave Danièle Kergoat.

Na sequência, fundamental apontar as bases da sociologia do trabalho que reformularam sua epistemologia e o modo de percepção da produção do conhecimento sob a perspectiva de gênero e raça. Esta forma de produzir conhecimento, que não é apenas um enfoque, uma subcategoria de pesquisa, carrega, na verdade, em si, uma maneira mais completa para a compreensão do trabalho, para revelar os pontos de tensão e opressão e, assim, buscar perspectivas emancipatórias para o retrato feito.

Por fim, necessária a reflexão de que a relação entre trabalho e sexo não reflete uma categoria única e homogênea de mulheres trabalhadoras. De acordo com as marcas de raça e classe, resulta que as experiências vivenciadas pelas mulheres não são as mesmas o que irá refletir em maiores desigualdades e injustiças ao ter em vista a simultaneidade e entrecruzamento de outros eixos de opressão, além do gênero.

1. As primeiras aproximações entre trabalho e gênero

Justifico adotar as obras da sociologia do trabalho, em primeiro lugar, pelo pioneirismo nos estudos de gênero, ao rechaçar que a diferença entre homens e mulheres seja biológica e identificar que é nas relações sociais onde residem suas diferenças e onde estão marcados os fatores que perpetram as desigualdades e opressões às mulheres. O feminismo materialista observa que nessas relações sociais, mais propriamente nas relações sociais de trabalho, emerge a divisão entre os sexos, que vai resultar em processos de desigualdade, discriminação e opressão.

No entanto, não foi à primeira vista que a sociologia logo consagrou que a diferença entre homens e mulheres estivesse calcada nas relações sociais entre os sexos, tampouco resulta ser um pressuposto dado a indissociabilidade entre trabalho produtivo e reprodutivo.

Antes de adentrar especificamente nos marcos teóricos do feminismo materialista francês, tratado aqui segundo a análise da sociologia por Danièle Kergoat, e do pensamento de Heleieth Saffioti, que também tem como pano de fundo uma base marxista na construção de suas ideias, convém explorar o princípio de quando o trabalho das mulheres - para ainda não alcunhar o termo gênero- passou a ser abordado dentro do campo da sociologia do trabalho e quais os objetos de estudo e inquietações marcaram esse início.

As pioneiras que deram visibilidade ao trabalho e emprego de mulheres no campo da sociologia foram Madeleine Guilbert e Viviane Isambert-Jamati (HIRATA, 2009) que se dedicaram a pesquisas de campo sobre as mulheres que compunham a população economicamente ativa na França na década de 60. O pioneirismo não só decorreu dos primeiros estudos sobre a categoria mulher, como também da própria condição como primeiras mulheres sociólogas na França.

Autoras de *Sociologie du Travail*, importante tratado da sociologia do trabalho francesa, Guilbert e Isambert-Jamati se debruçaram na seção dedicada ao trabalho das mulheres. Neste capítulo, logo iniciam o debate conclamando à dificuldade em enquadrar certos tipos de trabalhos das mulheres como próprios da população economicamente ativa (GUILBERT e ISAMBERT-JAMATI, 1962).

Sem adentrar às possíveis causas desta já diferente adequação do trabalho das mulheres, a título de exemplificação, a classificação das mulheres com contrato de trabalho temporários e sazonais na população economicamente ativa não se enquadrava bem nos critérios estipulados à época, por isso, muito se debatia ser este um trabalho produtivo ou não¹⁴. Resta então evidente um tema que terá significativos desdobramentos nos estudos sobre gênero que é a descontinuidade da duração das relações de trabalho das mulheres (HIRATA, 1989). Houve somente a percepção de que o trabalho das mulheres está fortemente marcado por períodos de atividade profissional alternado por períodos de inatividade, sem perquirir, contudo, os motivos que caracterizam essa intermitência.

Além do mais, essa dificuldade em apreender os trabalhos femininos para incorporar as mulheres à população economicamente ativa sugere que os mecanismos de mensuração da atividade econômica estivessem moldados conforme o trabalho masculino e pouco flexíveis a captar outros trabalhos fora desse quadro. Madeleine Guilbert e Viviane Isambert-Jamati também consideram que houve uma ligeira diminuição relativa aos dados da população economicamente ativa entre 1946 e 1954 tendo em vista que a França passou a adotar critérios mais restritivos para apurar o trabalho na agricultura (GUILBERT e ISAMBERT-JAMATI, 1962). Tal redução decorreu da não inclusão de mulheres que conviviam com agricultores, pois as pesquisas da década de 50 só incluíram as mulheres que se declaravam expressamente como agricultoras, enquanto, antes, as pesquisas consideravam que, mesmo quem se dedicasse às atividades domésticas no campo, estava de certa forma inserido nas atividades agrícolas propriamente ditas, na medida em que a natureza dessa atividade, em muitos momentos, mescla serviços domésticos com práticas da agricultura. Como se verá adiante na seção dedica ao Sistema de Contas Nacionais, a forma de se calcular a riqueza de um país não deixa de ser uma construção que sempre variou no tempo, o que afasta qualquer justificativa quanto à impossibilidade de se medir os cuidados não remunerados.

¹⁴ Patricia Maeda (2020, p. 141) menciona que as desigualdades no âmbito doméstico se acentuam no meio rural, pois o trabalho da mulher se confunde com o da família e apenas o homem era remunerado

A análise dos dados sobre atividade e ocupação das mulheres, nesta primeira fase da sociologia do trabalho, incorre na incompletude de não analisar o outro lado da produção, ao deixar de considerar as atividades não produtivas no trabalho da mulher.

Já houve, entretanto, a percepção por Guilbert e Isambert-Jamati da forte presença de mulheres em determinados nichos da atividade econômica e em determinados ramos o que constitui indícios sobre o que viria depois a ser chamado, nos estudos da sociologia do trabalho, como polarização do emprego feminino (HIRATA, 1989). Ao comparar as características do emprego feminino com o masculino, constataram que a proporção de mulheres em empregos menos qualificados, mais monótonos e repetitivos é maior.

Outro ponto de crítica a estes primeiros estudos da sociologia do trabalho sobre o trabalho feminino é a ausência do aspecto relacional (HIRATA, 1989). De fato, são suscitados pontos onde reside a diferença do trabalho feminino, principalmente, em relação ao seu papel na família, além de outros elementos que vão além do objeto do contrato de trabalho. Tampouco restam definidas as noções de divisão sexual do trabalho, a construção social do gênero e a identificação dos elementos onde reside a opressão às mulheres. Vale ainda apontar que a raça não é vista como uma categoria quando feitas essas pesquisas sobre o trabalho da mulher.

Este caminho da sociologia francesa dos anos 60 até os 80, desde a categorização do sexo feminino, como categoria social, até chegar ao feminismo materialista, muito contribuiu sobre os estudos de gênero por, primeiramente, rebater algumas ideias marxistas, antes incontestáveis, sobre o trabalho improdutivo e homogeneidade da classe trabalhadora. Em segundo lugar, as sociólogas francesas trouxeram à tona a dinâmica das relações sociais de sexo no trabalho produtivo e reprodutivo. Este marco teórico inicial fundou as bases para reflexões em outros ramos do conhecimento ¹⁵, novas críticas e metodologias (HIRATA, 2009). Feita esta análise quanto aos primeiros estudos na sociologia francesa, essenciais para entender o objeto de investigação, relação entre sexo e trabalho, quais as críticas recebidas e, na sequência cronológica, quais investigações sobrevieram os primeiros registros, a pesquisa avança para delimitar os marcos teóricos do feminismo materialista francês de Danièle Kergoat e o pensamento de Heleïeth Saffioti.

¹⁵ Helena epistemologia femns materi

2. Uma análise sobre a divisão sexual do trabalho

Nessa seção, será revisada a literatura que agrega a perspectiva de gênero nas análises sobre trabalho, bem como trata da divisão sexual do trabalho, com base nas ideias das obras de Heleieth Saffioti e Danièle Kergoat. A primeira trata da inclusão e ao mesmo tempo exclusão do trabalho das mulheres na sociedade de classes, ideia central para explicar por que quando se pensa em trabalho e trabalhadores somente é levado em conta um único modelo de trabalho (o trabalho masculino). Em seu argumento, Heleieth já demonstra que no trabalho feminino existe um lado oculto, que deixa de ser remunerado, mas é essencial para manter a reprodução da vida.

Enquanto a contribuição de Danièle Kergoat destaca a indissociabilidade entre relações sociais de sexo e de trabalho e entre trabalho produtivo e reprodutivo, em que medida essas esferas se comunicam, além de partir, como ferramenta heurística, da consubstancialidade dos fatores de classe, raça e gênero para analisar e procurar compreender como o cuidado e suas trabalhadoras se configuram no centro das opressões.

O trabalho de cuidados, seja remunerado ou não, profissional ou informal, é marcadamente caracterizado por componentes de raça, classe e gênero. Para explicar e compreender a dinâmica que se opera para sexualizar e racializar os cuidados, e colocá-los à margem do trabalho produtivo, o diagnóstico de Heleieth Saffioti e Danièle Kergoat auxiliam a compreender onde se situam os cuidados no processo da divisão sexual do trabalho.

2.1. O pensamento de Heleieth Saffioti

A obra de Heleieth Saffioti (SAFFIOTI, 2013, 3ª edição) contesta o *mainstream* dos estudos marxistas ao demonstrar que no sistema capitalista as opressões não se operam exclusivamente na exploração da classe operária. Aponta que a classe operária, tradicionalmente nas obras clássicas, é vista como um grupo homogêneo, na verdade, vista somente sob a perspectiva do trabalho masculino. Porém, particularmente as mulheres são acometidas por um processo do qual são alijadas de plenamente se integrar à sociedade de classe. O capitalismo cria a ficção e a promessa

de que todos podem vender livremente sua força de trabalho, além de que todos teriam possibilidades de ascender socialmente¹⁶. O que parece ser a emancipação das mulheres representa, na verdade, sua exclusão e opressão¹⁷.

Contudo, a exclusão não é a mesma para homens e mulheres, mesmo que ambos pertençam à classe operária, pois às mulheres ainda lhe são incumbidos os ônus familiares da reprodução e dos cuidados, tarefas que são muito mais do que meros afazeres, mas já tidas por Heleieth como um verdadeiro trabalho. Trata-se, nesse sentido, de um trabalho que está alheio e ao mesmo tempo está incluído na esfera produtiva. Por um lado, não é um trabalho remunerado, reconhecido e valorizado, mas pensado somente como uma extensão da natureza feminina. Por outro, este tipo de labor feito por mulheres é essencial para a manutenção do sistema capitalista e da própria vida. Assim o modo de produção capitalista ressignifica a fórmula natural dos sexos a fim de intensificar a marginalização das mulheres, eis que este fator não é indiferente à base material do modo de produção.

Em outros termos, a categoria mulher não configura apenas um dado cultural mas a sua inferiorização social decorre de uma necessidade estrutural do sistema capitalista de produção (SAFFIOTI, 2013, p. 45). A adversidade vivenciada pelas mulheres no capitalismo se opera em uma dupla desvantagem, ao mesmo tempo em que suas capacidades exercidas dentro dos lares são subvalorizadas, igualmente, quando se inclui no meio produtivo, suas funções são marginalizadas. Infere-se, desta análise, o pioneirismo de Heleieth Saffioti em identificar o processo em que os eixos de opressão se operam simultaneamente às mulheres: a subjugação de classe não está isolada, mas inclui em si a de sexo. Contesta, além do mais, os mitos em torno do papel da mulher, cuja essência, no plano concreto, é regulada pela estrutura econômica. Assim, muito embora em uma relação concreta possa a mulher estar em condições iguais ao homem, de alguma forma, o

¹⁶ Nancy Fraser (1997) analisou a historiografia do significado de dependência e ideologia subjacente a este termo nos Estados Unidos. Na fase industrial, afirma que o assalariamento do trabalho operário pretensamente afastou a conotação de dependência que havia no trabalho, outrora associado ao trabalho servil e escravo. A contraprestação de serviço mediante salário e a oferta de trabalhos na indústria nos Estados Unidos confere a ideia de liberdade e autonomia dos trabalhadores, não obstante tal independência seja somente ideológica, não prática. O tema da dependência será tratado no capítulo sobre Estado de Bem Estar Social.

¹⁷ De certa forma, essa ideia também está presente quando Gosta Esping-Andersen (2002, pp. 68 a 95) trata do processo de mudanças na divisão sexual do trabalho, é dizer, quando, por um lado, surge o Estado de Bem Estar e políticas de proteção à maternidade, por outro, ainda permanece sem solução a maior responsabilidade de mulheres ainda assumem mais responsabilidades nos lares. Por isso, ser pai ou mãe não é um processo que se opera de forma igualitária para homens e mulheres.

alijamento se opera, pois persiste um elemento imanente próprio do sistema capitalista que perpetua a exclusão.

Senão vejamos o caso de mulheres que, por desempenharem atividades no meio produtivo, tal qual os homens, logram terceirizar as atividades dos lares. Aparentemente, a inconciliação das atividades produtivas e nos lares foi resolvida, e uma menor carga de trabalho terá esta trabalhadora, contudo, persistem eixos de opressão na relação entabulada com a trabalhadora doméstica contratada. A opressão permanece porque o trabalho reprodutivo ainda é visto como subsidiário, acessório à estrutura econômica, segmentando neste nicho laboral grupos sociais com características específicas de raça e gênero, os quais permanecem marginalizados, não obstante a estrutura econômica consagre, em aparência, o acesso equânime das possibilidades materiais (SAFFIOTI, 2013, p.59).

Vale dizer, já em introdução às ideias de Kergoat, se as linhas de tensão são deslocadas, permanece intacto o *rapport* (relação) social homens/mulheres, ou sejam os interesses antagônicos ainda pairam.

2.2. O feminismo materialista francês

O feminismo materialista é uma corrente de feminismo (dentre tantas outras que existem) e de sociologia crítica que agregou aportes teóricos para ampliar o campo de análise da categoria social sexo e com forte propósito emancipatório.

Essa corrente teórica se vale de alguns conceitos marxistas, apesar de os criticar, principalmente quanto à conceitualização da classe operária como homogênea e masculina. Contudo, não deixa de aportar, o que inclusive confere o nome a essa corrente de pensamento, como base material dessas relações sociais, o trabalho. Este é o elemento central dentro das relações sociais onde residem as relações de opressão, exploração e dominação das mulheres. Essas questões em jogo se materializam na divisão sexual do trabalho a qual é transversal nas relações sociais e não exclusiva ao trabalho assalariado. O feminismo materialista, ainda, contesta a separação entre trabalho produtivo e reprodutivo, de modo que a articulação entre essas duas esferas é imprescindível quando se analisa o trabalho feminino.

Dando continuidade à construção do pensamento de Isambert-Jamati e Guilbert, de que maneira então o pensamento francês sobre trabalho e gênero amadureceu? Se as análises precedentes e pioneiras na sociologia do trabalho tratavam da categoria sexo sem se valer de qualquer dimensão relacional ou sob a perspectiva de deflagrar a opressão no seio das relações sociais de trabalho, o feminismo materialista agrega os pilares da construção de uma forma de pensamento crítico com forte viés emancipatório, partindo da centralidade do trabalho como referencial de potência transformadora das opressões.

No artigo *Operários = operárias? Proposições para uma articulação teórica de duas variáveis: sexo e classe social* (KERGOAT, 1978) Danièle Kergoat inaugura um paradigma fundamental das ciências sociais contemporâneas, o da centralidade da divisão sexual do trabalho como o cerne nas relações sociais de sexo.

Foi na investigação empírica do trabalho das mulheres em Laval, na França, que Danièle Kergoat (KERGOAT, 1978) identificou que a diferença no trabalho entre homens e mulheres não reside apenas em fatores biológicos. Para além, demonstra que as diferenças no trabalho entre homens e mulheres está nas relações sociais, em como se desenvolvem na prática essas relações no trabalho. Dessa forma, agrega a perspectiva relacional e social da categoria sexo: não há como estudar as mulheres sem deixar de identificar o contexto social em que ela se insere e nas relações sociais entabuladas. Sob esta perspectiva, Danièle Kergoat não deixa de incluir em sua análise a relação das mulheres com sua família, com sua vida privada, a relação das mulheres com as outras mulheres do trabalho e com os homens, seja em sua vida pública ou privada.

É um pensamento crítico e teórico que desafia o paradigma da sociologia do trabalho que trata da classe operária como se fosse homogênea, como se não houvesse distinção entre homens e mulheres, quando na verdade as análises somente abordavam a figura do homem. Buscou assim em seu texto inaugural questionar se as categorias de sexo poderiam ganhar autonomia, é dizer, se o trabalho dos homens e das mulheres ganha cada qual uma diferente dinâmica e roupagem. O propósito é assim demonstrar que as ciências sociais quando se ocupam do trabalho tomam a experiência masculina como geral, sem flexão em gênero. Quando o trabalho das mulheres é então retratado, apresenta-se como um apêndice, como uma especificidade dentro de um quadro geral padrão masculino. Procura assim realizar uma sociologia das práticas sociais para demonstrar que dentro da classe operária existe, de fato, uma diferença entre ser operário e operária, é dizer, há uma clivagem social dentro da classe social que alia patriarcado e capitalismo.

Uma ideologia supostamente pautada em atributos naturais e biológicos justifica que cada posto de trabalho seja adequado para um determinado sexo. Essa argumentação ideológica legitima a divisão sexual do trabalho e normaliza o sistema de exploração, simultâneo à opressão, vivenciado pelas mulheres (KERGOAT, 1978).

Outro ponto essencial no debate do feminismo materialista trata da indissociabilidade entre trabalho assalariado, profissional, no caso das investigações empíricas à época era o trabalho fabril, e o trabalho doméstico não remunerado. Diversamente dos operários que vivenciam momentos de não trabalho, ócio e lazer após encerrar o expediente fabril, uma característica social própria das mulheres reside na duplicação no tempo e no espaço do trabalho. A casa se torna, portanto, um local onde as mulheres realizam trabalhos igualmente repetitivos e que incorporam um ônus de obrigação. Ainda que não seja reconhecido como um trabalho, muito menos seja remunerado ou redistribuído de forma mais igualitária dentro da família, as relações sociais exercidas pelas mulheres em seu núcleo privado não deixam de ser levadas em consideração no mundo da produção, porém, assume outra perspectiva. É dessa forma que o trabalho profissional das mulheres é visto como acessório, complementar ao trabalho do homem, assumido tal como provedor da família, o que, no plano ideológico, justifica, e na prática se faz aceitar, um valor menor, e resulta em um salário menor. Mesmo que ainda sejam melhor remuneradas, como em alguns postos de trabalho de Laval, e mesmo que a renda obtida seja necessária para prover a sustento próprio e de sua família, há uma aceitação da ideologia do salário complementar¹⁸ a qual, segundo Danièle Kergoat, coexiste com a resistência das mulheres por reivindicações salariais.

Uma ideia desenvolvida pelo pensamento feminista materialista sobre a relação das mulheres com o trabalho consiste na persistência de uma ideologia dominante que imbuir a ideia, como efeito da dominação e superexploração, de um desinteresse das mulheres pelo trabalho produtivo, uma vez que sua maior preocupação seria a família. Do ponto de vista das mulheres, Kergoat considerou que, com efeito, a ideologia repercute na autoimagem como trabalhadoras produtivas, é dizer, como trabalho complementar, entretanto, não deixa de considerar que para as mulheres o trabalho não se limita à produção, mas compreende também o cuidado com a família (ainda que, imagino, a ocupação com os cuidados não seja vista sob a alcunha de um trabalho propriamente dito). O trabalho produtivo, portanto, é visto como uma das formas de existência das mulheres, mas não a única (KERGOAT, 2009).

¹⁸ Ideologia que torna o trabalho produtivo secundário à vida das mulheres

Inaugura, assim, uma ferramenta de análise que articula classe social e sexo para problematizar questões que já eram tratadas pela sociologia como os binômios produção/reprodução, vida pública/vida privada, mas sob uma perspectiva apta a capturar dimensões sociais sobre o trabalho que não se limitam à experiência masculina, mas alcançam a vivência das mulheres.

No artigo Produção e Reprodução, as jovens trabalhadoras, o salariado e a família (KERGOAT, 1981), Danièle Kergoat questiona o pressuposto de que o trabalho produtivo somente se limita à realidade dos homens, além de que o trabalho tampouco se restringe à produção. A forte relação das mulheres com a reprodução, o que Kergoat coloca como uma obrigação social e consequência da ideologia da dominação, torna que a análise restrita ao trabalho produtivo não expressa os simultâneos trabalhos exercidos pelas mulheres. Por isso, dispõe ser necessário articular os dois grupos de trabalho, produtivo e reprodutivo, e saber como os homens e mulheres estabelecem suas relações sociais nesse universo mais amplo. A simbiose entre trabalho produtivo e reprodutivo, contudo, é mais sensível às mulheres, na medida em que a forma como se relaciona no meio privado afeta seu trabalho produtivo, sendo o reverso também verdadeiro, enquanto o vínculo dos homens com o mundo reprodutivo não é direto. É como se a vida fora da produção não fizesse parte do universo masculino.

Assim, a contribuição de Danièle Kergoat (KERGOAT, 2009) complementa o entendimento sobre a condição da mulher na sociedade de classes, ao expor que a divisão social entre homens e mulheres não está limitada a aspectos biológicos, mas decorre das práticas sociais em que eles se relacionam. A base material dessa relação é o trabalho. Assim, a relação entre homens e mulheres se expressa na divisão sexual do trabalho. Não se trata apenas de uma divisão na forma de separação: há trabalhos para homens e trabalhos para mulheres, uma atividade em complemento à outra. Existe, com efeito, nessas práticas sociais, relações de poder que hierarquizam as mulheres. Dessa forma, há trabalhos na via produtiva que são considerados melhores por ser exercidos por homens, enquanto às mulheres recai uma desvantagem por não ocuparem tais funções de valor social agregado.

Mais do que um diagnóstico sobre os paradigmas de dominação, Danièle Kergoat almeja com suas ideias uma emancipação, porém, abre cautela sobre a diferença entre *rapport* e *relation*, em tradução, corresponderiam, respectivamente à relação no plano coletivo e no plano particular. Este último diz respeito ao espectro concreto, no qual é possível deslocar o eixo das tensões entre

as relações sociais de sexo, materializadas no trabalho, seja pela negociação particular dentro de uma família sobre quem deverá se ocupar dos cuidados, a delegação ao mercado ou a incorporação por uma política pública. Já o *rapport* se refere à permanência destas tensões antagônicas, eixos nos quais se reinventem as práticas de opressão social.

Vale ainda destacar que não há uma única relação social mas são várias que coexistem, simultaneamente operam antagonismos e, por terem a mesma natureza de relação social, não haveria como evitar que elas aconteçam ou ignorá-las da análise.

2.3.O debate interseccional: a relação entre gênero, raça e classe

A reflexão sobre como se interagem e articulam as diversas relações sociais é uma abordagem contemporânea, que alcançou notoriedade com o pensamento feminista negro norte americano, ainda que já fosse pensada antes, porém, somente da perspectiva da aliança entre classe e gênero.

Kimberlé Crenshaw (2010), quem batizou a interseccionalidade, em seus estudos primordiais, definiu este termo como uma metáfora, uma forma de pensar sobre o entrecruzamento e simultaneidade de exclusões e opressões que se operam, sem que alguma deixe de existir sem a outra. A mecânica desse pensamento é conferir visibilidade às opressões que ficam omissas na interação entre variáveis de sexo, raça e classe.

O objetivo em construir essa forma de pensamento não é só evidenciar como se operam as opressões, mas procurar uma solução para remediar essa situação. Neste ponto, vale ressaltar que a interseccionalidade é uma ideia com forte viés emancipatório e crítico a perspectivas que se restringem em um único eixo de opressão.

Considerar que as questões relativas ao trabalho dos cuidados sejam um tema unicamente relativo à divisão sexual do trabalho é simplificar o debate o torná-lo incompleto, o que acaba por generalizar a experiência de um grupo de mulheres como a regra e experiência de todas. A principal questão em jogo nas relações sociais de sexo é o trabalho, que se concretiza pela divisão sexual do trabalho, mas o trabalho é a base material central de outros tipos de relações sociais, como as de

classe e raça. As relações sociais são vivas, simultâneas e beiraria o absurdo pensar que uma relação deixa de existir para dar a vez e lugar a outras.

A posição de Kimberly Crenshaw sobre a alcunha do termo interseccionalidade como se concebe a perspectiva simultânea das opressões foi rebatida pelo feminismo materialista francês, que opta pelo termo consubstancialidade das relações sociais (KERGOAT, 2013, p. 177 a 179), que confere um sentido de indissociabilidade das várias relações sociais cujos eixos de opressão se operam de forma simultânea e imbricada. Segundo este pensamento é nas relações de cuidados onde sobressaem as imbricações das opressões e explorações de gênero, raça e classe. O cuidado, como será a seguir tratado, está presente na vida de todos e em todas as fases da vida, guardadas as devidas proporções e variações no grau em que somos dependentes. No entanto, ainda que o cuidado seja uma marca presente em nossas vidas, a distribuição das responsabilidades de cuidados não é vivenciada de forma igual por todos. Há uma significativa diferença na distribuição entre homens e mulheres e dentro do grupo das mulheres, ainda, as experiências são diferentes e variam segundo a raça e classe social.

Não se trata de optar entre uma ou outra teoria ou nomenclatura, sem contar que a profundidade e complexidade deste tema é bem mais ampla do que os pontos brevemente expostos¹⁹, ganhando inclusive desdobramentos, com o pensamento decolonial e amefricanidade de Lélia Gonzalez. De todo modo, não há como conceber a categoria mulher como um todo igual e homogêneo. Vale aqui concluir com uma ponderação e alerta de Danièle Kergoat sobre a reificação das categorias quando se hegemoniza uma categoria em detrimento das outras. Para evitar incorrer no privilégio de uma categoria em detrimento da outra, registra ser essencial historicizar as categorias e situá-las no contexto em que se articulam, além de se ater à centralidade do trabalho como principal questão em jogo no pensamento materialista para aferir a dinâmica das relações sociais nesse ponto central.

¹⁹ Para explorar os marcos teóricos que abordam a confluência dos eixos de opressão no trabalho, conferir a tese de doutorado de Patricia Maeda que em seu primeiro capítulo amplamente expõe a temática (Maeda, 2021, pp. 32 a 83).

3. Temas em debate sobre os cuidados

A perspectiva de análises feministas e críticas apresentadas nas sessões anteriores contextualizam o marco e as bases nas quais os estudos sobre os cuidados se assentam como: i. o conceito de gênero e sexo sob a perspectiva das relações sociais, desatrelado de atributos que naturalizam e normalizam as diferenças de sexo; ii. a própria crítica à forma de produção do conhecimento que se pretende neutra e imparcial, porém, se reveste de um ponto de vista específico, masculino e branco; iii. o trabalho como a base material dessas relações sociais de sexo e como origem das opressões; iv. a concretização dessa base material na divisão sexual do trabalho, organização a partir da qual se operam as relações de exploração e opressão; v. o conceito de trabalho visto não apenas como trabalho produtivo e remunerado, mas também como aquele inserido no meio doméstico e nas atividades fora da produção; vi. a (falsa) separação entre esfera produtiva e reprodutiva e indissociabilidade destes mundos. A perspectiva interseccional aprimora a análise sobre a existência e articulação das relações sociais e como elas coexistem e se materializam em circunstâncias de opressão e exploração nas quais se torna difícil separar e individualizar tão somente a ocorrência de uma única relação social.

