

Reflexões sobre o dueto família e gênero na política de saúde brasileira

Reflections on the duet of family and gender in Brazilian healthcare policy

Edilane Bertelli*

Keli Regina Dal Pra**

Michelly Laurita Wiese***

Resumo: O artigo analisa o dueto família e gênero como dimensões constitutivas das políticas de proteção social e, no caso específico, da estruturação da política de saúde no contexto brasileiro contemporâneo, cuja família configura-se num agente central, sem, no entanto, considerar a “consustancialidade” das relações sociais de classe, étnico-raciais e de gênero. A partir de revisão bibliográfica sobre cuidado, família e gênero sob a ótica de estudos feministas e, de pesquisa qualitativa com famílias inseridas em serviços de atenção domiciliar, abordam-se aspectos da relação família e gênero na atenção básica em saúde, seguida da relação família e gênero no Programa Melhor em Casa, e conclui-se com reflexões sobre o gênero do cuidado e o gênero no cuidado, cujas fronteiras, a despeito de não serem fixas e lineares, nas sociedades capitalistas ocidentais tenderam, historicamente, a circunscrevê-las na esfera privada e doméstica da família associada ao feminino e, comumente, separada e oposta à esfera pública associada ao masculino, reproduzindo determinada divisão sexual do trabalho.

Abstract: This article analyzes the duet of family and gender as dimensions that are constitutive of social protection policies, and specifically of healthcare policy in contemporary Brazil. In this context, the family is configured as a central agent, without however, considering the “consustanciality” of social relations involving class, ethnicity, race and gender. The article is based on a bibliographic review about care, family and gender from the perspective of feminist studies. It uses qualitative data from empiric research to address aspects of the relationship between family and gender in basic healthcare, followed by the relationship between family and gender in the Better at Home Program. The article concludes with reflections about the gender of care and gender. Although these distinctions are not fixed and linear, in Western capitalist societies they historically tend to be circumscribed in the private and domestic sphere of the family, which is associated to the feminine and commonly separated and opposed to the public sphere, which is associated to the masculine, reproducing a determined sexual division of labor.

* Assistente Social. Docente do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Integrante do Núcleo de Pesquisa Interdisciplinar Sociedade, Família e Política Social (NISFAPS) e da Rede de Pesquisa em Família e Política Social (REFAPS). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7570-0613>

** Assistente Social. Docente do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS). Integrante do Núcleo de Pesquisa Interdisciplinar Sociedade, Família e Política Social (NISFAPS) e da Rede de Pesquisa em Família e Política Social (REFAPS). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1470-7811>

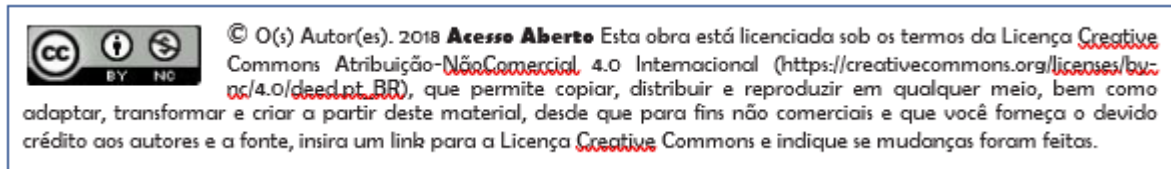
*** Assistente Social. Docente do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Integrante do Núcleo de Pesquisa Interdisciplinar Sociedade, Família e Política Social (NISFAPS) e da Rede de Pesquisa em Família e Política Social (REFAPS). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1392-0650>

Palavras-chaves: Família, Gênero, Cuidado, Política de Saúde.

Keywords: Family, Care, Gender, Healthcare Policy, Collective Health.

Recebido em: 11/04/2023

Aprovado em: 22/05/2023



Introdução

A responsabilidade atribuída às famílias como agente fundamental no provimento de cuidados e bem-estar aos seus integrantes, embora não seja recente na sociedade brasileira, ganhou visibilidade desde a década de 1990. Com o processo de regulamentação de direitos sociais garantidos constitucionalmente, o sistema de proteção delineado no âmbito da seguridade social indicava a família como agente central à organização, em particular, das políticas de saúde e de assistência social. Instituiu-se, jurídica e administrativamente, a família como “parceira” na estruturação de programas e serviços sociais, para além da posição de usuária, beneficiária ou assistida.

Nesse “enredo” inúmeras “tramas” são “tecidas” e “cortadas” pelas relações sociais de classe, de raça e de gênero, pelo quantum de participação compete à família e às mulheres, ao mercado e ao Estado no âmbito da proteção social, quando relacionada aos direitos sociais de cidadania no capitalismo hodierno – cujo pensamento neoliberal e suas diretrizes político-econômicas tem orientado e determinado também a estruturação de programas, serviços e benefícios das políticas sociais.

Apesar dos avanços na política de saúde brasileira com a criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 1990 – donde se reformou o sistema e os serviços de saúde sob os princípios e diretrizes da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação (PAIM, 2006), as medidas de cortes no financiamento público às políticas sociais tem se constituído numa das estratégias para reduzir a responsabilidade social do Estado, implicando a configuração de políticas familistas e a negação do direito básico à saúde para a população mais pobre economicamente (MIOTO, 2012; MIOTO et al, 2015). Não por acaso, portanto, a Emenda Constitucional n. 95/2016, que congelou por vinte anos o investimento público federal do SUS.

