



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Camilla Santos Baptista

Quem cuida de quem? Um ensaio sobre o invisível do trabalho de cuidado no cuidado em
saúde

Rio de Janeiro

2022

Camilla Santos Baptista

Quem cuida de quem? Um ensaio sobre o invisível do trabalho de cuidado no cuidado em saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Willer Baumgarten Marcondes.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Regina Ferro do Lago.

Rio de Janeiro

2022

Camilla Santos Baptista

Quem cuida de quem? Um ensaio sobre o invisível do trabalho de cuidado no cuidado em saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 19 de agosto de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Silvana Maria Bitencourt
Universidade Federal de Mato Grosso

Prof.^a Dra. Cristiane Batista Andrade
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Regina Ferro do Lago (Coorientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Willer Baumgarten Marcondes (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

A todas as mulheres que seguem operando nas redes invisíveis do cuidado.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto de muitos encontros que permitiram com que as ideias aqui contidas fossem postas no papel e se tornassem um trabalho acadêmico. Esses encontros começaram em minha vida pessoal, por isso, início agradecendo a todas as mulheres de minha família, em especial minha mãe, Jane Santos Baptista, com quem pude aprender e viver na prática sobre o cuidado e a sobrecarga atrelada a ele. Agradeço também ao meu pai, João Carlos Baptista, que por inúmeras vezes se entrelaçou nas redes do cuidado e partilhou destas tarefas que permitiram com que eu chegasse até aqui.

Não posso deixar de agradecer também a cada mulher com a qual me deparei, enquanto psicóloga e gestora no SUS, e com quem pude aprender a enxergar e problematizar o trabalho de cuidado e os papéis de gênero atrelados a ele. Foram elas que, mesmo sem saber, me deram forças e percorreram este caminho comigo, como inspiração e sustento.

Agradeço também ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e às coordenadoras Elyne Engstrom e Adriana Coser. Sem todo o acolhimento e compreensão que tivemos durante o período da pandemia da COVID-19, que atravessou todo nosso mestrado, impactando nossas vidas pessoais e profissionais, nenhum de nós teria conseguido concluir esta etapa. Este mestrado foi um respiro e incentivo em tempos tão tortuosos. Agradeço também a minha turma, que foi fonte de trocas tão nutritivas e que sou grata por ter podido acompanhar nesses pouco mais de 2 anos.

Destaco ainda entre meus agradecimentos, a instrução amorosa e inspiradora de meus orientadores Willer Marcondes e Regina Ferro do Lago, com quem pude aprender e construir junto este trabalho do qual tenho tanto orgulho em ter concluído. Nossa parceria deu certo desde os primeiros momentos e nossas visões se complementaram e nos levaram a caminhar e enriquecer as reflexões que aqui se apresentam. Que todo o processo de educação possa ser amparado por instrutores tão competentes, presentes, dedicados e calorosos quanto eles.

Agradeço, também, às professoras que compuseram minhas bancas de qualificação e defesa de mestrado. À professora Tatiana Wargas de Faria Baptista, que apesar de não ter podido estar presente em minha banca de defesa, trouxe contribuições fundamentais em minha qualificação, que não só enriqueceram, como redirecionaram os rumos de meu trabalho. À professora Cristiane Batista Andrade, que esteve comigo nas bancas de qualificação e defesa, além de ter sido inspiração com sua produção sobre o tema do trabalho de cuidado e suas aulas tão engrandecedoras. À professora Silvana Maria Bitencourt, que aceitou a empreitada de

contribuir em minha banca de defesa, trazendo reflexões tão valiosas e generosas sobre meu trabalho.

Por fim, agradeço a minha nova família, que se formou durante o período deste mestrado, e que têm sido parte do que me inspira a produzir ciência e informação de qualidade para que possamos caminhar na construção de uma sociedade mais justa e equânime. Meu companheiro Renan, ouvinte atento e atencioso de minhas reflexões e que partilha comigo, na prática, os aprendizados que o mestrado tem me trazido, subvertendo os estereótipos de gênero relacionados ao cuidado, sendo apoio e parceiro na construção de uma vida comum. E, finalmente, a minha filha Julia, que me acompanha nessa trajetória de mestrado ainda dentro da barriga, tendo partilhado comigo nos últimos 9 meses o desafio de trabalhar, estudar e me tornar mãe, função essa tão interligada a meu tema de estudo. Julia trouxe um novo sentido a tudo em minha vida e me faz encarnar em minha vida pessoal, o que minha vida acadêmica me mostrou, a necessidade de uma sociedade cuidadora.

*Eles nos dizem que é amor.
Nós dizemos que é trabalho não remunerado.
Eles chamam de frigidez.
Nós chamamos de absentéismo.
Todo aborto é um acidente de trabalho.
Tanto a homossexualidade quanto a heterossexualidade são condições
de trabalho... Mas a homossexualidade é o controle da produção
pelos trabalhadores, não o fim do trabalho.
Mais sorrisos? Mais dinheiro. Nada será tão poderoso em destruir as
virtudes de cura de um sorriso. Neuroses, suicídios, dessexualização:
doenças ocupacionais da dona de casa.*

(FEDERICI, 2019, p. 40)

RESUMO

A presente pesquisa sobre a produção do cuidado em saúde na Atenção Primária à Saúde numa perspectiva de gênero buscou correlacionar as discussões sobre trabalho de cuidado e cuidado em saúde, tendo as relações trabalho-gênero-cuidado enquanto eixo central. O estudo foi realizado por meio de metodologia qualitativa, através de uma revisão narrativa da literatura. Após uma breve introdução sobre o cuidado, foi abordado o que tem se discutido sobre a temática do trabalho de cuidado. Posteriormente, foi abordado mais especificamente o tema do cuidado em saúde e como este tem-se constituído como um campo que enfoca predominantemente o cuidado efetuado por profissionais, omitindo os cuidados efetuados pelas famílias e, mais especificamente, pelas mulheres. Por fim, essas discussões foram situadas no contexto da APS, refletindo sobre quais aspectos dos estudos feministas sobre o trabalho de cuidado podem nos dar pistas sobre como prosseguir cuidando sem perder de vista que o cuidado, ainda que seja central para a saúde, não é propriedade nem exclusividade nossa. Como resultados, o estudo aponta para a necessidade de reforço e elaboração de políticas públicas que desonerem as mulheres dos papéis de cuidado, bem como a necessidade dos profissionais da APS reverem o modo como vêm realizando a chamada abordagem familiar, onde acabam, muitas vezes, por operar prescrições e orientações às mulheres que reificam seu papel social de cuidadoras. O estudo aponta também a problemática da predominância nos estudos sobre cuidado em saúde da visão do profissional de saúde como operador, por excelência, das práticas de cuidado, excluindo muitas vezes o papel das famílias e, especialmente, o das mulheres.

Palavras-chave: cuidado em saúde; trabalho de cuidado; divisão sexual do trabalho.

ABSTRACT

The present research about the production of health care in Primary Health Care sought to correlate the discussions about care and health care from a gender perspective, considering the work-gender-care relations as the central axis. The study was produced using a qualitative methodology, through a narrative review of the literature. After a brief introduction about care, it was discussed what have been published about the topic care. Subsequently, the topic of health care was addressed more specifically, and how it has been constructed as an area that focuses predominantly on care provided by professionals, omitting the care provided by families and, more specifically, by women. Finally, these discussions were situated in the Primary Health Care context, reflecting on which aspects of feminist studies about care can give us clues on how to continue caring without losing the point that care, despite it`s central on health care, it`s not exclusive or property of the health care workers. As a result, the study points to the need of reinforcing and elaborating public policies to relieve women from the roles of care, as well as the need for primary health workers to reconsider the way they have been carrying out the so-called family approach, when they many times make prescriptions and orientations to women that reify their social role as caregivers. The study also points out the problem of the predominance in health care studies on the health worker's perspective, as the only operator, par excellence, of care practices, often excluding the role of families and, especially, of the women in this practice.

Keywords: health care; care; sexual division of work.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Síntese dos artigos analisados sobre cuidado em saúde.....	50
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
COVID-19.	Coronavirus Disease 2019
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DST	Divisão Sexual do Trabalho
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
FEBRABAN	Federação Brasileira de Bancos
GT	Grupo de Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
SES-RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SUBPAV	Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	PERCURSO METODOLÓGICO.....	21
2.1	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	24
3	UMA BREVE INTRODUÇÃO SOBRE O CUIDADO.....	25
4	SOBRE O TRABALHO DE CUIDADO.....	28
4.1	NOTAS INTRODUTÓRIAS.....	28
4.2	O GÊNERO E AS RELAÇÕES SOCIAIS DO SEXO.....	28
4.3	INTERSECCIONALIDADE E CONSUBSTANCIALIDADE.....	30
4.4	A DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO E A MERCANTILIZAÇÃO DO TRABALHO DOMÉSTICO.....	31
4.5	O TRABALHO DE CUIDADO.....	35
4.5.1	Delineando os conceitos.....	38
4.5.2	A economia do cuidado.....	39
4.5.3	A Teoria da Reprodução Social.....	40
4.5.4	A crise do cuidado.....	42
5	CUIDADO EM SAÚDE.....	44
6	CONTEXTUALIZANDO O DEBATE.....	56
6.1	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	56
6.2	A HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE.....	58
6.3	A PANDEMIA DA COVID-19.....	61
7	O TRABALHO DE CUIDADO NO CUIDADO À SAÚDE.....	65
8	CONCLUSÃO.....	72
	REFERÊNCIAS.....	76

APRESENTAÇÃO

Era uma tarde de sexta-feira quando uma residente de serviço social veio até mim, psicóloga NASF, e me pediu ajuda para apoiar uma das equipes de Saúde da Família da unidade em um caso complexo. Ela estava acompanhada de uma das assistentes sociais do serviço, antiga por lá mas que pouco conhecia do funcionamento da rede local. A residente, por sua vez, estava tendo dificuldades em ser ouvida pelos demais profissionais que discutiam o caso e encontravam-se algo alvoroçados.

Estava ali, diante de nós, um pai que solicitava internação psiquiátrica para seu filho, um adolescente com diagnóstico de autismo, e nos informava que mantinha seu filho acorrentado em casa para que o mesmo não fugisse. A informação chocou a equipe. Tratava-se de um usuário alcoolista, com histórico de uso abusivo de outras drogas e que possuía pouca credibilidade com a equipe. Falamos com ele da impossibilidade da internação como um recurso, ou ao menos como primeiro recurso, para esses casos e agendamos uma visita domiciliar em sua casa para conhecer melhor a família e retomar o acompanhamento de sua esposa, também portadora de transtorno mental, demanda que ele mesmo nos trazia.

O caso mobilizou a equipe, que de pronto se articulou para dar conta do combinado, acionamos a rede de saúde mental e já na semana seguinte estávamos na casa da família, acompanhados também pelos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) de referência.

Chegando na casa da família o cenário era caótico. Nos deparamos com uma mulher, esposa do paciente que conhecemos na consulta, acompanhada de seu filho, que com muita resistência, apareceu na sala para nos cumprimentar. Ele não estava muito receptivo à nossa chegada e por diversas vezes durante nossa permanência deixava o gás da cozinha ligado, mostrando sua insatisfação com nossa ida até ali.

A mãe, assim como o filho, tinha histórico de tratamento pela saúde mental, mas, tal como ele, estava há algum tempo sem acompanhamento. O acompanhamento deles se dava num outro bairro da cidade, onde moravam anteriormente, e como haviam se mudado para aquele endereço não tinha tanto tempo, e por se tratar de um território muito distante da unidade, a equipe não os via com tanta frequência, nem em visitas domiciliares, nem na unidade.