Esta seção se dedica aos estudos relativos aos cuidados, os quais levam à reformulação do conceito de trabalho e desafiam ideias que se pressupõem neutras e imparciais quando na verdade somente retratam a experiência de um ponto de vista masculino. Esmiuçar os aspectos e dimensões do cuidado consiste em um passo imprescindível na identificação sobre quais as práticas de cuidados que deixam de ser reconhecidas e valorizadas quando o enfoque é a saúde.

Outra questão abordada nas perspectivas multidisciplinares dos cuidados é sua característica relacional e dimensão imprescindível à nossa condição humana de vulnerabilidade e dependência. Assim, os cuidados não se limitam apenas a relações concretas individuais e particulares, mas adquirem um alcance social, coletivo e político.

O processo de investigação das bases dos cuidados e questionamento sobre quais as obrigações que asseguram a realização dos cuidados, é dizer, por que algumas pessoas sentem um ônus maior em cuidar do que outras, se conecta com as relações sociais cujas marcas de opressão, segregação e exploração estão presentes nos cuidados. Não só do ponto de vista social os cuidados se organizam de acordo com a divisão sexual e racial do trabalho, mas também do ponto de vista

moral, algumas pessoas se sentem mais responsáveis do que outras em realizar cuidados, o que, segundo o feminismo materialista, é um próprio reflexo da organização social. Esse mecanismo de criar pressupostos morais de responsabilidade reproduz formas de subordinação e exploração que naturalizam o trabalho dos agentes de cuidado (ARAÚJO GUIMARÃES, 2019).

3.1.A dependência e vulnerabilidade inerentes à condição humana. O cuidado como prática de bem estar e sua dimensão pública, política e coletiva

As características dos cuidados ora destacadas os tornam imprescindíveis em todas as fases da vida e fundamental na promoção de bem estar. Além da imprescindibilidade, o aspecto relacional dos cuidados nos dispõe em um entrecruzamento de redes de bem estar (ARAÚJO GUIMARÃES, 2019).

Helena Hirata (2010), em texto sobre as teorias do *care*, destaca a vulnerabilidade de todos os seres humanos, guardadas as devidas proporções demanda de cada um. Essa tese central, portanto, desatrela os cuidados como um tema essencialmente relacionado ao cuidado profissional e remunerado, cuja demanda somente advém dos mais vulneráveis, doentes, idosos e menores. A premissa sobre o *care* como um processo presente na vida de todos e por toda vida amplia o âmbito da discussão e não o torna um tema isolado ao sexo e a pessoas marcadamente vulneráveis.

Considerando que todos precisam de cuidados, em maior ou menor grau, e que suas práticas estão presentes em diversos circuitos, como a necessidade de cuidados pode ser vista como o direito a receber cuidados? Quem deverá assumir as responsabilidades pelos cuidados? Diante desses questionamentos, resulta que a designação das responsabilidades dos cuidados e a própria dimensão ética (sentir-se obrigado a cuidar de outro) não é um tema exclusivamente individual, privado. Alcança, pois, um relevante ponto de debate público e político.

Joan Tronto reúne as bases sobre um enfoque político dos cuidados e sua centralidade nos pilares da democracia e do debate moral político, com duas obras centrais: *Moral Boundaries: a political argument for an ethic of care*, de 1993 e *Caring Democracy*, de 2013. Alguns tópicos centrais no debate de Tronto residem na desigual distribuição de responsabilidades, processo pelo qual os privilegiados se eximem de se encarregar dos cuidados, enquanto os grupos menos

privilegiados - reflexão a partir da qual Tronto considera haver uma confluência de eixos de opressão pautados em gênero, raça e classe - assumem grande parte das atividades de cuidados.

Além do mais, esses grupos se veem mais limitados em suas opções sobre como lidar com os cuidados, enquanto os mais privilegiados não só se eximem das responsabilidades, como se valem dessa opção presente em seu mais amplo leque de liberdades. Joan Tronto (2013) apela a um conceito de democracia que dê voz aos diferentes agentes de cuidados e viabilize sua expressão e participação nas decisões políticas, ademais de conceber o cuidado para além das relações individuais e adotá-lo como uma prática direcionada à preservação e fomento das instituições democráticas.

3.2.A profissionalização e a gratuidade dos cuidados

Helena Hirata (2010) destaca que formas de cuidados gratuitos convivem com outras remuneradas e profissionais. Por um lado, o resultado é que a não remuneração e aspecto moral de obrigação pessoal/familiar oculta e desvaloriza os cuidados gratuitos, dos quais até mesmo se retira sua qualificação como trabalho. Por outro, ainda que a profissionalização e mercantilização dos cuidados aprimore a promoção de bem estar e acesso a direitos das trabalhadoras, estas ainda enfrentam violações no acesso a direitos sociais, trabalhistas e previdenciários, como a alta informalidade no setor, baixa remuneração e longas horas de jornada.

Anna Bárbara Araújo (2019), em investigação sobre o trabalho das cuidadoras profissionais em uma empresa de terceirização no Rio de Janeiro, defende que a mercantilização e profissionalização dos cuidados, dentro da linguagem do capitalismo, representa uma emancipação e uma saída contra outras formas de exploração tidas como piores, como o trabalho familiar gratuito. Mas ressalva que nessa transição ao mercado ainda persistem as marcas de gênero, raça e classe, por isso, não está isenta das tensões e antagonismos que permeiam as relações de classe.

Ainda, Nadya Guimarães trata do processo de formação identitária das cuidadoras profissionais o que culminou na tentativa, barrada pela Presidência do Senado em 2019²⁰, de regulamentar a profissão no Código Brasileiro de Ocupações por meio de Projeto de Lei nº 11/2016. Tal tentativa procurou conferir o reconhecimento a essa identidade de profissionais, o acesso a direitos, bem como estabelecer a cisão com o trabalho doméstico, origem da qual muitas cuidadoras provêm (GUIMARÃES, 2019). É válido mencionar, como aborda a própria autora, que este afastamento mantido pelas cuidadoras muito decorre do estigma e discriminação que permeiam o trabalho doméstico assalariado, além da grande informalidade persistente neste setor.

Não há como discutir a profissionalização dos cuidados sem deixar de abordar o histórico de conquista, apesar de tardia, dos direitos dos trabalhadores assalariados domésticos no Brasil. Excluída expressamente do da Consolidação das Leis do Trabalho de 1943²¹ e tratada como um contrato de locação de serviços, portanto regulamentado segundo as regras do Direito Civil, a relação de trabalho doméstico permaneceu alheia à proteção do Direito do Trabalho até 1972 com o advento da lei 5.859 que regulamentou a profissão do trabalho doméstico, porém, sem prever a totalidade dos direitos assegurados aos trabalhadores urbanos.

Não obstante o histórico de alijamento do trabalho doméstico em relação às vitórias dos direitos sociais dos trabalhadores, o movimento pelo reconhecimento dos direitos e da categoria dos trabalhadores domésticos, centralizado na figura de Laudelina Campos Melo, remonta desde a década de 1930. Mesmo que não reconhecido como sindicato oficial e apesar dos períodos de repressão à atuação dos sindicatos e organizações coletivas dos trabalhadores, como no Estado Novo e na ditadura militar, o movimento das trabalhadoras domésticas assalariadas esteve presente no contexto de promulgação da CLT para que fossem contempladas pela lei, bem como na Assembleia Constituinte de 1987. A comitiva das trabalhadoras domésticas apresentou uma fala, na voz da própria Lenira de Carvalho, além de uma sugestão apresentada à constituinte que levanta

²⁰http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20192022/2019/Msg/VET/VET289.htm#:~:text=MENSAGEM%20N%C2%BA%20289%2C%20DE%208%20DE%20JULHO%20DE%202019.&text=Ouvido%2C%20o%20Minist%C3%A9rio%20da%20Economia,direito%20fundamental%20previsto%20no%20art.

²¹ “Art. 7º Os preceitos constantes da presente Consolidação salvo quando fôr em cada caso, expressamente determinado em contrário, não se aplicam: a) aos empregados domésticos, assim considerados, de um modo geral, os que prestam serviços de natureza não-econômica à pessoa ou à família, no âmbito residencial destas;” (Consolidação das Leis do Trabalho)

a importância dos cuidados e bem estar que o trabalho doméstico proporciona à sociedade, necessidade de equiparação jurídica em relação aos demais trabalhadores e reconhecimento do direito à sindicalização. Assim, apesar da positiva recepção e reconhecimento que as trabalhadoras domésticas tiveram na constituinte, o produto da redação do texto constitucional sobre os direitos sociais acabou por excluí-las do caput do artigo sétimo e considerar no parágrafo único do mesmo artigo a ressalva sobre quais direitos os domésticos gozariam (Maeda, 2021, p. 106, 163 a 167, 265 a 267).

Por fim, com a Emenda Constitucional nº 72 de 2013, o contrato de trabalho doméstico se equiparou em quase sua totalidade aos demais contratos de trabalho, consagrando, assim, o direito à jornada de 8 horas e 44 horas semanais, adicional noturno, seguro desemprego, fundo de garantia por tempo de serviço, seguro por acidentes de trabalho, conforme regulamento pela lei nº 150/2015.

Apesar dos avanços na cobertura legal aos trabalhadores assalariados domésticos, ainda é alta a informalidade e exclusão da proteção social. Formas menos habituais de trabalho doméstico remunerado, como as diaristas, não encontram o mesmo amparo social que os vínculos empregatícios asseguram, e também incorrem em alta informalidade. Se por um lado se operou este avanço e conquista social ao trabalho subordinado, por outro, este mesmo sistema jurídico de tutela ao trabalhador acabou por excluir, total ou parcialmente, trabalhos reprodutivos, como o trabalho doméstico assalariado e o cuidado não remunerado (DUARTE, PEREIRA, NICOLI, 2021).

Dados da PNAD Contínua do 4º trimestre de 2020 (IBGE, 2020) revelam que há 4,9 milhões de trabalhadores domésticos no Brasil, total do qual as mulheres representam mais de 92%, sendo que 3 milhões dessas mulheres são negras. A informalidade, isto é, o não reconhecimento de vínculo empregatício, e consequente exclusão aos direitos trabalhistas e previdenciários, acomete 75% das trabalhadoras. A jornada semanal de trabalho ultrapassa o limite legal 44 horas e o rendimento médio nacional mensal está abaixo do salário mínimo.

A profissionalização dos cuidados, por mais louvável e necessária que seja ao reconhecimento e acesso de direitos deste grupo de trabalhadores, em sua maioria mulheres e racializadas, é um processo que isolado não resolve todos os problemas associados à permanência das opressões, desigualdades e injustiças.

A linguagem conferida pelo Direito do Trabalho para proteger trabalhos reprodutivos parece estar em ruído com uma realidade marcada pelo preconceito e discriminação racial e de

gênero. Obviamente que não se nega a importância das conquistas nos direitos sociais, mas parece faltar algo mais para além da valorização do aspecto econômico destes trabalhos. Duarte, Pereira e Nicoli (2021) entendem também que a solução está longe de ser encontrada e a resposta não será simples e única. Os autores defendem, assim, um “*Direito Social capaz de absorver de forma equânime o trabalho reprodutivo*”, ou seja, uma abordagem interdisciplinar²² e interseccional suplementada por outros ramos do direito, além do trabalho e da seguridade social, como o direito tributário, e o direito de família. O tratamento jurídico equânime encontra barreiras em pressupostos teóricos e epistemológicos do direito, gendrados nas palavras de Duarte, Pereira e Nicoli, como a definição de relação de emprego que não se enquadra a de trabalhos gratuitos nos lares. Ainda que se concebam conceitos paralelos e especiais que tenham a intenção de reconhecer e valorizar er albergados pelo direito, tais definições acabam sendo subvalorizadas ou tuteladas de forma parcial.

A defesa pela profissionalização dos cuidados, com o viés de assegurar a equidade de gênero e combate às injustiças de raça e de classe enfrenta os seguintes pontos: i. as responsabilidades dos cuidados em sentido democrático e verdadeiramente igual; ii. reestruturar a divisão sexual do trabalho; iii. assegurar que os trabalhos profissionais de cuidados não sejam subvalorizados, mal remunerados e estigmatizados; iv. necessidade de um forte comprometimento do Estado com esses objetivos²³.

A profissionalização dos cuidados e sua externalização dos lares o que, aparentemente, seria um modelo ideal para aliviar os trabalhos gratuitos (FOLBRE E NELSON, 2010) esbarra na faceta íntima, muitas vezes pessoal, e intransferível a terceiros dos cuidados. Embora aparentemente se tenha liberado dos lares as responsabilidades de cuidados, a gestão da terceirização dos cuidados ainda deverá ser assumida por alguém na família, sem contar que certos tipos de trabalhos de cuidados não poderão ser relegados a terceiros. Mesmo que ainda haja trabalhos que não possam ser delegados a terceiros, não tenham uma correspondência monetária precisa ou estejam ocultadas neste os sob este aspecto íntimo e privado, não significa que os cuidados deixem de ser trabalhos

²² Neste ponto, entendo que soluções interdisciplinares certamente incluem a defesa pela implementação do SUS, pois, conforme abordado no capítulo 1, seus princípios e diretrizes são fortes aliados à promoção da equidade de gênero, no sentido de reconhecer e valorizar a essencialidade dos cuidados na promoção da saúde.

²³ No capítulo que relaciona cuidados e Estado de Bem Estar Social será retomado o papel do Estado na valorização dos cuidados.

ou se tornem menos importantes por ser um assunto privado que cada um deve resolver individualmente.

Há de se ter em vista também que a externalização de cuidados do lar somente altera a rede em que o cuidado será prestado, e em nada contribui para mitigar quadros de exclusão da proteção social e discriminações que acometem as trabalhadoras assalariadas dos cuidados. Outro ponto a questionar é sobre quem poderá externalizar os cuidados dos lares. A resposta vai depender das condições financeiras da família em poder arcar com a contratação de um trabalhador, bem como dos serviços públicos disponíveis, como creches, escolas e sistemas públicos de saúde, cenário que favorece os privilegiados.

3.3. Os cuidados como atividades concretas e atividades imateriais

Não há como negar ser, muitas vezes, difícil separar as emoções da materialidade do trabalho em si. À primeira vista, uma perspectiva para dar legitimidade ao reconhecimento dos cuidados como trabalho deveria rechaçar a ideia de que eles sejam um trabalho feito por amor e que por haver emoções e afetos envolvidos em sua atividade não seria possível atribuir um valor, ou que não haveria interesses materiais e econômicos subjacentes à organização dos cuidados. Essa desmistificação e análise feita sobre o cuidado desprovida das amarras do afeto e das emoções é importante para desnaturalizá-lo e afastar a imagem de que seja menos importante, algo íntimo e privado que não tem nenhuma relevância além da relação provedor e receptor (ARAÚJO, 2019).

É verdade que os cuidados acabam sendo subestimados porque somente se tem em vista sua dimensão afetiva/imaterial/emocional. Ocorre que tal característica não deve ser menosprezada, como a psicodinâmica do trabalho bem se debruçará nestes aspectos que circundam o objeto do trabalho, para demonstrar, que este elemento é tão relevante quanto o trabalho prescrito e o concreto (MOLINIER, 2000).

Assim, uma base heurística para analisar os cuidados leva em consideração a dinâmica das emoções, ideia defendida por Helena Hirata (2010) que, apesar de criticar a invisibilidade e pouco valor atribuído aos cuidados, em razão de nem mesmo serem vistos como trabalho devido a essa característica, entende que não há como afastar o aspecto imaterial dos cuidados. Poderia até

mesmo se chamar particularidade dos cuidados. No entanto, ao se redefinirem as próprias bases do conceito de trabalho e considerar que se opera, com efeito, uma intromissão entre o econômico e o íntimo, entre a corporeidade e as emoções, tal forma de pensar elastece as dimensões presentes em qualquer trabalho. É dizer, o conceito que busca definir trabalho, tendo em perspectiva a contemplação dos cuidados derruba a barreira que separa os mundos da produção e economia e o das emoções e intimidade (ZELIZER, 2012). Não se trata, portanto, em negar a existência de elementos que levariam, em princípio, a menor importância e não reconhecimento dos cuidados, mas em considerá-los como parte constitutiva desse trabalho, merecedora da devida atenção tanto quanto outros aspectos presentes no trabalho como a dimensão econômica.

Pascale Molinier, ao analisar o trabalho sob a perspectiva da psicodinâmica, investiga os aspectos subjacentes ao trabalho concreto, material e objetivo, como os aspectos psicológicos e emocionais, debruçando-se no trabalho das enfermeiras na França (MOLINIER, 2000). Essa aproximação entre cuidados e trabalho profissional na saúde, sob a perspectiva da psicodinâmica do trabalho, é reveladora da contribuição que os aspectos imateriais dos cuidados desempenham na saúde. Além do mais, a análise da psicodinâmica sobre essa dimensão permite a identificação de aspectos comuns entre os cuidados profissionais e remunerados e aqueles que não são.

Nesse sentido, a psicodinâmica do trabalho toma a subjetividade do trabalhador como objeto de sua investigação, é dizer, quais os desdobramentos decorrem do encontro entre o indivíduo e sua subjetividade, os demais aspectos da vida que o circundam, e o trabalho. Essa forma de analisar o trabalho, segundo a psicodinâmica, muda a perspectiva para observar, principalmente, os aspectos não visíveis do trabalho, o que é revelador, neste estudo sobre trabalho na saúde, sobre como cuidar do outro não reside apenas em atividades concretas, mas também demonstra que o saber técnico também reside no trabalho não visível. O próprio estudo da psicodinâmica do trabalho está associado a aspectos que não são mensuráveis ou apreensíveis no trabalho. Por esse motivo, revela-se como uma ferramenta adequada para analisar a invisibilidade dos cuidados, sua descrição, inerente ao bom cuidado.

Para além de um contrato de trabalho, existem outros esforços que são mobilizados para prestar os serviços, lidar com as relações, sentimentos que circundam a mente do trabalhador, inteligências e técnicas, concretas ou imateriais, desenvolvidas para lidar com o trabalho que deve ser desempenhado. A dimensão relacional dos cuidados foge da apreensão segundo a lógica da

produtividade, além de considerá-la como um não trabalho, dissimulada sob a natureza feminina (MOLINIER, 2000).

Com a investigação sobre o trabalho das enfermeiras resta clara a imbricação no processo de desenvolver a compaixão pelos pacientes, é dizer, em sofrer junto com o outro e o seu próprio sofrimento. Tais sentimentos não são naturais, mas surgem diante das obrigações do trabalho. Seria como se essas profissionais se antecipassem em manifestar um sentimento que recepcione e conforte os pacientes, sem que estes se deem conta de que seu sofrimento foi amparado, ou perceba o esforço do outro. Trata-se de não incomodar ao outro, respeitar o seu pudor e ao mesmo tempo sua autonomia, sem gerar sentimentos de vergonha e da humilhação da dependência. Assim, é um saber-fazer discreto que, para alcançar seu objetivo, não deve chamar a atenção nem mesmo esperar algum tipo de gratidão (MOLINIER, 2000).

Assim, o cuidado é um conceito que agrega atividades físicas e mentais que são indissociáveis. Essas atividades concretas que demandam um elemento imaterial não necessariamente estão atreladas a aspectos positivos como a solícitude, compaixão, simpatia ou ternura. O manejo da subjetividade das enfermeiras estudadas por Pascale Molinier nem sempre resulta em sentimentos bons e positivos, pois, sendo uma modificação forjada do eu para se adaptar ao trabalho, emergem sentimentos de insegurança, medo, incerteza e impaciência, os quais, por vezes, são espontâneos e inevitáveis, mas precisam ser controlados e dissimulados.

Ana Bárbara Araújo (2019) estudou o trabalho profissional das cuidadoras de idosos no município do Rio de Janeiro quanto à relação entre reciprocidade e mercado e a própria relação entre sentimentos e o trabalho desempenhado.

A autora analisa a tensão entre duas lógicas que permeiam o trabalho remunerado de cuidados de idosos. Por um lado, cria-se uma expectativa de que esse trabalho seja permeado pelo altruísmo, bondade e reciprocidade, por outro, esses elementos sozinhos não dão conta de realizar as atividades dos cuidados, por isso, há uma demanda para que seja este um trabalho técnico e especializado. Essa tensão se observa sobretudo nos trabalhos onde as mulheres são maioria na medida em que o trabalho remunerado é visto como uma extensão de seu papel familiar, servil e dócil, sem deixar de ter suas exigências técnicas próprias. Forja-se, assim, uma idealização do trabalho feminino e um conceito do que seria o bom cuidado, o que não necessariamente está relacionado com as necessidades concretas do receptor dos cuidados, pois na prática estão presentes

elementos negativos (desacordos, conflitos e violência) os quais precisam ser lidados, por exemplo, os atritos com familiares e com o receptor dos cuidados (ARAÚJO, 2019).

A definição de um conceito de reciprocidade e sua manifestação nos cuidados como um engajamento em relação ao outro faz surgir uma obrigação, dever moral em se responsabilizar pelo bem estar dos demais, processo este que acaba por resignar e até mesmo aceitar os aspectos negativos²⁴. Essa forma de conceber a reciprocidade dos cuidados oculta o sacrifício nele presente, além de criar uma aceitação de que todo desgaste físico e emocional nos cuidados será retribuído de alguma forma nesse jogo do trabalho intergeracional (ARAÚJO, 2019). A construção do modelo de cuidados baseado na reciprocidade e solidariedade mitiga, assim, os aspectos negativos e sacrifícios que se observam não somente no trabalho não remunerado como também no profissional. E mais, esse modelo de cuidados não é mera qualidade, mas se torna um requisito demandado das trabalhadoras profissionais pelo mercado. Cria-se, assim, a ficção de um substrato moral por trás dos trabalhos de cuidados, no sentido de que o prestador de cuidados se sente responsável pela vida do outro e pela promoção do bem estar porque outras pessoas já fizeram o mesmo ao cuidador.

Dessa forma, o cuidado não é visto como uma técnica, um saber-fazer adquirido com a experiência. É dizer, associa-se tal atributo, sobre ser um bom cuidador, com qualidades pessoais e não como uma qualidade profissional. Esse processo de saber-fazer discreto, portanto, encoberta a materialidade dos cuidados, de modo que estes acabam sendo percebidos ou quando ocorrem as falhas ou no discurso individual das trabalhadoras, cientes de necessidade de mobilizar essas dimensões.

Pascale Molinier (2018) propõe a uma reflexão para se conceber uma reflexão contemporânea dos cuidados para que alcancem o patamar do reconhecimento e valorização. A primeira procura desconstruir uma perspectiva viril e de dominação do trabalho, na qual se despreza a vulnerabilidade própria e alheia e perpetua dicotomias entre forte e fraco, homem e mulher, autônomo e dependente. Esta forma de pensar está imbricada em como se produz o conhecimento o que inclui a própria forma como se concebe o trabalho. Neste aspecto, essencial a contribuição de Joan Tronto em *Caring Democracies* quando questiona a relação entre cuidados e masculinidade

²⁴ Nas entrevistas coletadas por Neiva Theisen, também são mencionados pelas agentes comunitárias de saúde aspectos como a solidariedade, a gratificação, e até mesmo a ideia de que é trabalho dado em missão por Deus, como se fosse um sacerdócio (Theisen, pp. 98 e 99, 2004)

ou, visto de outra forma, como os cuidados são marcadamente femininos. Assim, ainda que os cuidados estejam dissociados do perfil masculino, na verdade, estão presentes, porém, ocultos. Tronto aponta que existe uma distorção entre o que homens fazem e o que se acredita que homens fazem. Contribuições à sociedade normalmente relacionadas à masculinidade hegemônica, como a produção e a proteção, não estão relacionadas com a responsabilidade de se cuidar do outro. Ao assumir então estes encargos, os homens ganham o que Tronto chama de passe livre da responsabilidade de cuidados, por isso, se sentem desonerados da responsabilidade moral por cuidados. Na verdade, essas duas funções de cuidar e produzir estão, com efeito, relacionadas ao cuidado, mas recebem outros significados quando se associam ao masculino ou feminino (TRONTO, 2013).

Por fim, a segunda reflexão contemporânea dos cuidados mostrada por Molinier, por sua vez, desmascara a virilidade e mostra o ponto cego do trabalho em que residem as vulnerabilidades e fraquezas humanas. São essas as bases para se reformular uma ética que desafia o *mainstream* do pensamento filosófico da moral.

3.4.A ética do cuidado

A perspectiva feminista do cuidado abala não somente as formas de conceber a ética e a política, mas também a maneira como se produz conhecimento. A produção do conhecimento tem um viés subversivo muito forte, de modo que a inserção da noção de cuidado transforma os pontos de partida abstratos e teóricos da ética e da moral. Os estudos tradicionais nesse campo consideram, assim, como irrelevante o cuidado como objeto de investigação, ou como ponto de indagação a partir do qual pudessem ensejar dilemas morais. Essa transformação na forma de pensar revela as desigualdades e injustiças sociais, isto é, tem um forte viés emancipatório que evita a redução a um pensamento que neutraliza as bases de pensamento e faz tornar única e universal a experiência de um grupo só. A ética feminista do cuidado não se deixa enclausurar facilmente pela neutralidade e rebate formas de pensar que parecem imutáveis e estáveis como a divisão política entre o público e privado, a qual classifica o público como relevante e o privado como menos importante (PAPERMAN, 2018).

Nesse aspecto o debate sobre a ética do cuidado tem sua importância em reformular as bases sobre aquilo que efetivamente importa, pautada em experiências concretas de dia a dia, que à primeira vista, não parecem ser tão importantes, nem visíveis ou consideradas significativas. O papel da ética do cuidado é justamente conferir visibilidade sobre aquilo que é evidente, mas há obstáculos estruturais que nos impede de ver e notar a relevância dessas experiências. A publicização, o falar sobre o cuidado, nisto reside a diferença da postura da ética do cuidado, o que tampouco significa uma cisão com as bases do pensamento liberal, mas um aprimoramento dos pontos de partida do indivíduo como abstração, por exemplo, ao considerar que a constituição do individualismo não está isolada da relação com os outros, e que pressupor a autonomia não deve deixar de lado o aspecto da vulnerabilidade e dependência (LAUGIER, 2019).

Valendo-se de uma analogia com o cinema e as séries produzidas nos Estados Unidos, Sandra Laugier demonstra que essas produções nada mais são do que o retrato sobre as experiências ordinárias, os conflitos e desafios individuais. Laugier destaca que são esses os temas que atualmente mais agradam ao público, ao aproximar a arte da vida como ela é (ou registrar a beleza e plasticidade daquilo que está sob nossos olhos mas nunca ou dificilmente reparamos) em detrimento dos gêneros clássicos, como terror, ação, comédia. Essa ilustração demonstra que os conflitos de ordem ética e moral também dizem respeito a tensões nas relações de cuidado (LAUGIER, 2019).