Vários autores apontam a tendência contínua e crescente de responsabilização das famílias, ou seja, de privatização do cuidado em saúde à esfera doméstica familiar, relacionada

à política neoliberal de enxugamento do Estado no âmbito da proteção social, que intensifica tanto a mercantilização dos serviços de saúde e a precarização das condições de trabalho, quanto a fragilização da concepção social do processo saúde-doença e a centralidade da família na transferência de responsabilidades. Ademais, segundo Draibe (2007, p. 46), “família e gênero se assentam em base conceitual comum, com relação aos sistemas de políticas sociais: a esfera doméstica da reprodução social e a divisão sexual do trabalho que a fundamenta”.

Como se sabe, a responsabilidade pelo cuidado envolve atividades desenvolvidas majoritariamente por mulheres, tanto no interior das famílias quanto nas instituições públicas ou privadas, haja vista que predomina socialmente a ideia de que as mulheres são dotadas “por natureza” de habilidades requeridas para o cuidado, as quais “naturalmente” são desde cedo desenvolvidas no espaço privado doméstico. Assim, em que pese a ampliação da proteção social, a organização social e política delineada, contrariamente à igualdade de gênero defendida de longa data pelos movimentos feministas, ainda são reproduzidas múltiplas desigualdades de gênero na família e na sociedade, bem como pelo Estado, conforme se observa na política de saúde, tanto na atenção básica quanto na atenção especializada, locus dessas reflexões.

Objetiva-se, nesse contexto, refletir teoricamente sobre os aspectos da relação família e gênero no campo da política de saúde brasileira diante de ações governamentais, que, cada vez mais, reposicionam as famílias em relação aos cuidados em saúde na esfera doméstica da reprodução social, marcada pela divisão sexual do trabalho. A partir da matriz teórica materialista histórica que analisa os fenômenos a partir das categorias de contradição, historicidade e totalidade, trata-se de considerar, portanto, que os sistemas de proteção e as famílias são constituídos e construídos inclusive pela relação de gênero.

Importa pensar a que família se refere a política, os serviços e programas de saúde, como se organiza a distribuição de responsabilidade dos cuidados em saúde entre o público (Estado) e privado (família) erigida sobre os programas da saúde da família e da atenção domiciliar, como gênero configura as famílias e a política social de saúde. Mais ainda, conforme a crítica feminista, trata-se de considerar a “consustancialidade” das relações sociais, raciais e de gênero (KERGOAT, 2016).

Neste artigo, abordam-se aspectos da relação família e gênero na atenção básica em saúde, seguida da relação família e gênero no Programa Melhor em Casa, e conclui-se com reflexões sobre o gênero do cuidado e o gênero no cuidado, cujas fronteiras, a despeito de não serem fixas e lineares, nas sociedades capitalistas ocidentais tenderam, historicamente, a circunscreve-las na esfera privada e doméstica da família associada ao feminino e, comumente,

em oposição a esfera pública associada ao masculino.

Porta de entrada: família e gênero na atenção básica em saúde

Quando se trata da atenção básica na política de saúde brasileira, o Programa de Saúde da Família (PSF) implantado em 1994, inicialmente para o atendimento em áreas de maior risco social, adquiriu importância na agenda governamental como forma de expansão da cobertura dos serviços e de mudanças no modelo vigente – dentre as quais, a municipalização das ações básicas de atenção em saúde e o deslocamento da atenção centrada no indivíduo para a família. Transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF) com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada em 2006, reestruturou os serviços de atenção básica no SUS dos municípios brasileiros.

A família adquira centralidade, entretanto, pertinente se perguntar: sob que concepção? Quem é esta família nesse programa, depois estratégia, da atenção básica em saúde? Como as relações de gênero constituem a organização, as concepções, as abordagens das equipes multiprofissionais desse serviço focalizado na família?

Nos documentos sobre atenção básica do Ministério da Saúde (MS), identifica-se o reconhecimento da família como objeto de atenção, participante do cuidado à saúde e contexto do cuidado, como alvo da vigilância à saúde e do planejamento da assistência, e, ao mesmo tempo, de que a maior proximidade com a família torna o atendimento profissional mais humano, bem como a necessidade de conhecer os integrantes, a situação das famílias e suas demandas. Porém, não são trazidas à tona a concepção de família que norteia a política de saúde e, tampouco, orientações sobre a abordagem com as famílias.

Observa-se, para além de indefinições em relação à família nos serviços de atenção básica de saúde, a naturalização e idealização de família, inscrita na ESF, as quais também implicam a reprodução da divisão social e sexual em relação ao cuidado em saúde, tanto na família quanto na sociedade. Como porta de entrada à atenção básica em saúde modificou-se a sua composição profissional e sua dinâmica organizacional, as quais revelam como famílias são concebidas e como são (re)produzidas as relações de gênero.

A dinâmica do serviço de atenção básica pressupõe a formação de equipes multiprofissionais, composta minimamente de médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS), responsáveis pela atenção inicial à saúde das famílias circunscritas num território. Tem-se, de um lado, o deslocamento da atenção básica centrada no profissional médico ao incorporar a dimensão da interdisciplinaridade e a constituição de equipes multiprofissionais, mas, de outro lado, a permanência de determinada

forma de compreensão e concepção de família, que orientam suas práticas, considerando-se, em particular, o status social das áreas de formação e os múltiplos pertencimentos sociais.