Diferente do filho ressabiado, aquela mulher nos recebeu com toda honraria. Sua casa, ainda que humilde, mostrava seu zelo e cuidado em cada detalhe, as toalhas sobre a mesa, os porta-retratos e objetos decorativos nos móveis, os panos sobre o sofá. Logo de pronto ela começou a nos contar sobre sua vida. Contou dos 5 filhos que teve, dos quais 4 já não viviam

mais com ela. Nos mostrou uma pasta com papéis importantes e apontou, dentre eles, com lágrimas nos olhos, o nome da juíza que havia, dizia ela, “tirado seus filhos”. A mesma juíza havia atuado em todos os processos de guarda vivenciados por ela e se tornara a vilã na narrativa de vida daquela jovem senhora que se colocava diante de nós. De alguns dos filhos ela não tinha mais notícias, haviam mudado de nome, desconhecia seus endereços. De outro, ela conseguia ter notícias e até algum contato, pois havia sido adotado por pessoas próximas a ela e por vezes a visitava, ainda que não se referisse a ela como mãe. Ao mexer na pasta, ela puxou as fotos das crianças e nos narrou sua dor, nos interrogando porque haviam tirado dela todos os seus filhos e deixado logo aquele, o filho doente.

Sua fala, à primeira vista, poderia parecer cruel, mas manifestava também seu claro desejo por uma maternidade que pudesse de fato dar conta de vivenciar. Ela nos contou então a história das diversas tentativas de adoção e devoluções do menino que ali estava e que a todo momento nos desconvidava de sua casa, de algum modo interrompendo os relatos de sua mãe, demonstrando todo seu incômodo.

Ela contou também das ameaças que o filho fazia a ela, que dizia que quando fizesse 18 anos mataria a ela e ao pai a facadas. Contou das tentativas do menino de fugir pela grade da janela, mesmo quando as portas eram trancadas, e falou da sua impossibilidade de conter à força aquele menino que já era maior que ela, apesar de franzino.

Enquanto a ouvíamos e fazíamos perguntas, nós, da equipe de saúde, nos entreolhávamos e notávamos o quão distante de cada um de nós estava aquela mulher e nos perguntávamos quais eram nossas reais possibilidades de apoiar esta família. Nossas demandas e nossas ofertas não correspondiam às dela, tampouco às dele. Havia ali 1 médica, 1 assistente social, 2 psicólogas, 1 agente de saúde, 1 estudante de terapia ocupacional, mas ninguém, ninguém capaz de reconhecer de fato a dor daquela mulher que mesmo entre tantas pessoas estava só.

Talvez ela pudesse ser encarada como a cúmplice do marido nos maus tratos ao filho, que permanecia sendo acorrentado por ele. Ou ainda, como uma mulher relapsa, que havia perdido a guarda dos outros filhos, os quais não foi considerada capaz de cuidar. Mas, ainda assim, rapidamente todos notaram que aquela mulher não tinha tido condições de garantir os cuidados de seus filhos, pois seus próprios cuidados não estavam sendo garantidos.

Ela e o marido viveram nas ruas antes de conseguirem aquele lar, antes de conseguirem o suporte de um familiar que deu ao seu marido uma oportunidade de emprego e os ajudou a conseguir alugar a casa que então viviam. Mas tudo era muito fugidío. A qualquer momento aquela casa poderia não ser mais dela, e o medo era visto em seus olhos. Seu marido ainda fazia

uso abusivo de álcool e nem ele, nem ela, apesar de agora poderem dispor de um lar para viver, estavam fazendo seus tratamentos e sendo cuidados.

Se no que diz respeito ao cuidado dos outros filhos ela poderia ser vista como alguém que havia falhado como mãe, para este filho ela era a única mãe possível, já que todas as outras que tentaram o haviam rejeitado ou não tinham dado conta de criá-lo. Se ela falhou é difícil dizer, mas ficava cada vez mais evidente aos nossos olhos que o Estado havia falhado com ela. E mesmo diante dessas evidentes falhas, era ela quem pagava o preço. Quem vivia a dor, a saudade, a culpa e seguia se perguntando “Porque justo este filho?”.

Longe de referendar ou tentar legitimar um possível preterimento deste filho em relação aos demais, o que nos preocupava ali era como aquela mulher, ao menos naquele momento, poderia dar conta de cuidar daquele menino e de si, enquanto seu marido trabalhava e também se organizava para garantir os próprios cuidados. Ela era ali a opção viável para o Estado. Estado este, representado ali não só pela justiça, mas também por nós da Saúde, da Assistência Social, da Educação.

Traçamos então um plano que incluía o cuidado de todos os membros da família e, com muito custo, conseguimos alguns avanços com ela, com o filho e poucos com o marido. Entretanto, esse caso percorreu rumos que extrapolam aos objetivos desta dissertação, numa direção que no entendimento da equipe conseguiu preservar ao máximo essa família e garantir seus cuidados, tendo tido o envolvimento de muitos atores até chegarmos neste desfecho. Mas ao que cabe aqui, este enredo foi o disparador de muitas reflexões, especialmente sobre a responsabilização da mulher com o cuidado dos outros.

Atuei como psicóloga num Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por 4 anos, além dos 2 anos como residente em Saúde da Família neste mesmo território. Neste período, tive a oportunidade de atuar junto à residência de Medicina de Família e Comunidade e como preceptora das residências multiprofissionais em Saúde da Família pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e em Saúde Mental pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Além disso, fui supervisora de campo de estagiários de graduação em psicologia, atuando na articulação entre ensino e serviço.

A partir deste encontro aqui narrado houve um desvio em meu caminho profissional, estava nos mesmos lugares, mas passei a enxergar o que até então meus olhos não viam. A cada mulher com a qual eu me deparava, milhares de demandas, antes ocultas, gritavam aos meus ouvidos. Era o som que interrompia o silêncio de um assunto velado - a sobrecarga das mulheres com o trabalho de cuidado.

A partir de então, nenhum caso de investigação de abandono ou maus tratos de uma criança ou demandas de encaminhamento de casos para o conselho tutelar, tiveram o mesmo peso. Meus ouvidos eram outros porque por trás dessas demandas se fazia presente de modo concomitante a acusação ou responsabilização de uma mãe, de uma mulher que não cumpria a contento seu papel de cuidar e que muito prontamente gerava incômodo às equipes de saúde, que não sabiam o que fazer. Sob o viés da corresponsabilização da família, as equipes justificavam sua impotência e a pouca resolutividade nestes casos ditos complexos, apontando que a própria família, normalmente materializada no papel de uma mãe, esposa ou avó, não fazia sua parte.

Não se trata de negligenciar os casos de crianças ou adultos dependentes e idosos vítimas de abandono, de negligências e maus tratos, mas de adicionar outras perspectivas de análise e retirar dessas mulheres um pouco do peso sobre a situação que se apresenta diante de nós, profissionais de saúde, da assistência ou da educação. Mas como? Qual seria então o caminho para isso?

Esta investigação parte de minha experiência vivencial e, só então, ganha palavras e conceitos para descrevê-la. Impregnada por situações como a deste relato, mergulhei em um percurso de pesquisas e investigações as quais compartilharei mais adiante.

1 INTRODUÇÃO

No sentido original do termo em inglês, *care* significa carga, ou seja, cuidar é assumir uma carga. O termo estaria então associado a um trabalho, um compromisso, um sacrifício. Além disso, o cuidar é necessariamente relacional, ou seja, há quem cuida e há o objeto do cuidado.

As relações de cuidado são mediadas pelo gênero “As ocupações das mulheres são geralmente aquelas que envolvem cuidados e elas realizam um montante desproporcional de atividades de cuidado no ambiente doméstico privado” (TRONTO, 1997, p. 189).

Joan Tronto é uma das autoras mais proeminentes no que diz respeito à literatura sobre o cuidado numa perspectiva marcada pelas discussões de gênero. A autora faz uma diferenciação entre o “cuidado com” e o “cuidar de” e afirma que enquanto o primeiro diz respeito a objetos menos concretos e a uma preocupação com algo, o segundo refere-se ao cuidado direcionado a um objeto específico, particular, que ocupa o centro dos cuidados.

Enquanto o “cuidado com” é destinado socialmente aos homens, o “cuidar de” é destinado às mulheres. O “cuidado com” está associado a valores morais, como as preocupações com justiça, já o “cuidar de” envolve muito mais o ato de cuidar de outra pessoa do que um valor moral. O que está em jogo para Tronto é como essa atividade de cuidado se reflete sobre as obrigações sociais atribuídas a quem cuida e a quem faz essa atribuição. “Assim, por definição, o roteiro tradicional do cuidar torna a decretar a divisão do mundo masculino e feminino como sendo respectivamente público e privado” (TRONTO, 1997, p. 199).

Tronto afirma que o cuidado pode ser desenvolvido tanto pela família, quanto por instituições sociais e por mecanismos de mercado. A partir das definições de Kari Waerness (1990) sobre o “trabalho necessário” (aquele que a pessoa não pode oferecer a si própria) e “serviço pessoal” (cuidado que alguém opta por não fazer) traz uma crítica à aproximação entre o cuidado e o serviço. Enquanto o trabalho necessário está mais próximo ao cuidado real, o serviço está próximo ao cuidado mercantil, o que, em termos de relações de poder, torna mais poderoso aquele que recebe o cuidado (e pode pagar por ele). O cuidado, afirma ela, é visto como um trabalho que não exige qualificação e, por isso, é associado a baixos ou nenhum salário. Comumente, é atribuído aos tipos de trabalhos destinados às mulheres e em muitos países é relegado também aos imigrantes.

Esta realidade não é muito distante da que nos deparamos no Brasil. Opera aí uma divisão social, sexual e também racial do cuidado, ou do que vamos chamar de trabalho de cuidado. Pesquisas recentes vêm estudando como esta divisão tem se comportado nos diversos

países. No Brasil, aproximadamente 8,5 milhões de mulheres saíram do mercado de trabalho até o terceiro trimestre de 2020, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com isso, aumentou o tempo que as mulheres dedicam quase integralmente a atividades relacionadas ao cuidado dos outros no âmbito doméstico (PNAD; IBGE, 2020).

Segundo a Oxfam (2019) mulheres e meninas, especialmente as que vivem em situação de pobreza e pertencem a grupos marginalizados, dedicam gratuitamente 12,5 bilhões de horas diariamente ao trabalho de cuidado e outras inúmeras horas recebendo uma baixíssima remuneração por essa atividade.

Esse trabalho não remunerado ou mal remunerado é essencial para nossas comunidades, sustenta famílias e uma força de trabalho saudável e produtiva, e agrega pelo menos US \$10,8 trilhões à economia. “As mulheres estão apoiando não apenas a economia de mercado, disponibilizando uma mão de obra mais barata e gratuita, mas também o Estado, prestando cuidados que deveriam ser oferecidos pelo setor público” (OXFAM, 2019, p.9).

Pesquisas como estas apontam para um fenômeno nada novo, que vem sendo foco de estudos feministas há um longo tempo, especialmente pelas feministas da segunda onda, que tinham como uma de suas pautas centrais a questão do trabalho doméstico.

[...] as feministas da segunda onda ampliaram o campo de ação da justiça para incluir assuntos anteriormente privados como sexualidade, serviço doméstico, reprodução e violência contra mulheres. Fazendo assim, elas ampliaram efetivamente o conceito de injustiça para abranger não apenas as desigualdades econômicas, mas também as hierarquias de status e assimetrias do poder político (FRASER, 2019, p. 18).