Por que a ética se tornou uma preocupação nesta pesquisa se, ao final, onde se quer chegar é no valor que os cuidados não remunerados representam na saúde? Ora, a proposta de reformulação os pontos de partida e os meios de conhecimento existentes para apreender os cuidados e relacioná-los com a saúde necessariamente demanda um pressuposto mais amplo, não diria que novo, porém, revestido de outros aspectos que tenham a aptidão em ser sensíveis ao trabalho que existe, do qual são todos dependentes, mas não é reconhecido. No capítulo dedicado à relação entre Estado e cuidados essa preocupação voltará a aparecer, pois de acordo com a forma de pensar e ideologia subjacente à estruturação de um Estado que se comprometa em resolver os conflitos sociais, amparar ou resolver situações de dependência e vulnerabilidade, mudará o comprometimento e maneira de lidar com a designação das responsabilidades sobre os cuidados. Foi Carol Gilligan quem primeiramente questionou uma versão racionalista e universalista da moral, ao observar que existe um outro meio de comunicação, é dizer, uma outra voz que não é considerada relevante no debate tradicional. Em sua obra *In a Different Voice* (1982) que o modelo

de desenvolvimento moral de Lawrence Kohlberg é incapaz de considerar pertinentes as experiências e pontos de vista, expressados sobretudo por mulheres, mas também presente em algumas respostas dos homens. A crítica de Gilligan também repercute no debate sobre teoria da justiça ao propor que uma linguagem dos cuidados confere uma orientação moral que identifica e apreende problemas morais que a linguagem da justiça normalmente não considera como pertinente. A perspectiva da justiça lida com direitos, obrigações e regras enquanto a linguagem dos cuidados tem por base a ideia de responsabilidade. Nesse último ponto, as questões e dilemas morais são vistos como conflitos de responsabilidade de uns com os outros, diversamente das questões pautadas pelo pensamento filosófico tradicional (PAPERMAN, 2018). Esse câmbio de perspectiva demanda a publicização e coletivização dos cuidados, isto é, não mais se restringe a um problema/questão individual e privado, mas se torna um tema de discussão comum a todos.

Em *O que é o cuidado? A preocupação com os outros, sensibilidade e responsabilidade* (2019) Sandra Laugier disserta sobre as diferenças entre a ética da justiça e a ética do cuidado. A primeira é uma moral centrada na equidade, imparcialidade, individualidade e autonomia. A ética do cuidado, por sua vez, conhecida por ser uma voz diferente, baseada nas experiências mais presentes nas narrativas femininas, não se baseia em princípios mas em um questionamento: como as pessoas se relacionam e interagem para preservar a vida? Com essa formulação como ponto chave, a atenção da análise se volta às narrativas concretas, às particularidades e aos detalhes.

No entendimento de Sandra Laugier a invisibilidade e pouca importância atribuída aos cuidados decorre de uma percepção distorcida e de sua associação com os mais fracos e vulneráveis. A vulnerabilidade humana é um ponto central nesse debate moral e faz parte de toda vida humana, não se restringindo aos quadros que demandam assistência especial, a exceção da regra.

Laugier não considera que a ética do cuidado seja uma teoria mas uma consequência da própria prática, da ação e dos detalhes, por isso, os cuidados estão muito ligados ao fazer, ao trabalho, não se limitando a preocupações e atividades mentais e emocionais. Distancia-se, portanto, de conceitos, abstrações, regras, obrigações e generalizações. O cuidado como uma dimensão central na vida humana faz com que as bases morais sejam mais realistas, é dizer, partam do princípio de que todos somos vulneráveis e dependentes. Essa condição básica que geralmente é vista como o infortúnio do outro e tomada em conta como a exceção, na verdade, é o próprio estágio em que todos se encontram. A abstração do pensamento ético do cuidado não se

incompatibiliza com o pressuposto de que somos vulneráveis e dependemos de cuidados para sobreviver. Ao contrário, este exercício que remete os cuidados a um plano teórico é fundamental para ressignificar a racionalidade que se opera, por exemplo, no processo de criação de normas, no plano de ação dos Estados. Tampouco observo que esse plano de abstração rechace ou esteja destoado da prática, porque dela emerge.

Nota-se, assim, que na ética do cuidado a dimensão relacional e de interdependência é relevante nos problemas morais. É uma forma de pensar preocupada com as particularidades, o contexto e o mundo ao redor. Retira a hierarquia existente na perspectiva moral de justiça, além de se valer de um método da análise centrado no outro, desprovida do distanciamento da perspectiva moral de justiça. Para esta, as experiências de cuidado não são moralmente relevantes e se distanciam das experiências sociais práticas, pois se vale de premissas inaptas a compreender estes fatos (PAPERMAN, 2018).

Segundo a perspectiva do cuidado, as fontes da ética se situam na interdependência dos seres vulneráveis. O cuidado emerge como questão política a partir do momento em que se atribui uma concepção holística, é dizer, quando se tem uma percepção da sua essencialidade e importância na base para gerar e manter a vida.

Nesse sentido, a ética do cuidado é indissociável da política e do apelo a uma dimensão coletiva e pública sobre o assunto. O cuidado pressupõe atividades concretas que não estão fragmentadas ou isoladas, mas fazem parte de relações, de contextos coletivos, ainda que informais ou organizados, pagos ou não. Além do mais, o desempenho dessas atividades concretas requer que sejam assentadas as responsabilidades sobre quem deve cuidar ou se ocupar dos cuidados de alguém, ao considerar que permanentemente dependemos da relação dos outros para satisfazer nossas necessidades primordiais, tendo por premissa básica a negação de nossa autonomia, em total oposição à ética da justiça, que empodera a autonomia e individualidade do sujeito.

Trata-se, como diz Tronto (2013), de integrar o cuidado a uma abordagem ética, política e moral não restrita ao feminino mas com alcance significativo a todos. Rechaçando as contraposições e antagonismos, a ética do cuidado propõe, na verdade, um aprimoramento na percepção moral e na redefinição de cuidado e justiça.

De modo igual e em rechaço a separações e dicotomias, Patricia Paperman (2015) critica a cisão acadêmica na análise do cuidado enquanto trabalho e prática, feita a partir da perspectiva da sociologia, da economia, dos estudos das migrações, ao mesmo tempo em que a perspectiva ética

do cuidado fica relegada à filosofia moral e se afasta das análises concretas. Essa segmentação nos enfoques e perspectivas do cuidado ofusca uma organização mais ampla do processo social do cuidado e de sua dimensão ética, pois um não existe sem o outro.

Deve ser assumida uma perspectiva dialógica, a partir da qual o conhecimento e a compreensão resultam em apresentar pontos de vista que não aparecem como produtores de conhecimento, bem como ser permanentemente crítico a falsas neutralidades. Assim registrou Pascale Molinier no estudo sobre a psicodinâmica e cuidados no trabalho das enfermeiras quanto à diferença da percepção delas em relação ao Estado do que seja a vida. Tal visão se pauta em uma perspectiva da ética do cuidado como aqui se retratou o pensamento de Carol Gilligan e demais críticas às teorias morais tradicionais: “O desafio do conflito entre as enfermeiras, a vida, a sua assim como a das pessoas enfermas, não pode ser reduzida a um substrato biológico, no qual é suficiente aportar uma resposta instrumental. A vida se define como a experiência de ser vivo, que sofre e que age.” (MOLINIER, 2008, p. 12).

Transpondo esta ideia à inclusão dos cuidados na agenda das políticas de bem estar social equivale a refletir que não basta dispor de meios para promover os cuidados, seja como educação, saúde, assistência social, mas também é necessário saber que para a formação do sujeito ético o tema dos cuidados é primordial, além de ser uma das prioridades nas reflexões sobre justiça. Neste aspecto, Martha Nussbaum (2013) critica o que John Rawls estabelece como a lista de bens primários necessários para o desenvolvimento humano ao não considerar que os cuidados sejam incluídos. Sua proposta, a qual se aliam Eva Kittay e Amartya Sen, consideram que os cuidados são essenciais para o desenvolvimento digno e que a supressão ou falta de cuidados por parte de quem os recebe ou sobrecarga no exercício é um tema de justiça. Esta corrente da filosofia moral critica que a distribuição de bens e riqueza seja suficiente para promover o bem estar, pois uma pessoa pode estar em boas condições de renda e acesso a bens materiais, mas ter uma sobrecarga de trabalho doméstico ou viver em um contexto de ausência de cuidados, como em violência doméstica. As ideias de Rawls para pensar sobre por que motivo e como as pessoas vivem juntas rechaça a compaixão e a benevolência como elementos essenciais de sua concepção teórica de justiça. Ainda, Nussbaum coloca que concepção política de pessoa centrada na racionalidade kantiana e na busca por vantagem mútua, conforme ponto de partida do contratualismo de que Rawls é adepto, não são suficientes para explicar a cooperação social. O apego à dignidade kantiana

prioriza o aspecto racional do ser humano em detrimento de sua animalidade em compartilhar com os outros, seja por sociabilidade ou dependência.

Assim, a benevolência, o altruísmo, e o cuidado (pensar e fazer o bem para o outro) são centrais na justiça: “Assim, ao invés de ser um tema restrito às concepções individuais de bem, como na teoria de Rawls, um forte compromisso com o bem dos outros faz parte desde o começo da concepção compartilhada de pessoa. A pessoa deixa o estado de natureza (se, de fato, resta algum uso para essa ficção) não porque seja mais mutuamente vantajoso fazer um acordo com os outros, mas porque não pode imaginar-se vivendo sem fins compartilhados e sem uma vida compartilhada. Viver com e para os outros, tanto com benevolência quanto com justiça, faz parte da concepção pública compartilhada de pessoa que todos subscrevem para propósitos políticos.” (NUSSBAUM, 2013, p.195).

CAPÍTULO III - OS CUIDADOS NO ESTADO DE BEM ESTAR SOCIAL

Os conflitos sobre a distribuição das responsabilidades e sobre a distribuição de riqueza estão presentes em todos os circuitos dos cuidados. Há disputas para manter, ampliar ou cortar políticas públicas que promovem bem estar, há conflitos no mercado de trabalho doméstico remunerado e dentro das famílias para redistribuir as responsabilidades. Neste ponto, a forma como se organizam as políticas de *welfare* tem um papel decisivo na maneira como o cuidado se organiza e sobre seus custos, em razão dessa dimensão pública e coletiva que alcança.

Este capítulo se dedica a abordar a relação entre cuidados e Estado de Bem Estar. Justifica-se a inserção deste capítulo na dissertação para investigar como os princípios norteadores e as próprias práticas do *Welfare State* dão as bases para que se reconheça e atribua a devida centralidade do trabalho de cuidados, remunerado ou não. O reconhecimento e valorização dos cuidados está de acordo com os princípios seguidos pelos diversos modelos de Estado Social ou existem marcas de opressão de gênero, de raça e outras opressões na estruturação do Estado e nos direitos que emergem desse processo? E mais, em um Estado no qual sequer existe a plena consolidação de um modelo de bem estar social como o Brasil, como se garantir o direito de receber cuidados e como resolver a redistribuição das responsabilidades de cuidados?

Inicialmente, esta parte da dissertação aborda a organização dos cuidados em circuitos sociais. O termo circuito adotado por Nadya Araújo Guimarães se refere à forma como os cuidados se distribuem, o significado que assume a depender do tipo de relação social em que se está presente e as consequências que decorrem quando a responsabilidade é assumida pelo Estado, pelo mercado, pelas famílias e comunidades. É, portanto, um mapeamento importante para se ter uma visão ampla e total sobre as práticas de cuidado e a relação entre eles. Vale pontuar que a análise sobre os cuidados incorporados no Estado não se deve isolar dos demais circuitos, sobretudo daqueles que ficam ocultos como trabalho não remunerado, familiar ou como ajuda. Por isso, importante ter a visão sobre a relação entre os circuitos dos cuidados.

O surgimento do *Welfare State* marca o momento em que muitas práticas de cuidados foram institucionalizadas pelo Estado, como a saúde e a educação. Serão tratadas, na sequência, as teorias e marcos de origem dos modelos de Estado de Bem Estar Social, os quais, em termos genéricos, justificam o surgimento da proteção social como forma de combater as vulnerabilidades, riscos e

contingências que emergem da forma de produção capitalista, ademais de incorporar o conceito de que o Estado tem um compromisso com a justiça social e com a satisfação das necessidades básicas. É o que será tratado na seção dedicada à análise dos modelos de Estado de Bem Estar, contexto de surgimento, princípios e análise de termos chave, como vulnerabilidade e risco social, cidadania, necessidade, titularidade de direitos, dependência e justiça social.

Em seguida, o capítulo avança para esmiuçar e refletir a relação deste modelo de Estado com a reorganização da reprodução, redistribuição das responsabilidades de cuidado e consequentes paradoxos que surgem. A incorporação dos cuidados no circuito do Estado contesta o mito de que o trabalho reprodutivo, por estar associado ao íntimo, ao privado, ao amor naturalmente desenvolvido por mulheres, não seja um trabalho propriamente dito, nem mesmo seria possível aferir o seu valor. Assim, a análise sobre este processo, o contexto, quais são os argumentos e teorias por trás da incorporação dos cuidados na agenda dos Estados é necessária para identificar como e por que os cuidados são reconhecidos na via institucional.

A institucionalização do *care* pelo Estado, é dizer, a partir do momento em que são adotadas políticas de bem-estar social voltadas às necessidades que somente poderiam ser satisfeitas pelo desempenho de cuidados, seja este trabalho remunerado ou não, seja feito no campo público ou privado são estratégias que objetivam resolver uma questão na sociedade, por exemplo, o envelhecimento da população, dar o suporte a alguma vulnerabilidade como a doença, o cuidado de pessoas dependentes e assumir o compromisso em preservar e proporcionar uma boa vida aos cidadãos.²⁵

Tal processo necessariamente está relacionado com mudanças que se operaram no século XX: a estruturação de políticas de bem estar social, ou mesmo de modelos de Estado que tenham institucionalmente assumido tal compromisso, diante da necessidade de reorganizar a reprodução social com o massivo ingresso da mulher no mercado de trabalho produtivo e do reconhecimento de que as forças do mercado e a lógica do capitalismo podem deixar os cidadãos em condição de desamparo e vulnerabilidade. Resulta, assim, que este modelo de Estado configura uma coletivização sobre a responsabilidade de riscos e contingências que outrora eram tidos como problemas individuais. Neste aspecto, é importante ressaltar que, não obstante os estudos sobre *Welfare State* não tenham uma perspectiva de gênero, o estabelecimento de garantias de proteção

²⁵ Aliás, a própria investigação sobre *Welfare State* demanda a reflexão sobre os motivos pelos quais as contingências sociais assumiram relevância coletiva e política

social, por um lado, confere significativa melhora na equidade de gênero, por outro, ainda persistem marcas que reforçam quadros de desigualdades de gênero, raça e classe.

Questiona-se, assim, se no desenho institucional dessas medidas existe um compromisso em reestruturar as responsabilidades nos cuidados ou se estas políticas inseridas no contexto do desenvolvimento de um Estado de Bem-Estar Social desconsideram o continente no qual o trabalho das mulheres está inserido e perpetuam as marcas de opressão. A definição de cidadania para o acesso aos direitos sociais garantidos por este Estado é um conceito central cuja pretensão de neutralidade e igualdade precisa ser questionada. Delimitar os critérios para a titularidade dos direitos pode ser mais excludente às mulheres e ainda perpetuar condições de injustiça e desigualdade. Haveria espaço para discutir a divisão sexual do trabalho neste campo institucional e as responsabilidades dos cuidados? Por que seria tão importante ter esse objetivo, como central, e não como elemento periférico, em vista da construção mais justa na promoção do bem-estar social pelas políticas do Estado?

A forma como a divisão sexual do trabalho se processa está articulada com o desenho institucional do Estado, tanto porque se presta como uma ferramenta perpetuadora das estruturas e das relações sociais de sexo, quanto porque o ente público tem a capacidade de potencializar suas ações para proceder a mudanças. Se da seção anterior se depreende que existe uma pretensa separação entre o público e privado que, não obstante estejam forjados sob uma ideologia que os diferencia, mas, na verdade, se encontram mesclados, será justamente na prática e na forma como as relações sociais são entabuladas que se criam separações e divisões que desfavorecem as mulheres.

Há paradigmas do Estado de Bem Estar que precisariam ser rompidos ou ele em si já carrega o potencial para conferir reconhecimento aos cuidados? E em contextos nos quais o Estado de Bem Estar seja incipiente e encontre barreiras para se consumir, haveria espaço para valorizar os cuidados?

Não é porque os cuidados não remunerados sejam informais, não reconhecidos, discretos, invisíveis e desvalorizados que não haja nenhuma importância e que reste inviável auferi-los ou que seja incompatível se associar com as políticas do Estado, seja para contar, remunerar ou readequar as responsabilidades. Em outras palavras, o tema tratado aborda como os cuidados se harmonizam com a estrutura de Estado de Bem Estar, para além, como se concilia com estruturas que sequer estejam plenamente consolidadas.

É do interesse do *Welfare State*, e resulta em seu aprimoramento e aproximação com a justiça, incorporar os cuidados, compreender as marcas das diferenças sociais, de gênero e raça pelas quais eles são praticados e, em um plano específico, estabelecer o laço entre saúde e cuidados não remunerados.

Diante desta contextualização, como, então, a reprodução social se reorganizou para socorrer as circunstâncias de vulnerabilidade, contingências da vida e promover o bem estar? Vale para se honrar a tal reflexão discorrer sobre como na América Latina o modelo de Estado de Bem Estar Social se estruturou e como se desenvolveram as ideias que subsistem a criação desses direitos. Necessário incluir nesta parte as dificuldades em manter e promover os princípios com os quais houve esse comprometimento e os ataques ao Estado de Bem Estar. Por fim, é feita uma análise sobre políticas inseridas no contexto do Estado brasileiro que estão mais diretamente ligadas às responsabilidades de cuidados, em especial dos cuidados não remunerados.

1. Os circuitos do cuidado

A abordagem da divisão sexual do trabalho faz repensar o trabalho, a família, o mercado, enfim, outras estruturas que parecem imutáveis e incontestáveis. Os cuidados, por exemplo, representam assim o contexto no qual se demonstra propriamente a naturalização do trabalho reprodutivo e emocional das mulheres, na medida em que, por ser considerado algo inerente à condição feminina, feito por amor, pela boa vontade maternal, não demanda nenhuma expertise, valorização e remuneração adequada. Mas a partir do momento em que se torna um trabalho profissional e remunerado e incorporado às políticas públicas do Estado a gratuidade do trabalho doméstico e naturalização como atividade feminina são desafiadas (HIRATA, GUIMARAES E SUGITA, 2012).

Assim, dependendo da forma como configuram mercado, políticas públicas, trabalho doméstico e familiar (remunerado ou não), o significado atribuído ao cuidado se diferenciará, a depender da relação social em que se encontra, dos agentes envolvidos, transação e retribuição adotados, ainda que o trabalho concreto, a obrigação moral em cuidar e ser responsável pelo bem estar do outro sejam os mesmos. Este é o sentido de circuitos dos cuidados, o que reforça a

identidade e importância desse trabalho, evidencia a invisibilidade dos cuidados não remunerados, além de escancarar as opressões e injustiças nessa segmentação (GUIMARÃES, 2020). Em outras palavras, a mesma atividade concreta possui diferentes significados, e formas de retribuição. Neste aspecto, aqui se apela à porosidade e transmutação das relações sociais íntimas e econômicas tratadas por Viviana Zelizer (2010) e da ideologia da separação dos mundos *hostis*.

Necessário questionar por que o cuidado não deve se limitar ao cuidado profissional, mas se expandir para agregar outras atividades feitas de forma gratuita e invisível. Nadya Guimarães (2019) considera que a divisão sexual do trabalho desprovê do reconhecimento como trabalho os cuidados domésticos não remunerado ao atrelá-los como uma tarefa inerente à mulher, feito por amor, visto como uma obrigação moral. Mas a ética subjacente à relação e o trabalho concreto são coincidentes com o trabalho profissional de cuidados, cambiando somente os agentes envolvidos e o significado atribuído à relação. Essa abordagem da sociologia é importante para delimitar o tipo de cuidados na saúde que a pesquisa investiga, pois são retratados justamente os trabalhos não remunerados, informais relegados ao circuito familiar e de apoio em redes de proximidade, como amizade, vizinhança, conhecidos que representam um papel fundamental na prestação da saúde, indo além de uma mera contribuição.

No Brasil, e no contexto latino-americano redes de cuidado são majoritariamente prestadas em núcleos familiares, redes de apoio entre as comunidades e a vizinhança (GUIMARÃES, 2019). Assim, o circuito de cuidado predominante é da responsabilidade dos membros desses grupos, sobretudo das mulheres, além de ser expressiva a participação de profissionais do mercado, como empregadas domésticas e diaristas.

O Estado brasileiro, apesar de contar com uma constituição garantidora de direitos sociais, além de haver assumido diversos compromissos no campo internacional dos direitos humanos, ainda não possui um programa consolidado voltado à prestação do cuidado das pessoas dependentes, ademais das dificuldades em assegurar o direito universal e gratuito à saúde. São questões que, com efeito, em maior ou menor grau, enfrentadas por todos os Estados, da mesma forma que projetos econômicos neoliberais apostam que o mercado conseguirá catalisar mais rápido as demandas de cuidado.

É verdade que o mercado consegue amparar muitas demandas de cuidados, mas é preciso se ater a alguns pontos deste processo: quem poderá contratar cuidados profissionais, considerando que nem todos possuem condições materiais de externalizar esse trabalho? Quem executará esta

atividade profissional? Que fatores impulsionam a demanda por cuidados? Em que condições os cuidados remunerados serão prestados? A redução do papel do Estado na prestação de cuidados, o envelhecimento da população e a intensificação dos movimentos migratórios internacionais e internos, as crises econômicas e intensificação de vulnerabilidades como a pobreza e desemprego, de acordo com cada contexto são fatores que repercutem na estruturação dos circuitos do cuidado²⁶. No entanto, o maior encargo do trabalho doméstico e de cuidados repassado às famílias ou ao mercado somente acentua as desigualdades sociais e injustiças entre mulheres de diferentes classes sociais, raças e origens. Joan Tronto (2013) problematiza a relação entre mercados e cuidados, no sentido de que a lógica do mercado não é condizente com a natureza dos cuidados, além de que os mercados não estão aptos a redistribuir responsabilidades dos cuidados. Tampouco a socialização do trabalho doméstico e do cuidado precisa necessariamente percorrer o caminho do mercado. A via do Estado, não obstante seja, por vezes, incompleta ou insuficiente, consegue agregar mais forças transformadoras no aspecto imanente das relações sociais de sexo (GUIMARÃES, 2019)²⁷.

O mercado não é apto a absorver toda demanda de cuidados que uma sociedade possui. Parte dos cuidados é possível, de fato, ser absorvida pelos mercados o que tampouco não deixa de carregar conflitos, paradoxos e desigualdades em si. Os trabalhos remunerados de cuidados com frequência não são satisfatoriamente pagos, pois por estar associado a aspectos naturais e emoções, passam a falsa ideia de que não envolvem técnicas, de que não há interesses econômicos subjacentes por parte do prestador de cuidados, como se fosse natural, inclusive esperado, promover o bem estar do outro. No trabalho profissional de cuidados estão presentes diversas relações sociais que são consubstanciais entre si. Como causa e a própria consequência da forma como a materialização das relações sociais se opera, a divisão sexual e racial do trabalho posiciona mulheres, racializadas, de baixa renda e muitas vezes migrantes, como as principais personagens provedoras de cuidados, logo, são alocadas como as principais responsáveis em promover o bem estar, muito embora pouca importância seja atribuída a esse trabalho.

O setor público tampouco está isento de problemas e possui suas próprias limitações, como a excessiva burocracia, corrupção, o interesse privado e do mercado imiscuído ao interesse público e coletivo que deveria prevalecer na administração pública (TRONTO, 2013). Além do mais, na

²⁶ São fatores que exacerbam desigualdades injustas às mulheres não de forma de idêntica mas que leva em consideração outros eixos de opressão dos quais fazem parte.

²⁷ Este ponto será explorado nas outras seções com as críticas feministas que apontam paradoxos no modelo social do Estado

medida em que as políticas de bem estar lidam com as vulnerabilidades, há diversas questões morais em jogo, ao buscar amparar uma situação de dependência, pensemos, por exemplo, em uma doença, como então evitar quadros de estigmatização e promover o desenvolvimento das aptidões autônomas, romper os obstáculos à satisfação da necessidade, ao mesmo tempo em que deve ser assegurada a proteção e amparo da vulnerabilidade? Em que medida as políticas de bem estar podem interferir na gestão familiar quando um de seus membros se encontra nessa condição de vulnerabilidade? Aliás, as vulnerabilidades amparadas são uma escolha, critérios para selecionar os titulares tampouco deixam de ter suas problematizações sobretudo quanto aos aspectos excludentes.

A evolução do capitalismo de certa forma levou os cuidados a um patamar além do seio familiar, é dizer, o mercado e o Estado passaram a se ocupar de prestar diversas formas de cuidado. Esse processo se chama “desfamiliarização” na abordagem de Esping Andersen (2002). Apesar desse fenômeno, a família continua sendo o principal circuito onde os cuidados são prestados, sobretudo, as mulheres assumem essa responsabilidade. A estruturação de Estados de Bem Estar Social não acabou com as desigualdades de classe, de raça e de gênero. Igualmente, mesmo que tais impasses não tenham sido plenamente resolvidos e ainda que tais problemas estruturais estejam presentes no desenho institucional, o Estado de welfare amortiza essas tensões, ao assumir algumas responsabilidades com os cuidados e reconhecer o direito de ser cuidado.

O estágio atual de organização social, política e econômica depende de uma distribuição dos cuidados em circuitos como também depende dessa estrutura para funcionar ao se apoiar nas famílias, na estrutura social do Estado e na própria forma do mercado. Por isso, reformas que pretendem diminuir os gastos públicos sociais impactam severamente no bem estar, por consequência, na maneira como os cuidados são prestados e recebidos. Esse efeito não se concretiza igualmente para todos e varia conforme a condição ocupada de cada um nas relações sociais de sexo, raça e classe, de modo que intensifica as desigualdades e injustiças, além de impactar na autonomia e desenvolvimento das capacidades de cada um. Nesse ponto, não obstante Viviana Zelizer assuma que a relação entre Estado e indivíduos não seja de cuidado, quando se trata de direitos sociais, pois impessoal, a forma como as políticas de welfare se rearranjam impacta severamente na distribuição das responsabilidades dos cuidados e em como se redistribui nos circuitos.

A crítica ao Estado de Bem Estar sob a perspectiva de gênero e de combate a outras opressões não desmente a importância que este modelo de Estado alcançou em promover o bem estar, justiça social, a igualdade e dignidade humana. Porém, alguns conceitos e estruturas que remontam a sua origem demandam uma sensibilidade em perceber as falhas, paradoxos e injustiças que pairam de modo imperceptível e fogem do objeto das críticas.

2. O contexto de surgimento do Estado de Bem Estar Social e temas incorporados em agenda

Antes de adentrar às críticas sobre o modelo de Estado de Bem Estar social, convém enfrentar os princípios norteadores e bases de estruturação deste modelo, o processo de reconhecimento das vulnerabilidades e coletivização de responsabilidades quanto ao risco social. Sobre este último ponto, convém tratar como as questões sociais foram tomadas como contingências necessárias a se debater sob a perspectiva do Estado.