Conforme estudos de Sarti (2010) e Trad (2010), a noção de família geralmente se fundamenta na própria experiência de família vivida, independentemente da área e do nível de formação profissional, a qual, não incomumente, se assenta no modelo idealizado, atomizado e naturalizado de família como unidade nuclear de base biológica. Portanto, alheia a consubstancialidade das relações sociais, raciais e de gênero, constituinte e constitutiva das condições objetivas e subjetivas que concretam os cuidados em saúde no cotidiano da vida de indivíduos e famílias, diferentes e, particularmente, desiguais quando se trata do contexto brasileiro.

Mesmo no campo da saúde coletiva, que desenvolve estudos críticos do modelo de atenção em saúde, observa-se a ausência de reflexões sobre a noção de família. “Como resultado dessa imprecisão, nas experiências concretas de implantação do modelo, está a utilização pelos profissionais de repertório conhecido no campo da saúde a respeito do que é família. Adota-se, assim, a abordagem familiar por ciclos de vida, pela qual os indivíduos são categorizados por sexo e idade, a partir da dimensão biológica do corpo. (...) esta abordagem continua sendo referência para a atuação profissional e para organizar a assistência, operando como forma de traduzir o cuidado à família nos termos do modelo biomédico” (SARTI, 2010, p. 93).

Outro imbróglio se refere a identificação entre família e unidade domiciliar, obscurecendo pensar a família a partir da rede de parentesco ou de pensa-la em rede, “de percebe-la como um mundo de relações, mas também notar as diferentes formas de organização familiar, que não só transcendem, mas, sobretudo, não se confundem com a unidade doméstica”⁷ (SARTI, 2010, p. 94). Além disso, apesar da funcionalidade operacional dessa concepção na organização da atenção básica em saúde, a sua utilização incorre o risco de fixação de “diferenças nas composições das famílias [que] podem ser apenas instantâneos de fases diferentes do ciclo de desenvolvimento de grupos domésticos” (TRAD, 2010, p. 114).

Concomitantemente, verifica-se a permanência do engessamento da concepção de família a despeito da pretensa aproximação com a sua realidade cotidiana, cujas normativas estabelecem às equipes desse serviço a necessidade de conhecer as famílias do território de abrangência, de identificar os problemas de saúde, as situações de risco existentes e sua relação com o contexto comunitário, por exemplo, além da assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica. Em que pesem as mudanças preconizadas nesse modelo, não raro, as famílias adquirem, contraditoriamente, um caráter instrumental – como forma de aproximação ao contexto do indivíduo visando o cumprimento de metas das ações no

campo da saúde –, haja vista a disseminação da “lógica de gestão dos serviços, baseada na aferição de produtividade que implica o alcance mensal de um determinado número de famílias visitadas” (MOROSINI; FONSECA, 2018, p.263).

Ademais, nessa organização territorial do trabalho das equipes multiprofissionais, destaca-se a responsabilidade da relação direta com as famílias nos territórios atribuída ao ACS que, oriundo do próprio território, materializa a pressuposta aproximação e fortalecimento de vínculos entre os profissionais da atenção básica e as famílias atendidas. Em princípio, portanto, são os ACS que representam a porta de entrada e “batem à porta” das famílias nos territórios. Quando se considera a concepção de família e as relações de gênero agenciadas, observa-se a subsunção da saúde dos indivíduos (sujeitos dos direitos de cidadania) à saúde da família e a reprodução social do cuidado em saúde como “coisa de mulher”.

Quando se trata dessa categoria profissional, inegável, conforme observado em vários estudos (KERGOAT, 2016; TRAD, 2010; SCOTT, 2005; NUNES; SARTI; OHANA, 2008) que se manteve a característica de categoria composta predominantemente por mulheres e residentes no território onde trabalham, mesmo com as mudanças havidas nas condições de trabalho, de uma situação de informalidade para a integração nas relações sociais pertinentes a um trabalhador do SUS. Ao mesmo tempo, apontam que as ACS operam no cotidiano de suas atividades com a própria ideia de família, como fazem os demais profissionais da saúde. Fundamentadas no arranjo familiar idealizado de família – a nuclear burguesa –, exercem comumente papel disciplinador. “Trata-se de uma concepção moral de família, identificada com a noção do bem e a consequente dificuldade de pensar o conflito como inerente às relações familiares. Daí a tendência a patologização – segundo um padrão de normalidade informado pelo modelo biomédico – de tudo o que implica situação de conflito ou de ruptura nas relações familiares” (SARTI, 2010, p. 96).

Concordando com Scott (2005), nas ações de saúde se defrontam a visão dos profissionais e das famílias, na qual, comumente, não são consideradas as relações familiares e de vizinhança, e suas implicações no cuidado tal como se desenvolve no território específico, portanto, na contramão do pressuposto de aproximação ao contexto familiar e social do modelo de atenção básica. Opõem-se na prática a lógica do serviço e a lógica da família, reproduzindo a tradicional hierarquia social “que coloca de um lado, os profissionais oriundos das camadas médias e de um universo sociocultural distinto, com saber que lhe corresponde; de outro, as famílias assistidas na comunidade” (SARTI, 2010, p. 95).

As relações familiares são subentendidas como hegemônica e homoganeamente solidárias e complementares. As relações de poder e hierarquias sociais nas relações de gênero

são obscurecidas, corroborando a cristalização de lugares. “Nessa configuração, a mulher se define, acima de tudo, como mãe, a partir de um lugar tradicional de gênero, sendo a grande aliada dos profissionais de saúde, nas suas ações disciplinadoras. Torna-se ‘cumplice’ desses profissionais (...). As mulheres constituem-se nas “cuidadoras” (...), as que tem disponibilidade, podem esperar e adaptar-se ao ritmo do atendimento, ou que estão lá para conversar, para serem escutadas. As ações educativas têm, assim, na mulher, o alvo principal” (SARTI, 2010, p. 97).