As feministas localizaram a essência do androcentrismo ou do patriarcado em uma divisão sexista do trabalho que desvaloriza atividades, remuneradas e não remuneradas, executadas por ou associada a mulheres, tecendo uma crítica que alinha economia, cultura e política em uma análise sistemática da subordinação das mulheres no capitalismo.

Apontam também as conexões estruturais entre a responsabilização das mulheres pela maior parte dos cuidados não remunerados e a subordinação no matrimônio e na vida pessoal. Elas sinalizam como a segmentação por gênero dos mercados de trabalho levou à dominação da política pelos homens, bem como da provisão do bem-estar social, da política industrial e dos esquemas de desenvolvimento.

Longe de ter como objetivo simplesmente promover a incorporação completa das mulheres como assalariadas na sociedade capitalista, as feministas da segunda onda buscavam transformar as estruturas profundas do sistema e os valores que o estimulam – em parte descentralizando o trabalho assalariado e valorizando as atividades não

assalariadas, especialmente o trabalho de assistência socialmente necessário executado por mulheres (FRASER, 2019, p. 19).

O trabalho doméstico é parte do trabalho de cuidado e demanda de quem o exerce uma grande quantidade de tempo dedicado à casa e às pessoas: cozinhar, lavar, limpar, dar banho, comprar os alimentos, cuidar das roupas, cuidar da higiene, cuidar de alguém quando fica doente, educar, dentre outras atividades. Como todos precisamos do cuidado para sobreviver, a economia do cuidado se torna fundamental. Ela trata da expropriação da mão de obra de mulheres, que realizam o trabalho reprodutivo gratuito e, com isso, alimentam a estrutura na qual se apoia o capitalismo (ARUZZA *et al.*, 2019).

Toda a sociedade se aproveita desse trabalho, seja ele gratuito ou (mal) remunerado. As mulheres são as responsáveis por mais de três quartos do cuidado não remunerado realizado no mundo, e representam dois terços da força de trabalho envolvida em atividades de cuidado remuneradas (COFFEI *et al.*, 2020).

A construção de uma sociedade mais inclusiva e justa para com as mulheres é uma demanda que segue atual. Ainda que alguns avanços tenham sido alcançados, como a desnaturalização de desigualdades desvantajosas para as mulheres, especialmente nos países industrializados, e as atualizações das legislações sobre a problemática das violências contra as mulheres ou as chamadas violências de gênero (como com a lei Maria da Penha e a Lei do Feminicídio), ainda vemos adiante um longo caminho até que se alcance a superação da hierarquia de gênero.

As relações de cuidado, como dissemos, acabam operando como produtoras de desigualdades, culminando em desvantagens àqueles que ocupam o papel de cuidar de alguém, seja de forma remunerada ou não. Tanto numa perspectiva de gênero quanto numa perspectiva étnico-racial ou de classe, a divisão do trabalho implica uma responsabilização diferenciada pelo cuidado. Mulheres negras e pobres tendem a ser as mais afetadas e sobrecarregadas por essa lógica, além da maior responsabilização pelo trabalho doméstico, acabam sendo as mais impactadas também pelas formas mercantilizadas de cuidado e são as que mais sofrem quando o Estado se ausenta ou exerce de forma insuficiente seu papel de fornecer garantias básicas, como a saúde, a proteção social e a proteção contra violências, a proteção à vida, de forma geral, e ainda viola direitos formalmente constituídos. “A distribuição das tarefas é determinada a partir do gênero e se aprofunda com a raça e a classe, promovendo a naturalização de supostas habilidades como parte componente de determinado sexo biológico definindo, inclusive, com relação a comportamentos” (PASSOS, 2020, p. 118).

No campo da saúde, o cuidado tem sido tomado como sentido de ser de suas práticas. Abordado de modo aprofundado por autores de relevância na área e, por vezes, tomado como jargão comum por profissionais e pesquisadores da área, o cuidado vem sendo pensado de forma distanciada dos debates relacionados ao gênero. Ainda assim, alguns autores deixam pistas que se encaminham neste sentido, como Gutierrez e Minayo (2010), que evidenciam haver uma lacuna de estudos na saúde que abordem os modos de cuidar no âmbito das famílias, bem como a divisão de tarefas entre seus diferentes membros. Entretanto, não é difícil identificar como essa divisão se dá em termos de gênero ou mesmo racial.

Chama a atenção como as políticas públicas sociais, dentre as quais a saúde, operam ainda sob a lógica da hierarquia de gêneros, produzindo e reproduzindo desigualdades em seus modos de atuar. Mesmo na literatura e nas vertentes mais progressistas da saúde pública nos deparamos com certa cegueira de gênero, que reflete:

A ignorância às normas, papéis e relações de gênero e, muitas vezes, reforça a discriminação baseada em gênero. Ao ignorar as diferenças de oportunidades e alocação de recursos para mulheres e homens, essas políticas são muitas vezes consideradas "justas", pois alegam tratar todos da mesma forma (DeCS¹, 2017).

Desde modo, o descritor cegueira de gênero parece apropriado para apoiar as reflexões sobre a problemática aqui abordada, onde se identifica um distanciamento da literatura sobre o cuidado em saúde de uma concepção “generificada” do cuidado, e que este afastamento fala também de um afastamento das perspectivas de gênero nas práticas cotidianas dos profissionais de saúde, entendendo que teoria e prática se interligam e se retroalimentam.

Diante disso, este estudo tem como objetivo apresentar um panorama sintético da relação entre cuidado e gênero buscando compreender como as dinâmicas familiares com as quais nos deparamos no trabalho em saúde, em especial na Atenção Primária à Saúde, são marcadas pelas relações trabalho-gênero-cuidado. Interessa pensar, então, sobre os pontos de interlocução, com suas aproximações e distanciamentos, entre o cuidado ofertado por profissionais de saúde e o cuidado realizado pelas mulheres no âmbito doméstico.

Deste modo, os objetivos específicos deste estudo consistem em:

¹ O DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) é uma ferramenta criada para servir como uma linguagem única na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos, e outros tipos de materiais, assim como para ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas fontes de informação disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), o uso de terminologia comum para pesquisa em múltiplos idiomas. Os conceitos que compõem o DeCS são organizados em uma estrutura hierárquica permitindo a execução de pesquisa em termos mais amplos ou mais específicos ou todos os termos que pertençam a uma mesma estrutura hierárquica.

a) descrever os conceitos de trabalho de cuidado e cuidado em saúde a partir de autores proeminentes nestas temáticas;

b) promover uma reflexão sobre trabalho de cuidado e cuidado em saúde a partir da articulação com conceitos chave, como gênero, interseccionalidade e divisão sexual do trabalho;

c) fornecer pistas sobre como o cuidado em saúde realizado na Atenção Primária à Saúde pode se reinventar a partir destas reflexões.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

A dissertação que aqui ganha forma possui um caráter por vezes ensaístico. Ela tem início com o relato de um ca(u)so que apresenta a mim e ao tema a partir de uma história contada em primeira pessoa. Ainda que possa se considerar pouco usual recorrer a este tipo de "depoimentos", esta escolha não se deu ao acaso, tampouco o percurso aqui retratado trata de expor um processo de tomada de decisão sobre a metodologia mais adequada para atingir os objetivos aos quais me proponho. Esta seção se propõe a apresentar os atrativos que me convidaram a este e não outro caminho.

Graduada em psicologia, área do saber situada numa interseção entre as ciências humanas e da saúde, desenvolvi minha trajetória profissional sempre permanecendo na conexão entre estes dois campos. Apesar de minha trajetória profissional ter sido desde seu início direcionada para a saúde pública, minha atuação neste campo não se deu a despeito das vivências acumuladas em minha graduação e tampouco escapou às marcas deixadas em mim por esta interseção. Talvez por isso minha predileção pelas metodologias qualitativas. Já que elas falam do objeto de pesquisa, do método, mas falam também dos sujeitos de pesquisa e este aspecto me parece fundamental.

Após me permitir esta breve digressão, que considero justificada para situar a escolha do método aqui descrito, recorro a alguns autores, como Minayo (2009) e Creswell (2014), que me apoiaram na desafiadora tarefa de fundamentar a opção por este e não outro caminho metodológico.

Ainda que uma construção textual de caráter ensaístico possa ser mais fluida, e por isso tenha sido uma opção nesta dissertação, no decorrer da construção desta pesquisa o formato acadêmico mais "tradicional" foi tomando as rédeas no processo de construção textual. A busca por fontes que apoiassem a construção de hipóteses e auxiliassem na compreensão do fenômeno com o qual eu me deparara, me levou a uma escrita permeada de citações, colocando autores em diálogo a partir de minhas perspectivas de análise e fez com que eu acabasse me percebendo realizando uma revisão narrativa da literatura.

O método, pode-se dizer então, foi fruto de um encontro desta pesquisadora com seu tema de pesquisa. Numa primeira tentativa de aproximação com tal tema, me propus a buscar nas políticas de saúde, por meio de uma análise documental, uma resposta para minhas inquietações, caminho este que não se mostrou frutífero para encontrar respostas aos meus questionamentos. Para que eu pudesse abrir mão deste caminho, a banca de qualificação foi

fundamental. Na ocasião me dei conta de que estava tentando me encaixar em um método que não cabia para meus propósitos e foi então que a opção pela mudança de percurso foi feita.

A partir deste momento, se delinearão diante de mim dois caminhos. Partir dos casos que me inspiraram na escolha do tema ou realizar uma pesquisa bibliográfica. Ambas as opções me saltavam aos olhos, e decidi então que a pesquisa bibliográfica seria um caminho mais interessante, considerando o que eu já havia feito até ali. Apesar disso, foi possível encontrar em minha apresentação, um espaço para o relato deste encontro que foi o ca(u)so índice de onde parte este estudo.

Realizamos então, e aqui me permito utilizar do plural incluindo meus orientadores, que me acompanharam de perto neste caminho, um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, por meio de uma revisão narrativa sobre as temáticas do trabalho de cuidado e do cuidado em saúde. A revisão narrativa se propõe a ser mais ampla e apropriada para se discutir o estado da arte de determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual (ROTHER, 2007).

A revisão narrativa partiu de pesquisas realizadas de modo amplo em bases bibliográficas virtuais que versassem sobre o cuidado. A partir destes resultados iniciais, fui percorrendo os caminhos das principais referências bibliográficas citadas nos artigos ou livros consultados. Além disso, no percurso de orientação, também me foram sugeridas autoras relevantes sobre esta temática e me foi apresentada a professora Maria Luiza Heilborn, com quem cursei uma disciplina sobre gênero no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Nas aulas no mestrado fui apresentada à professora Cristiane Andrade, com quem também pude assistir algumas aulas de uma de suas disciplinas, sobre trabalho e violência, na qual abordava a temática da Divisão Sexual do Trabalho e discussões afins à minha pesquisa. Deste modo, fui construindo a base de autoras aqui consultadas, que foram me levando a diversas outras autoras e autores, até que se chegasse a um esgotamento das referências sobre as quais me debrucei.

Sobre a temática do cuidado em saúde, mais especificamente, parti nesta pesquisa de autores e artigos com os quais eu já havia tido contato em minha trajetória na saúde pública e os quais eu sabia serem referência, sendo assim, foi mais fácil elencar os autores a serem consultados e sua bibliografia de referência.