Segundo Asa Briggs (1969), o *Welfare State* é uma organização de poder deliberadamente usada em contra às forças do mercado e da organização capitalista, uma estrutura antissistema dentro do sistema que se dispõe da seguinte forma: 1. garantir um mínimo de renda aos indivíduos e famílias, independente de seu trabalho ou propriedades; 2. diminuir as inseguranças diante das contingências da vida, tais como a doença, a morte, o desemprego; 3. garantir o acesso universal a certos serviços sociais como saúde, educação. O primeiro e segundo objetivos pretendem combater a pobreza e assegurar um mínimo patamar, já o terceiro confere um aprimoramento do patamar de vida. Este terceiro ponto característico do *Welfare State* é importante para caracterizá-lo além da prestação de um mínimo de subsistência, mas assegurar um padrão aceitável, mais do que meramente sobreviver.

Essa estruturação do *Welfare State* decorre de algumas considerações históricas, feitas por Briggs referentes ao fim do século XIX e começo do século XX, no contexto europeu. Em primeiro lugar, a política econômica moderna deste período adotou como preocupação central o controle das forças de mercado. Em segundo lugar, a noção de contingências sociais foi fortemente marcada pela industrialização e pelas relações de trabalho assalariadas e subordinadas que surgiram diante

dessa forma de produção. O desemprego, desde o entre guerras e depois da Segunda Guerra, foi e continua sendo um tema central nos Estados capitalistas contemporâneos.

Para Richard Titmuss (1967) surgem as seguintes preocupações que o Estado de Bem Estar Social se dedica a evitar ou socorrer: 1. amparar contingências específicas e identificadas como desemprego, acidentes e doenças, velhice, falecimento de familiar; 2. amparar contingências inespecíficas como a saúde e saneamento básico coletivo; 3. investimento em um ganho coletivo comum, como na educação; 4. amparar incapacidades funcionais ou sociais como a incapacidade permanente ao trabalho e a prática de atos da vida civil;

Segundo Claus Offe (1982), o Welfare State consiste na fórmula de pacificação social do pós Segunda Guerra nas democracias sociais que se manifesta, em primeiro lugar, na assistência e suporte, seja em pecúnia ou em serviços, às necessidades que emergem do modo de produção capitalista. Tal suporte se expressa em direitos dos cidadãos em face ao Estado. Em segundo lugar, há um reconhecimento do Estado da desigual relação de trabalho industrial e da necessidade em proteger o trabalhador da exploração. Em síntese, os direitos e estrutura do Estado de Bem Estar Social correspondem à mais significativa resposta capitalista às contradições inerentes a seu sistema. Porém, esse modelo, a partir dos anos 70, para Claus Offe passou a receber críticas, seja da direita, seja da esquerda, eis que as respostas apresentadas no contexto industrial e de pós guerra se revelaram insuficientes ou não mais condizentes com as novas necessidades que emergiram. Vale destacar que a incorporação do tema trabalho na agenda dos Estados diz respeito ao trabalho produtivo e masculino. O próprio Claus Offe aponta no texto *Some Contradictions of the Modern Welfare State* (1982) como crítica socialista, que este modelo de Estado preocupado em resolver as consequências nefastas do capitalismo se volta apenas à esfera produtiva, ao mercado, enfim, aspectos que dizem respeito ao trabalho masculino, mas ignoram o trabalho reprodutivo, assumido em grande parte de forma gratuita e por mulheres.

Outro ponto histórico, no debate de *Welfare State*, é a mudança na estrutura e percepção do Estado que, antes, tratava como um problema individual e privado as contingências da vida, cabendo às famílias e às instituições de caridade amparar tais circunstâncias (OFFE, 1982). No padrão do Welfare State, o compromisso em combater tais contingências se torna um dever do Estado, que se torna protagonista e responsável pela promoção do bem estar geral coletivo.

O *Welfare State* na América Latina foi estudado por correntes do pensamento que se debruçaram às características e história locais. O modelo de Bem Estar Social aqui concebido como

Estado Desenvolvimentista dialoga com os principais conceitos e pontos em questão anteriormente mencionados quanto ao modelo clássico de *Welfare State*, porém, não há um consenso sobre o momento em que surgiu este Estado ou se ao menos chegamos a ter um.

Nas palavras de Sonia Draibe (2011) o processo de incorporação, ainda que parcialmente, das contingências sociais para dentro da estrutura do Estado ao longo do século XX não foi diferente na América Latina. A própria Draibe menciona (1985) que havia uma certa relutância nas análises sobre políticas sociais brasileiras em associá-las a um modelo de Estado de Bem Estar Social, como se aqui não fosse possível desenvolver a estrutura de *Welfare State* em um contexto de subdesenvolvimento, além de que as análises sobre políticas sociais ocorrem de forma setorializada, não conjunta e interligada a um projeto maior de promoção de bem estar social. Segundo Draibe (1993), os conceitos e institutos do Estado Provedor carregam uma densidade positiva protecionista que parece não dar conta da realidade brasileira de grandes desigualdades e heterogeneidade, sociais, raciais, regionais. No entendimento da autora, este afastamento remonta à ideia de que estaríamos em um estágio intermediário de desenvolvimento. Haveria, então, margem para usar conceitos e institutos do modelo clássico de bem estar social no contexto de capitalismo tardio e grandes desigualdades como temos no Brasil?

Na Europa, as análises sobre *Welfare State* estão associadas ao contexto do pós guerra e a modelos clássicos como o britânico, nórdico e francês, de modo que colocá-los no plano ideal para se almejar certo estágio de desenvolvimento equivaleria a ignorar as características estruturais e o histórico de formação do Estado e sistema econômico brasileiro. Porém, o que se deve ter em vista é que o Estado de Bem Estar Social se tornou uma estrutura moderna nas sociedades capitalistas que incorpora para dentro de si a relação entre mercado, Estado e sociedade, da qual não escapam os Estados subdesenvolvidos, independente, mas também associado, a cada contexto e história locais (DRAIBE, 1985). Estruturaram-se, para além do modelo clássico, Estados Provedores na Ásia, Europa Meridional, cada qual com suas próprias características, graus de proteção e redistribuição social.

O pensamento sobre o desenvolvimento econômico e social do Brasil é tema de uma vasta literatura que, em apertadas linhas, se debruçam sobre a modernização, assim chamado o processo de industrialização tardia aqui havido, bem como seus efeitos sobre o plano social. A incorporação tardia de novas técnicas produção e os momentos de grande crescimento econômico não proporcionaram a homogeneização social, conceito adotado por Celso Furtado que corresponde a

ideia de que todos os membros da sociedade tenham satisfeitas de forma apropriada todas as suas necessidades em saúde, educação, alimentação, moradia, lazer e cultura (FURTADO, 1992, p. 38).

A desafio contemporâneo já não diz mais respeito à formação de um sistema econômico nacional, mas “reformular as estruturas anacrônicas que pesam sobre a sociedade e comprometem sua estabilidade, e o de resistir às forças que operam no sentido de desarticulação do nosso sistema econômico” (FURTADO, 1992, p. 13)

Em análise às fases históricas do *Welfare State* brasileiro, de forma sintética, Draibe (1989, p. 145) aponta o período compreendido entre 1930 e 1964 como a fase de introdução e expansão, enquanto o período pós-64 até a redemocratização corresponde à consolidação e declínio de um modelo de bem estar que, desde sua origem, se caracterizou pelo clientelismo, centralidade na condução das decisões e políticas sociais, excesso de burocracia e pouca participação social. Destaca a autora que as políticas sociais adotadas corresponderam a uma antecipação das elites, em um contexto de expansão do crescimento econômico, a partir de 1930, em apresentar respostas às questões sociais de forma centralizada e “de cima para baixo”. Importa mencionar que, ao contrário do contexto europeu, aqui os momentos de expansão não repercutiram em redistribuição de renda e redução das desigualdades. Isto muito por conta do modelo institucional concebido a este Estado de Bem Estar Social de viés meritocrático-seletivo, em detrimento do universalismo redistributivo, como se estruturaram muitos Estados Provedores. Então, ao invés de coibir o avanço das desigualdades e proteção em face das contingências da vida, o *Welfare State* brasileiro criou uma estrutura que inclusive acentuou as disparidades econômicas, sociais e regionais, sobretudo no período pós-64, quando o crescimento econômico não foi acompanhado de desenvolvimento social.

O resultado, na década de 1980, é um total esvaziamento do Estado e sua capacidade de direção, planejamento e execução de políticas públicas (BERCOVICI, 2013, pp. 60 e 61), contexto que impulsionou o pensamento jurídico que concebeu a Constituição de 1988, com o engajamento em uma proposta cidadã e dirigente. Nas palavras de Gilberto Bercovici, a estrutura do Estado para promover o bem estar social, em situações de Estado periférico e capitalismo tardio, se mostra ainda mais imprescindível e demanda algo mais do que o modelo europeu provedor (2013, p. 56). A discussão sobre o Estado desenvolvimentista ou sobre termos ou não um Estado de Bem Estar Social é complexa e profunda, mas tendo ou não chegado até lá, não justifica a rejeição aos patamares já alcançados, nem que façamos menos ao já prometido:

“Ou seja, não é o fato de não termos alcançado um Estado de Bem-Estar Social que nos impede de construir um Estado que possa superar a barreira do subdesenvolvimento. A questão da retomada do desenvolvimento no Brasil está intrinsecamente ligada, portanto, à "Crise do Estado Brasileiro". Sem repensarmos como queremos estruturá-lo e quais devem ser os seus objetivos, não há como pensar em desenvolvimento. A Constituição de 1988 tentou estabelecer as bases de um projeto nacional de desenvolvimento. No entanto, a falta de consenso em torno da própria Constituição é patente: todos os governos pós-1988 assumiram com o discurso da implementação e da concretização da Constituição, mas todos, sem exceção, praticaram, e praticam, o discurso das reformas constitucionais.” (Bercovici, 2013, p. 67)

3. Universalidade e seletividade

A definição sobre a titularidade dos direitos assegurados por um modelo de Estado Social carrega um debate moral na escolha sobre quem deve entrar e como no sistema social. Nancy Fraser (1996) estipula três formas de ingresso: pela via da contribuição (*desert*), pela via da necessidade (*need*) e pela via universal (nome que adota como *citizenship*). No primeiro, torna-se titular de um direito por um sistema contributivo ademais de outros requisitos, como nos sistemas de seguro social e sistemas contributivos de saúde. Pela via da necessidade, o Estado define quem serão aqueles e aquelas que não conseguiram se inserir no meio do trabalho produtivo, tampouco no sistema contributivo, cabe então definir quem serão os e as vulneráveis em nossa sociedade que, sozinhos, não conseguiram meios para satisfazer as próprias necessidades e a dos outros. Por fim, a última via de ingresso consagra o mais amplo acesso que é a universalidade, tema que merece as considerações a seguir feitas.

A ideia central de que todos sejam titulares do direito, sem qualquer condição exigida, garante o acesso, ou ao menos disponibilidade de serviços a toda população, em especial, serviços que o mercado e as famílias não conseguem inteiramente se encarregar em prover. A incorporação do conceito de universalidade e direitos sociais foi um processo histórico, que passou por mudanças sociais e políticas (TITMUSS, 1967), cuja implementação varia de acordo com cada contexto.

A proposta do Estado em prevenir vulnerabilidades, como a doença, analfabetismo, desemprego, entre outras, instigou a formulação de medidas que pudessem ser utilizadas a tempo de evitar a contingência no momento que estas sejam vivenciadas, tomando por cenário uma sociedade altamente heterogênea e desigual.

A universalidade parece simples em sua definição (ideia que todos terão direitos) mas uma vez posta em prática emergem as complexidades e embates sobre o que seja efetivamente bem estar, qual deve ser o objeto desse direito e por que todos devem ter direitos. Por isso, Titmuss propõe a seguinte análise sobre as estruturas de bem estar social do Estado (aqui se refere a todos serviços sociais com subsídio público): qual a natureza do serviço, quem pode ser titular e em quais condições? Quais meios administrativos e financeiros são adotados para que o serviço possa ser acessível, custeado e efetivo? Qual o escopo social deste serviço e quais os efeitos da adoção deste serviço em promover o bem estar?

Richard Titmuss foi um pensador social sobre o Welfare State britânico do pós-segunda guerra, engajado com um projeto de Estado de Bem Estar universalista. No texto *Universalism x Selectivism*, datado de 1967, na conferência nacional britânica em bem estar social, aborda que um dos principais debates sobre Estado de Bem Estar consiste na discussão sobre os princípios, objetivos e reflexos de um projeto de serviços sociais universalistas em oposição a um modelo seletivo. Mesmo que escrito em 1967, Titmuss levanta problemas teóricos, dificuldades práticas e institucionais do universalismo que deverão ser suscitadas no futuro. Afirma que o princípio da universalidade foi a base do projeto social britânico no estabelecimento, por meio dos *acts* nos sistemas de saúde, educação, seguro social, e assistência familiar.

A dualidade entre universalidade e seletividade advém da noção de que o Estado de Bem Estar Social seja um encargo, um desperdício de recursos, por isso, deveria ser otimizado em focalizar o provimento público de serviços sociais àqueles que realmente não podem custeá-los por conta própria. Para Titmuss, essa solução simplificada mescla critérios de capacidade econômica para a titularidade do serviço com regras quanto ao atendimento da causa que ensejou o provimento deste serviço. Considera, assim, que os serviços sociais de bem estar devem ser vistos como uma forma de compensação das mazelas resultantes do modo vida que passamos a ter. Por isso, surge a ideia de redistribuir as responsabilidades com aqueles que são os causadores dessas contingências e vulnerabilidades. Como as causalidades são múltiplas e variadas, é impossível determinar quem será economicamente responsável por reparar aqueles que são prejudicados em razão de alguma prática que tenha originado a contingência.

A universalidade não discriminatória, portanto, decorre justamente da impossibilidade de identificação de quem ou como foi desencadeada a vulnerabilidade. A imposição de critérios de seletividade, para Titmuss, instiga o estigma social daqueles que precisam se socorrer a tais

serviços, pois são vistos como os que falharam já que não deram conta de resolver por si suas dificuldades/incapacidades, não conseguiram se inserir no meio produtivo/remunerado, ademais de corroborar com a imagem de que as pessoas beneficiárias representam uma oneração pública a cidadãos que individualmente falharam²⁸. A imposição de critérios seletivos objetiva mais a excluir do que integrar quem precisa, além de subtrair das vulnerabilidades sua origem coletiva, indeterminada e decorrente do modo de vida contemporânea que levamos e atribui ao indivíduo a culpa por estar nessa condição já que, sob a lógica da seletividade, foram as escolhas individuais que o tornaram elegível ao benefício estatal.

Transportando tais reflexões ao estabelecimento de um sistema universal de saúde, assumir que esse direito seja universal pressupõe: a coletivização de nossa vulnerabilidade, ampliação da responsabilidade pela saúde e transposição do cuidado em saúde para o âmbito público e coletivo. Igualmente, cabe considerar que a universalidade na saúde não retira totalmente dos circuitos familiares, comunitários, enfim, dos meios “privados”, as responsabilidades de cuidados assumidas e incorporadas por esses âmbitos, algumas práticas que sequer poderiam ser repassadas a outros circuitos.

Em outros termos, a universalidade não faz o milagre de assumir inteiramente a prestação do bem estar, mas não há dúvidas de que o estabelecimento de um sistema universal na saúde, como também na educação, impacta severamente na redução das desigualdades e na distribuição das responsabilidades do cuidado ao transpor à esfera pública o dever em prover saúde a todos, sem predefinir critérios para o ingresso. Por isso, a forma universal de conceber o direito à saúde alivia de sobremaneira as responsabilidades em trabalho de cuidados não remunerados nos lares, bem como os gastos na contratação de cuidados remunerados no mercado.

Richard Titmuss conclui sua reflexão acerca da dualidade e confronto entre seletividade e universalidade propondo que a escolha não deve ser entre um ou outro sistema mas o pensamento deve ir no sentido da questão: que estrutura de serviços universais possibilitam um quadro de valores e base de oportunidades a partir das quais se possam desenvolver serviços seletivos que objetivam a discriminação positiva, com o mínimo de estigma, e o máximo de atendimento das necessidades?

E mais, acrescento que o desafio verdadeiro para o sentido de universalidade e os desafios pelos quais deve passar envolve, de fato, a incorporação dos princípios normativos que visam a

²⁸ A análise sobre o significado de dependência será feita adiante.

equidade de gênero, ademais de assumir o compromisso com outras pautas enfrentadas no debate de Welfare State, tais como a equidade de raça, a equidade geracional, a redução da pobreza.

Considerar que a universalidade incorpore esses valores e objetivos promove um senso de comunidade mais igualitário e mais distributivo, ademais de conferir ao Estado de Bem Estar Social não a imagem de um encargo, um ônus, mas de um instrumento de transformação.

4. Paradoxos do Estado de Bem Estar Social

Na seção anterior, as reflexões levantadas sobre os fundamentos e contexto de surgimento do *Welfare State* suscitam pontos que são favoráveis à redistribuição igualitária dos cuidados: a noção de responsabilidade coletiva em relação às vulnerabilidades e amparo às contingências; reconhecimento público e estatal das vulnerabilidades (apesar de que a definição do que seja vulnerabilidade seja uma outra questão) e das necessidades; publicização e coletivização de parte dos cuidados, principalmente, na forma de sistemas públicos e universais de saúde e educação. Todavia, há aspectos básicos e estruturantes do Estado de Bem Estar que ignoram ou deixam como tema acessório as relações sociais de raça e gênero cujos conflitos e tensões refletem diretamente na maneira como as medidas redistributivas de bem estar são desenhadas ou recepcionadas.

A própria construção do *Welfare State* corrobora para criar a imagem do homem trabalhador e provedor da família, o que reforça estruturalmente a divisão sexual do trabalho, segundo Carole Pateman (1989). A estrutura patriarcal do Estado, segundo a autora, está longe de ser um dos temas centrais na discussão sobre Estado Provedor. O que ela chama a atenção é para o fato de que, na verdade, muitos desses temas em voga no debate sobre o Estado de Bem Estar Social, como por exemplo, *deservingness* (merecimento à titularidade de um direito) não abordam a conexão entre mundo produtivo/reprodutivo, ocultando os aspectos patriarcais existentes ou simplesmente naturalizando-os.

Os fundamentos do Estado de Bem Estar Social como pleno emprego, comprometimento social, regulação do mercado de trabalho e proteção social visam salvaguardar o trabalho masculino e proteger o seu papel como provedores do lar, não obstante tenha a pretensão universal e igualitária na prestação. Em *A New Gender Contract*, Esping-Andersen (2002) considera que o elo entre

família e sociedade, entre produção e reprodução era feito por meio do homem, na origem do Estado de Bem Estar Social. Assim, a proteção do homem obreiro equivaleria à proteção universal e de todos.

Nancy Fraser (1996) não nega que o modelo clássico de Estado de Bem Estar Social esteja em crise na forma como são dadas as respostas aos novos problemas e questões do contexto contemporâneo como crises econômicas e pautas identitárias. Este modelo clássico de Estado de Bem Estar Social pressupõe, como uma de suas ideias centrais, o estabelecimento e garantia de um salário que seja justo e digno à família, considerando que seja recebido por um homem chefe de família, núcleo do qual advém toda a renda. Ademais, todas os benefícios previdenciários e assistenciais partem das circunstâncias que afetam o núcleo receptor do salário.

Ocorre que, para Fraser, o Estado de Bem Estar Social não acompanhou mudanças na estrutura das famílias e no mercado de trabalho que não mais correspondem a esse modelo em que se considera o homem como núcleo familiar garantidor de renda. Na verdade, considerando as críticas e análises feministas exploradas no capítulo anterior, noto que o desprivilégio do trabalho feminino não se trata de mero contexto histórico e o descompasso na percepção da simbiose entre esfera pública e privada e entre trabalho produtivo e reprodutivo sempre esteve presente.

Andersen (2002) menciona o pós guerra europeu e norte americano como contexto emergente do emprego feminino e do papel da mulher como provedoras do lar. De todo modo, cada país e região em algum momento vivenciou esse processo de expansão do trabalho feminino²⁹. É interessante notar que a preocupação com assuntos associados com a mulher como a maternidade e ocupação com as pessoas dependentes de cuidados permanentes somente ganhou destaque quando a mulher passou a ocupar as atividades produtivas e a ingressar no mercado do trabalho. É dizer, apenas somente quando então ocupam o papel do homem no mercado de trabalho que temas secundários outrora relegados à esfera íntima ganham destaque e se tornam dignos de atenção do Estado.

A ascensão do trabalho produtivo feminino, por sua vez, não equivale à substituição direta e automática da mão de obra masculina, inclusive, na seção dedicada à divisão sexual do trabalho e nos estudos da sociologia, restou claro que a inserção se opera com tensões e desigualdades, de

²⁹ Digo expansão no sentido de trabalho formal e remunerado, de ocupação da mulher no mercado de trabalho, ainda que antes e sempre tenham realizado outras formas de trabalho que não eram reconhecidas.

maneira que o trabalho produtivo das mulheres arca com remunerações mais baixas, com a alta rotatividade no mercado, entre outras formas de precarização.

Esping-Andersen (2002) nota que políticas em prol das mulheres são favoráveis à família e a toda sociedade, por exemplo, políticas de suporte à maternidade. Contudo, não são suficientes para resolver o problema da incompatibilidade e dupla jornada feminina, a menos que se operem mudanças nos próprios trabalhos em si. Claro que este é um objetivo essencial diante do compromisso em promover o bem estar das crianças, mas a harmonização da maternidade com o trabalho produtivo em si não resulta em equidade de gênero. Tomando este como objetivo central, Esping-Andersen defende mudanças mais profundas na forma como homens e mulheres se sentem compelidos a realizar seus trabalhos dentro e fora das famílias. Considera, assim, que a equidade de gênero não seja um assunto exclusivamente feminino mas um tema que diz respeito também aos homens e à sociedade como um todo. Em outras palavras, o efeito do ingresso da mulher no mercado do trabalho não é somente a conciliação entre maternidade e trabalho produtivo, mas envolve a redesignação das responsabilidades, a preocupação sobre quem deverá se ocupar dos cuidados e quem terá direito de ser cuidado.

Por um lado, a relevância da discussão sobre temas relativos aos cuidados, a preocupação quanto à maternidade e incorporação dos cuidados pelo Estado se operam quando o trabalho da mulher passa a ser “produtivo” como se antes não exercesse nenhum trabalho e como se fora da esfera produtiva seu trabalho fosse secundário, um não trabalho, e apenas uma obrigação da qual precisa se livrar para então se ocupar com atividades que seriam de maior importância. Por outro lado, o ingresso da mulher nas atividades produtivas evidenciou a questão dos cuidados, isto é, se antes elas faziam este trabalho de graça, quem deverá ocupar este posto quando não mais possuem essa disponibilidade e tempo? As forças que impulsionam a convergência e igualdade ao mesmo tempo impulsionam desigualdades. Como então mitigar estes efeitos negativos que decorrem das igualdades prometidas no Estado de Bem Estar Social? Por isso, um dos novos desafios que emerge desta questão é incluir no debate político medidas e reflexões que procuram solucionar este desequilíbrio.

Para Esping-Andersen a inserção da mulher no mercado de trabalho representa a exigência de uma nova postura do Estado e dos homens no que diz respeito à redistribuição das responsabilidades. É dessa forma que a equidade de gênero emerge como um assunto que Andersen considera como um desafio central no Estado de Bem Estar Social moderno. Na visão de Nancy

Fraser (2002), as feministas congregam uma visão emancipatória que auxilia a propor saídas e novos modelos de Estado de Bem Estar Social para conferir respostas às incertezas que despontam diante de novas conformações familiares e laborais, sobretudo quanto à centralidade dos cuidados. No entanto, considera que o debate sobre Estado de Bem Estar Social ainda é tímido dentro dos estudos de gênero. Propõe, assim, os seguintes questionamentos: haveria uma nova ordem além do modelo centrado no salário como fonte da renda da família? Entendo que no capitalismo não há como escapar desse regime. Mas, então, dentro da linguagem capitalista qual modelo de Estado mais se aproxima à plena equidade de gênero?

5. Cidadania, dependência e salário, conceitos chave que manifestam o alijamento das mulheres pelo Estado de Bem Estar Social

Os conceitos e sentidos de cidadania, dependência e salário são centrais na definição da porta de entrada no acesso aos direitos. Além do mais, são institutos que merecem ser questionados sob as perspectivas de gênero e raça, pois congregam pressupostos excludentes e injustos a depender de sua definição em cada contexto local e histórico.

Levando esse debate a fundo, Linda Gordon e Nancy Fraser (1996) desenvolveram no texto *A Genealogy of Dependency* uma historiografia do significado atribuído à dependência ao longo da história dos Estados Unidos. De inspiração materialista-cultural, de Raymond Williams, as autoras entendem que certos termos utilizados para descrever nossa vida em sociedade são cruciais para moldar práticas e comportamentos. Assim, certas palavras-chave carregam significados tácitos e conotações que podem influenciar os discursos e senso comum da época. O objetivo, portanto, é reconstruir a genealogia do termo dependência, bem como resgatar o contexto de certos discursos e *doxa* dentro das instituições e mudanças sociais. Estudar o sentido de dependência permite compreender outras definições que se tem à época, como o que conta como trabalho, contribuição, autonomia, papéis de gênero, titularidade de direitos e vulnerabilidade.

Carole Pateman (1989), por sua vez, faz um panorama histórico das mudanças nos aspectos patriarcais dos Estados de Bem Estar Social, tendo por objeto de análise principal o caso da Inglaterra, mas também Austrália e Estados Unidos. Aborda, assim, conceitos e direitos próprios

de modelos de Estado de Bem Estar Social que assumiam uma perspectiva neutra, tais como salário e cidadania, mas em essência e na prática, mesmo que formalmente estipulassem um tratamento igualitário aos sexos, resultava em condições injustas e desfavoráveis às mulheres.

A centralidade do modelo de Estado focado no ganha pão masculino e de que a subsistência advém unicamente da percepção de salários recebidos na esfera produtiva é desafiada por Nancy Fraser (1996) quando o parâmetro almejado seja alcançar a equidade de gênero. Dessa forma, sob uma análise teórico normativa, Fraser analisa possíveis modelos de Estado de Bem Estar Social que estariam mais de acordo com a equidade de gênero.

Assim, não refletir ou deixar de ter um pensamento crítico sobre os usos do termo “dependência”, “cidadania”, “salário” acaba por subestimar por que se mantém certas relações de poder e subordinação, e se perpetua a condição de desvantagem de alguns grupos.

5.1.A historiografia da semântica da dependência

A origem do termo “dependen” remete à relação de um objeto estar pendurado em outro, donde surge o uso abstrato para tratar de relações de dependência em termos econômicos, psicológicos, morais e políticos. As práticas das relações sociais de raça e gênero e suas respectivas transformações no curso dos Estados Unidos são centrais para moldar o sentido de dependência, conforme análise historiográfica da variação do sentido de dependência feitas por Fraser e Gordon (1996).

Na era pré-industrial, o termo dependência equivale à subordinação, o que repercute em status e cobertura legal inferiores. Trata-se, assim, de uma condição legal/social reconhecida, ainda que inferior, mas não equivalia à noção de um fracasso, um desvio do “normal” da sociedade. A dependência se estabelece em relação a outra pessoa, por isso, se trata também de uma dependência social. Em outras palavras, os dependentes estão subordinados a seus patrões e maridos (FRASER e GORDON, 1996, pp. 124 a 126).