O campo da saúde, ainda que não seja característica exclusiva, compõe-se de profissionais advindos de várias áreas de formação profissional e, não menos, marcados pelos pertencimentos de classe, gênero e raça. No que se refere às relações de gênero que constituem e organizam a vida social, estudos relativos à inserção das mulheres no mercado de trabalho, apontam, para além de mudanças, algumas permanências – como os “guetos profissionais femininos”. Incluídas aqui estão pedagogia, enfermagem, serviço social quando se trata de posicionar pela formação no ensino superior, desde longa data caracterizadas pela predominância de mulheres. Incluídas estão também as trabalhadoras domésticas e as ACS quando se trata de posicionar pela formação no ensino fundamental e médio, conforme os parâmetros atuais de escolaridade.

Na medicina tem-se a segregação entre os sexos expressas nas especialidades, donde a medicina sanitaria, a pediatria, por exemplo, apresenta maior presença feminina, enquanto a cirurgia, cardiologia (entre outras), com maior prestígio e remuneração na área, as mulheres são em menor número. “Os estereótipos sociais criados em torno dessas especialidades sinalizam conformações gerais de homens e mulheres na sociedade. A pediatra é a ‘dona de casa da medicina’, assim o mito do instinto maternal tornaria a mulher mais calma, propícia a arte do ‘cuidar’, logo, apta a trabalhar com o tratamento de enfermos de doenças crônicas – pacientes que necessitam de um cuidado contínuo e próximo. Os homens, todos eles banhados pela postura agressiva e sem titubeios, seriam adequados à precisão necessária em manobras cirúrgicas” (CHIES, 2010, p. 508).

Apesar de mudanças sociais e demográficas havidas na sociedade brasileira desde os anos de 1970, persiste a valorização maior de profissões construídas como masculinas se comparadas às femininas. Mesmo quando as mulheres ocupam espaço nessas profissões a tendência é concebê-las como inferiores. Em linhas gerais, na atenção à saúde, “continua-se a conceber a família como assunto de mulheres, crianças e idosos, daqueles, enfim, que se reconhecem vulnerabilidades” (SARTI, 2010, p. 97).

Conforme críticas feministas, o programa de atendimento em saúde básica reforça a identificação naturalizada entre mulher e mãe, de longa data presente em programas de saúde

com ênfase materno-infantil, a despeito das lutas feministas à saúde das mulheres independentemente da função reprodutiva. Ao fim e ao cabo, predomina a ideia do lugar da mulher como natural cuidadora, tanto em relação aos profissionais que compõem as equipes de trabalho da atenção básica em saúde, quanto em relação as famílias nos territórios de abrangência. Reproduz-se nas políticas sociais a naturalização de habilidades socialmente construídas. O trabalho não remunerado da dedicação de mulheres aos cuidados de saúde, associada ao fato desse trabalho de cuidado reunir tanto o afeto quanto a competência, se importantes à efetivação das políticas sociais, implicam e significam, não menos, a sobrecarga de trabalho às mulheres, impedindo-as de se realizarem em outras esferas do social (SCAVONE, 2005).

Desde longa data na sociedade brasileira, embora não exclusivamente, à família competiram os cuidados e provimento dos recursos necessários à sociabilidade e à reprodução social de seus integrantes, sob a égide da concepção idealizada e naturalizada de família – que, importada de outros contextos, “nem sempre ajudam para entender a realidade em que vivemos”–, e da divisão social e sexual do trabalho – cujo trabalho de cuidado, cindido entre esferas pública e privada, ainda permanece como ofício naturalizado feminino e exercido principalmente pelas mulheres na vida em sociedade.

Porta de saída: família e gênero no Programa Melhor em Casa

A família ocupará lugar de destaque e protagonizará papel fundamental na política de saúde, em particular com a criação, em 2011, do Programa Melhor em Casa – cuja nomenclatura, conforme se lê, remete à esfera privada doméstica como porta de saída. A constituição desse programa expressa a reorganização da atenção domiciliar, sob as normativas da Política Nacional de Atenção Domiciliar do MS, que transfere parte da assistência hospitalar para o domicílio. Dito noutros termos, promove o deslocamento de assistência anteriormente centrada nas instituições de saúde reconhecidas legalmente pelo Estado para a família no espaço da própria moradia – configurando uma estratégia de reprivatização do trabalho de cuidado em saúde.

Mesmo que as situações para a atenção domiciliar sejam necessariamente deliberadas pelo saber médico e consentidas pela família, não são necessariamente consideradas as desigualdades consubstanciadas nas relações sociais de classe, gênero e étnico-racial. E, assim como na “porta de entrada”, indaga-se: quem é a família subentendida nesses dispositivos legais que normatizam a atenção domiciliar em saúde? E, mais ainda, quem cuida de quem e sob que formas na atenção domiciliar?

Quem é o cuidado ou a cuidada mostra-se no disposto oficialmente à atenção domiciliar: constitui um “serviço indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa para chegar até uma unidade de saúde, ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento” e que objetiva “proporcionar ao paciente um cuidado mais próximo da rotina da família, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções, além de estar no aconchego do lar” (BRASIL, 2012). Trata-se, portanto, de pessoas dependentes de alguma forma do cuidado de outrem.