A pesquisa qualitativa, segundo Creswell (2014), se configura como um conjunto de práticas que transformam o mundo visível em dados representativos e são úteis para compreender o porquê de determinados eventos. Característica das ciências sociais, este tipo de

pesquisa beneficia estudos que buscam o aprofundamento da compreensão sobre determinado fenômeno.

A opção pela metodologia qualitativa nesta pesquisa dialoga com a necessidade de ampliar as perspectivas e aprofundar a compreensão sobre a temática do cuidado. Esta pesquisa busca analisar a produção sobre o cuidado em saúde a partir de uma interlocução com os estudos de gênero, que nos levou, então, a um diálogo sobre o trabalho de cuidado.

Este tipo de metodologia se alinha à epistemologia feminista, segundo a qual “as definições vigentes de neutralidade, racionalidade e universalidade da ciência, na verdade, incorporam a visão de mundo das pessoas que criaram essa ciência: homens - os machos - ocidentais, membros das classes dominantes” (LOWY, 2009, p. 40 apud HIRATA, 2014). Deste modo, busca-se produzir aqui um conhecimento situado, que parte de uma experiência concreta e deixa evidente tratar-se de uma perspectiva parcial sobre o tema, ainda que se apoie em achados da literatura.

Minayo (2007) define a pesquisa qualitativa como um método a ser utilizado para responder questões mais particulares, aquilo que não pode e não deveria ser quantificado. Estudando fenômenos que fazem parte da realidade social, onde o objeto de estudo é abordado no mundo das relações, das representações e da intencionalidade.

O processo da pesquisa qualitativa permite um olhar ampliado para os aspectos estudados, não cabendo uma replicação de modo exato da metodologia utilizada em outro contexto, o que desconsideraria a experiência singular do encontro entre esta pesquisadora com este tema.

Cabe destacar ainda, que durante minha atuação profissional como psicóloga na APS, atuei em um território onde a população já manifestava, inclusive verbalmente, certa saturação com relação à participação em pesquisas acadêmicas. Em diversas consultas, ouvi de usuárias que não aguentavam mais participar de pesquisas e não terem uma resposta para seus problemas. Sentiam-se usadas como fonte de pesquisa, mas não conseguiam identificar o retorno em suas vidas sobre as questões as quais eram levadas a contribuir. Diante disso, de antemão já me senti pouco impelida a utilizar em minha metodologia estratégias como entrevistas ou grupos focais com a população. Minha escuta ao longo dos anos em que atuei naquele território me levou a considerar que outros caminhos precisariam ser adotados para alcançar meus objetivos de pesquisa.

Para fins de alcançar os objetivos aqui propostos, após uma breve introdução sobre o cuidado, foi abordado o que tem se discutido sobre a temática do trabalho de cuidado. Oriundo de estudos feministas e do campo social, uma gama de autoras, em sua grande maioria mulheres,

vêm estudando sobre essa temática e sobre a crise que se instaura na contemporaneidade devido às atuais conformações do capitalismo e da importância do trabalho feminino, gratuito em sua maior parte, na reprodução da mão de obra a ser explorada pelo capital, o chamado trabalho reprodutivo.

Posteriormente, abordei mais especificamente o tema do cuidado em saúde e como este tem-se constituído como um campo que enfoca predominantemente o cuidado efetuado por profissionais de saúde, omitindo, muitas vezes, os cuidados efetuados pelas famílias e, mais especificamente, pelas mulheres. Para isto, foram definidos alguns autores-chave do campo da saúde e feita uma busca em sua obra sobre os textos que abordassem a temática do cuidado e, então, uma busca em seus trabalhos sobre a definição de cuidado e sobre a presença ou não do diálogo com os debates de gênero.

Por fim, essas discussões foram situadas no contexto da APS, refletindo sobre quais aspectos dos estudos feministas sobre o trabalho de cuidado podem nos dar pistas sobre como prosseguir cuidando sem perder de vista que o cuidado, ainda que seja central para a saúde, não é propriedade nem exclusividade nossa. Considerando que, como enuncia Aguirre (2014), há um desafio na produção do conhecimento em buscar um equilíbrio entre fornecer insumos para a elaboração de políticas públicas e manter um olhar crítico que permita a transformação social.

2.1 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

No que se refere aos aspectos éticos desta pesquisa, não foram identificados possíveis prejuízos éticos em sua elaboração, especialmente por não se tratar de uma pesquisa que envolva diretamente seres humanos. Destaca-se que os materiais consultados estão todos disponibilizados em meio eletrônico e, de acordo com a Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016, não se faz necessário registro e avaliação pelo sistema CEP/CONEP de pesquisas que utilizam informações de domínio público (BRASIL, 2016).

Ainda de acordo com site do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CEP/ENSP), projetos de pesquisa que envolvem apenas busca bibliográfica, sem acesso a pessoas e a bancos de dados de acesso restrito, não necessitam de apreciação pelo sistema CEP/CONEP.

3 UMA BREVE INTRODUÇÃO SOBRE O CUIDADO

Para iniciarmos nossas reflexões sobre o tema em questão, é necessário fazermos uma breve introdução sobre o cuidado. Objeto central nas produções da saúde, o cuidado se apresenta como conceito amplo e polissêmico, sobre o qual muitos autores se debruçaram tanto no âmbito da APS, quanto na saúde coletiva de modo geral.

Zoboli (2004), ao historicizar o cuidado, remonta a sua origem do latim, onde deriva de *cura* ou *coera*, sendo utilizado para designar uma atitude de cuidado, desvelo e preocupação com relação à pessoa amada ou um objeto de estima.

Aponta também, que de acordo com a filologia, estudo científico do desenvolvimento de uma língua, a palavra cuidado derivaria de *cogitare-cogitatus*, significando pensar, cogitar, colocar atenção, expressar interesse, preocupação.

Essas duas significações estão na origem do cuidado. Uma ligada a uma atitude de desvelo e solicitude e outra mais relacionada a certa preocupação e inquietude daquele que cuida e que possui uma ligação afetiva com o outro. Para a autora o cuidado seria então como “um modo de ser no mundo que funda as relações que se estabelecem com as coisas e as pessoas” (ZOBOLI, 2004, p. 22).

Leonardo Boff, autor que aborda o cuidado como tema central de várias de suas obras, remonta a origem do cuidado a um mito greco-latino² que, segundo ele, vem influenciando as concepções sobre cuidado desde então. Boff (1999) concebe o cuidado como algo central para o humano, ocupando uma dimensão de sentido e aponta ainda que o cuidado está presente nas relações não só entre os humanos, mas também com o mundo, pensada por ele numa perspectiva não hierarquizada (ZOBOLI, 2004; BARROS; GOMES, 2011).

No campo da filosofia, Martin Heidegger ganha destaque no pensamento sobre o cuidado, sendo este um eixo central de sua obra. Heidegger é constantemente resgatado por

² “Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma ideia inspirada. Tomou um pouco do barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado. Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome. Enquanto Júpiter e Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da Terra. Originou-se então uma discussão generalizada. De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa: “Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver. E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil” (BOFF, 1999, p. 46).

autores relevantes no campo da saúde, como José Ricardo Ayres e aborda o cuidado como condição do humano, relacionando-o com dois aspectos, a angústia e a solicitude.

O cuidado tem, para Heidegger, o duplo sentido de angústia e solicitude, que representam duas possibilidades fundamentais e conflitantes. O "cuidado angústia" (*sorge*) retrata a luta de cada um pela sobrevivência e por galgar uma posição favorável entre os demais seres humanos. O "cuidado solicitude" (*fürsorge*) significa voltar-se para, acalentar, interessar-se pela Terra e pela humanidade. No mundo cotidiano é inevitável esta divergente ambigüidade do cuidado. Aceitá-la como própria do ser humano favorece o entendimento de que o cuidado como angústia impulsiona a luta pela subsistência, enquanto compreendê-lo como solicitude permite revelar as plenas potencialidades de cada ser humano (ZOBOLI, 2004, p. 23-24).

Barros e Gomes (2011) afirmam que o cuidado não possui um sentido definitivo, o que consideram uma potência, pois abre um campo para produção de sentidos distintos e muitas vezes complementares. A partir de diferentes concepções do cuidado, os autores apontam que o cuidado é uma forma de se relacionar e se constituir no mundo. Falar de cuidado é falar de relação.

No campo da psicologia, resgatada por diversas autoras feministas, Carol Gilligan é considerada a fundadora da chamada ética do cuidado. Em sua obra de 1982 (*In a different voice*) a autora aborda o desenvolvimento moral das mulheres e enfrenta a universalização da perspectiva masculina como a geral, que serviria a homens e mulheres. Gilligan considera haver uma concepção moral distinta entre homens e mulheres, correlacionando a moral masculina à justiça e à feminina ao cuidado, onde ambas seriam complementares, apesar de haver em nossa sociedade um predomínio da perspectiva masculina (GILLIGAN, 2021).

Nas seções seguintes, nos propomos a pensar o cuidado em suas interlocuções com o trabalho e a saúde, abordando sempre a relação trabalho-gênero-cuidado. O cuidado ocupa aqui um lugar central e ponto de partida para as demais discussões. Cabe destacar também que as concepções de cuidado aqui brevemente apresentadas são resgatas e revisitadas por diversos autores tanto do campo da saúde quanto do campo feminista ou do campo social nos estudos sobre trabalho de cuidado e cuidado em saúde.

Partimos, então, de uma concepção geral sobre o cuidado para, a partir dela, aprofundarmos suas interlocuções com o gênero, o trabalho e a saúde. É possível notar, entretanto, que essa separação não é possível de ser operada de modo bem-sucedido, pois é inevitável identificarmos aspectos das discussões que se seguem nas concepções aqui apresentadas sobre cuidado. Na língua inglesa, por exemplo, o mesmo termo *care* é utilizado para nomear o cuidado (de modo mais amplo) e isto que chamamos na língua portuguesa de trabalho de cuidado.

Não à toa estes temas se confundem, pois, a perspectiva deste trabalho é justamente apontar a inseparabilidade de se pensar numa abordagem de gênero ao se pensar o cuidado. A associação do cuidado a um dom ou habilidade mais bem desenvolvida por um gênero que outro não é descolada de um processo histórico e material, que possui uma construção sólida e arraigada nas concepções do senso comum. Com isto, saímos de uma reflexão apenas teórica e conceitual e buscamos uma reflexão material sobre o cuidado e como este vem se desenvolvendo em nossa sociedade.

4 SOBRE O TRABALHO DE CUIDADO

4.1 NOTAS INTRODUTÓRIAS

Antes de adentrar nos tópicos deste capítulo cabe fazer uma breve introdução sobre seu conteúdo. Apesar dos temas aqui abordados dizerem respeito à temática do trabalho de cuidado, alguns deles possuem um longo histórico de debates próprios que extrapolam as discussões desta temática. Deste modo, a fim de garantir um diálogo mais apropriado sobre estes temas, foi feita a opção de tratá-los em separado, ainda que dentro de um mesmo capítulo. Ainda assim, é possível notar que a discussão sobre o cuidado atravessa cada um destes tópicos e vai ganhando destaque até ser abordada em sua própria seção.

Cabe destacar de antemão que a discussão sobre o trabalho de cuidado vem sendo amplamente desenvolvida no campo feminista, especialmente pelas feministas marxistas, que trazem para o campo marxista as discussões de gênero, pautando uma inseparabilidade entre ambos. Deste modo, este tema é intrinsecamente atravessado pelas questões de gênero e pela chamada divisão sexual do trabalho. O trabalho aparece aqui como categoria central de análise para o pensamento marxista e, a partir dele, podemos compreender as articulações entre produção e reprodução, ou ainda, entre trabalho produtivo e reprodutivo, bem como o caminho construído até que o cuidado pudesse ser compreendido dentro da categoria trabalho.