Com o advento do capitalismo industrial, o significado do termo muda substancialmente. O termo independência ganha forte relevo e prestígio no cenário político e democrático, e assim a condição de dependente ganha um aspecto moral/psicológico que diz respeito a uma condição individual, não mais a um status social que algumas pessoas ocupavam. Nessa fase do capitalismo

industrial, entre os séculos dezoito e dezenove, a luta pelo reconhecimento dos direitos políticos e civis dos homens trabalhadores brancos se valeu da condição de independência como bandeira para reinterpretar o significado de trabalho e de salário, em detrimento do trabalho subordinado servil.

Dessa forma, a transformação do significado do que seja trabalho e a criação da imagem do trabalhador homem branco se sustentam pela criação do mito da independência, que mediante a percepção do salário digno e de seus direitos, adquire sua independência política e econômica. A figura da independência também se faz por meio da criação de seu oposto, a ressignificação do dependente (FRASER E GORDON, 1996, pp. 127 a 131).

Em oposição, portanto, à imagem do trabalhador homem branco surgem as seguintes situações de dependência: 1. esposas e filhos que dependem do salário recebido pelo trabalhador. Inclusive a luta salarial reivindica que o trabalhador seja o ganha pão de uma família que dele depende economicamente para sobreviver; 2. O pobre que não sobrevive dos salários como o trabalhador, mas de ajudas, apoio de outros, de modo que sua dependência é econômica, moral e psicológica. Emerge, portanto, o sentido de dependente como fracasso individual; 3. os escravos e nativos que estavam inseridos no sistema econômico, mas ainda mantinham um status político inferior nesse período.

Assim, a imagem do trabalhador homem branco independente se define e constitui por estes personagens dependentes, os quais também corroboram para criar a noção de salário: o valor que seja compatível para o sustento dos familiares dependentes do homem trabalhador, além de ser uma importância paga em decorrência do trabalho feito pelos brancos, não de ajuda para aliviar a pobreza. O trabalho do negro está excluído neste momento e, na verdade, se encontra em uma situação paradoxal, pois, o seu trabalho, que deveria então garantir o status de independente, sob esta nova ideologia, na verdade, representa sua condição de dependente. Portanto, as ideias de salário, trabalho e independência foram fortemente marcadas por componentes de raça, classe e gênero nos Estados Unidos segundo esta análise de Gordon e Fraser.

Para Carole Pateman (1989), a abordagem tradicional do salário contribui para pensar a condição da mulher em dependência do homem, na medida em que se considera que seu justo valor não deve somente ser uma contrapartida ao trabalho individual, mas prover a subsistência de um grupo de pessoas que estão no circuito de dependência do trabalhador. Os debates e a luta sobre o valor justo do salário desconsideram que ele, isolado, não é suficiente para garantir a reprodução da força de trabalho e que da mesma forma que os membros de um grupo familiar dependem uns

dos outros dos salários obtidos, também o titular do salário dependerá dos cuidados intercambiados no grupo familiar para ter continuidade em suas atividades laborais. Soa até mesmo paradoxal pensar que o salário tem este efeito diferido, não isolado ao trabalhador, isto é, tem-se em vista a dimensão relacional e de dependência de mais de uma pessoa em relação ao salário, porém, não se reconhece o inverso, ou seja, que o titular do salário dependa também do trabalho na reprodução social.

Todavia, a semântica da independência é uma ilusão, para Fraser e Gordon, pois já nesse período de capitalismo industrial muitas mulheres e crianças trabalhavam para auxiliar no sustento do lar. Além disso, a relação capital-trabalho é marcada e caracterizada pela subordinação e dependência econômica do trabalhador em relação ao empregador. Porém, a semântica deste contexto não alcunha como dependente o vínculo capital trabalho, ao passo que as demais relações de subordinação de origem não econômica são definidas como de dependência.

A ideologia da ética do trabalho, marcante no pensamento dos séculos dezoito e dezenove nos Estados Unidos, segundo Joan Tronto (2013), corrobora com a semântica da dependência de Gordon e Fraser, na medida em que preconiza que o trabalho e empenho são os meios para se satisfazer as necessidades individuais e alcançar a autonomia. Assim, toda recompensa deve decorrer de um esforço de trabalho e se alguém se encontra em necessidade, será porque não houve trabalho suficiente. A ética do trabalho, portanto, fomenta o individualismo e pressupõe que todos possuem condições de trabalhar, ademais de reconhecer apenas o trabalho remunerado como único elo possível entre indivíduo e sociedade. A análise de Tronto sobre a ética do trabalho de Weber considera haver fortes marcas de gênero neste pensamento que se enquadra perfeitamente em uma concepção dicotômica e de separação entre esferas pública e privada que privilegia o trabalho remunerado como forma de acumulação de capital em detrimento de outros aspectos da vida.

Nesse sentido, tanto Gordon e Fraser quanto Tronto consideram que o pensamento norte americano hegemônico foram fundamentais para associar dependência com uma falha individual, além de que a historiografia da dependência designa o lugar social da mulher associado à esfera privada, à condição de dependentes econômicas. Assim, emerge o estigma da assistência social e a ideia de que políticas de bem estar social instigam ciclos de dependência. É bem destacado por Gordon e Fraser que há muitas relações de apoio econômico estatal, como os incentivos e empréstimos a empresários, que não são consideradas como de dependência.

Por fim, na era pós industrial e de estruturação do Estado de Bem Estar nos Estados Unidos, a semântica da dependência passa por mudanças que decorrem da extinção de formas legais e políticas de dependência, como o massivo ingresso da mulher no mercado de trabalho remunerado e a configuração de outras estruturas familiares que desafiam o padrão da família. A independência ainda permanece associada ao trabalho remunerado, de forma que a conotação negativa à dependência e seu aspecto individual se acentuam, pois o “trabalhador” se torna a figura universal e central, ou seja, todos podem satisfazer suas próprias necessidades mediante o trabalho remunerado, em máxima consagração à ética do trabalho weberiana.

Em conclusão à análise de Fraser e Gordon, em primeiro lugar, se destaca a variação que o sentido de dependência assume conforme o momento histórico, a definição dos direitos de cidadania, o conceito de trabalho e como se organizam as relações sociais de classe, raça e gênero. Da mesma forma, a semântica da dependência desempenha significativo papel em definir como são entabuladas as tensões e opressões nas relações sociais. Em segundo lugar, o significado da dependência está fortemente conectado com a definição sobre o que se considera trabalho e consequente fixação de valores sobre quem esteja fora do circuito dos trabalhos remunerados. Assim, o exercício de trabalhos não remunerados cuja forma de sustento do agente seja obtida por renda provida pelo Estado ou por ajuda de familiares ganha a alcunha de dependência econômica, sob o espectro da valoração negativa do fracasso individual. Nesse sentido, se observa a forte marca de gênero na construção do termo dependência, pois a ocupação com cuidados não remunerados em tempo integral ou em renúncia a uma atividade remunerada é vista ou como falha individual, ou com lástima diante da necessidade ou escolha da dedicação exclusiva aos cuidados não remunerados.

Eis, então, com a genealogia da dependência, mais uma explicação sobre a pouca importância e desvalorização aos cuidados não remunerados, estigmatização de provedoras a tempo integral ou parcial de cuidados gratuitos como dependentes e não como trabalhadores, tal qual o trabalho remunerado.

5.2.O Estado de Bem Estar Social patriarcal

Segundo Carole Pateman (1989), em análise aos modelos de *Welfare State* da Inglaterra, Estados Unidos e Austrália, o conceito de cidadania e, por consequência, a porta de entrada para o gozo de direitos, esteve associado à independência que decorre de atributos masculinos, tais como a capacidade de se auto defender, de auto governo e de ser titular de propriedade. Ao passo que a definição oposta, a de dependência, estaria associada à condição da mulher, como foi tratado na seção anterior. Esses três aspectos da cidadania estão atrelados ao emprego, melhor dito, ao emprego masculino.

Atendo-se ao momento histórico principiante de construção do *Welfare State*, a responsabilidade de proteger a mulher, no sentido econômico, era atribuída ao marido. É dizer, uma vez casadas, considerava-se inexistente sua vulnerabilidade, na medida em que dependentes do marido. Se ausente esta figura, então surge o direito de ser amparada pelo Estado.

Historicamente, somente os homens eram vistos como capazes de negociar suas condições de trabalho no mercado, ademais de assumir a posição de protetores e mantenedores do lar mediante o salário recebido com seu trabalho. Tal conceito de cidadania, advindo da metade do século XIX, completamente rechaçou o fato de que as mulheres faziam parte da classe trabalhadora, desde o início do capitalismo industrial. Então, nesse aspecto, Pateman destaca que a definição de classe trabalhadora foi assumida como masculina, portanto, os direitos decorrentes desta condição foram pensados aos homens, mas não às mulheres, como explorado na seção dedicada à relação entre trabalho e sexo.

Ainda, Carole Pateman (1989) destaca como meios de vinculação ao Estado para ser titular de direitos sociais, um elo pelo qual pessoas que desempenham trabalhos remunerados na esfera pública contribuem previamente para ter direito ao benefício, e outro pelo qual o acesso a benefícios se dá na condição de dependente do cidadão que contribui no primeiro grupo ou simplesmente pela inviabilidade de acesso ao trabalho remunerado. Pateman não tratou da universalidade. Porém, destaca que as mulheres são maioria nos *means-tested social assistance programs*, o que equivale a programas sociais que impõem critérios de seletividade e elegibilidade, altamente estigmatizados em razão da conotação negativa que se confere à condição de dependente a partir do capitalismo industrial, como Fraser abordou. Exemplo clássico é o *Aid to families with dependent children* (AFDC), ajuda a famílias com crianças dependentes, da política assistencial

nos Estados Unidos que garante às mulheres que, sós e solteiras, precisam cuidar de crianças. O benefício foi alterado em 1997 de modo que atualmente sua concessão é transitória, limitada ao período de 5 anos, mas seu estudo na literatura que relaciona gênero e bem estar social é muito explorado.

Apesar da forte presença da mulher no mercado de trabalho, seu reconhecimento como cidadã no contexto de um Estado de Bem Estar Social ainda não é igual ao homem e seu status como cidadã não é alcançado de forma integral, de acordo com Pateman, em razão do trabalho gratuito de cuidados não ser reconhecido e valorizado como uma legítima contribuição, tal qual o trabalho remunerado. Mesmo com a consagração da igualdade salarial e de direitos entre homens e mulheres, fora do circuito do trabalho remunerado resta, então, a condição de dependente, de estigma.

Pensando em um contexto contemporâneo, em que os Estados de Bem Estar Social precisam lidar com a questão do envelhecimento da população, Silvia Federici alerta que na pauta dos movimentos sindicais, entre outros movimentos sociais organizados, muito se fala sobre as garantias de pensões, aposentadorias e combate à redução de direitos já conquistados, porém, pouco ou nada se fala sobre as redes de apoio, remuneradas ou não, que trabalham na ocupação com os cuidados dos idosos. E mais, tomando ainda este cenário atual, emerge como outro desafio aos Estados de Bem Estar o fato de que nem todos os idosos, sobretudo idosas, terão acesso às aposentadorias, na medida em que passaram as suas vidas em dedicação a trabalhos informais e não remunerados, como o de cuidados, ao passo que os sistemas de previdência social calculam os benefícios com base nos anos passados em um trabalho assalariado (FEDERICI, 2019, pp. 264-265).

Dessa forma, o nome “Estado de Bem Estar Social” expressa uma contradição em seu próprio nome, pois considera que a satisfação de bem estar seja central e seja incorporado pelo Estado, mas ignora que as mulheres sejam as principais provedoras de bem estar por meio dos cuidados. No lugar da centralidade deste trabalho do qual todos dependem, a base da subsistência é ocupada pelo salário. Omite-se nas análises sobre *Welfare State* que grande parte do bem estar é provido pelas mulheres, de forma privada e gratuita, mascarado sob a forma de responsabilidade moral: “as políticas de bem estar asseguraram de vários modos que as mulheres prestassem serviços

gratuitos de bem estar, disfarçados como parte de sua responsabilidade na esfera privada.” (PATEMAN, 1989, p. 138)³⁰

Muito se trata sobre a crise fiscal dos Estados, os gastos públicos, porém, quase nenhum enfoque se dá ao fato de que grande parte da promoção do bem estar é prestada pelas mulheres de forma gratuita e tratado como um assunto privado. Não à toa os discursos neoliberais de ataque ao Estado de Bem Estar de Thatcher e Reagan, conforme destaca Pateman, prestigiam os cuidados nas famílias, mascarado sob a forma de amor e de solidariedade.

Dessa forma, Pateman concebe a cidadania das mulheres como paradoxal e contraditória. Por um lado, se reconhece seu trabalho como digno de relevância pública quando feito de forma remunerada e formal, inclusive em igualdade formal com o trabalho masculino. Por outro, a responsabilidade feminina em prover os cuidados e a dependência de todos em relação a este trabalho para sobreviver, para receber bem estar, são ignoradas ou tratadas como um tema secundário nos debates sobre Estado de Bem Estar.

Apesar das críticas quanto aos aspectos patriarcais do Welfare State, são louváveis sua importância no desenvolvimento da autonomia e cidadania das mulheres e, muito antes de o Estado se estruturar nesse modelo de bem estar, as mulheres demandavam direitos sociais e a promoção de bem estar a seus filhos, tal qual considera Pateman. Assim, um Estado que institucionalizou essas práticas certamente é considerado como o principal suporte das mulheres para alcançar a igualdade, a autonomia e a justiça.

Ainda, Pateman considera que mudanças contemporâneas tais como a maior presença das mulheres no mercado público de trabalho e sua consequente inserção como contribuintes e não mais como dependentes, a precarização do trabalho feminino e o empobrecimento das mulheres torna desatualizada e insuficiente a dicotomia entre homem provedor e mulher dependente além de tornar evidente e inevitável o enfrentamento das contradições do status de cidadania das mulheres.

Esse processo de reconhecimento dos paradoxos, contudo, não é tão simples e óbvio. Pateman considera ser recente a problematização, pelo movimento feminista, da divisão entre as esferas pública e privadas no plano político. Até os anos 60, o foco das políticas de bem estar, no geral, era voltado na garantia da igualdade dos direitos políticos, os direitos sociais ao trabalho e à seguridade social, a educação para si e para seus filhos, a igualdade salarial, a licença maternidade,

³⁰ O trecho se aproxima muito do que Nadya Guimarães da abordagem moral que os cuidados ganham quando circunscritos em esferas familiares e informais.

para mencionar alguns exemplos. O problema levantado por Pateman é se essas medidas asseguram a plena cidadania das mulheres. E mais, a conquista desses direitos ainda condiciona o status de cidadania ao exercício do trabalho remunerado. Todavia, ainda que pertençam ao mercado de trabalho remunerado, sua cidadania não é totalmente alcançada. Deste paradoxo, surge o que Pateman chama de Dilema de Wollstonecraft³¹, em que seja pela via da independência seja a da dependência, por nenhuma das duas as mulheres conseguem alcançar a plena cidadania. E mais, a estrutura patriarcal não considera o contexto próprio das mulheres em que muitas vezes são trabalhadoras remuneradas mas também realizam trabalhos de cuidados não remunerados. Por isso o conceito de cidadania sempre coloca barreiras para o pleno gozo de direitos, de modo que as mulheres são incluídas como “menos” cidadãs. Joan Tronto (2013) explica que os processos de inclusão na cidadania são problemáticos pois os novos incorporados são tratados tal como os que já estavam lá, de modo que as razões pelas quais continuam sendo excluídos é o que constitui, caracteriza e perpetua o alijamento da cidadania plena. Por isso, Tronto ressalta que as origens dos processos de exclusão por razões de gênero, raça, religião, identidade sexual possuem origens profundas e complexas para se contestar.

As soluções ao Dilema de Wollstonecraft são desejáveis na estruturação dos direitos sociais, pois o paradoxo suscitado neste dilema levanta questionamentos que propulsionam a formulação de alternativas teórico normativas, bem como concebe um rumo político que desafia conceitos e evidencia as esferas negligenciadas, para romper com o modelo patriarcal.

Tomando como exemplo de paradigma que poderia ser contestado, Pateman traz ao debate os benefícios assistenciais pagos exclusivamente às mulheres de famílias de baixa renda com crianças. É possível que o desenho institucional deste direito promova estigma, reforce a responsabilidade da mulher ao cuidado das crianças e, ao final, não promova nenhum avanço na equalização de direitos, inclusive reiteraria a condição de “menos” cidadãs. Contudo, seria correto, visando a ruptura do dilema, que se refletisse sobre as possibilidades de emancipação e desenvolvimento da autonomia da mulher que a concessão do benefício pode agregar, para além do suporte ao desempenho de uma responsabilidade familiar, ou até mesmo redistribuir

³¹ “Por um lado, as mulheres demandam que o ideal de cidadania seja estendido a elas, e a agenda feminista liberal para a formação de um gênero neutro é a conclusão lógica dessa demanda. Por outro, as mulheres insistiram e insistem, simultaneamente, como Mary Wollstonecraft observava que, como mulheres, elas têm demandas, preocupações e necessidades específicas, por isso, a expressão de sua cidadania deve ser diferenciada da dos homens.” (Pateman, 1989, p.143)

responsabilidades familiares de cuidado³². Trata-se, pois, de um exercício de conceber direitos com vistas a ampliar o status de cidadania considerando o lado da “dependência”, é dizer, não se limitar a ter em vista que o trabalhador ou trabalhadora apenas exerça sua atividade remunerada e não existe mais vida depois da jornada de trabalho.

Mesmo que sejam consagradas como titulares de direitos, independente de um homem, à medida em que passam a depender do Estado seja pelo recebimento direto de renda, seja pela prestação de serviços públicos como saúde e educação, surgiria então, no lugar da dependência do homem, a dependência ao Estado ou essas políticas efetivamente propõem o alcance da autonomia das mulheres?

Por fim, Pateman conclui que o aperfeiçoamento do Welfare State e a plena cidadania aos homens e mulheres depende do reconhecimento da contribuição gratuita de bem estar provido pelas mulheres, bem como da ressignificação e de novas práticas quanto aos conceitos de trabalho, dependência e independência, além de bem estar. Acredita, também, ser essencial romper com a dicotomia entre independência, vinculada ao masculino, e dependência e maior vulnerabilidade vinculada ao feminino. Conclui afirmando que a ossatura do Welfare State muito se deve ao movimento obreiro e movimento feminista, os quais preconizam que somente mediante o provimento público e coletivo será possível ter um padrão adequado de vida e bem estar, além de proporcionar melhores condições para a participação democrática. Neste ponto, Pateman se alinha com o apelo de Joan Tronto ao considerar que essa demanda e luta por este modelo de Welfare State implica reconhecer que todos os indivíduos são interdependentes.

5.3. Equidade de gênero e Estado de Bem Estar Social

Pateman reconhece a necessidade de reformular conceitos e partir de outras premissas para romper com o Dilema de Wollstonecraft, além de reconhecer ser este o ponto de paradoxo do Estado de Bem Estar no qual se perpetua a exclusão. Contudo, as soluções encontradas, mesmo no plano teórico e com a intenção de mitigar os efeitos da exclusão, ainda são permeadas por aspectos que perpetuam a inequidade de gênero.

³² Debate suscitado e amplamente estudado sob a perspectiva de gênero no Programa Bolsa Família no Brasil

Nancy Fraser (1997) no texto *After the family wage* destaca que o tema *Welfare State* e gênero é pouco explorado na literatura feminista, porém, a forma como o Estado se estrutura é decisiva para se aproximar ou afastar da equidade de gênero. Assim, define por meio de princípios teórico-normativos o que é equidade de gênero, bem como investiga duas possíveis soluções para modelos de Estado de Bem Estar que poderiam ou não se aproximar da equidade gênero: o modelo do ganha pão universal (*universal breadwinner model*) e o modelo de paridade no provimento de cuidados (*caregiver parity model*). O primeiro consagra a plena inserção das mulheres no mercado de trabalho, enquanto o segundo eleva os cuidados não remunerados prestados no lar ao mesmo patamar do cuidado remunerado mediante contraprestação pecuniária ao trabalho gratuito. Apesar de ambas as soluções buscarem a ruptura com o Dilema de Wollstonecraft, é dizer, promover a efetiva inclusão das mulheres na cidadania, ambos agregam problemas quanto à incorporação da equidade de gênero. Para Nancy Fraser, então, mesmo no plano teórico, nenhum dos dois modelos engendra o máximo de equidade de gênero.

Necessário, assim, verificar quais são os parâmetros para a equidade de gênero definidos por Fraser. Dois pontos iniciais são abordados: em primeiro lugar, a definição proposta é teórico normativa para definir as bases da equidade; em segundo, há um dissenso no feminismo sobre o caminho que a equidade deve seguir, pela via da igualdade, é dizer, mulheres devem receber o mesmo tratamento que homens ou pela via da diferença, isto é, alcançar a equidade deve levar em conta as diferenças vivenciadas por mulheres. A solução para esta aparente contradição, segundo Fraser, não seria um terceiro caminho, mas compreender que equidade seja uma noção complexa que congrega alguns princípios normativos, uns mais próximos da noção de igualdade, outros mais associados à de diferença. Fraser ressalta que cada princípio isolado não tem força suficiente para promover a equidade de gênero, por isso, necessário ter em vista a imbricação entre eles neste processo emancipatório. Vejamos os sete princípios da equidade de gênero que deveriam acompanhar a nova ordem do Estado de Bem Estar Social, conforme destacado pela autora.

O primeiro é o princípio da anti pobreza que remonta à origem e razão de surgimento do Estado de Bem Estar Social é combater quadros de pobreza. Emergem algumas questões deste princípio como: a. o enfrentamento e identificação de casos de empobrecimento fora do circuito do trabalho remunerado formal; b. como a perspectiva de gênero e raça podem agravar cenários de pobreza; c. a resposta dada aos quadros de pobreza, se focalizada e seletiva, pode ensejar quadros de estigmatização. O segundo é o princípio da anti-exploração que busca combater quadros de

abusiva exploração e dependência das mulheres em suas relações familiares, laborais e com o Estado. O terceiro princípio se define com a igualdade nos rendimentos por homens e mulheres, o que inclui a igualdade salarial e a percepção de que se retribua a mesma remuneração para o mesmo trabalho. Também aqui vejo como necessário considerar a desvantagem das mulheres em razão da gratuidade dos cuidados. O quarto é o princípio da igualdade no tempo de lazer que decorre da constatação que o tempo de ócio não é igual para homens e mulheres, pois estas são as que mais assumem as responsabilidades de cuidados e realizam este trabalho de forma não remunerada. Mulheres são injustamente sobrecarregadas, aspecto que também deve ser percebido na equidade de gênero para que se pensem medidas que equalizem o tempo de ócio e redistribuam as responsabilidades de cuidados. O princípio da igualdade de respeito às mulheres parte da ideia de que é recorrente o tratamento depreciativo e reificante das mulheres, o que se revela nas práticas de assédio sexual e moral, na violência doméstica, na misoginia, reprodução de imagens que colocam as mulheres como objeto sexual à disposição dos homens. O princípio anti-androcêntrico, por sua vez, significa combater a pretensa neutralidade que o padrão masculino assume, bem como as dicotomias entre masculino e feminino que acabam por desqualificar este último. Tal princípio demanda mudanças culturais, institucionais e estruturais. Por fim, o princípio da anti marginalização corresponde à integral inclusão das mulheres em todos os âmbitos, é dizer, na esfera política e na tomada das decisões políticas, além de exercer trabalhos decentes.

Algumas considerações sobre estes princípios precisam ser levantadas. Em primeiro lugar, a centralidade que o cuidado ocupa nessa listagem teórico-normativa para um modelo, ainda que ideal, de Estado de Bem Estar Social, o que revela a coletivização sobre o debate das responsabilidades de cuidados, retirando-os da esfera privada e individual. Em segundo lugar, destaque feito pela própria Fraser, as inequidades e injustiças de gênero não são iguais para todas as mulheres. Fatores como a raça, a idade e a classe social tornam as experiências para as mulheres diferentes e rechaçam a ideia de um grupo homogêneo. A percepção da interseccionalidade de outros eixos de opressão, além do sexo, é fundamental para a emancipação das mulheres. Ademais, considera que a luta pela equidade de gênero não é a única pauta em jogo na estruturação do Estado de Bem Estar Social pós industrial, de modo que outras pautas devem ser assumidas de forma conjunta inclusive porque partem de princípios semelhantes à pauta de gênero, como a equidade racial e geracional.

Uma vez definido o conceito de equidade de gênero, vejamos como os dois possíveis modelos de Estado de Bem Estar atingem esse objetivo. No modelo de ganha pão universal, a proposta é que as mulheres sejam plenamente inseridas no trabalho remunerado formal, por isso, salário é a porta para se alcançar a equidade. Convém, contudo, destacar as decorrências diante dessa centralidade do trabalho remunerado.

Em primeiro lugar, o sucesso deste modelo pressupõe que as mulheres estejam liberadas o máximo possível de suas responsabilidades de cuidados não remunerados, por isso, tal modelo preconiza que os cuidados sejam feitos de forma remunerada, tema que envolve a indagação sobre qual circuito, então, os cuidados familiares deverão ser repassados, ao mercado ou ao Estado? Como garantir que os cuidados remunerados no mercado não sejam estigmatizados ou incorram nos problemas já vivenciados tais como a remuneração, precarização e informalidade? Indo além, a equidade pela via do salário demanda o enfrentamento de temas relativos ao trabalho remunerado das mulheres, como a polarização do trabalho, a precarização e discriminação. Ademais, não se pode ignorar que há trabalhos de cuidados que não podem ser externalizados e, no limite, a gestão do cuidado não pode ser terceirizada, por isso, é impossível relegar a totalidade dos cuidados ao mercado ou ao trabalho. Então, uma parcela dos cuidados ainda será realizada de forma gratuita nos lares, majoritariamente praticada por mulheres, por mais que se alivie suas práticas seja pelo mercado seja pelo Estado.

Trata-se de um modelo teórico que assegura os seguintes aspectos da equidade de gênero: antipobreza e anti-exploração, na medida em que a centralidade se volta ao salário decorrente do trabalho remunerado como meio de emancipação. Porém, outras questões precisam ser enfrentadas para além da garantia da percepção de renda advinda do trabalho remunerado: a forma como se lidará com os cuidados e sua redistribuição no mercado e Estado, o que implica resolver questões relativas ao trabalho de cuidados remunerados, em aprimorar os direitos e combater a estigmatização e marginalização desse tipo de trabalho, ademais de resolver a distribuição das responsabilidades nos lares. Não há garantias de que esse modelo promova a inserção igualitária das mulheres nas decisões políticas, a paridade de representação política e corporativa, tampouco evitar a objetificação sexual, assim como a promoção do respeito e dignidade às mulheres. Além disso, não deixa de ser um modelo androcêntrico na medida em que valoriza o trabalho remunerado em detrimento de outras formas de trabalho, em especial, o cuidado. A centralidade ao trabalho remunerado implica também o privilégio a atributos associados ao masculino, como a

independência, autonomia, individualidade, de modo que temas exaustivamente tratados na seção dedicada à ética dos cuidados ficam em segundo plano e ignoram aspectos imanentes às relações humanas, como a vulnerabilidade, a dependência, ou como nossas vidas privadas são importantes e repercutem, de fato, na esfera pública, tornando falsas ou questionáveis essas separações. Acrescenta-se, ainda, a estigmatização, significado de falha individual, daqueles que estejam fora do trabalho formal e acabam por ser amparados pela assistência social.