Como parte do trabalho de cuidado em saúde é deslocada para o contexto da vida privada, às famílias implicarão mudanças nas suas dinâmicas familiares, na organização do espaço doméstico, nos custos financeiros, nos conhecimentos e habilidades para o cuidado em saúde no domicílio. Todavia, no “andar da carruagem”, sublima-se família e gênero. No repasse do cuidado para as famílias perpetua-se o pressuposto da existência de mulher disponível no seio familiar para tal e a naturalização da disposição para cuidar como feminina.

Na reorganização institucional hospitalar e familiar da atenção domiciliar determinadas relações de gênero são reproduzidas através da tradicional divisão sexual do trabalho assentada na ideia de que cabe ao homem o papel de provedor da família e à mulher as atividades domésticas e funções de cuidado. Reitera-se a imagem idealizada da família, assim como observada na atenção básica, e, ao mesmo tempo, ignoram-se as condições sociais distintas e desiguais das famílias para a satisfação das necessidades de reprodução social, e, não menos, das mulheres. Dito noutros termos, são reiteradas “a cisão ideológica entre casa e trabalho, no ocidente industrializado”, a qual “obscureceu as formas pelas quais cada uma dessas órbitas conforma a outra” (BORIS, 2014, p. 101).

Analisando alguns dados de pesquisa realizada com dez famílias usuárias do serviço de atenção domiciliar em saúde de cinco municípios de Santa Catarina (DAL PRÁ et al, 2018), verifica-se a presença das mulheres como cuidadoras. Conforme os relatos, todas as pessoas indicadas como “cuidadora” pelas famílias desse serviço de saúde são do sexo feminino. Responsabilidade exclusivamente delegada às mulheres – que cuidam de seis homens e de quatro mulheres. Essa realidade corrobora a tendência apontada em vários estudos quanto a predominância das mulheres nas atividades de cuidados domésticos, familiares e pessoais, realizadas no próprio domicílio ou não, mercantilizadas ou não.

O trabalho de cuidado domiciliar não pago, no caso em tela, representa uma proporção maior: em oito das dez famílias. Todos os seis homens (quatro velhos e dois jovens adultos) eram cuidados por alguma mulher da própria família de forma não remunerada – em três

situações são as esposas as cuidadoras, noutras, a mãe, a irmã e a mãe, as filhas e filhos alternadamente, mas, consoante a narrativa, pela proximidade de moradia predominavam as filhas. Entre as quatro mulheres cuidadas, duas famílias dispunham do trabalho de cuidado não pago realizado pelas mulheres – uma pelas filhas e, noutra, pelas filhas e bisneta – e, noutras duas situações, esse trabalho de cuidado fora externalizado.

Nesse universo de pessoas cuidadas e de pessoas cuidadoras predominaram aquelas com idade superior aos sessenta anos – marco determinado socialmente pela cronologia biológica ao “ciclo da vida”, sob o qual se erigem concepções, parâmetros, dinâmicas à vida em sociedade e, especificamente, ao acesso à proteção social como idoso. Entre as dez pessoas cuidadas, seis se enquadram nesta categoria: três na faixa dos 80 anos, dois na faixa dos 70 anos, uma na faixa dos 90 anos – os outros quatro, dois são jovens na faixa dos 20 anos e dois na faixa dos 50 anos. Entre as cuidadoras, seis estão na faixa dos 60 anos ou mais de idade.

Assim, fosse feita uma média, infere-se que se tratam de mulheres idosas cuidando de homens idosos – aspecto este relacionado também às mudanças sociodemográficas com o envelhecimento populacional, que aumentou a demanda de cuidados com pessoas idosas. O cuidado na atenção domiciliar, nesse espectro, corrobora “a ideia da centralidade do trabalho das mulheres, nas instituições ou em domicílio, realizado gratuitamente ou como uma forma de atividade remunerada” (HIRATA, 2016, p. 193).

O que se apresenta é o arquétipo do familismo, pois os cuidados em saúde das pessoas passam a não ser mais executados nos espaços hospitalares, mas por um familiar em sua própria casa e junto dela os seus custos. Segundo Grah (2018), com a incorporação do trabalho familiar não remunerado, este acaba sendo altamente funcional para o *modus operandi* do programa em pauta. “As exigências colocadas ao cuidador envolvem um cuidado tecnificado que podem ser comparadas às funções básicas de técnicos em enfermagem ou outras especialidades presentes no âmbito hospitalar, com custos emocionais, financeiros e repercussões na própria saúde do cuidador” (GRAH, 2018, p. 155).

Considerando o fato de que grande parte dos usuários do SUS pertence a população pobre economicamente – cujos recursos são poucos ou inexistentes para acesso de serviços no mercado, cujos serviços públicos de cuidados pessoal, de creches e escolas, de atendimento as pessoas idosas são insuficientes e ou precários para atender as necessidades sociais básicas – a sobrecarga é inegavelmente maior quando se trata de famílias e de mulheres pobres e ou negras da classe trabalhadora. Necessário, portanto, considerar que os sistemas de proteção social se assentam numa determinada divisão sexual do trabalho, refletindo a estrutura de poder hierárquico ainda predominante nas famílias (DRAIBE, 2007).