As feministas marxistas tornaram visível o papel indispensável do trabalho organizado segundo atribuições de gênero e não remunerado na sociedade capitalista. Com isso, ajudaram a redefinir o que é considerado trabalho e quem é considerado trabalhador, rejeitando a subvalorização estrutural do trabalho realizado pelas mulheres de forma remunerada ou não no capitalismo (ARRUZZA *et al.*, 2019).

4.2 O GÊNERO E AS RELAÇÕES SOCIAIS DO SEXO

O conceito de gênero guarda em si certa polissemia que faz com que seja possível identificar diversos tipos de uso e de pautas políticas relacionadas a ele, sejam elas mais ou menos progressistas. Entretanto, a maior parte dos autores atribuem sua introdução por parte do psicanalista Robert Stoller que, num congresso em Estocolmo, em 1963, apresentou seu modelo de identidade de gênero (PISCITELLI, 2009). A partir da introdução deste conceito, passou-se a entender que o sexo estaria ligado aos aspectos biológicos e o gênero se relacionaria à cultura,

que inclui todo o aprendizado e atribuições dadas a partir do sexo biológico. Podemos dizer, então, que o gênero aponta para os aspectos sociais atribuídos ao sexo biológico.

Ainda que haja divergências sobre a origem do termo gênero ou das concepções sobre ele, que se aproximam ou distanciam do que entendemos hoje como estudos de gênero, é notório que foi no campo feminista que este conceito ganhou vigor. Simone de Beauvoir, com seu livro *O segundo sexo*, é considerada uma das precursoras deste conceito. Ainda que não utilize o termo gênero, ela apresenta em sua tese uma contraposição ao determinismo biológico que operaria sobre o ser mulher, nos apontando que há algo no ser mulher que está para além do ser fêmea.

O feminismo marxista coloca em pauta a necessidade de abordar a hierarquia de gênero sempre de forma relacionada à hierarquia de classes, sob a perspectiva da divisão sexual e social do trabalho e, mais recentemente, em articulação com a hierarquia racial, por vezes negligenciada em estudos feministas.

Autoras da tradição francesa, como Danièle Kergoat, vão utilizar a expressão relações sociais do sexo para se referir à relação antagônica entre homens e mulheres enquanto grupos sociais, à negação de que as diferenças entre estes grupos são fruto da biologia, à base histórica e material desta relação e à denúncia de que há uma hierarquia entre os sexos, que se configura como uma relação de poder e dominação (KERGOAT, 2010).

A expressão relação social denota uma tensão que permeia o campo social produzindo fenômenos sociais e produzindo grupos de interesses antagônicos. Neste sentido, para essas autoras é necessário situar o sexo enquanto relação social. Ou seja, o grupo social homens e o grupo social mulheres não são equivalentes ao que a biologia entende como machos e fêmeas, operando tensões e divisões entre eles.

A historiadora norte-americana Joan Scott (1995) apontou em seus estudos os mecanismos que relacionam gênero e poder, a partir de uma perspectiva foucaultiana, defendendo que o gênero seria uma primeira forma de significar as relações de poder, e ainda que não avance no debate racial de modo aprofundado, a autora faz apontamentos em direção à importância da interseccionalidade.

Mais recentemente, autoras feministas vêm se dando conta de que luta pelas demandas relacionadas ao gênero, precisam ser também anticoloniais e antirracistas, (ARRUZZA, *et al*, 2019; BIROLI, 2018; COLLINS, 2019; DAVIS, 2016), especialmente após as contribuições das autoras identificadas com o feminismo negro e anticolonial ou decolonial.

4.3 INTERSECCIONALIDADE E CONSUBSTANCIALIDADE

O conceito de interseccionalidade tem sido de grande relevância para o pensamento social contemporâneo, mas não sem polêmicas e controvérsias. O termo parece ter sido utilizado pela primeira vez por Kimberlé Crenshaw, em 1989, para se referir à interdependência das relações de poder entre raça, classe e gênero e remonta às origens do feminismo negro. Collins e Bilge (2021), em seu recente livro publicado sobre a interseccionalidade, apresentam um conceito genérico sobre a expressão, que segundo elas, contemplaria as definições que têm se visto sobre o termo.

A interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária – entre outras – são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas (COLLINS; BILGE, 2021, p. 15).

Crenshaw entretanto sofre críticas por ter se debruçado de modo mais intenso sobre as relações entre raça e gênero e ter abordado de modo mais tangencial a classe ou a sexualidade (KERGOAT, 2010; HIRATA, 2014).

Em artigo onde põe em diálogo os feminismos interseccional e da reprodução social, Ferguson (2018) afirma que ambas as teorias apontam para uma imagem inclusiva e integrativa do social. Segundo a autora, as teorias sobre a interseccionalidade se dividem entre o modelo aditivo e o modelo constitutivo. O modelo aditivo entende que as distintas opressões se acumulam, utilizando o nó como metáfora e compreende que as opressões existem em separado e se cruzam. Já o modelo constitutivo, afirma que as opressões não existem previamente, elas se dão nas relações. Este modelo utiliza a metáfora da rede e busca mais do que descrever, explicar as opressões (FERGUSON, 2018).

Explicar como e por que experiências diversas se interconectam de determinadas maneiras e não de outras não é apenas uma tarefa histórica, como alguns presumem. É também teórica e envolve abandonar a aritmética e, ao invés disso, conceber todo social como algo maior que a soma de suas partes. Somente quando podemos apreender e nomear a lógica social e o dinamismo da totalidade, é que podemos entender como ou por que suas partes são mutuamente constituídas de maneiras que regularmente reproduzem certas relações e padrões sociais ou tendências e regularmente excluem outras (FERGUSON, 2018, p. 23).

Kergoat (2010) parte do conceito de consubstancialidade para propor uma conceitualização que integre de modo indissociável sexo, raça e classe. Para Kergoat, a noção de interseccionalidade se tornou uma espécie de receita, que acaba por privilegiar as dimensões de raça e gênero e deixar a classe em segundo plano, citada quase que por obrigação. Além disso, a autora critica o fato da interseccionalidade tratar raça, classe e gênero como categorias e não como relações sociais, sob o risco de uma fragmentação dos conceitos e de não valorizar uma historicização dos mesmos (KERGOAT, 2010; HIRATA, 2014).

Ao recusar a noção de interseccionalidade e, por sua vez, a noção de categorias, Kergoat (2010) aponta que não é possível pensar raça, classe e gênero de maneiras estanques. Considerar as relações sociais é considerar este todo complexo, do qual cada uma destas relações sociais pode ser tomada como um unificador. Com isso, a autora busca elucidar também que as relações de classe não se resumem aos aspectos econômicos, como muitos teóricos não marxistas costumam abordá-la. Gênero, raça e classe são relações de produção e nelas se evidenciam exploração, dominação e opressão.

A ideia aqui, entretanto, não é fazer uma opção entre os conceitos de interseccionalidade e de consubstancialidade. É verdade que as autoras que desenvolveram o conceito de consubstancialidade, em sua maioria, dialogam de modo mais enfático com a questão do trabalho de cuidado, entretanto, a recusa ao conceito de interseccionalidade não parece apropriada. Ainda que este conceito tenha sido desenvolvido a partir de uma concepção que possibilita uma perspectiva fragmentada, seu uso tem se consolidado e sido disputado por diversas autoras do campo feminista, especialmente o feminismo negro.

Como alternativa, proponho então, que a interseccionalidade seja tomada a partir da perspectiva da consubstancialidade, ou seja, compreendendo que raça, classe e gênero são não apenas categorias, mas relações sociais, que operam de modo interconectado. O termo consubstancialidade não traz em seu bojo o acúmulo das feministas negras que, optaram por cunhar o termo interseccionalidade para descrever um fenômeno que, até então, não lhes parecia suficientemente descrito. Cabe destacar também que tanto na perspectiva da consubstancialidade quanto na da interseccionalidade, são refutadas as propostas de hierarquização entre as opressões, o que é central para esse debate.

4.4 A DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO E A MERCANTILIZAÇÃO DO TRABALHO DOMÉSTICO

A divisão sexual do trabalho versa sobre como as tarefas são repartidas de modo desigual entre homens e mulheres no mundo do trabalho, havendo o que é considerado trabalho de homem e o que é considerado trabalho de mulher. Entretanto, esta divisão não ocorre de modo complementar e sem tensões. Há aí uma expressão de relações de poder em que os homens possuem vantagens sobre as mulheres e se beneficiam de sua exploração (KERGOAT, 2009).

Esta repartição do trabalho tem por característica a destinação do homem, predominantemente, à esfera pública e produtiva e a destinação da mulher à esfera privada e reprodutiva, além da destinação dos homens a ocupações de maior valor social, possibilitando maiores remunerações. Kergoat (2009) aponta dois princípios organizadores desta divisão, o da separação e o da hierarquização. A separação diz respeito ao fato de que existem trabalhos de homens e trabalhos de mulheres, e a hierarquização diz respeito ao fato dos trabalhos destinados aos homens valerem mais do que os destinados às mulheres.

Segundo Kergoat (2009) o que legitima a divisão sexual do trabalho são as ideologias naturalistas que atribuem determinadas características a homens e mulheres e que encerram o gênero no sexo biológico. O que a divisão sexual do trabalho vai apontar é que essa divisão não é natural, tratando-se de construções sociais que resultam de relações sociais.

A divisão sexual do trabalho opera combinada às hierarquias nacionais e raciais/étnicas e modula o trabalho reprodutivo, o que é impulsionado pela incorporação massiva das mulheres de determinados países no setor produtivo, que não foi acompanhado por uma divisão do trabalho doméstico entre homens e mulheres no interior da esfera privada. Ou seja, as mulheres continuaram realizando o trabalho doméstico não remunerado e assumiram também parte do trabalho produtivo, assumindo mais uma carga de trabalho (CARPENEDO; CAETANO NARDI, 2013).

Este fenômeno desencadeou outro debate importante, o das migrações internacionais para realização do trabalho de cuidado. Trabalhadoras vinda de países do Sul global migram para países do Norte para realização deste tipo de trabalho, mal remunerado e com poucas ou nenhuma garantias sociais. Entretanto, ao mesmo tempo que estas trabalhadoras suprem as demandas de países ricos, aumentam as demandas por trabalho de cuidado em seus próprios países.

Essas migrações internacionais podem levar a uma reconfiguração das relações sociais de sexo nos países receptores. A externalização crescente do trabalho doméstico implica em sacrifícios de todo tipo. Sacrifícios nem sempre compensados financeiramente, pois uma grande parte desse setor do “*care*”, constituído pela migração internacional, trabalha na informalidade e em situação precária. A

naturalização e a essencialização do cuidado como inerente à posição e à disposição (*habitus*) femininas têm como consequência a desvalorização das profissões ligadas ao cuidado. O pleno reconhecimento das qualidades ditas femininas (cuidado com os outros, competência relacional) como competência profissional é uma questão de atualidade científica e social. O reconhecimento e a retribuição desse trabalho devem ser colocados na ordem do dia (HIRATA, 2017, p. 165-166).