Já quanto ao modelo do *caregiver-parity* model, Fraser considera ser esta a forma de Estado de Bem Estar Social adotada por muitos países na Europa Ocidental e muitas democracias sociais. Nesses moldes, os cuidados são igualmente elevados na importância atribuída ao trabalho remunerado. Para honrar tal objetivo, necessário pensar em formas de remunerar, compensar e permitir que os trabalhos de cuidados gratuitos sejam elevados à importância conferida ao trabalho remunerado. No primeiro modelo, os cuidados são relegados ao mercado e ao Estado, enquanto neste, os cuidados não remunerados são considerados igualmente importantes, tal qual o trabalho remunerado. Como consequência, a possibilidade de aceder a todos os benefícios assistenciais deve amparar as contingências decorrentes do trabalho de cuidados não remunerado. Por exemplo, anos de cuidados não remunerados contariam igualmente como outros tipos de trabalho remunerado como requisito para se ter acesso a parcelas previdenciárias, tais como aposentadorias e auxílio-doença. Como pontos negativos, Fraser salienta que, neste modelo, ainda persiste a exclusão aos cuidados, como menos importante, secundário e acessório, apesar de haver um planejamento para remunerá-lo no mesmo patamar de outros trabalhos remunerados.

Para ambos os modelos, Fraser propõe a reformulação das bases epistemológicas, os comportamentos culturais e estruturais para negar certas dicotomias, ou ao menos contestá-las. A polarização do trabalho ainda persistiria, bem como a divisão sexual do trabalho, por isso, o caminho para dedicação exclusiva aos cuidados, muito provavelmente, seria eleito por mulheres. Ainda, no modelo do ganha-pão universal, mesmo com a maior valorização ao trabalho remunerado, muitas mulheres não vão abandonar os cuidados não remunerados, mas ainda tentarão se inserir em outras atividades remuneradas, como medida necessária para o sustento da família, desenvolvimento individual e autônomo, pois a realização profissional e a atribuição de valores positivos remetem a atividades produtivas, fora do circuito dos cuidados. Assim, mulheres ainda continuarão sobrecarregadas, o processo de marginalização permanecerá, o que se agrava ainda mais quando se aliam outros eixos de opressão como a raça e a classe.

Outro ponto necessário de enfrentamento para ambos os modelos é que os homens sejam mais como mulheres, é dizer, que o papel de cuidador seja também incorporado à masculinidade e no comportamento ético assumido por homens para que se sintam moralmente obrigados a cuidar. Fraser, então, sugere como terceira alternativa, o modelo do cuidador universal que preconiza a ideia de que homens devem se comportar mais como mulheres. Para tanto e objetivando em maior grau possível os princípios da equidade de gênero, necessário que o modelo de Estado de Bem Estar Social desejado passe por uma desconstrução da divisão sexual do trabalho, isto é, acabar com as dicotomias entre trabalho remunerado público produtivo e trabalho de cuidados não remunerado associado à vida privada. Além disso, desassociar os cuidados ao feminino, ao amor, à natureza das mulheres e o trabalho remunerado ao masculino.

Esping-Andersen (2002) considera³³ que apesar de as mulheres terem assumido um perfil mais masculino em suas trajetórias não significa que o trabalho feminino seja igual ao masculino. Na verdade, propõe que a busca por uma solução igualitária entre ambos demanda uma aproximação dos homens ao que seria um perfil feminino. Ele fortemente propõe uma mudança no comportamento dos homens e o Estado tem um papel fundamental nesse processo. Não propriamente com essas palavras, mas aí reside uma abordagem, semelhante a de Fraser, sob a perspectiva da ética do cuidado e de como as ideias e o pensamento estruturam as instituições e novas roupagens políticas que perpetuam os mesmos quadros de opressão. Acredita, assim, que a mudança não virá enquanto os homens não tomarem um curso de vida mais feminino, o que certamente inclui assumir maiores responsabilidades e executar mais atividades relacionadas aos cuidados não remunerados.

Mas a conclusão ainda está longe de ser definida, pois mesmo que homens assumam maior responsabilidade de cuidados nos lares. Em pesquisa realizada por Paulina Mena e Olga Rojas em *Padres solteros de la Ciudad de México. Un estudio de género (2010)* as autoras investigaram se pais solteiros - aqueles que, em decorrência do divórcio ou viuvez, precisaram assumir sozinhos os cuidados com o lar e com os filhos – teriam redefinido sua identidade masculina, bem como sua paternidade, ao assumir as tarefas familiares domésticas, não exaurindo esta somente no papel de provedores do sustento material e econômico dos filhos, mas no desenvolvimento de relações afetivas com os filhos.

³³ Em uma análise ao perfil europeu.

A pesquisa concluiu que os pais solteiros entrevistados, a despeito das diferenças geracionais e socioeconômicas entre eles, romperam com alguns estereótipos de gênero, ao se encarregarem dos cuidados de seus filhos e se dedicarem mais a esfera reprodutiva. Quando se encarregaram das atividades domésticas, começaram a valorizá-las, reconhecendo o tempo e esforço demandados. Todavia, a concepção das construções sociais de gênero associadas ao masculino e feminino foram mais difíceis de sofrer grandes alterações, comparada às mudanças práticas nos papéis exercidos pelos homens.

6. A análise da CEPAL sobre a relação entre gênero e Estado

No contexto latino americano, a Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) promove há quatro décadas reuniões entre os Estados membros da região para debater e firmar compromissos políticos para erradicar quadros de injustiça contra mulheres, dentro dos quais está em pauta a redistribuição dos cuidados não remunerados. A Estratégia de Montevideu ocorrida em 2016 buscou fortalecer políticas públicas para garantir a autonomia e o exercício pleno dos direitos humanos de todas as mulheres, superando discriminações, preconceitos e resistências.

No relatório sobre a Estratégia de Montevideu (CEPAL, 2017), são elencados alguns nós estruturais persistentes no geral entre os países latinos e caribenhos como a desigualdade socioeconômica e persistência da pobreza, padrões culturais patriarcais discriminatórios, a divisão sexual do trabalho, a injusta organização social do cuidado e a concentração do poder e relações de hierarquia no âmbito público. Tais questões se reforçam mutuamente e reduzem o alcance das políticas para a igualdade de gênero e a autonomia das mulheres. A Estratégia de Montevideu procura dar uma resposta e esses nós estruturais para avançar em direção a uma igualdade substantiva.

Consta, neste relatório, ainda, que, em contextos de ajuste fiscal e desaceleração, é importante adotar medidas ativas que impeçam o avanço dos níveis de pobreza das mulheres e aumento da sobrecarga de trabalho não remunerado e de cuidados. Não somente reduzir como também adotar políticas que reduzam tais desigualdades e modalidades de opressão e violência são

necessárias, além de medidas que busquem um novo modelo de desenvolvimento, comprometido em mudar os padrões de produção e consumo e promover a justiça.

Mantendo ainda o foco na análise da América Latina, o Observatório de Gênero (CEPAL, 2019), em um estudo crítico em relação aos sistemas de Seguridade Social na região, elaborou um levantamento sobre mecanismos de previdência social que tenham em consideração que não somente o trabalho do homem operário é digno de proteção, mas os riscos e vulnerabilidades das mulheres também demandam ações que atendam a suas necessidades. Assim, há uma demanda para que o trabalho de cuidados seja objeto de ações positivas que façam frente à desigualdade imperante neste tipo de relação.

Considerando, portanto, a condição de desvantagens sistemáticas pelas quais as mulheres são acometidas, são necessárias políticas afirmativas no sentido de se lograr a igualdade de gêneros e que estejam de acordo com o universalismo. Tais políticas, pensadas como um serviço universal, não podem ser entendidas como focalizadas, pois priorizam grupos discriminados no contexto da luta pela universalização de direitos. Inclusive a recomendação dessas medidas está amplamente consagrada em instrumentos supranacionais, como no Comitê da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e na Agenda Regional de Gênero da própria CEPAL, 1979.

Neste estudo da CEPAL, são elencados alguns mecanismos dos sistemas de previdência social da região que reconhecem o cuidado não remunerado realizado principalmente por mulheres. Os exemplos trazidos no relatório são o estabelecimento de contribuições diferentes para as mulheres, seja na alíquota, seja no tempo de carência, independente do número de filhos, como ocorre no Brasil com a aposentadoria. No Chile, Uruguai e Bolívia, por exemplo, são atribuídos bônus, como reconhecimento do cuidado, às parcelas previdenciárias usufruídas por mulheres a depender do número de filhos. Além do mais, destaca-se o caso do Equador que em sua Constituição de 2008³⁴ estabeleceu que o trabalho realizado nos lares de forma gratuita é uma contribuição à economia do país e aqueles que o realizam devem ser alcançados pela proteção social.

³⁴ Art. 34.- El derecho a la seguridad social es un derecho irrenunciable de todas las personas, y será deber y responsabilidad primordial del Estado. La seguridad social se regirá por los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiaridad, suficiencia, transparencia y participación, para la atención de las necesidades individuales y colectivas. El Estado garantizará y hará efectivo el ejercicio pleno del derecho a la seguridad social, que incluye a las personas que realizan trabajo no remunerado en los hogares, actividades para el auto sustento en el campo, toda forma de trabajo autónomo y a quienes se encuentran en situación de desempleo.

7. O Estado como agente dos cuidados

Diante do leque de medidas, no contexto latino-americano, nos quais se nota o reconhecimento dos cuidados, tomando como objeto de análise o Sistema de Seguridade Social brasileiro, convém abordar duas recentes mudanças: a primeira consiste em uma alteração legal quanto ao benefício do salário maternidade e a segunda na interpretação dos tribunais, quanto à extensão do adicional de 25% aos aposentados que demandam assistência permanente de terceiro.

De forma tímida, mas presente, o sistema de Seguridade Social leva em consideração que a vida se manifesta não somente na esfera produtiva, como também existem situações do meio íntimo que precisam ser consideradas. Em outras palavras, existe uma relação muito próxima entre Estado de Bem-Estar Social e os cuidados, não havendo dúvidas quanto ao papel deste modelo de instituição em desafiar a separação das esferas hostis do público e privado e ser sensível em perceber as imbricações de sexo nas vulnerabilidades da vida que são amparadas pelo Estado.

Por exemplo, as regras de aposentadoria no Brasil, por idade ou por tempo de contribuição, estabelecem critérios diferentes a homens e mulheres para as quais se exige um tempo em cinco anos menor, de idade ou contribuição, eis que se reconhece seu trabalho não só na esfera formal, mas também os cuidados desempenhados na esfera privada que a condição de mulher na sociedade de classes demanda.

Com a Lei 12.873/2013, algumas mudanças se processaram sobre quem pode ser o titular do salário maternidade. Tal direito já encontrava amparo legal na Constituição da República de 1988, em seu art. 7º XVIII, bem como no art. 392 e 392-A da CLT e na lei nº 8.213/1991 (MUSSI, 2013). A principal alteração legislativa foi no sentido de se voltar a proteção social mais ao filho ou filha em detrimento da genitora na medida em que se estendeu o benefício aos homens, na hipótese de falecimento da genitora, além de se conceder, nos casos de adoção, igual tempo de 120 dias de salário-maternidade independente da idade da criança.

O escopo do benefício seria, portanto, garantir à trabalhadora ou trabalhador, que necessite cuidar de uma criança, as condições materiais para suprir as despesas em tais cuidados, bem como a concessão de um período de afastamento do trabalho, para que o trabalhador ou trabalhadora dedique seu tempo aos cuidados com o filho.

Dessa forma, a proteção previdenciária possibilita ao filho as condições para que tenha uma sobrevivência digna no estágio inicial da sua vida ou no primeiro convívio com a família adotiva. Outra mudança significativa trazida com a nova lei garantiu não somente à mulher (biológica ou adotiva), mas também ao homem, segurado da previdência, receber o salário-maternidade no caso de adotar uma criança ou perder a cônjuge, companheiro ou companheira beneficiária. Ampliou-se, portanto, os possíveis sujeitos que façam jus a esta proteção previdenciária. Antes desta mudança, o salário-maternidade visava à proteção da mulher, de modo a evitar discriminações e redução salarial em virtude do nascimento do filho, em consonância com o disposto no art. 201, II da Constituição da República Federativa do Brasil que prevê a proteção à maternidade e à gestante pela previdência social. Entretanto, associava as responsabilidades parentais exclusivamente às mulheres.

Obviamente, a finalidade desta alteração legislativa quanto ao salário-maternidade não foi assegurar a igualdade entre homens e mulheres, nem mesmo garantir à mulher as condições favoráveis a conciliar sua permanência no mercado de trabalho com a maternidade ou redistribuir as responsabilidades dos cuidados. Aos homens são assegurados somente cinco dias de faltas abonadas pelo empregador, muito embora na Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988 tenha previsão de uma licença paternidade, garantia que pressupõe que os cuidados iniciais na vida de uma criança também sejam de responsabilidade dos pais.

Porém, considero que deve ser uma política de Estado combater as forças sociais, culturais e de mercado que mantêm e reforçam as desigualdades de gênero. A concessão do salário maternidade é muito importante às mulheres, no que tange à equidade de gênero, pois, ao mesmo tempo em que se tem a garantia de permanecer empregada, concede-se um período para cuidar da criança.

Por um lado, a nova legislação sobre salário-maternidade atribuiu vantagens no sentido de estender a possibilidade de concessão do benefício aos homens. Por outro lado, entretanto, tais alterações não representam avanços no sentido de assegurar que, à mulher, não lhe seja inteiramente atribuída a responsabilidade da maternidade, de modo a lhe proporcionar iguais condições nas relações de trabalho.

Vale tratar, por último, a recente consolidação de jurisprudência quanto à extensão do adicional de 25% sobre o valor do benefício não apenas aos aposentados por invalidez, mas a todos os aposentados que demandam atenção integral. Assim, o Superior Tribunal de Justiça decidiu o

Tema Repetitivo nº 982 da Corte (REsp 1648305/RS e REsp 1720805/RJ), em 22 de agosto de 2018, fixando a seguinte tese: “Comprovada a necessidade de assistência permanente de terceiro, é devido o acréscimo de 25%, previsto no artigo 45 da Lei 8.213/1991, a todas as modalidades de aposentadoria”.

Em análise aos fundamentos da decisão que então ampliou o leque daqueles que podem gozar deste acréscimo na parcela previdenciária, muito se discutiu quanto à possibilidade em ser previsto benefício sem que a lei institua a forma de custeio, o que encontra, em uma primeira análise, óbice nos princípios constitucionais que regem a Previdência Social. O debate, portanto, fortemente se centrou no custeio em detrimento dos beneficiários e do contexto relativo à necessidade de cuidados permanentes, seja por parte do prestador seja por parte do beneficiário. Houve menção na decisão³⁵, como argumento favorável a extensão do alcance deste benefício, ao princípio da dignidade da pessoa humana e da isonomia, bem como a garantia dos direitos sociais, além de o Brasil ter ratificado a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência de Nova Iorque em 2009.

Certamente representaria um passo adiante se nos fundamentos da decisão se constasse o reconhecimento do dever do Estado como agente cuidador, e a percepção de que na esfera privada onde são prestados os cuidados integrais há uma demanda em amparar esta relação, seja em razão de a pessoa receptora ser dependente de cuidados, muitas vezes intensivos que podem demandar a contratação de um profissional, seja porque o agente cuidador é um familiar ou vizinho que dedica seu tempo, energia, trabalho e emoções, muitas vezes de forma gratuita, na assistência do beneficiário da aposentadoria. Sem mencionar que representaria um significativo avanço na decisão admitir que o terceiro cuidador do aposentado que depende de cuidados integrais seja majoritariamente do sexo feminino e, de certa forma, mais esse encargo que uma mulher teria na atenção integral, precisa ser remunerado como medida de justiça e balanço a esta sobrecarga de trabalho.

É evidente que essa mudança na interpretação da lei não visa a alterar o paradigma da distribuição das responsabilidades dos cuidados. No entanto, constitui mais um exemplo que desconstrói o mito de que os cuidados, por remeterem à esfera privada ao trabalho íntimo não são passíveis de remuneração e reconhecimento.

³⁵ REsp 1720805 RJ, Rel. Ministra ASSUSETE MAGALHÃES, Rel. p/ Acórdão Ministra REGINA HELENA COSTA, PRIMEIRA SEÇÃO, julgado em 22/08/2018, DJe 26/09/2018)

Apesar dessas formas jurídicas de reconhecimento dos cuidados não remunerados, importa refletir que tais institutos não conferem uma proteção jurídica integral a pessoas que exercem trabalhos de cuidados não remunerados. Essas formas de proteger os cuidados não remunerados acabam por concebê-los sob a ótica da falha, é dizer, aqueles que não conseguiram se integrar ao mercado de trabalho. É verdade que, sob o ponto de vista da centralidade que o trabalho produtivo assume, pessoas que se ocupam integralmente ou em grande parte do tempo a cuidados não remunerados se encontram em maior vulnerabilidade social. Mas as soluções jurídicas encontradas para tutelar estes trabalhos parecem repetir e repetir este ciclo de exclusão e não reconhecimento.

O direito, portanto, desempenha um papel importante em desvalorizar o cuidado e em associar este trabalho como funções próprias das mulheres, inclusive, em associar tais trabalhos à própria essência feminina. O direito do trabalho, como guardião mor protetor das relações de trabalho, muito contribui em reproduzir a divisão sexual do trabalho e perpetuar quadros de injustiça e opressão às mulheres. Suas bases teóricas e conceitos, como o da relação de emprego, deixam à margem de sua proteção formas de trabalho reprodutivo: trabalhos de cuidados não remunerados ficam totalmente excluídos, enquanto trabalhos de cuidados remunerados, como é o caso do trabalho doméstico assalariado (DUARTE, PEREIRA E NICOLI, 2021).

8. A incorporação dos cuidados no debate político

As seções anteriores se dedicaram a investigar a relação entre cuidados e Estado de Bem Estar Social e a forma como este modelo de Estado modula os circuitos do cuidado e define responsabilidades. Além disso, foram tratadas características e significados de bem estar que, por um lado, incorporam a responsabilidade dos cuidados na agenda do Estado e reorganização da reprodução social como assunto necessário para promover o bem estar. Por outro, nestes próprios temas centrais que aparentemente são a solução para promover o bem estar de todos e amparar as vulnerabilidades, persistem nós que perpetuam a desvalorização dos cuidados, sua ocultação e inferiorização em relação a outros tipos de trabalho, bem como sobrecarregam as responsabilidades aos desprivilegiados.

Esta última seção do capítulo demonstra em que medida os cuidados podem ser incluídos no discurso político democrático moderno e no próprio discurso filosófico moral, como medida de aprimorar as instituições democráticas e combater quadros de injustiça.

Existem, assim, argumentos que aproximam os cuidados do discurso político e investiga o porquê dessa necessidade em colocar este tema como central, e não acessório, no debate público e nas ações institucionais. Os argumentos de Joan Tronto levam o tema dos cuidados ao patamar de importância da vida democrática, na medida em que seu elasmecimento para este campo é mais útil para a democracia e construção da justiça, do que meramente ser incorporado ao discurso da ética e da economia (TRONTO, 2013).

Neste ponto, convém agregar a crítica feita no debate francês sobre a simplificação do tratamento dos cuidados como uma questão sentimental sem que se reconheça a reverberação ao âmbito político e social. Em confluência às ideias de Tronto, Patricia Paperman e Pascale Molinier contestam a clivagem na academia que “fragmenta a análise do cuidado em uma profusão de cenas e especialidades, mascarando a organização mais ampla do processo social do cuidado e a dimensão política de sua ética.” (PAPERMAN E MOLINIER, 2015, p. 45). Além disso, a interdisciplinariedade não deve levar ao equívoco em separar os cuidados profissionais dos que não o são, no sentido de que a perspectiva do cuidado, para melhor alcançar fins democráticos, deve se voltar a qualquer pessoa apta a situar neste tipo de processo relacional.

Tronto chama a atenção sobre a centralidade da economia no debate político, em detrimento de outros aspectos da vida (TRONTO, 2013). Tal priorização, que também ocorre na vida particular de cada um, torna periférico assuntos concernentes ao cuidado, ao que seja o real significado sobre proporcionar uma vida boa para si e para os outros. Valeria até mesmo asseverar que a vida se coloca aquém do desempenho econômico, não só no debate político, mas também no próprio pensamento individual. Por isso, chama a atenção para que a análise e proposta de ação para redistribuir as responsabilidades dos cuidados assumam um plano político e seja efetivamente uma preocupação sobre como cuidamos e sobre como somos cuidados. Embora não seja possível que todos possam participar da redesignação de responsabilidades na vida democrática, essa mesma exclusão se observa em relações de poder privadas, nas quais aqueles que estão em vantagem se eximem de suas próprias responsabilidades, como os cuidados nos lares.

Situar, assim, os cuidados no centro das preocupações democráticas implica reformular as ideias e relações de sexo, raça e classe, bem como reconsiderar como se pensa as fronteiras entre

vida pública e privada, entre o que seja econômico e político, e sobre como se redesignam as responsabilidades dos cuidados. A leitura de Esping-Andersen contribui para o seguinte ponto do argumento: um projeto de estruturação de Estado de bem-estar social deve ter como um de seus pilares a formulação de um novo pacto sobre as relações sociais nas quais as mulheres se inserem a fim de se aproximar a um modelo mais justo de sociedade (2002, p. 94-95). A tarefa certamente envolve uma mobilização intersetorial e interdisciplinar. No campo dos direitos sociais, ainda que neles se garanta o mínimo de dignidade aos grupos vulneráveis, é imperioso repensar os paradigmas nos quais se pautam o desenho desses direitos, tendo em vista que o trabalho, os riscos e contingências da vida não se restringem exclusivamente ao universo masculino e da economia formal.

CAPÍTULO IV - O VALOR DOS CUIDADOS NA SAÚDE

O terceiro capítulo objetivou a reflexão sobre ideias e práticas de um Estado de Bem Estar e como os cuidados estão presentes na definição de direitos, no comprometimento em organizar a reprodução social, bem como nos paradoxos e questões controvertidas no estabelecimento de um modelo de Estado que se obrigar a socorrer as vulnerabilidades sociais e frear as tensões e consequências nefastas derivadas do modo de produção capitalista.

Em um primeiro momento, cabe trazer o debate sobre a pretensa separação entre mundo da razão e mundo da emoção, além da dicotomia entre economia e intimidade, conforme propõe Viviana Zelizer.

Na sequência, o capítulo avança para demonstrar que processos de valorização, remuneração e conta dos cuidados não remunerados na saúde desempenham um papel fundamental na identificação sobre a promoção da saúde fora dos circuitos tradicionais. Por isso, os esforços do SUS, em perspectiva teórica, em reconhecer e contar como a saúde é praticada sob a roupagem de cuidados não remunerados são fundamentais para conferir a valorização deste trabalho.

Ademais, o aprimoramento da universalidade em um sistema de saúde deve considerar a contribuição e importância dos cuidados não remunerados, como melhor forma de expressar a coletivização das responsabilidades. O cômputo dos cuidados não remunerados confere o reconhecimento da produção de bem estar nos lares e a elevação a público do debate sobre os cuidados ocultos. No entanto, pensando como medida à consecução da equidade de gênero e nos sete princípios destacados por Fraser, como a desconstrução os padrões de gênero, a mudança no comportamento dos homens para que sejam mais como mulheres, e a anti marginalização dos cuidados como apêndice e acessório do trabalho tido como produtivo podem ser alcançadas com a contabilização dos cuidados não remunerados na saúde?

A seção seguinte, então, discorre sobre a quantificação e remuneração dos cuidados não remunerados e formas a partir das quais foram incorporados nas contas públicas e objetivos decorrentes diante dessa mensuração, como a estruturação de políticas públicas que procurem equilibrar as inequidades de gênero ou redistribuir as responsabilidades do lar. Por isso, serão abordados os estudos e casos práticos que tenham feito essa mensuração no âmbito da saúde. Não sem obstáculos, a quantificação de cuidados não remunerados encontra barreiras metodológicas,

as quais, inclusive, podem decorrer de padrões que se pretendem neutros mas possuem fortes marcas de gênero. Porém, por meio do aprimoramento das pesquisas sobre uso do tempo é possível demarcar quais são precisamente as atividades de cuidados em saúde feitas nos lares, se estas são remuneradas ou não, se o agente cuidador concilia as atividades do lar com outras, e quem são os agentes cuidadores principais, descrevendo o seu perfil em sexo, raça, idade e classe econômica. Além do mais, as pesquisas sobre o uso do tempo em cuidados na saúde podem ter como ponto de partida o mapeamento de pessoas portadoras de doenças crônicas ou temporárias que demandem cuidados no lar para então se aprofundar sobre perfil de seu entorno cuidador.

Por último, o capítulo e a dissertação se encerram com possíveis propostas teóricas para o processo de incorporação dos cuidados não remunerados dentro de um sistema público de saúde.

1. Os mundos da economia e das emoções

A mensuração do valor dos cuidados não é novidade e conta com um largo histórico de cômputo na produção de riqueza nacional e de retribuição monetária. Por exemplo, um grupo de economistas em Massachusetts calculou que os cuidados equivalem a 13% do PIB do estado, além de se chegar a um valor que remunere os cuidados não remunerados (ALBELDA, DUFFY E FOLBRE, 2009). Sendo então possível calcular o valor dos cuidados não remunerados e uma vez reconhecida sua importância para a vida, por que ainda não se constitui uma prática contar os cuidados não remunerados? Além disso, qual o significado e repercussões logradas ao se atribuir um valor aos cuidados e por que necessário (ou não) passar por este processo para que se reconheça o seu valor? São questões que se pretende discorrer nessa seção.

Cabe refletir sobre o conceito de trabalho íntimo e sua relação com o cuidado, bem como delimitar o conceito de cuidado não remunerado e suas implicações sobre a possibilidade de se chegar a um valor. Viviana Zelizer (2010), no texto *Caring Everywhere*, para fazer essa análise, primeiramente, procura uma definição de relação íntima e de trabalho, em uma abordagem ampla de ambos.

A visão monetizante, centrada nas trocas econômicas do trabalho, molda a nossa forma de conceber o que seja trabalho e o que seja merecedor de compensação. Essa forma de pensamento

relega a um segundo plano e como não trabalho aquilo que estiver fora da produção, com consequências sobre o tratamento do trabalho íntimo.

Como relação íntima, Zelizer as define como as interações que dependem de um conhecimento e uma atenção específica de uma determinada pessoa, ou seja, é muito difícil que essa pessoa possa ser substituída por terceiros. Este processo de intimidade envolve o compartilhamento de segredos, vulnerabilidades, apoio emocional, além de atividades materiais concretas. A confiança também é uma característica que se manifesta no reconhecimento da vulnerabilidade e dependência do outro, de modo que a ausência de uma das partes enseja prejuízo à outra. Existem graus de confiança de acesso ao conhecimento e a atenção dispendida o que varia segundo a relação estabelecida. Por isso, uma relação íntima está inserida numa definição ampla que envolve vínculos familiares, de amizade, afetivos, de vizinhança, além de vínculos profissionais como no caso dos trabalhos na saúde, trabalhos religiosos, na educação e sexuais. A relação íntima pode ter por pano de fundo um trabalho remunerado ou não.