Ademais, observa-se os efeitos do envelhecimento acompanhado do adoecimento e os cuidados especiais requeridos cotidianamente sob a responsabilidade de mulheres, reproduzindo a ideia do cuidado como genuinamente feminino e a sobrecarga de trabalho como normal. Conforme constatado em estudos sobre o tema (HIRATA; GUIMARÃES, 2012), dissemina-se a tendência de responsabilização da família pela proteção social em saúde e reproduz-se nos programas de atenção domiciliar as características familistas, principalmente no reforço da família – leia-se da mulher – como instância natural do cuidado.

“Sob o slogan da melhoria e ampliação da assistência no SUS aos pacientes com agravos de saúde, que possam receber atendimento humanizado em casa e perto da família, o Programa Melhor em Casa incentiva e normatiza a presença das famílias, através da obrigatoriedade da indicação de um/a cuidador/a e afirma o processo de privatização, pois a família ao ser incorporada na gestão do cuidado passa a ser “oficialmente” requisitada para tal. Para responder às requisições as famílias têm basicamente duas alternativas: 1) a contratação/pagamento de cuidadores e a 2) utilização do trabalho familiar, não pago e invisível, e que continua recaindo majoritariamente sobre as mulheres” (MIOTO et al, 2015).

A divisão sexual do trabalho doméstico permanecerá invisibilizada nas políticas sociais e, de acordo com Sorj (2014, p. 125), “a questão do *care* aparece como um problema de e para as mulheres”. A despeito de avanços no âmbito dos direitos sociais, cabe as mulheres, principalmente das mães, além do trabalho remunerado, a responsabilidade desproporcional do trabalho doméstico e do cuidado (BILAC, 2014).

Além disso, quando se analisa a distribuição por sexo dos trabalhadores em grandes grupos ocupacionais constata-se que as mulheres se destacam entre os profissionais das ciências e artes, dos serviços administrativos e dos trabalhadores de serviços. Ocupações ligadas ao cuidar, mas um cuidar exercido, agora, na esfera do mercado: professoras, assistentes sociais, enfermeiras (GRAH, 2018). Embora as mulheres constituíssem, de acordo com o Censo Demográfico (IBGE, 2010), 43,5% da População Economicamente Ativa (PEA), famílias chefiadas por mulheres representassem, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2016), 40,5% das famílias, portanto, fossem as provedoras principais ou exclusivas, mantem-se a ideia de que o lugar e atribuição da mulher é “cuidar” da família e da esfera reprodutiva.

Porta dos fundos: o gênero do cuidado e o gênero no cuidado

Ao pensar as relações família e gênero na proteção social são muitas as questões que podem ser trazidas à tona e possíveis porque constituem a cena da vida cotidiana de alguma

forma. Destaca-se, entretanto, a naturalização (histórica) do cuidado como “lugar” das famílias e como “qualidade” das mulheres na família e na sociedade – como se não houvesse a divisão sexual do trabalho e do trabalho doméstico.

Presente, portanto, em vários cenários. Na vida privada da casa quando as mulheres realizam as atividades domésticas necessárias à manutenção e reprodução da vida social – gratuita e ou remunerada. A mulher empregada doméstica responsável por cuidados com a casa e a família de outrem (trabalho formal ou informal remunerado) e pela sua também (trabalho não remunerado). A mulher que para trabalhar no mercado formal contrata outra mulher (empregada doméstica) para determinados cuidados, enquanto ela própria, também profissional, realiza o trabalho (remunerado) de enfermeira ou de professora, por exemplo, em que cuidados estão indubitavelmente implicados. A mulher contratada e remunerada para cuidar de pessoas com limitações físicas (relacionadas à idade, saúde, acidente etc.) no domicílio da pessoa cuidada e que para cuidar de pessoa idosa, por exemplo, de sua própria família conta com a solidariedade familiar e fraternal de outras mulheres. A mulher, “dona de casa”, ao realizar cotidianamente os cuidados com a sua casa e família, que, ao mesmo tempo, por motivações diversas, cuida gratuitamente de pessoa dependente e idosa cuja família vizinha a sua casa.

Como indicado nas reflexões, o cuidado não se restringe a vida privada não mercantil - ou seja, a casa e a família sejam quais dinâmicas familiares forem engendradas. No “mundo do trabalho”, considerado “motor” essencial da engrenagem social capitalista, comumente vislumbra-se o trabalho remunerado e assalariado realizado na dita esfera pública - mercantil. Mas, aqui, o cuidado também está implicado e, mais ainda, as relações de gênero. Veja-se, por exemplo, alguns estudos sobre a participação das mulheres no mercado de trabalho no contexto brasileiro das três décadas finais do século XX, que sinalizam tendências tanto de continuidades quanto de mudanças (BRUSCHINI, 2007; BRUSCHINI, 2000; COSTA; SORJ; BRUSCHINI, 2008; LAVINAS, 1997).

As continuidades apontam o constante incremento da inserção feminina no mercado de trabalho, porém em atividades laborais mais precárias em relação aos vínculos e às condições de trabalho – as mulheres ainda são maioria em ocupações como o trabalho doméstico, cuja remuneração é baixa e amplamente realizado sem carteira assinada. Para as mulheres com nível educacional “superior”, em termos de formação profissional, persistem alguns “nichos tradicionais”: magistério, enfermagem, serviço social.