Ao abordar a divisão sexual do trabalho na esfera produtiva, Hirata (2017) enfoca também a divisão sexual do trabalho de cuidado, que torna visíveis as desigualdades de gênero, classe e raça, pois as cuidadoras remuneradas são majoritariamente mulheres, pobres, negras e, muitas vezes, (i)migrantes (migração interna ou externa).

A profissionalização e mercantilização do trabalho doméstico, consequência tanto do envelhecimento da população quanto da maior inserção das mulheres no mercado de trabalho, converte o trabalho de cuidado de invisível a visível, passa-se a se reconhecer mais amplamente este tipo de trabalho que, em certos contextos, passa a ser ocupado também por homens.

Segundo Andrade (2020), apoiada em Soares, o trabalho de cuidado está inserido no contexto do capitalismo flexível e do neoliberalismo e quando pensamos nas mudanças do mundo do trabalho neste contexto, como a diminuição da oferta de serviços públicos, por exemplo, se faz necessário destacar que os impactos destas mudanças têm consequências desiguais nas condições de trabalho e emprego a depender do sexo do trabalhador.

As consequências das políticas neoliberais, as privatizações, a externalização da produção e a diminuição dos serviços públicos em contexto de crise têm consequências desiguais sobre as condições de trabalho e emprego, segundo o sexo do trabalhador. As dinâmicas de classe, de raça e dos movimentos migratórios não podem ser compreendidas sem a perspectiva de gênero. O gênero é um organizador-chave da globalização neoliberal (HIRATA, 2017, p. 143).

Para Hirata (2017), não é possível mudar a divisão sexual do trabalho profissional sem mudar também a divisão sexual do trabalho doméstico, do poder e do saber em nossa sociedade. A divisão sexual do trabalho, como dissemos, amplia a concepção de trabalho e inclui o trabalho profissional e doméstico, formal e informal, remunerado e não-remunerado.

As responsabilidades tradicionais das mulheres pela educação das crianças estruturam mercados de trabalho que são desvantajosos para as mulheres, resultando em um poder desigual no mercado econômico que, por sua vez, reforça e exacerba o poder desigual na família. Essas relações entre trabalho/família/sociedade, e trabalho/saber/poder, formam um círculo vicioso e não virtuoso (HIRATA, 2017, p. 144).

Hirata (2017) afirma que a mudança nos modos de conciliação entre vida familiar e vida profissional segue sendo um tema bastante relevante, considerando que a grande maior parte

do trabalho doméstico ainda é realizado pelas mulheres. A autora apresenta quatro modelos que coexistem no espaço e no tempo, mas defende que o modelo da delegação está se tornando tendencialmente hegemônico.

O primeiro modelo seria o modelo tradicional, onde a mulher não trabalha fora de casa, e assume os cuidados da casa e dos filhos, sendo o homem o provedor. Essa configuração vem sendo ultrapassada, considerando que em boa parte dos domicílios ambos os cônjuges trabalham para o sustento da família. Entretanto, pontua que ainda é uma realidade, sobretudo em contextos onde o número de filhos dificulta a conciliação entre os cuidados domésticos e o trabalho profissional.

No segundo modelo, chamado por ela de modelo da conciliação, a mulher trabalha fora de casa, mas concilia o trabalho profissional com o trabalho doméstico. O homem nesses casos, não vê a necessidade de se incluir nas atividades domésticas, pois não há uma norma social que exija dele realizar o trabalho doméstico e de cuidados de modo concomitante ao trabalho profissional.

No terceiro modelo, o da parceria, mulheres e homens dividem as tarefas domésticas e os cuidados da família. Parceria esta que supõe igualdade de condições. Entretanto, a autora questiona se existiria, hoje, igualdade na posição dos homens e das mulheres na família e na sociedade em algum contexto.

Por fim, no modelo da delegação, a mulher acaba por delegar a outras mulheres o cuidado da casa e da família. Dando como exemplo o caso de mulheres executivas, que ocupam postos de responsabilidade, e que só podem trabalhar se outras mulheres, desprovidas de recursos e necessitando trabalhar para sustentar a família, assumirem essas tarefas, criando uma interdependência entre esses dois grupos de mulheres.

Embora registre-se um aumento das taxas de atividade femininas, observa-se a persistência das desigualdades, tanto entre sexos, quanto entre raças e entre classes. Partimos do ponto de vista segundo o qual as relações sociais de gênero, de raça e de classe são interdependentes e indissociáveis. Postulamos tanto a interdependência desses conceitos enquanto categorias de análise, quanto a indissociabilidade dessas categorias na prática dos movimentos sociais. [...] a segregação dos empregos e das atividades em todo o mundo é o que Danièle Kergoat chama de «princípio da separação» (distinção entre trabalho masculino e feminino) (HIRATA, 2017, p. 148).

Hirata e Guimarães (2020), ao abordarem a evolução dos estudos sobre o cuidado a partir dos anos 1970, deram destaque à profissionalização deste trabalho, tanto nos países do Norte como no Sul Global, associando esta tendência mundial ao aumento da população idosa e à escassez de mulheres que seguissem se ocupando gratuitamente destes, bem como à

crecente participação feminina no mercado de trabalho, tema já tratado por Hirata em trabalhos anteriores.

A atribuição do trabalho doméstico às mulheres permaneceu intacta em todas as regiões do mundo, com diferenças de grau na sua realização, dos modelos tradicionais aos modelos de delegação. A delegação às empregadas domésticas e diaristas é muito mais importante no Brasil do que na França, pois se há cerca de 1.350.000 mulheres trabalhando nos serviços domésticos e de cuidados na França (INSEE, Enquete Emploi, 2005), no Brasil, segundo o recenseamento da população de 2010, há 7.000.000 de pessoas no emprego doméstico, das quais cerca de 5% do sexo masculino (HIRATA, 2017, p. 162).

A evolução dos estudos sobre o trabalho de cuidado se deu simultaneamente à evolução de sua profissionalização. No Brasil, mais especificamente, houve um aumento do trabalho de cuidado realizado pelas trabalhadoras domésticas, presentes em grande número no país. As autoras reforçam ainda o caráter feminino e a desvalorização do trabalho das cuidadoras (HIRATA; GUIMARÃES, 2020).

4.5 O TRABALHO DE CUIDADO

O trabalho de cuidado, já citado algumas vezes ao longo deste estudo, é um conceito extremamente caro para a compreensão dos fenômenos aqui analisados. É importante iniciar este tópico apontando que o trabalho de cuidado tem sido estudado em conjunto com a divisão sexual do trabalho e nos estudos de gênero de modo geral, que se propõem a pensar o papel social da mulher.

A partir das reflexões sobre a divisão sexual do trabalho e dos debates sobre a separação entre público e privado, problematiza-se o fato de que às mulheres é relegado o domínio da esfera privada, enquanto aos homens é dado o acesso à esfera pública, em âmbitos como o trabalho e a política (AGUIRRE *et al.*, 2014).

Após a importante contribuição feminista no que se refere à redefinição da categoria trabalho, o trabalho doméstico passa, então, a ser reconhecido como trabalho. Trabalho doméstico e trabalho de cuidado são expressões que por vezes se misturam. O trabalho doméstico é todo aquele trabalho realizado no ambiente doméstico, atribuído às mulheres.

O trabalho de cuidado é parte deste trabalho doméstico, mas vai além dele, pois inclui também outras dimensões da esfera reprodutiva, como o cuidado de pessoas realizado fora do espaço doméstico, por exemplo. Ambos dizem respeito ao chamado trabalho reprodutivo, que

se refere à todo o trabalho de manutenção e reprodução da mão de obra no capitalismo, o trabalho reprodutivo, que inclui também o trabalho sexual.

Autoras da tradição anglo-saxã, como Joan Tronto (2007), trouxeram à tona as várias formas de trabalho não remunerado exercidas predominantemente pelas mulheres, conceitualizando e mensurando formas de trabalho de cuidado gratuito. Com isso o conceito de trabalho doméstico foi dando espaço ao de trabalho de cuidado, destacando suas dimensões moral, emocional e simbólica.

Para Kergoat (2010) o trabalho consiste na produção do viver em sociedade e o *care*³ ocupa uma posição de destaque neste viver. Além disso, ele encontra-se no cruzamento das relações de classe, gênero e raça, sendo fundamental para pensar a interligação entre estas relações sociais. Joan Tronto (2007) também aponta que não apenas o gênero, mas também a raça e a classe distinguem quem cuida, em que contexto e em qual cultura (KERGOAT, 2010).

Ponto de partida para avançarmos nas discussões deste estudo. O trabalho de cuidado possui grande importância tanto para o campo da sociologia do trabalho quanto para o campo feminista. Ele traz o cuidado para o campo do trabalho, desnaturalizando a visão comumente difundida de que o cuidado se trata de um dom das mulheres, destinadas à maternidade e ao cuidado da prole.

A definição mais difundida do *care* remete à Fisher e Tronto, que apontam que as atividades que definem o cuidar (*care*) consistem em:

Tudo o que fazemos para manter, perpetuar e reparar nosso mundo de maneira que possamos viver tão bem quanto possível. Esse mundo compreende nosso corpo, nós mesmos e nosso meio ambiente, todos os elementos que nós buscamos associar em uma rede complexa, para sustentar a vida (FISHER; TRONTO, 1991, p. 40).

As autoras apresentam esta definição buscando contrapor outras definições de cuidado que, segundo elas, seriam menos amplas e acabariam por excluir dimensões importantes, romantizando e excluindo o fato de que pode existir também um “mau cuidado”, ou ainda, não abordando o cuidado realizado por obrigação e não por uma disposição interna para tal.

Outra autora importante nesta temática é Helena Hirata, que discute o trabalho de cuidado em grande parte de sua obra. Para definir o trabalho de cuidado, Hirata (2017) recorre

³ O termo *care*, de origem anglo-saxã é utilizado por diversas autoras que abordam esta temática com sentido bastante semelhante ao de trabalho de cuidado. Neste estudo fizemos a opção pelo uso da expressão trabalho de cuidado, entretanto, em alguns casos, fez-se a opção pela utilização de termo *care*, respeitando o sentido trazido pelas autoras. Esta temática será mais detalhada na seção a seguir.

a Molinier e colaboradores (2009, p. 17), que o apresentam como um conjunto de práticas, tanto materiais, quanto psicológicas, que trazem respostas concretas às necessidades dos outros.

Georges e Santos (2012, p. 166), ao estudarem os agentes comunitários de saúde e os agentes de proteção social, apresentam uma ampla definição de *care*. A partir da composição da produção de diversas autoras, colocam no centro de sua definição o conceito de reprodução.

Entendemos como trabalho do *care*, numa definição mais ampla, um conjunto de atividades que se inserem majoritariamente na esfera da reprodução, muito heterogêneas e fortemente sexuadas e segmentadas, desde o cuidado físico às pessoas dependentes, como enfermeira, auxiliar de enfermagem, babá, professora de creche, até aquelas exercidas no contexto da “indústria do sexo” (PARREÑAS, 2010; KAWAI, 2004), passando pelo trabalho doméstico de modo geral, como faxineira, empregada doméstica, camareira, cozinheira, etc., podendo se estender a outras ocupações do setor de serviços, envolvendo o trabalho auxiliar como secretária, comissária de bordo, recepcionista, telefonista. Em todos os casos, o uso da afetividade e a administração das emoções aparece como o valor central de tais ocupações, assim como uma das condições de sua concretização (HOCHSCHILD, 1983).