Já quanto ao conceito de trabalho, Zelizer atribui uma ampla definição que consagra não apenas as atividades assalariadas, mas todo esforço que cria valor de uso apto a ser transferido.

É difícil de estabelecer o limite do impessoal e do íntimo, mas o ponto central do argumento de Viviana Zelizer no livro *The purchase of intimacy* é a possibilidade de monetizar relações íntimas e o quanto de relação pessoal existe nas relações monetizadas. Em outras palavras, Zelizer desafia a separação e segregação entre o mundo da economia e o mundo das emoções, para contestar a inferiorização de trabalhos que não se enquadram perfeitamente como produtivos.

Nem todas as relações íntimas correspondem a trabalho, da mesma forma que nem todas as relações íntimas equivalem a cuidados. Estes, na definição de Viviana Zelizer, são definidos como a contínua e intensiva atenção pessoal dada para melhorar o bem estar de seu receptor, enquanto processos nos quais haveria uma impessoalidade e indiferença entre os sujeitos não se classificam como cuidado, como políticas de bem estar social e relações íntimas que geram mal estar.

Para desenvolver seu argumento sobre a mescla e intromissão do mundo das emoções e da intimidade e o mundo da economia e da razão, adota a seguinte classificação quanto aos cuidados: cuidado não remunerado em meios íntimos (trabalhos como preparar a comida de um familiar, cuidar de algum familiar dependente); cuidado não remunerado em organizações econômicas (o trabalho afetivo, a *attention* que muitas profissões demandam, como a comissários de bordo,

advocacia); cuidado remunerado em núcleos íntimos (o trabalho doméstico, o trabalho sexual); e cuidado pago em organizações econômicas (trabalho na educação, na saúde, na beleza).

Sob a falácia das esferas separadas ou mundos hostis, relações que envolvam intimidade são assumidas como não trabalho, enquanto somente é visto como trabalho atividades que sejam impessoais, totalmente racionais e remuneradas. Essa forma de ver o mundo em esferas separadas impede a distinção desses quatro níveis de cuidado, e inclusive de reconhecê-los ou vê-los como algo natural que não pode ser enquadrado como trabalho. A perspectiva dos mundos hostis entende que sentimentos em momentos de eficiência e razão são ruins, enquanto nas relações íntimas não seriam pertinentes os interesses econômicos. No entanto, essas esferas, segundo o argumento de Viviana Zelizer, dependem uma da outra para funcionar, não são autônomas e por vezes é difícil separá-las.

Por exemplo, não há dúvidas de que em toda relação íntima sempre há interesses econômicos subjacentes. Não existem lares que se sustentem sem que haja um mínimo, ainda que implícita, organização quanto às tarefas domésticas, sobre a forma como se obtém renda e como são repartidos os gastos. Até mesmo nas amizades, não é raro tentar retribuir um favor de um amigo com algum presente ou um outro favor como moeda de troca. Da mesma forma, inevitável em um casamento pensar sobre como o casal irá se manter economicamente.

Quanto aos cuidados não remunerados, a autora menciona três exemplos: cuidados de saúde, cuidados com criança, preparação de alimentos. Mais adiante será retratado em apartado a essencialidade dos cuidados não remunerados na saúde, mas já se expõe que mais do que uma contribuição aos sistemas de saúde, os cuidados representam efetiva prestação da saúde. Sophie Harman (2015) se vale do exemplo da epidemia do Ebola para explorar como a governança em saúde global se apoia no trabalho gratuito de mulheres, seja formal ou informal, e não obstante tal centralidade, resta invisível o papel das mulheres na saúde global e no desenho das políticas públicas internacionais e locais.

A própria decisão de ir a um especialista ou procurar algum tipo de ajuda profissional parte da iniciativa dos lares e geralmente de alguma mulher. Mesmo que os profissionais da saúde tenham o conhecimento científico e muitos poderes em interferir na saúde e no corpo dos pacientes, a prestação de saúde continua nos lares. Alguém terá que se preocupar com a administração de medicamentos, com a higiene, com o conforto, a depender das necessidades do receptor de cuidados com os horários, quando e como levar ao retorno com os especialistas em saúde e

organizar os horários, enfim, existem muitos trabalhos não remunerados para ministrar os novos saberes em saúde.

Estudos no Canadá, segundo Pat and Hugh Armstrong (2005), revelam que medidas almejadas para tornar os serviços médicos mais eficientes e reduzir o tempo de internação envolvem diretamente a mobilização de cuidados na família, como o manejo de equipamentos médicos de alta tecnologia no lar, como catéteres, respiradores, entre outros. Interessante notar que nas entrevistas levantadas os cuidadores não remunerados reconhecem que cuidam mas não trabalham.

Um ponto significativo de debate suscitado por Zelizer decorre do tratamento sobre os cuidados remunerados na esfera íntima pois aí reside o grande desafio e questão em debater por que uma mesma atividade quando é feita por um terceiro ou terceira fora do núcleo familiar é remunerada mas se for realizada por alguém da família não o é, considerando assim que o trabalho íntimo em ambos os casos possui iguais características? Se até mesmo os trabalhos não íntimos em organizações econômicas são difíceis de mensurar e chegar ao valor justo e correspondente à contraprestação, mais difícil ainda resulta em trabalhos íntimos, mesclados, muitas vezes, com sentimentos e emoções, e que envolve vínculos afetivos. Contudo, não é o fato de ser um trabalho íntimo que justifica a ausência de remuneração, tampouco justifica a inviabilidade em apurar seus aspectos econômicos.

O movimento de migração do trabalho de cuidados não remunerados do meio privado, familiar, para o mercado parece corresponder à medida do que seria o valor deste trabalho. Em *For Love or Money – or Both*, Nancy Folbre (2000) procura investigar se seria possível atribuir uma remuneração satisfatória a essa atividade, além de questionar a própria possibilidade em externalizar atividades que possuem forte carga afetiva e emocional, que muitas vezes demandam atenção personalíssima. Tal qual Viviana Zelizer, o desafio é refletir sobre a conciliação entre sentimentos e dinheiro, quando o assunto são os cuidados, principalmente quando se faz esse exercício sobre a adequação dos cuidados ao mercado.

Nancy Folbre destaca ainda que os aspectos afetivos e materiais dos cuidados devem ser sempre articulados em qualquer análise que se faça dos cuidados e em qualquer circuito de sua organização. Outro aspecto essencial para refletir sobre os cuidados parte da base heurística sobre a consubstancialidade das relações sociais, de modo que pensar nessas questões em jogo amplia a visão da análise para destacar tensões de raça, gênero e classe fruto desse processo relacional que

muitas vezes são ocultadas segundo as análises tradicionais de diversos campos do conhecimento (KERGOAT, 2009). A integração de muitas mulheres no mercado de trabalho se deu pela via de empregos remunerados associados ao cuidar ou que demandam forte carga afetiva, ao mesmo tempo em que são esses trabalhos os menos valorizados, pior remunerados, muitas vezes, fora dos circuitos formais.

Merece atenção também, quando se debate o tema dos cuidados, como a economia trata das dimensões negociais sobre o trabalho e salário somente sob a perspectiva racional, individual, procurando obter o maior grau de eficiência possível na decisão tomada no mercado. A falha nesse modo de pensar omite outros aspectos que pairam nas decisões tomadas no mercado, como aspectos psicológicos e emocionais, pois até mesmo nos trabalhos remunerados inseridos em organizações econômicas estão presentes tais elementos não materiais os quais certamente influenciam a forma como a atividade é desempenhada, a remuneração, a interação com os demais colaboradores, até mesmo a percepção individual do trabalhador com sua vida (FOLBRE, 2009).

Ora, o motivo ou um dos motivos principais pelos quais as pessoas buscam trabalhos remunerados não é senão obter meios para sobreviver, obter renda para auxiliar na promoção da sobrevivência de outras pessoas próximas? Além disso, uma das realizações pessoais mais significativas é trabalhar em uma atividade que seja prazerosa e dê satisfação. Essa forma de pensar permite a abertura e articulação entre mundos e esferas que aparentemente concebemos como separados e heterogêneos. Como consequência dessa lógica de raciocínio, as análises econômicas do trabalho ou sob outras perspectivas do conhecimento deixam de ser assumidas como absolutas e completamente verdadeiras, na medida em que somente retratam uma faceta e ignoram elementos imateriais. Ao pensar que os mundos das emoções e da economia não estão completamente separados, a associação dos aspectos afetivos e emocionais com o feminino e como um aspecto subsidiário em nossas vidas é desnaturalizada.

Por um lado, muitas atividades materiais de cuidados têm sua exata correspondência no mercado, sendo então possível encontrar uma tradução mercantil, com algum número correspondente. Há muitas atividades que inclusive são melhor desempenhadas no mercado. Por outro, algumas atividades são personalíssimas e mesmo que encontrem um correspondente no mercado não conseguem ser plenamente substituíveis.

Tais paradoxos demonstram exatamente os desencontros na articulação entre cuidados e mercado ou entre cuidados e outro qualquer vocabulário associado à produção do conhecimento,

tendo em vista que as bases epistemológicas, é dizer, a própria produção do saber, são feitas sob o ponto de vista, masculino, racional, sem ter em consideração outros fatores que estão presentes na vida como ela é. Esse raciocínio justifica por que os cuidados permanecem invisíveis, tampouco encontram sua precisa tradução no mundo da razão.

Novamente aqui vale destacar que nossas relações não são motivadas exclusivamente por fatores econômicos ou praticadas com o intuito de sempre receber uma contrapartida pecuniária. Da mesma forma, o dinheiro também está presente em muitas relações afetivas. Ninguém trabalha ou age só por amor ou só por dinheiro, tampouco caberia pensar que nossas formas de contratação, de associação com o outro objetivam somente a um intercâmbio, ao aperfeiçoamento de uma troca e a satisfação de um interesse materialista (FOLBRE, 2000).

Partindo desta ideia, as teorias feministas da economia se baseiam na discordância da premissa de que as pessoas agem por seu auto interesse, de que atuamos de forma racional, egoísta e autônoma, forte ideia presente na economia neoclássica. Tal discordância decorre não apenas na contestação desse modelo pelo seu rigor, como também da forte parcialidade em sua concepção sob o ponto de vista masculino.

Não faz parte da lógica capitalista se importar com o cuidado, considerando que tal sistema valoriza as responsabilidades individuais, a competição, o desempenho e esforços individuais, ao passo que a cooperação, a solicitude, não são centrais nas decisões e condutas. Assim, a família, a comunidade e os afetos ficam em segundo plano, como um apêndice da vida produtiva, onde são praticadas atividades menos importantes.

O cuidado foi pouco ou nada valorizado pelos economistas, tido como uma conduta natural e altruística praticada no seio familiar, muito diferente das condutas praticadas no mercado marcadas pelo auto interesse competitivo. Nossas práticas de cuidado não são decorrentes de nosso altruísmo, considera Nancy Folbre (2000), em crítica à ética do cuidado, mas fortemente influenciadas por estruturas institucionais e práticas da cultura. Em uma leitura feminista materialista, seria o correspondente a dizer que os antagonismos das relações sociais estão igualmente presentes no meio familiar/doméstico, não havendo dúvidas, assim, quanto à divisão sexual e racial do trabalho, bem como suas respectivas tensões ser uma questão em jogo também no ambiente privado.

Há dificuldades em conferir uma linguagem exclusivamente econômica aos cuidados, porém, é possível atribuir uma, e não há dúvidas quanto à imbricação dos cuidados em muitos

conflitos e temas no debate econômico contemporâneo que circundam os cuidados ainda que expressamente não aborde do tema.

Vejamos senão a questão relativa ao envelhecimento populacional e as reformas nos sistemas de seguridade social. A grande indagação em torno do tema é como serão cuidados os idosos, quem irá cuidar deles, como será possível que eles possam manter suas vidas quando não mais possam exercer atividade remunerada e ainda precisarem de atenção especial. Já em relação às reformas sociais igualmente os pontos em debate dizem respeito a como o Estado deve arcar e amparar as vulnerabilidades e cuidar de seus cidadãos.

2. A quantificação dos cuidados e sua incorporação nas contas públicas

Mencionei anteriormente que Viviana Zelizer considera que políticas de welfare state não são relações de cuidado. Ainda que concorde que de fato a relação indivíduo-Estado não seja propriamente uma relação de cuidado, as características desse trabalho se observam nas relações concretas entre os profissionais e cidadãos, bem como é evidente o impacto dessas políticas em outros circuitos dos cuidados, sobretudo nos cuidados não remunerados, relegados às famílias ou comunidades como ajuda.

O processo de reconhecimento dos cuidados como trabalho e sua respectiva forma de computá-los demanda uma readequação do pensamento sobre o que é saúde e onde se encontram suas práticas. A quantificação de trabalhos não remunerados, contrariamente às diretrizes da Economia e do Sistema de Contas Nacionais, é possível de se alcançar e já foi medida no Brasil (DE MELO, 2005) e em outros países. Obviamente que o valor atingido não expressa com precisão exata a contribuição destes trabalhos, mas o entrecruzamento de dados, como o número de horas dedicadas a tais trabalhos gratuitos domésticos, multiplicado pelo salário hora da profissão correspondente, confere uma estimativa de valor reveladora da importância e contribuição deste trabalho e que deve ser levada ao mesmo status de importância de outros trabalhos profissionais.

2.1. Obstáculos quanto à quantificação do tempo e valor dos cuidados não remunerados

É notável como os cuidados, inclusive o próprio uso do tempo, escapa da abordagem pelo Sistema de Contas Nacionais (SCN) da abordagem do tema. Fala-se de renda, ganho, gasto dos lares, e sobre como todo processo de geração e gasto de renda necessariamente passa pelos lares. No entanto, os lares não são considerados como centros de produção de renda. Destaca-se que quando se trata de trabalho doméstico remunerado, o SCN considera que ele esteja destacado e apartado do lar, por não se beneficiar da partilha dos ganhos do lar. É verdade que o trabalho doméstico remunerado equivale à externalização de um serviço e é prestado por um terceiro ou terceira, alheio ao lar. Porém, em outros termos, a contribuição dos cuidados para manter a produção, remunerados ou não, não se incorpora no circuito de produção dos lares, segundo o SCN de 2008.

O sistema de contas nacionais e a forma como se mede o que deve ser contado para a atividade econômica sempre mudou e nunca foi a mesma, permitindo incluir atividades que antes não eram contadas. como a agricultura de subsistência. O SCN inclui, assim, atividades que outrora não eram incluídas justamente em razão de ter sido consideradas atividades fora da produtividade, não envolvidas na produção econômica, Dessa forma, revela-se a incoerência dos critérios usados pelo SCN para se excluir da produção da riqueza nacional os cuidados não remunerados, de modo que a sua exclusão não faz sentido dentro do próprio marco de contas nacionais.

Segundo a definição do Sistema de Contas Nacionais, um lar se define como: “Uma família é definida como um grupo de pessoas que compartilham a mesma acomodação, que agrupam parte, ou todos, de sua renda e riqueza e que consomem certos tipos de bens e serviços coletivamente, principalmente habitação e alimentação” (SCN, 2008, p. 462). A meu ver essa definição de lar somente enfoca a perspectiva do consumo e compartilhamento da renda, e inclusive exclui formas de lar que decorrem da mobilidade humana. Neste caso, apesar de não coexistir o convívio presencial das pessoas, o que talvez se afaste então dessa definição de lar, o envio de remessas pelos familiares que migraram a outros países, ou mesmo internamente, também deve ser avaliado pelas contas nacionais.

Acrescento outro ponto muito destacado pelo SCN que é a mensuração do gasto social com saúde e educação. Segundo o relatório é inviável chegar ao nível de detalhamento sobre quanto um

lar deixa de gastar ao se apoiar em serviços e benefícios públicos ligados à saúde e à educação. Somente por mecanismos de conta satélite poriam estes gastos ser medidos.

Quando se trata da economia informal (SCN, 2008) o objetivo é aferir dois principais aspectos: o primeiro é garantir que todas as atividades, incluindo aquelas que podem ser descritas como "escondidas" ou "ocultas" sejam englobadas em medidas de atividade total. O segundo é definir o que significa o subconjunto de unidades econômicas que podem ser consideradas "informais" e mensurá-lo.

A lógica da primeira diretriz de cômputo da economia informal equivale a uma visão da economia como um todo que seja o mais completa possível. A parte da economia difícil de medir tornou-se conhecida como a Economia Não Observada e várias publicações têm sido dedicadas a mensurá-la, notadamente o manual que mede a Economia Não Observada (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, Fundo Monetário Internacional, Organização Internacional do Trabalho e CIS STAT, 2002).

Refletindo sobre as diretrizes do SCN, Hildete Pereira de Melo (2005) se vale de algumas contradições no sistema de apuração das contas nacionais ao, por exemplo, considerar como fator de riqueza nacional o valor de imóveis usados por conta própria, cujo valor é apurado como se alugado fosse o imóvel. Além disso, são mencionados os serviços não mercantis, como o da administração pública que, a depender do segmento, sequer teria um correspondente no mercado como o Poder Judiciário, as atividades do Congresso Nacional, entre outros exemplos, porém, recebem um valor de produção aferido mediante o valor de custo da atividade. Ainda, a autora aponta que o manual do SCN de 1997 justifica a exclusão dos trabalhos domésticos não remunerados sob o argumento de que não seria possível que essas atividades tenham uma destinação alternativa ao mercado. Em outras palavras, as diretrizes do SCN negam completamente o aspecto coletivo e a importância social dos cuidados gratuitos.

2.2. Possibilidades de medir o tempo e valor dos cuidados não remunerados na saúde

Não obstante a invisibilidade do trabalho doméstico não remunerado, e os impasses teóricos e técnicos de medição e análise da economia, é possível apurar esses trabalhos para além de uma

mera conta satélite, de modo que tais dificuldades nada mais são do que reflexões da divisão sexual do trabalho.

Na obra de Marilyn Waring, *If Women Counted: A New Feminist Economic* (1990) a autora problematiza os métodos de contabilização de riqueza nacional, denunciando a discriminação de gênero que acomete os estudos na contagem da economia de um país. Esta seria, portanto, uma estratégia adotada para colocar as mulheres em “seu devido lugar”, ou seja, os economistas, em sua grande maioria homens, não reconhecem o valor econômico da produção de serviços domésticos. O evidente papel dominante das mulheres nestas atividades não remuneradas do lar, bem como a produção de bens fora da esfera mercantil são fatores discriminatoriamente negligenciados, segundo a tese da autora.

Waring busca desmascarar os padrões, usualmente adotados, de mensuração da riqueza, para demonstrar o quão incompletos são para o cômputo do trabalho doméstico, sua produção, consumo e renda advinda da execução deste trabalho. Apesar de mencionar que muitos economistas já consideram ser necessário incorporar tais cálculos, a falta de reconhecimento ainda é muito grande.

A necessidade de mudança decorreu exatamente do ingresso da mulher no mercado de trabalho, quando o cálculo do PIB passou, então, a incrementar tendo em vista, não só o ingresso de uma nova massa de trabalhadoras consideradas, doravante, produtivas, mas também o surgimento de novas atividades no mercado encarregadas de realizar os cuidados do lar, antes de responsabilidade das mulheres que, por adentrarem ao mercado, tornou-se difícil continuar assumindo todas as tarefas de uma dona de casa. A consideração do trabalho doméstico no cálculo do PIB dependeria, então, se os serviços domésticos continuariam a ser realizados pelos membros da mesma família, ou então, seriam pagos, delegados ao mercado.

Em suma, entendo que se deve suspeitar das dificuldades técnicas das quais muitas vezes se usa como justifica para excluir da apuração das contas nacionais os trabalhos domésticos não remunerados no geral. Como será mencionado adiante, a PNAD Contínua não diferencia o tempo dedicado a cada atividade de cuidados nos lares e, mais especificamente, não diferencia cuidados em saúde de outros trabalhos não remunerados. Porém, nada impede de ser acrescentados questionamentos que apure o tempo gasto com membros da família dependentes de cuidados permanentes em saúde no lar, bem como a especificação das atividades realizadas. Da mesma

forma, a quantidade de horas gastas com cuidados gratuitos nos lares poderia ser apurada com os usuários do SUS com a declaração do tempo gasto.

Mercedes Pedrero Nieto (2008) fez uma proposta metodológica para medir o tempo e valorar os cuidados não remunerados em saúde no México, tendo em vista que as pesquisas realizadas para aferir o uso do tempo em trabalhos domésticos não remunerados não conseguiu especificar o tempo empregado em atividades ligadas à saúde.

Ainda que seja possível chegar um valor médio dos trabalhos gratuitos realizados no lar de uma forma genérica, considera a autora que, de fato, há maior dificuldade em captar o tempo dispendido no campo da saúde. O motivo decorre das variadas tarefas demandadas no cuidado de pessoas com necessidades permanente e intensivas em saúde, que vão desde um tomar conta em que o cuidador fique de sobreaviso até a administração de injeções, realização de curativos e uso de equipamentos médicos. Assim, os cuidados em saúde no lar variam em graus de dificuldade técnica, podem ser realizados de forma concomitante com outras tarefas, podem ser divididos com outro membro da família ou contar com a ajuda de um membro externo, como amigo ou vizinho. Existem atividades que não são feitas nos lares como o acompanhamento em consultas médicas, sessões de terapia e internações. Em razão dessa ampla gama de atividades, para se chegar a um valor da contribuição dos cuidados não remunerados na saúde, haveria mais de uma profissão equivalente no mercado, o que também dificulta a medição.

Enfim, mesmo diante desta grande variedade e graus de complexidade das atividades de cuidados nos lares e, levando em consideração tal particularidade, é possível aprimorar e refinar os métodos de apuração do uso do tempo nos lares em cuidados gratuitos na saúde, como usar perguntas fechadas mais específicas e permitir o uso de perguntas abertas para melhor captar a universo das famílias³⁶.

A descrição das atividades em cuidados não remunerados em saúde realizadas nos lares é de suma importância quando se pretende analisar a relação entre a cobertura de um sistema de saúde público e o trabalho incorporado aos lares para tirar conclusões quanto a maior sobrecarga às famílias, principalmente às mulheres, em razão da menor cobertura e piora da qualidade dos serviços públicos. A pesquisa sobre o perfil dos agentes cuidadores, para além de dados como sexo,

³⁶ Mercedes Pedrero Nieto (2008, pp. 174 e 175) faz um quadro sugestivo com quinze perguntas que se valeram das experiências nas pesquisas sobre o uso do tempo no México em 2002 e no Equador em 2005, acrescentando outras que procuram captar como a redução dos serviços públicos em saúde sobrecarrega os lares, bem como compreender o uso de medicina alternativa, sobretudo de métodos da tradição indígena.

idade, raça e classe econômica, pode mapear informações sobre o uso do tempo livre, o adoecimento neste tipo de trabalho e a compatibilização do cuidado gratuito com algum familiar dependente e outro trabalho remunerado³⁷.

Qualquer pesquisa sobre o uso do tempo nos lares chegará à conclusão que as mulheres serão as maiores responsáveis pelo trabalho gratuito, mas é preciso ir além e compreender como se opera essa situação não isonômica, ou seja, demonstrar que os dados que evidenciam que as mulheres dispõem de menos tempo livre, que, muitas vezes, precisam abdicar de uma atividade remunerada no mercado para se dedicar exclusivamente aos cuidados intensivos a algum familiar, que não podem abdicar deste tipo de cuidado, por se tratar de uma obrigação moral e legal, o que pode desencadear fadiga, estafa e depressão. Então, este mapeamento detalhado com a descrição das atividades, perfil dos agentes cuidadores e das pessoas que demandam cuidados intensivos em saúde se revela como o ponto de partida inicial para compreender não só o quadro de injustiça e déficit na prestação em saúde mas também vislumbrar as possíveis saídas institucionais que mitiguem o problema.

2.3. Estudos de casos que contaram ou remuneraram os cuidados associados à saúde

Os cuidados domésticos não remunerados tem uma significativa importância para promover o bem estar em saúde e há dados que comprovam isso. Aliás, há estudos que evidenciam que as famílias, mais do que as instituições públicas ou privadas são quem mais dedicam cuidados, não remunerados, a pessoas que demandam atenção permanente em saúde. María Ángeles Duran (2008) em investigação sobre os circuitos de cuidados de pessoas com doenças crônicas e incapacidades na Espanha, averiguou que cerca de 80% das pessoas que demandam assistência pessoal o recebem de algum ente familiar.

As pesquisas sobre o uso do tempo com os afazeres domésticos e cuidados com pessoas, evidenciam que as mulheres trabalham mais, ao dedicarem mais horas de trabalho doméstico não remunerado, além de também realizarem alguma atividade remunerada. Além disso, tais pesquisas

³⁷ Válido conferir outro estudo de caso de Inés C. Reca e outros (2008) que levantou informações sobre as atividades realizadas no cuidado de familiares dependentes e respectivo tempo dispendido no Chile.

apontam a relação entre trabalho produtivo e reprodutivo e as dificuldades que a sobrecarga de trabalhos domésticos engendra no ingresso da mulher no mercado produtivo, dificultando assim a garantia de renda fixa na família. Formas de aferição do valor e do quanto representa o trabalho doméstico não remunerado são importantes para se ter em vista os custos econômicos e sociais inerentes dos cuidados e ter a medida mais precisa do quanto eles contribuem para a economia e para o bem estar. Além disso, as pesquisas do uso do tempo são a prova empírica da divisão sexual e racial do trabalho, e da variação do modo como se organizam os cuidados no circuito das famílias. Esse processo de visibilidade apela, assim, para que a discussão sobre as responsabilidades dos cuidados seja de ordem coletiva e social, não individual e privada.

Contudo, nessas pesquisas de uso do tempo, com frequência, os cuidados aparecem junto a outras atividades que também são trabalhos não remunerados, porém, não identificam os cuidados dentro de suas próprias especificidades. Quanto mais específicas forem as pesquisas e atentas às dimensões de organização dos cuidados mais reveladores serão os dados sobre as necessidades de cuidados, isto é, quais são as nossas vulnerabilidades e qual o grau de dependência do outro para receber os cuidados, além de identificar o perfil dos trabalhadores responsáveis (BATTHYÁNY, GENTA E PERROTTA, 2017)

No Brasil, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) se consagra como principal fonte de dados sobre o uso do tempo nos afazeres domésticos e nos cuidados com pessoas que “produz informações sobre a inserção da população no mercado de trabalho segundo características demográficas e de educação. Também gera resultados anuais, destinados ao estudo do desenvolvimento socioeconômico do país, sobre temas como trabalho infantil e outras formas de trabalho, cuidados pessoais e afazeres domésticos, tecnologia da informação e da comunicação e outros aspectos relevantes selecionados de acordo com as necessidades de informação.”³⁸

Tendo por base a PNAD Contínua de 2019, o IBGE no estudo “Estatísticas de Gênero. Indicadores sociais das mulheres no Brasil” (IBGE, 2021, pp. 3 e 4) concluiu que:

“No Brasil, em 2019, as mulheres dedicaram aos cuidados de pessoas ou afazeres domésticos quase o dobro de tempo que os homens (21,4 horas contra 11,0 horas). Embora na Região Sudeste as mulheres dedicassem mais horas a estas atividades (22,1 horas), a maior desigualdade se encontrava na Região Nordeste. O recorte por cor ou raça indica que as mulheres pretas ou pardas estavam mais envolvidas com os cuidados de pessoas

³⁸ https://www.ilo.org/brasilia/noticias/WCMS_844260/lang--pt/index.htm

e os afazeres domésticos, com o registro de 22,0 horas semanais em 2019, ante 20,7 horas para mulheres brancas. Para os homens, contudo, o indicador pouco varia quando se considera a cor ou raça ou região. Entre as mulheres, também há diferenças marcantes por rendimento domiciliar *per capita*, com uma média maior de horas trabalhadas nas atividades de cuidados e afazeres domésticos entre aquelas que fazem parte dos 20% da população com os menores rendimentos (24,1 horas) em comparação com as que se encontram nos 20% com os maiores rendimentos (18,2 horas). Essa diferença mostra que a renda é um fator que impacta no nível da desigualdade entre as mulheres na execução do trabalho doméstico não remunerado, uma vez que permite acesso diferenciado ao serviço de creches e à contratação de trabalho doméstico remunerado, possibilitando a delegação das atividades de cuidados de pessoas e/ou afazeres domésticos, sobretudo a outras mulheres.”