Dessas continuidades em relação ao mundo do trabalho, a despeito da crescente participação feminina, os “lugares ocupados” por essas mulheres, independentemente do grau

de escolarização, tenderam para atividades relacionadas, de alguma forma, à noção de cuidado. Em particular, se considerarmos que “o cuidado não é apenas uma atitude de atenção, é um trabalho que abrange um conjunto de atividades materiais e de relações que consistem em oferecer uma resposta concreta às necessidades dos outros. Assim, podemos defini-lo como uma relação de serviço, apoio e assistência, remunerada ou não, que implica um sentido de responsabilidade em relação à vida e ao bem-estar de outrem” (KERGOAT, 2016).

Mesmo em relação às mudanças, a despeito da conquista de empregos e da expansão da participação feminina em profissões de maior prestígio social (medicina, direito e áreas da engenharia ocupadas tradicionalmente pelos homens), outro fenômeno econômico-social evidenciado diz respeito à participação cada vez maior no mercado de trabalho de mulheres mais velhas, casadas e que têm filhos, cujas implicações se manifestam tanto nas relações de trabalho e na organização familiar, quanto nas relações de gênero que as constituem e donde o cuidado se faz presente.

Essas mudanças e permanências trazem à tona um corolário de questões, em particular se considerarmos os sentidos do trabalho construídos na modernidade e a constituição dos sistemas de proteção social, originariamente vinculados ao trabalho assalariado, e, não menos, ao levarmos em conta as mudanças contemporâneas na família e na própria cidadania das mulheres – impulsionadas pelos movimentos feministas desde as décadas de 1960 e 1970.

Nas sociedades ocidentais, sob as hostes da racionalidade capitalista de produção, o trabalho socialmente valorizado se refere àquelas atividades realizadas na esfera pública, reconhecidas úteis por outrem e remuneradas. O trabalho que confere dignidade e direitos, existência e identidade sociais às pessoas é o trabalho pago, em particular, o assalariado (GORZ, 2003), implicando, conforme críticas feministas, o esvaziamento de sentido, a invisibilidade e a exclusão de outras tantas formas de trabalho, dentre as quais se situam aquelas realizadas na esfera da reprodução social, não remuneradas e sob a responsabilidade de mulheres.

Embora historicamente o ingresso feminino no mercado de trabalho formal e informal não seja constitutivo apenas dessas décadas e das recentes (se considerarmos o pertencimento de classe e étnico-racial) e seja inegável que se intensificou e tornou-se uma tendência constante desde os anos de 1970, manteve-se a divisão sexual do trabalho doméstico, cuja responsabilidade permanece predominantemente às mulheres. A reprodução dessa relação de gênero produz consequências - distintas consoantes a condicionantes econômicos, políticos e culturais - tanto objetivas quanto subjetivas no cotidiano de trabalhadoras do sexo feminino e, em que pesem os avanços na cidadania das mulheres nas esferas pública e privada, ainda persistem desigualdades e discriminações sociais.

Considerando que gênero se refere às relações sociais de poder construídas a partir das diferenças percebidas entre os sexos e que dizem respeito incluso às organizações e instituições sociais, dentre as quais o mercado de trabalho (SCOTT, 1995), há profissões e ocupações cujas clivagens expressam nitidamente as divisões e hierarquias no mundo do trabalho: algumas delas associadas ao masculino, enquanto outras, ao feminino. Como assinalado, as mulheres ainda são maioria em determinados ramos da atividade econômica - dentre os quais: serviços pessoais, administração pública, serviços de saúde e de ensino, além de comunitários. Isso significa que o setor do mercado de trabalho no qual as mulheres encontravam e ainda encontram as maiores oportunidades de trabalho e emprego é o de serviços.

O envelhecimento populacional como tendência mundial, incluso a sociedade brasileira, tem se mostrado, em alguns estudos, o propulsor do debate acerca do cuidado. Mas não está só, ao se considerar que em algumas políticas de proteção social (saúde, assistência, crianças e adolescentes, idoso) a questão do cuidado se traduz na referência à responsabilidade da família, da sociedade e do Estado. Em que pesem a histórica participação da família no âmbito da proteção, nos dias hodiernos, pelos rumos neoliberais do Estado brasileiro em relação às políticas sociais, essa ordem de responsabilidade não constitui acaso: “preferencialmente” as famílias e, pela “tradição”(?) e “natureza”(?!), indubitavelmente as mulheres – principais implicadas nos efeitos dessa direção político-econômica voltada à reprodução do capital e “de costas” para a reprodução da vida humana.

Quando se trata de família e de cuidado, fundamental a concepção de que gênero constitui e atravessa as relações e instituições sociais, demarcando fronteiras e hierarquias tanto entre campos profissionais quanto entre os sujeitos no interior de um mesmo campo, tanto no mercado de trabalho quanto na família e, mais ainda, a consubstancialidade das relações sociais de classe, sexo e étnico-racial e as desigualdades erigidas, as quais não são poucas, outrora e agora, na sociedade brasileira.

Referências bibliográficas

- BILAC, Elisabete Dória. Trabalho e família: articulações possíveis. *Tempo Social*, São Paulo, n. 26, v. 1, p. 129-145, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ts/a/6Y8y3TwKqbg4dKHfGfPkXTB/?lang=pt>>. Acesso em: 12 jun. 2021.
- BORIS, Eileen. Produção e reprodução, casa e trabalho. *Tempo Social*, São Paulo, n. 26, v. 1, p.101-121, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ts/a/wWWkfy3NCCpzHKXXnQ6tLmw/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 5 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de atenção domiciliar*. v. 1. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf>. Acesso em: 25 out. 2021.