Esses autores, ao citarem em sua definição o uso da afetividade, apresentam também um ponto relevante a ser considerado no trabalho de cuidado, o trabalho emocional. Em seu estudo sobre o gênero, as emoções e o assédio sexual no trabalho de cuidado, Andrade (2020) recorre a autoras como Pascale Molinier (2018) e Joan Tronto (1991) para enfatizar que o trabalho de cuidado consiste numa atividade realizada ao longo de nossa vida, sendo impossível existir vida sem ele. Envolvendo uma atividade relacional, e requerendo compromisso, responsabilidade, sacrifício e também tempo e esforço para atender às necessidades físicas e emocionais das pessoas que são cuidadas, também destaca os aspectos emocionais do trabalho de cuidado.

Compreendendo que todo o trabalho de cuidado envolve as emoções, se faz necessário dizer da sua complexidade ao tomá-las para análises, assim como as influências na saúde de profissionais, já que elas podem ser superficiais e/ou profundas, podem expressá-las ou dissimulá-las. É também primordial dizer que existe uma divisão sexual do trabalho emocional, em que as mulheres, grosso modo, devem ser pacientes, gentis, solícitas, atenciosas, etc., e aos homens não cabem o choro e a manifestação de suas emoções. Também as emoções são expressas pelo corpo [...] (ANDRADE, 2020, p. 174).

A dimensão emocional do cuidado possui grande relevância para autores que vêm estudando essa temática, em especial quando encaramos o recorte do trabalho de cuidado profissional. Em seu artigo intitulado “As emoções do *care*”, Soares (2012) aponta que nos trabalhos que envolvem o cuidado há uma inerente interação entre a trabalhadora e aquele para quem o serviço é destinado, e para além de um encontro, estabelece-se também uma relação

entre quem cuida e quem é cuidado. "Trata-se de relações desiguais perpassadas por assimetrias socialmente estabelecidas de gênero, idade, classe social, raça e etnia, que se recobrem parcialmente, que implicam um exercício de poder e exigem qualificações específicas" (SOARES, 2012, p. 45).

O autor apresenta em sua obra cinco dimensões do trabalho de cuidado que operam de forma interconectadas - as dimensões física, cognitiva, sexual, relacional e emocional. Os aspectos físicos do cuidado dizem respeito às práticas de higiene, limpeza, realização de medicações, etc.; os aspectos cognitivos do cuidado se referem aos aprendizados e saberes do trabalho aprendidos no cotidiano ou na formação profissional; os aspectos sexuais do cuidado falam do contato com o corpo do outro, o lidar com a sexualidade do outro e a vergonha e descontentamento que isso gera, além do lidar com os avanços sexuais; os aspectos relacionais dizem respeito à atenção, paciência, vínculo afetivo, controle emocional, etc. e, por fim, os aspectos emocionais do cuidado, se referem ao medo, descontentamento, à gestão das emoções, à criação de regras de sentimentos, dentre outros (SOARES, 2012).

Faz-se importante ressaltar que, apesar do destaque destes autores sobre os aspectos emocionais do cuidado, não há uma hierarquia desta dimensão em relação às demais. Entretanto, o aspecto emocional é parte importante do que caracteriza o *care* ou o trabalho de cuidado, aspecto que, entretanto, por vezes acaba invisibilizado quando nos referimos ao trabalho remunerado, ou ainda essencializado e naturalizado, quando tratamos do trabalho realizado dentro das famílias.

4.5.1 Delineando os conceitos

Um destaque importante a ser feito se refere ao uso do termo *care* e da expressão trabalho de cuidado. O termo em inglês *care* vem sendo amplamente utilizado para nomear este fenômeno na literatura mundial. O termo *care* designa ao mesmo tempo a atitude de preocupar-se com o outro, de solicitude e o ato de cuidar. Autoras francesas, por exemplo, optaram por utilizar o termo em inglês por considerar que expressa melhor a designação da temática por elas tratada, já que a polissemia e abrangência do termo torna difícil sua tradução (HIRATA; GUIMARÃES, 2020).

A expressão "trabalho de cuidado" vem sendo adotada na língua portuguesa por grande parte dos autores que abordam esta temática. Esta expressão, além de destacar o cuidado enquanto trabalho, se alinha a uma proposta decolonial de descolonizar a linguagem e os conceitos, e valorizar o pensamento de autoras até então subalternizadas na literatura

hegemônica (VERGÈS, 2020). Nesse sentido, busca-se a utilização de nomenclaturas próprias, sem recorrer a utilização de termos em outras línguas, como é o caso *care*, oriundo da língua inglesa. Além disso, a expressão trabalho de cuidado traz em si os acúmulos deste debate na América Latina.

Ambas aparecem, muitas vezes, como sinônimos, entretanto o termo em inglês *care* engloba tanto o que chamamos de cuidado quanto o que chamamos de trabalho de cuidado, guardando em si aspectos das duas utilizações.

4.5.2 A economia do cuidado

O trabalho de cuidado é essencial para nossas sociedades e para a economia, ele inclui o trabalho de cuidar de crianças, de idosos, de pessoas com doenças e deficiências, o trabalho doméstico diário de cozinhar, limpar, lavar, passar, consertar coisas, etc. É um trabalho que precisa ser realizado por alguém, sob o preçõ de comunidades, locais de trabalho e economias inteiras fiquem estagnadas.

Em todo o mundo, o trabalho de cuidado não remunerado e mal pago é desproporcionalmente assumido por mulheres e meninas em situação de pobreza, especialmente por aquelas que pertencem a grupos que, além da discriminação de gênero, sofrem preconceito em decorrência de sua raça, etnia, nacionalidade, sexualidade e casta. As mulheres são responsáveis por mais de três quartos do cuidado não remunerado e compõem dois terços da força de trabalho envolvida em atividades de cuidado remuneradas (OXFAM, 2019, p. 10).

Ainda que a sobrecarga com o trabalho doméstico atinja a todas as mulheres, não as atinge igualmente, são as mulheres negras, pobres e periféricas as mais atingidas por essa sobrecarga e por suas repercussões. É sabido, por exemplo, que a categoria das trabalhadoras domésticas é uma das mais exploradas no mundo.

Somente 10% das trabalhadoras domésticas são protegidas por leis trabalhistas gerais na mesma medida que outros trabalhadores e apenas cerca de metade delas desfruta da mesma proteção em termos de salário mínimo. Mais da metade de todas as trabalhadoras domésticas não tem limite para a jornada de trabalho prevista na legislação nacional. Nos casos mais extremos de trabalho forçado e tráfico de mão de obra, as trabalhadoras domésticas se veem presas nas residências de seus patrões, com todos os aspectos de suas vidas controlados, o que as torna invisíveis e desprotegidas. Estima-se que US\$ 8 bilhões sejam roubados todos os anos das 3,4 milhões de trabalhadoras domésticas que se encontram em situação de trabalho forçado no mundo, cifra equivalente a 60% dos seus salários devidos (OXFAM, 2019, p. 12).

Quando exercido de forma remunerada, o trabalho doméstico é sabidamente um dos tipos de trabalho mais precarizados em nossa sociedade, sendo realizado em sua maioria por mulheres negras ou imigrantes, a depender do contexto global no qual está inserido. No Brasil apenas em 2013 a legislação trabalhista equiparou os direitos das trabalhadoras domésticas aos demais trabalhadores formais.

Um estudo da fundação Perseu Abramo, de 2001, denominado “A mulher brasileira nos espaços público e privado” já apontava que 96% das 2502 entrevistadas realizavam tarefas domésticas e cuidavam das crianças, mesmo quando trabalhavam também fora de casa (PISCITELLI, 2009).

A centralidade do trabalho das mulheres fica evidenciada quando observamos a articulação trabalho doméstico/ trabalho profissional. Tanto no campo da Reprodução Social quanto no do assalariamento, as mulheres aparecem como as atrizes centrais na realização do trabalho doméstico e do de cuidado, atividades essenciais para a sociedade, seja em termos de sua reprodução, seja tendo em vista o bem-estar dos seus membros (HIRATA; GUIMARÃES, 2020, p. 17).

Compreendemos o cuidado enquanto uma atividade que se ancora nas desigualdades de gênero, raça e classe, e onde ocorre uma naturalização de competências acionadas pelas mulheres. Este tipo de trabalho envolve um ‘saber-fazer discreto’, e que mobiliza o trabalho emocional e a afetividade e que até então não eram reconhecidos como parte do que se entende como trabalho (HIRATA; GUIMARÃES, 2020).

Ganha destaque, então, a ideia de que o cuidado envolve uma atividade que poderia ser exercida por homens e mulheres e não apenas profissionais ou pessoas remuneradas para tal, reforçando que o cuidado é algo que diz respeito a todos os humanos, devendo toda a sociedade se envolver com ele (FISHER; TRONTO, 1991).

4.5.3 A Teoria da Reprodução Social

No início dos anos 1980, ganhou destaque o trabalho de Carol Gilligan (*In a Different Voice: Psychological Theory and Women’s Development*), de 1982, publicado recentemente no Brasil, onde a autora destaca a centralidade de escutar as pessoas enquanto sujeitos, e não apenas objetos de conhecimento (GILLIGAN, 2021). Segundo Hirata e Guimarães (2020), Gilligan chama atenção também para a ética do cuidado, a partir da experiência dos sujeitos e de seus sentimentos, além do concreto e do relacional.

Para as autoras, a voz diferente a que Gilligan aludiu em seu trabalho seria a voz das pessoas cuja experiência moral se constituía ao redor do trabalho de cuidar. “As diferenças e as desigualdades de gênero, de raça e de classe, associadas em uma dimensão política, passam a se fazer presentes, assim, em pleno coração da reflexão moral” (HIRATA; GUIMARÃES, 2020, p. 33).

Na década de 1970, em meio à segunda onda do feminismo, foram desenvolvidos diversos estudos sobre o trabalho doméstico gratuito de mulheres. Este tema foi colocado em pauta especialmente pelas feministas marxistas, que discutiam a divisão sexual do trabalho, o trabalho produtivo e reprodutivo e desenvolveram a teoria da reprodução social, temática que se constituiu como campo de estudos em diversos países (ARRUZZA *et al.*, 2019).

A teoria da reprodução social aponta que o trabalho doméstico/ reprodutivo invisível é uma das bases sob a qual se sustenta o capitalismo e se caracteriza pelo complexo de atividades e relações que reconstituem nossas vidas diariamente e é também fator crucial na exploração das mulheres no capitalismo. Não é acidental que as horas de atividades dedicadas ao cuidado de pessoas, da alimentação, manutenção da casa, cuidado afetivo, estudo com as crianças, etc. não sejam contabilizados como horas de trabalho e, tampouco não consistam em atividades remuneradas, com exceção das ocasiões em que este trabalho é terceirizado (sendo ainda assim um trabalho mal remunerado). O trabalho reprodutivo, muito longe de ser estranho ao trabalho assalariado, constitui-se como a sua base. O capitalismo necessita do trabalho reprodutivo não remunerado para conter o custo de sua força de trabalho (ARRUZZA *et al.*, 2019).

As feministas da reprodução social, entretanto, são criticadas por terem privilegiado as relações de gênero e classe em detrimento da raça, entretanto, os acúmulos sobre a compreensão de trabalho que esta vertente do feminismo trouxe são de grande importância. A partir do feminismo da reprodução social, o trabalho de cuidado passa a ser entendido como central e como produtivo, sendo concebido mais amplamente como criador de valores econômicos, da sociedade e também da vida, com isso, passam a ser valorizadas atividades e relações até então naturalizadas e negligenciadas (FERGUSON, 2018).