Em síntese, a PNAD Contínua de 2019 confirma que as mulheres, negras e pobres, sobretudo da região Nordeste, são as que mais dedicam horas de trabalho aos afazeres domésticos e ao cuidado de pessoas.

Hildete Pereira de Melo (2005) demonstrou ser possível medir a participação do trabalho doméstico não remunerado, estimando o valor de 185 bilhões de reais para o ano de 2004, 12,76% do PIB do Brasil. Basicamente o método da autora equivale ao entrecruzamento da quantidade de horas dedicadas ao trabalho gratuito nos lares apurada pela PNAD multiplicado pelo salário hora da média salarial do emprego doméstico para o ano de referência.

No Uruguai foi realizada uma pesquisa específica sobre o uso do tempo em cuidados não remunerados em saúde em 2013, cuja análise por Karina Batthyány e outras concluiu que as mulheres com menos 65 anos assumem a maior parte deste trabalho nos lares. A pesquisa também evidenciou que as mulheres se encarregam dos cuidados mais complexos, por se responsabilizarem, muitas vezes, de mais de uma pessoa dependente, como crianças e idosos, e realizarem as atividades mais complexas, que até mesmo demandam alguma competência técnica.

A escassez de informações sobre os cuidados não remunerados em saúde tem efeitos negativos na planificação da saúde não só por deixar de conferir um valor a este trabalho, mas também por se omitir a contribuição destes cuidados ao bem estar e sua relação com um sistema público de saúde.

A pesquisa feita no Uruguai sugere existir uma inversão dos papéis entre sistemas institucionais de saúde e os lares, quando se pensava que estes auxiliavam os primeiros, na verdade resulta que a maior parte dos trabalhos em saúde são prestados de forma não remunerada e por familiares. De nosso lado, não há evidências empíricas que constatarem maior desempenho de cuidados gratuitos nos lares do que no SUS. Válido destacar que o Uruguai passou por uma reforma sanitária em 2007 na qual foi estabelecido um sistema nacional integrado universal e gratuita, ou

seja, com uma diferença de quase 20 anos com o SUS, tendo igualmente desafios em sua implementação. Mesmo com todos os obstáculos à implementação do direito à saúde no Brasil, certamente a existência e resistência de um sistema de saúde universal, integral, intersetorial e federativo alivia de sobremaneira os cuidados não remunerados nos lares.

Assim, como consequências de reformas sanitárias que visam diminuir os sistemas públicos e universais de saúde e remeter à iniciativa privada a prestação deste serviço, está a transferência de custos e responsabilidades às famílias, principalmente àquelas que não tem condições econômicas de adquirir os serviços de saúde no mercado, sobrecarregando, principalmente, as mulheres. Dessa forma, a universalidade, a gratuidade e o acesso à saúde pública constituem medidas essenciais para melhor prover a saúde, bem como para reduzir a pressão nos lares em prover cuidados gratuitos, ainda mais em atividades que, muitas vezes, demandam um saber fazer técnico. De lado outro, as pesquisas sobre o uso do tempo evidenciam empiricamente a divisão sexual e racial do trabalho e da variação do modo como se organizam os cuidados no circuito das famílias.

3. Propostas de remuneração e contagem dos cuidados na saúde, o viés político do assalariamento dos cuidados não remunerados

A discussão sobre os salários ao trabalho doméstico, ou propostas que procuram encontrar uma contrapartida ao trabalho não remunerado vai muito além de encontrar o valor de um salário justo e equitativo e que efetivamente retribua o trabalho realizado de forma gratuita. Segundo Silvia Federici, o reconhecimento do trabalho somente como aquilo que tenha contrapartida um salário omite a extensão da subordinação das nossas relações familiares e sociais: “O salário e a falta dele permitem ao capital obscurecer a verdadeira duração da nossa jornada de trabalho. O trabalho aparece apenas como um compartimento único da vida, realizado apenas em momentos e espaços determinados.” (FEDERICI, 2018, p. 77). Silvia Federici procura tratar essa discussão sobre os salários sob uma perspectiva política de modo que tal luta signifique a independência econômica e a autonomia da mulher ao se apropriar da linguagem capitalista. Mas acontece que os cuidados não remunerados estão fora desse circuito, dessa linguagem, justamente porque ele é destinado a não

ser remunerado. É um trabalho que foi imposto, que é construído como atributo natural às mulheres, por isso, a reivindicação por salários significa uma recusa ao que se considera como natureza feminina, no entendimento de Federici.

O fato de ele não ser remunerado e ser visto somente sob a perspectiva do amor, dos sentimentos, retira sua característica como trabalho. Vale lembrar as ideias de Viviana Zelizer e sua desconstrução da separação dos mundos hostis. A divisão entre mundo da racionalidade, do trabalho, da economia e mundo das emoções, da vida privada não é exata, havendo uma forte intromissão entre uma e outra. Há tantas formas de trabalho racionais que são pautadas pelas emoções e sentimentos e tantos outros trabalhos afetivos que são normalmente remunerados. Qualquer tentativa de separação seria, portanto, falaciosa.

A ideia de que os cuidados não remunerados³⁹ não sejam um trabalho e não devam ser remunerados ou de que seja um atributo natural da mulher tem um propósito no modo como se opera o trabalho produtivo, bem como no modo como o Estado se estrutura e se apoia em um trabalho gratuito para gerar bem estar.

Na visão de Federici, a luta por salários pode parecer em princípio uma luta pelo ingresso nas relações capitalistas. No entanto, essa atividade sempre esteve inserida dentro da lógica capitalista, por isso, sua proposta é revolucionária não porque destrói por si o capitalismo mas porque força o capital a reestruturar as relações sociais. A proposta em remunerar os cuidados não remunerados deve levar a uma reestruturação nas relações sociais de sexo, ponto que retorna à discussão do primeiro capítulo sobre a divisão sexual do trabalho, o antagonismo e tensão nas relações sociais de sexo. Haveria um mundo no qual essa relação deixasse de ser oposta e conflitiva, ou é possível chegar a uma solução diversa?

Um ponto que merece ser criticado na análise de Silvia Federici recai sobre o argumento de que, mais do que receber o salário, o trabalho doméstico não remunerado deveria deixar de ser feito. Parece-me que a autora desconsidera a imprescindibilidade e necessidade dos cuidados em qualquer estágio da vida, e por mais que ela reforce o caráter revolucionário que os salários tenham em conferir visibilidade aos cuidados não remunerados, não vejo como existir um mundo sem cuidados. Eu entendo que ela rebate a distribuição desigual das responsabilidades dos cuidados,

³⁹ Silvia Federici usa o termo trabalho doméstico não remunerado, combinação de serviços físicos, emocionais, sexuais, de promoção do bem estar. O termo cuidado somente aparece no contexto da relação com vulneráveis.

mas não vejo como ela propõe, mesmo que de forma teórica, como ressignificar tais responsabilidades.

O debate sobre direitos de distribuição e direitos de reconhecimento, abordado por Nancy Fraser (1996), muito contribui para compreender e dialogar com a visão da Silvia Federici na busca de alternativas para valorizar os cuidados não remunerados. Alguns grupos são estigmatizados porque são explorados do ponto de vista econômico. Transpondo este debate ao tema dos cuidados e ao fato de que as mulheres exercem a maior parte dos cuidados não remunerados, resulta então que as mulheres se encontram não somente em uma condição de privação material pois trabalham sem nenhuma contrapartida de remuneração (e já vimos que os cuidados são trabalhos) além de não serem valorizadas, isto é, não se reconhece que provimento de cuidados é essencial para a manutenção da vida. A reivindicação pelo reconhecimento não é traduzida materialmente apenas, sem que haja um enfrentamento cultural e simbólico para que se operem mudanças nas práticas e interações sociais, bem como nas bases teóricas dos campos do conhecimento.

CONCLUSÃO

Em um tema que trata sobre a conta dos cuidados não remunerados na saúde, espera-se que chegue a um resultado numérico preciso, mas a conclusão é que dois mais dois é igual a cinco.

Estimar em que medida os cuidados não remunerados contribuem na promoção da saúde é, certamente, o primeiro passo para mitigar essa situação de injustiça que recai às mulheres, sobretudo mulheres negras, pardas e pobres. Tal iniciativa representaria a quebra de um paradigma em colocar este trabalho reprodutivo no mesmo patamar e importância atribuídos a trabalhos produtivos e remunerados. Contudo, não há como negar que essa medida corresponderia a uma redistribuição afirmativa (FRASER, 2001) o que pode até levar a um ciclo de estigmatização e perpetuação do desprivilegio, em oposição à redistribuição transformativa a qual proporciona maior solidariedade e compensação no ônus das responsabilidades de cuidados.

Outra questão a ser enfrentada, em razão desta situação não isonômica, é forma como os conceitos são definidos e as bases do pensamento em que se assentam os campos do conhecimento, como o Direito, a Economia e outros ramos das Ciências perpetuam a desvalorização dos cuidados e até mesmo as formas profissionais de cuidados, associando este trabalho como funções próprias das mulheres, e relegando o trabalho reprodutivo como ator secundário na manutenção da vida. Portanto, rever e repensar as bases jurídicas em que se fundam os direitos relacionados ao cuidado são necessários para mudar e emancipar os eixos de opressão relacionados ao cuidado. Mas, novamente, reestruturações jurídicas para reconhecer e amparar formas de cuidados não remunerados podem perpetuar quadros de desigualdades, ao, por exemplo, manter a responsabilidade às mulheres.

O cuidado carrega um forte aspecto relacional, pessoal e afetivo, mesmo que não se limite a essa dimensão afetiva-emocional que resulta na naturalização do trabalho feminino, tal aspecto é relevante e constitutivo de suas características. Em se tratando de cuidados não remunerados no âmbito da saúde, resulta ainda mais difícil separar o tempo e as atividades relacionadas à saúde de outros trabalhos não remunerados. Por um lado, o cuidado não se restringe somente ao trabalho formal remunerado, nem por essa linguagem consegue ser explicado ou suficientemente ordenado, tampouco se limita a um serviço, mas envolve dimensões do trabalho afetivo. Por outro, não há como negar a presença de recursos materiais nessas relações tanto por parte dos cuidadores quanto

por parte dos receptores. Essas transferências não ocorrem somente dentro da família e mercado, mas ocorrem também dentro do Estado. A educação, a saúde e o sistema de seguridade social públicos têm um relevante papel em gerar bem estar.

Ademais, as características dos cuidados relacionados à vulnerabilidade, dependência e bem estar aparecem nas discussões sobre Estado de Bem Estar Social. O ingresso das mulheres no mercado formal “produtivo” de trabalho suscitou uma questão: quem deverá ser responsável pelos cuidados, ou como conciliar o tempo dedicado ao trabalho produtivo com o trabalho familiar de cuidados? É justo e igualitário que as mulheres assumam a maior parte do tempo e responsabilidades com os cuidados?

Ainda estamos distantes de uma implementação plena do SUS, mas analisando seus princípios e diretrizes, inclusive com os exemplos mencionados no primeiro capítulo, os cuidados não remunerados são parte constitutiva de nosso sistema de saúde, que não se apoia apenas no trabalho profissional; Além do mais, os princípios da universalidade, gratuidade e igualdade em que se pauta o direito à saúde são fundamentais para reduzir as desigualdades e aliviar a sobrecarga de trabalhos nos lares.

A inclusão dos cuidados na agenda institucional de Estados de Bem Estar Social, quando se atém a redistribuir responsabilidades, promover o bem estar e combater injustiças, em um plano ideal, deve levar em conta a dimensão relacional e social na qual os cuidados estão inseridos. É dizer, o foco não reside somente na pessoa cuidada em sua vulnerabilidade, mas como e quem deverá ser responsável por cuidar do beneficiário dos cuidados. Com este objetivo, assim, a meta não se limita apenas em amparar dependências individuais, mas resolver impasses de interesse coletivo, tais como a conciliação entre trabalho remunerado no mercado e os cuidados com uma pessoa dependente, o que envolve tempo e recursos materiais por parte do provedor. O tema dos cuidados representa um dos pontos mais sensíveis da inequidade de gênero eis que a maior ocupação de mulheres em relação aos homens com as atividades de cuidados representa menor tempo livre disponível, dificuldades em inserção e reinserção no mercado formal de trabalho, empobrecimento e estigmatização.

Vale pensar por que a saúde é considerada um direito para todos, mas os cuidados, dificilmente, são levados no âmbito institucional e na linguagem dos direitos sociais como um direito de todos e obrigação coletiva. Amparando-se nas ideias de Joan Tronto (2013), ela levanta o debate dos cuidados para o âmbito coletivo e político, e demonstra que dentro da obrigação moral

interna às relações privadas há elementos que devem ser trazidos ao âmbito público na medida em que a discussão envolve o reassentamento das responsabilidades materiais em exercer um trabalho gratuito, a enorme promoção de bem estar da qual se encarrega este trabalho gratuito, além do direito a ser cuidado.

Para concluir tais considerações, convém destacar a necessidade de elevar ao debate público as injustiças e desigualdades decorrentes da divisão sexual do trabalho como um tema central. Deslocá-lo à margem de outros temas torna as chances para proceder mudanças permanentemente incompletas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albelda, Randy, Mignon Duffy, and Nancy Folbre, 2009. "Counting on Care Work: Human Infrastructure in Massachusetts." Amherst: Center for Social Policy, University of Massachusetts.

Araujo, Anna Bárbara. Gênero, reciprocidade e mercado no cuidado de idosos. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 27, n. 1, maio 2019. ISSN 1806-9584. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/1806-9584-2019v27n145553>>. Acesso em: 28 jul. 2020. doi:<https://doi.org/10.1590/1806-9584-2019v27n145553>.

Araujo Guimaraes, Nadya (2019): "Os circuitos do cuidado. Reflexões a partir do caso brasileiro". Comunicação ao 2019 Congress of the Latin American Studies Association - LASA Boston, USA. Painel "El trabajo de cuidado: relaciones, significados, derechos. Miradas Latinoamericanas.

Batthyány, Karina, Genta, Natalia e Perrotta, Valentina, El aporte de las familias y las mujeres a los cuidados no remunerados en salud en Uruguay. *Estudios Feministas*, Florianópolis, 25 (1): 187-213, janeiro-abril/2017.

BERCOVICI, Gilberto, Constituição Econômica e Desenvolvimento: Uma Leitura a partir da Constituição de 1988, São Paulo, Malheiros, 2005

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acessado em 20/08/2022.

Brasil. Leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm e http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm. Acessado em 20/08/2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005, p.8

Castles, Francis G., Pierson, Christopher. *The Welfare State reader*. 2ª edição, Polity, 2006.

Cecilio, Luiz Carlos de Oliveira O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2007, v. 11, n. 22 [Acessado 23 Janeiro 2022] , pp. 345-351. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000200012>>. Epub 21 Set 2007. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000200012>.

CECILIO, Luiz Carlos Oliveira. "Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma realidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n.03, p. 469-478, jul/set., 1997

Crenshaw, Kimberlé W. (2010). "Beyond entrenchment: Race, gender and the new frontiers of (un)equal protection". In: Tsujimura, M. (ed.) *International Perspectives on Gender Equality & Social Diversity*. Sendai: Tohoku University Press.

Dallari, S. G. A construção do Direito à Saúde no Brasil. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 9-34, nov. 2008.

Dourado, D. de A., Dallari, S. G., & Elias, P. E. M. (2013). Federalismo sanitário brasileiro: perspectiva da regionalização do Sistema Único de Saúde. *Revista De Direito Sanitário*, 12(3), 10-34. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v12i3p10-34>

Ehrenreich, Barbara, Hochschild, Arlie Russel (ed) (2003) *Global woman. Nannies, maids and sex workers in the new economy*, New York: Henry Holt and Company. “Introduction” (p. 1-14), capítulo Parrenas, Rhacel Salazar (p.39-54) e capítulo Sassen, Saskia (p. 254-274)

Esping-Andersen, Gøsta. *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge, UK Polity Press 1990, pp. 221-229.

Esping-Andersen, Gøsta. *Why we need a new Welfare State*. Oxford Oxford University Press 2002, New York, pp. 8-24; pp.68-95.

Estrategia de Montevideo para la Implementación de la Agenda Regional de Género en el Marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030. LC/CRM.13/5, Marzo de 2017, Original: Español, S.17-00035, Naciones Unidas, Impreso en Santiago.

Feuerwerker, Laura Camargo Macruz, Merhy E., Erminia Silva “Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde?” em Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes/ organização Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Débora Cristina Bertussi, Emerson Elias Merhy – 1 ed. – Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

Fraser, Nancy. *Justice Interruptus, Critical Reflections on the “Postsocialist” Condition*. Routledge. New York & London, 1997.

Folbre, Nancy. “Who cares? A Feminist Critique of the Care Economy.” Rosa Luxemburg Stiftung New York Office, 2014.

Folbre, Nancy, Nelson, Julie A. (2000) “For Love or Money - Or Both?”, *The Journal of Economic Perspectives*, Vol. 14, No. 4 (Autumn, 2000), pp. 123-140

FURTADO, Celso, *Brasil: A Construção Interrompida*, 2ª ed, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1992

Guilbert, Madeleine; Isambert-Jamati, Viviane (1962). “La répartition par sexe”, in Friedmann, Georges; Naville, Pierre (orgs.) *Traité de Sociologie du Travail*, Paris: Armand Colin, vol. 1, cap. 7 (tradução ao português: *Tratado de Sociologia do Trabalho*, São Paulo: Cultrix, 1973, vol. 1, cap. 7, pp. 304-322).

Guimarães, Nadya Araujo; Vieira, Priscila Pereira Faria. As “ajudas”: o cuidado que não diz seu nome1. **Estud. av.**, São Paulo, v. 34, n. 98, p. 7-24, Apr. 2020.

Harman, Sophie (2016) Ebola, gender and conspicuously invisible women in global health governance, *Third World Quarterly*, 37:3, 524-541, DOI:10.1080/01436597.2015.1108827

Hirata, Helena; Kergoat, Danièle. (1994 [1993]). “A classe trabalhadora tem dois sexos”, *Estudos Feministas*, 2 (3): 93-100. Edição original: “La classe ouvrière a deux sexes”. *Politis – la revue*, n. 4, 1993, pp. 55-58.

Hirata, Helena (2014). Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais, *Tempo Social*, v. 26, n° 1, Jan-jun., p. 61-74.

Hirata, Helena. Subjetividade e sexualidade no trabalho de cuidado*. *Cad. Pagu* [online]. 2016, n.46 [cited 2020-09-10], pp.151-163. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332016000100151&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1809-4449. <http://dx.doi.org/10.1590/18094449201600460151>.

Hirata, Helena (1989). “Pesquisas sociológicas sobre as relações de gênero na França”. In: *Relações sociais de gênero e relações de sexo*. Anais do Seminário, Universidade de São Paulo, Departamento de Sociologia, 1988. São Paulo: CODAC-USP, 1989, p. 88-100.

Hirata, Helena; Araujo Guimaraes, Nadya; Sugita, Kurumi (org) (2012) “Cuidado e cuidadoras: o trabalho do care no Brasil, França e Japão”. In: *Cuidado e cuidadoras. As várias faces do trabalho do care*, Sao Paulo: Atlas, parte 2, capítulo 5, p. 79-102.

Hirata, Helena. Teorias e práticas do care: estado sucinto da arte, dados de pesquisa e pontos em debate. Cuidado, trabalho e autonomia das mulheres/Nalu Faria (org.), Renata Moreno (org.). São Paulo: SOF, 2010. 80 p. (Coleção Cadernos Sempreviva. Série Economia e Feminismo, 2).

Kergoat, Danièle (2009). “Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux”. In: Dorlin, E. (org.) *Sexe, Race, Classe. Pour une épistémologie de la domination*. Paris: PUF, Actuel Marx Confrontations, 2009, pp. 111-125. (Tradução brasileira in *Novos Estudos Cebrap*, n. 86, 2010, pp. 93-103).

Kergoat, Danièle (2016) “Le care et l’imbrication des rapports sociaux”, In: Guimarães, N.A., Maruani, M., Sorj, B. (dir) *Genre, race, classe. Travailler en France et au Brésil*. Paris: l’Harmattan, p. 39-51 (tradução brasileira O cuidado e a imbricação das relações sociais, in Rangel de Paiva Abreu, Alice, Hirata, Helena, Lombardi, Maria Rosa (org.) *Trabalhar no Brasil e na França. Perspectivas interseccionais*. São Paulo: Boitempo, 2016).

Kergoat, Danièle (2012 [1978]). “Ouvriers=ouvrières. Propositions pour une articulation theorique de deux variables: sexe et classe”. *Se battre, disent-elles*. Paris: La Dispute, cap. 1. Originalmente publicado em: *Critiques de l’Economie Politique*, 5 (out-dez), pp. 65-97 (tradução brasileira como *Lutar, dizem elas...* Recife: SOS Corpo, 2018).

Kergoat, Danièle (2000). “Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe”. In: Hirata, H. et al (coord.) *Dictionnaire critique du feminisme*, Paris: PUF, p. 35-44 (trad. bras. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo, in *Dicionário Crítico do Feminismo*, São Paulo: EDUNESP, 2009, p. 67-75

Lima, Márcia; Prates, Ian. Emprego doméstico e mudança social Reprodução e heterogeneidade na base da estrutura ocupacional brasileira. *Tempo soc.*, São Paulo , v. 31, n. 2, p. 149-172, May 2019 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702019000200149&lng=en&nrm=iso>. access on 07 June 2020. Epub Aug 29, 2019. <http://dx.doi.org/10.11606/0103-2070.ts.2019.149291>.

Lima, N.; Fonseca, C. M. O.; Hochman, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia, Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flávio Coelho (Orgs.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005, p. 27-58.

Mathieu, Nicole-Claude (1991). *L’Anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe*. Paris: Côté-femmes (versão ao inglês: “Ignored by some, denied by others: the social sex category in Sociology”, London: Women’s Research and Resources Centre Publications, 1977)

MENA, Paulina, ROJAS, Olga. *Padres solteros de la Ciudad de México. Un estudio de género*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. El Colegio de México. Papeles de población n° 66, UAEM, 2010.

Mendes, Áquilas; Carnut, Leonardo e Guerra, Lucia Dias da Silva. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* [online]. 2018, vol.42, n.spe1, pp.224-243. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s115>.

MERHY, Emerson Elias. *O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde*. In: Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 108-137 (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Molinier, Pascale; Paperman, Patricia. Descompartimentar a noção de cuidado?. *Rev. Bras. Ciênc. Polít.*, Brasília, nº 18, pp. 43-57, Dec; 2015.

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010333522015000400043&lng=en&nrm=iso>.access on 12 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-335220151802>.

Molinier, Pascale (2000) “Travail et compassion dans le monde hospitalier”, in *Cahiers du Genre* nº 28 (Dossiê “La relation de service. Regards croisés”), pp. 49-70 (em português, uma versão diferente: Molinier, Pascale (2008) “A dimensão do cuidar no trabalho hospitalar: abordagem psicodinâmica do trabalho de enfermagem e dos serviços de manutenção”, *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 33 (118), p. 06-16

Mussi, Cristiane Miziara. Inovações Trazidas pela nº 12.873 de 24 de outubro de 2013 ao salário-maternidade. *Revista de Previdência Social*, São Paulo, v.37, n.396, p.962- 972, nov. 2013

Nogueira, Roberto Passos. (1986). Dinâmica do mercado de trabalho em sa'ude do Brasil, 1970-1983 / Roberto Passos Nogueira. *Educación médica y salud* 1986 ; 20(3) : 335-350 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/48763>

De beneficiarias a ciudadanas, acceso y tratamiento de las mujeres en los sistemas de pensiones de América Latina, ISBN: 978-92-1-058651-1 (versión pdf), naciones Unidas, 2019.

Paim, J.S. “Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica”. *Tese* (doutorado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador: J.S. Paim, 2007. 300p.

Paim, J. S., *O que é o SUS – Rio de Janeiro*: Editora Fiocruz, 2009. 148 p.

Paim, J. S. e outros *The Brazilian Health System: history, advances, and challenges*

Paperman, Patricia, Laugier, Sandra (dir) (2005) *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Paris: Éditions de l'EHESS.

Projeto: A política social em tempo de crise: articulação institucional e descentralização. Volume I. Reflexões sobre a natureza do bem estar. Comissão Econômica para América Latina e Caribe, Brasília, 1989.

Rumboldt, Benedict e outros. Universal Health Coverage, priority setting, and the human right to health. *The Lancet*, v. 380, 2017.

Saffioti, Heleieth (2013). *A Mulher na Sociedade de Classes. Mito e Realidade*. São Paulo: Expressão Popular, 3ª edição, pp. 35-105.

Santos, Lenir. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 4 [Acessado 20 Agosto 2022], pp. 1281-1289. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>.

Silva, Élide Karla da Costa, Da Silva, José Marcos. Saúde da trabalhadora, equidade de gênero e Covid-19: análise de implicações para a mulher trabalhadora da saúde no Brasil em Educação, trabalho e gestão na saúde [livro eletrônico]: reflexões, reflexos e ações / Organizadora Silvana Lima Vieira. – Guarujá, SP: Científica Digital, 2021.

Sorj, Bila, (2014). “Socialização do cuidado e desigualdades sociais” in Tempo Social, Revista de Sociologia da USP, pp. 123-127 volume 26, nº 1, junho de 2014 ISSN 0103 2070.

Tronto, Joan (2018) « Economía, ética y democracia: tres lenguajes en torno al cuidado». In: Arango Gaviria, Luz Gabriela, Amaya Urquijo, Adira, Pérez-Bustos, Tania, Pineda Duque, Javier (Ed. acad.), *Género y cuidado. Teorías, escenarios y políticas*. Bogota: Universidad Nacional de Colombia, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad de los Andes, p. 22-36.

WARING, Marilyn. Review of *If Women counted: A new Feminist Economics*. Harper Collins Publishers, San Francisco, Paperback Edition, 1990

WERMELINGER, M. et al. A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v.45, n.2, p. 54- 70, 2010

Zelizer, Viviana (2012) “A economia do *care*”. In: Hirata, Helena; Araujo Guimarães, Nadya (orgs.) *Cuidado e cuidadoras. As várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Atlas, pp. 15-28.

Zelizer, Viviana (2010) « Caring Everywhere », in Boris, Eileen; Salazar Parrenas, Rhacel (ed) *Intimate Labors. Cultures, Technologies and the Politics of Care*, Stanford, Stanford University Press, p. 267-279.

VIII Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986.