- BRUSCHINI, Maria Cristina Aranha. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. *Cad. Pesqui.* São Paulo, n. 37, v. 132, p.537-572, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cp/a/KybtYCJQvGnnFWWjcyWKQrc/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 15 maio 2021.
- BRUSCHINI, Maria Cristina Aranha; LOMBARDI, Maria Rosa. A bipolaridade do trabalho feminino no Brasil contemporâneo. *Cad. Pesqui.* São Paulo, s.n, v. 110, p.67-104, 2000. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cp/a/dzDXTKKnr96DdTZSqmntH5r/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 25 out. 2021.
- CHIES, Paula Viviane. Identidade de gênero e identidade profissional no campo de trabalho. *Rev. Estud. Fem.* Florianópolis, n. 18, v. 2, p.507-528, 2010. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2010000200013>>. Acesso em: 21 out 2021.
- COSTA, Albertina de Oliveira; SORJ, Bila; BRUSCHINI, Maria Cristina Aranha; HIRATA, Helena (orgs.). *Mercado de trabalho e gênero: comparações internacionais*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2008.
- DAL PRÁ, Keli Regina; WIESE, Michelly Laurita; MIOTO, Regina Célia Tamasso. *Política social e acesso à justiça: um estudo sobre a judicialização das demandas sociais de Saúde e Assistência Social*. Relatório Final de Pesquisa. 2018. UFSC-Florianópolis (digit).
- DRAIBE, Sônia. Estado de Bem-Estar, desenvolvimento econômico e cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (orgs.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2007, p. 27-64.
- GORZ, André. *Metamorfoses do trabalho: crítica da razão econômica*. São Paulo: Annablume; 2003.
- GRAH, Bruno. *O programa melhor em casa enquanto arquétipo do familismo na política de saúde e suas nuances no estado de Santa Catarina*. 2018. Dissertação (Mestrado em Serviço Social – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.
- HIRATA, Helena, GUIMARÃES, Nadya Araujo. Cuidados e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care. Editora Atlas, São Paulo, 2012.
- HIRATA, Helena. O cuidado em domicílio na França e no Brasil. In: ABREU, Alice Rangel de Paiva, HIRATA, Helena, LOMBARDI, Maria Rosa (Orgs.). *Gênero e trabalho no Brasil e na França: perspectivas interseccionais*. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 193-202.
- KERGOAT, Danièle. O cuidado e as imbricações das relações sociais. In: ABREU, Alice Rangel de Paiva; HIRATA, Helena; LOMBARDI, Maria Rosa (orgs.). *Gênero e trabalho no Brasil e na França: perspectivas interseccionais*. São Paulo: Boitempo, 2016. p. 17-26.
- LAVINAS, Lena. Emprego Feminino: o que há de novo e o que se repete. *Dados*, Rio de Janeiro, n. 40, v. 1, p. 41-67, 1997. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/dados/a/VsFRYTrpzXx3NywhjffjrbR/?lang=pt>>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- MIOTO, Regina Célia Tamasso. Processos de responsabilização das famílias no contexto dos serviços públicos: notas introdutórias. In: SARMENTO, Hélder Boska de Moraes (org.). *Serviço Social: questões contemporâneas*. Florianópolis: Editora Ufsc; 2012, p. 125-138.
- MIOTO, Regina Célia Tamasso; DAL PRÁ, Keli Regina. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da Política Social brasileira. In: MIOTO, Regina Célia Tamasso; CAMPOS, Marta Silva; CARLOTO, Cássia Maria (orgs.). *Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social*. São Paulo: Cortez, 2015, p. 147-178.
- MOROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angélica Ferreira. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, n. 42, p.261-274 set, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CtVJJm7MRgkGKjTRnSd9mxG/?lang=pt>>. Acesso em: 12 maio 2020.

- NUNES, Cristina Brandt; SARTI Cynthia; OHARA, Conceição Vieira da Silva. Concepções de profissionais de saúde sobre a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, n.16, v.1, p.136-141, 2008. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/16929>>. Acesso em: 5 mar. 2020.
- PAIM, Jairnilson Silva. Atenção à saúde no Brasil. In: PAIM, Jairnilson Silva. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA; 2006, p. 11-47. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/ptky6/pdf/paim-9788523211776-02.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2021.
- SARTI Cynthia. O lugar da família no programa de saúde da família. In: TRAD, Leny Bomfim (org.). *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010, p. 91-103.
- SCAVONE, Lucila. O trabalho das mulheres pela saúde: cuidar, curar, agir. In: Villela W, Monteiro S, organizadores. VILELLA, Wilza; MONTEIRO, Simone (orgs.). *Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão*. São Paulo: Abrasco, Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA, 2005, p. 101-110.
- SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, Porto Alegre. N. 16, v. 2, p. 71-99, 1995. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>>. Acesso em: 3 ago. 2021.
- SCOTT, Parry. Gênero, família e comunidades: observações e aportes teóricos sobre o Programa Saúde Família. In: VILELLA, Wilza; MONTEIRO, Simone (orgs.). *Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão*. São Paulo: Abrasco, Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA, 2005, p. 73-93.
- SORJ, Bila. Socialização do cuidado e desigualdades sociais. *Tempo Social*, São Paulo, n. 26, v. 1, p. 123-128, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ts/a/x3QD6kvmf3thbpsPBCBrh8C/?lang=pt>>. Acesso em: 8 jul. 2021.
- TRAD, Leny Bomfim. Desafios éticos e tecnológicos no trabalho com família: reflexões em torno da estratégia de saúde da família. In: TRAD, Leny Bomfim (org.). *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010, p. 105-131.