A teoria da reprodução social vai defender que o trabalho reprodutivo é também produtivo, concebido como uma atividade humana. Fala-se então de uma concepção ampliada de trabalho, fundamental para pensar a temática em questão neste trabalho.

Para Marx a reprodução social se refere à regeneração global do capitalismo após suas múltiplas crises, bem como nas instituições e processos que permitem que as relações produtivas prosperem, assim como as relações diretas de produção. Já as feministas da reprodução social, apesar de partirem da tradição marxista, usam o termo para se referir aos

processos fora das relações diretas de produção que se fazem necessários para a sobrevivência do capitalismo, opondo produção e reprodução. Para as feministas, a reprodução se refere então à reprodução diária geracional dos trabalhadores (FERGUSON, 2018).

Esse acúmulo de tarefas e sobrecarga de mulheres no capitalismo culmina numa crise do cuidado, onde já não é mais possível manter o padrão atual de expropriação do trabalho não pago realizado pelas mulheres, que seguem numa jornada de trabalho contínuo, dentro e fora de suas casas, remunerado ou não (ARRUZZA *et al.*, 2019).

4.5.4 A crise do cuidado

As pesquisas sobre o *care* se internacionalizaram ao abordar, especialmente, a temática da chamada crise do cuidado. Preocupação notadamente focada no Norte global, esta crise aponta para o aumento da expectativa de vida da população e, ao mesmo tempo, seus maiores graus de dependência física, mental ou financeira. Em paralelo a isso, a ampliação da participação feminina no mercado de trabalho colaborou para uma escassez de mão de obra gratuita para realização do trabalho de cuidado. Com isso, o *care* foi elevado ao status de problema social, especialmente a partir dos anos 2000.

Esta tensão entre trabalho reprodutivo e as novas demandas econômicas geraram a denominada crise global dos cuidados no contexto dos países ocidentais. [...] esta situação se expande particularmente no contexto europeu, onde ao longo dos anos vemos o declínio e deterioração do Estado de bem-estar social, situação a qual se adiciona o envelhecimento da população, a feminilização da força de trabalho e as novas demandas produtivas que estabelecem exigências tais como flexibilização e dedicação plena ao trabalho. Este conjunto de elementos contribui para o colapso das redes de cuidado e de manutenção da esfera privada no contexto europeu, o qual irá criar novos mecanismos para lidar com a crise na esfera do trabalho reprodutivo. Particularmente na França, de acordo com Helena Hirata (2001-2002), há uma crise do emprego estável e protegido, tal fato amplia a oferta de empregos precários e instáveis. Esta tendência é acompanhada pelo crescimento de oferta no setor de serviços francês, principalmente o chamado “serviço pessoal”, caracterizado pelas regras da divisão sexual do trabalho (CARPENEDO; CAETANO NARDI, 2013, p. 98).

A literatura da América Latina indica que para mulheres negras e de classes populares a crise do cuidado não apresenta nada de novo, entretanto, aponta a necessidade de se pensar em formas comunitárias de cuidado, que muitas vezes não são reconhecidas por permanecerem na fronteira com o enfrentamento solidário desta problemática, especialmente em contextos de pobreza extrema e onde o Estado mais dificilmente vai atuar. Vale ressaltar que o Uruguai tem se destacado como um país com uma política de cuidado bem-sucedida e institucionalizada,

com um Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) que começou a ser desenvolvido pelo governo em 2010, em parceria com atores da sociedade civil. (AGUIRRE *et al.*, 2014; HIRATA; GUIMARÃES, 2020).

Outro ponto importante que vem sendo abordado na literatura feminista, trata, além das migrações entre países Sul e Norte global, das migrações Sul-Sul, dentro da própria América Latina, privilegiando as grandes metrópoles, ou ainda, como é o caso do Brasil, dentro do próprio país.

Estes processos migratórios possuem estreitas relações com a dimensão étnico-racial, destacando a desigualdade presente neste debate. Entretanto, esses processos migratórios guardam marcas semelhantes ao das migrações Sul-Norte, onde mulheres encontram-se em situação de vulnerabilidade, deslocada do âmbito de suas famílias e de seus territórios de origem, em busca de remuneração para sua sobrevivência ou melhora de vida.

A literatura feminista que aborda a temática da migração de trabalhadoras reprodutivas sugere que as ocupações de doméstica e de babá no contexto europeu se associam a processos de subjetivação caracterizados pela norma de gênero e pelas hierarquias raciais e nacionais. De um modo geral, autoras feministas indicam que estes processos migratórios conduzem a formação de subjetividades marcadas pelo paradigma da servidão, opressão, normalização e dominação. Por outro lado, podemos conjuntamente pensar que é através do trabalho doméstico transnacional que estas mulheres migrantes podem ao mesmo tempo reverter, em certa medida, o seu status subalterno nos seus contextos nacionais de origem, modificando em algumas instâncias as dinâmicas de poder de um modo bastante significativo (ANDERSON, 2000; LUTZ, 2008; PARREÑAS, 2001 apud CARPENEDO; CAETANO NARDI, 2013, p. 98).

5 CUIDADO EM SAÚDE

Diversos autores de destaque saúde coletiva ou da saúde pública (POZZOLI; CECILIO, 2017; CECILIO, 2014; BARROS; GOMES, 2011; FRANCO; MERHY, 2011; MERHY, 2004; PINHEIRO; MATTOS, 2003; PINHEIRO, 2009) se propuseram a pensar o cuidado em saúde e o conjunto dos atos que produzem certos modos de cuidar, por meio de ações individuais e coletivas, abordagens clínicas e sanitárias da problemática da saúde, que conjugam saberes e práticas implicados com a construção dos atos cuidadores que conformam os modelos de atenção à saúde vigentes.

Este capítulo se concentra em alguns recortes da produção de alguns autores seminais na discussão do cuidado em saúde e em algumas obras paralelas que ajudam na interlocução com a temática em questão. Estas produções foram endereçadas em busca de conteúdos que abordassem os debates de gênero, para além das discussões mais específicas sobre o cuidado em saúde, entretanto, nos deparamos com uma lacuna sobre esta temática na maior parte dos estudos encontrados. Em contrapartida, o enfoque no trabalho em saúde e no cuidado enquanto centro desta prática profissional, obtém destaque na literatura.

Para tecermos uma melhor compreensão sobre o cuidado em saúde, alguns trabalhos se fazem fundamentais. Em artigo sobre os modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde, Menezes e colaboradores (2017) analisaram 52 artigos sobre como o trabalho dos profissionais na atenção primária no Brasil contribui para o acesso universal aos serviços de saúde. Segundo as autoras, os modos de produzir cuidado descritos nos artigos analisados contribuem para a ampliação do acesso na APS, entretanto, chama a atenção que os artigos utilizam o cuidado predominantemente enquanto termo e não enquanto conceito. “[...] o conceito é uma unidade abstrata criada a partir de uma combinação única de características. Os conceitos são representados pelos termos, que são designações verbais. O termo é considerado a unidade mínima da terminologia” (LARA, 2004, p. 92).

Este fato pode ser observado com facilidade ao analisarmos os estudos feitos sobre a APS. O cuidado, termo polissêmico, muitas vezes acaba sendo utilizado enquanto jargão e mesmo estudos que trazem o cuidado em seu título não necessariamente apresentam e se dedicam ao conceito, ou ainda, este é utilizado como termo de apoio em outros conceitos, como “integralidade do cuidado”, “continuidade do cuidado”, “cuidados paliativos”, “cuidados primários em saúde”, dentre outros. Parte-se do cuidado como algo dado, sem explorar ou apresentar seu(s) sentido(s) mais específicos.

A despeito disto, uma gama de autores relevantes no campo da saúde tem se dedicado a explorar o sentido do cuidado e é a partir de seus trabalhos que aprofundaremos esta temática. Em artigo de 2009, Pinheiro se debruça sobre a concepção do cuidado enquanto *ethos* humano: “o cuidado configura o *ethos* humano, do agir em saúde, o cerne das práticas eficazes da integralidade de suas ações” (PINHEIRO, 2009, p. 15).

A autora e os demais pesquisadores da linha de pesquisa do CNPq intitulada *Cidadania no Cuidado*, ligada ao Lappis – Laboratório de Pesquisa Sobre Práticas de Integralidade em Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, construíram uma gama de reflexões sobre o cuidado em saúde, sob a ótica da Integralidade, partindo da compreensão de que a construção de articulações teórico-práticas que reflitam sobre a integração do agir e pensar o cuidado em saúde é imprescindível. Estes autores propõem a integralidade como um dispositivo portador de valores ético-políticos que têm no cuidado sua maior expressão enquanto atividade humana.

Pinheiro (2009) se debruça sobre uma série de estudos a respeito do cuidado em saúde e políticas de saúde e divide seus achados em 3 eixos: um primeiro que fala da formulação das políticas públicas na saúde, um segundo sobre a incorporação de conhecimento técnico às políticas de saúde e um terceiro sobre a operacionalização da política de saúde, ou ainda, sobre a organização do processo de trabalho em saúde.

Este trabalho nos antecipa o sentido dado ao cuidado no campo da saúde, apresentado no primeiro eixo como um nível de atenção do sistema de saúde, ou ainda como um procedimento técnico ou conduta técnica assistencial. Sentido recorrente em programas, projetos e na formulação de estudos operativos para análise e avaliação. O segundo eixo traz o cuidado como um constructo pautado nos conhecimentos da anatomoclínica, fisiopatologia ou na genética médica, apresentado em compêndios, manuais, artigos biomédicos, dentre outros, que se dedicam a certo modo de saber-fazer o cuidado e apontando o que seria o melhor cuidado a ser oferecido. O terceiro eixo trata do cuidado enquanto elemento das rotinas institucionais ou ainda relacionado a procedimentos técnico-profissionais e protocolos clínicos.

Entretanto, a autora apresenta uma perspectiva crítica a estes sentidos e define o cuidado como “uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como o direito de ser” (PINHEIRO, 2009 p. 18). Neste sentido, o cuidado é apreendido para além do âmbito do trabalho em saúde, o que é premissa fundamental para que se incorpore os debates de gênero no cuidado, como abordamos aqui, entretanto, o escopo do estudo realizado pela autora não abarca as reflexões voltadas à articulação entre gênero e cuidado.

Zoboli (2009), neste sentido, apresenta o cuidado como:

Ir ao encontro do outro para acompanhá-lo e juntos promoverem e fomentarem a vida boa para todos. [...] toma-se o cuidado como proposta ética e não como ato isolado de assistência ou atenção à saúde, apenas. Refere-se à atitude, modo de ser – ou seja, a maneira como a pessoa funda e constrói suas relações com as coisas, os outros, o mundo e, também, consigo mesma. E esta atitude é de ocupação, preocupação, responsabilização radical, sensibilidade para com a experiência humana e reconhecimento da realidade do outro como pessoa e como sujeito, com suas singularidades e diferenças (p. 63).

A autora nos ajuda a compreender o cuidado para além do escopo de atividades profissionais. Estudos como estes no âmbito da saúde possuem grande relevância como base para incorporação do debate de gênero, ainda que não o abordem mais diretamente, abrem espaço para pensarmos o cuidado enquanto prática social.

Zoboli (2009) reflete sobre a polissemia do cuidado na área da saúde, apontando a relevância dada ao cuidado na construção do vínculo entre profissional e usuário. Para a autora, a perspectiva do cuidado nos leva a pensar a saúde como “direito de ser”, perspectiva que visa o reconhecimento do outro enquanto sujeito e o cuidado enquanto projeto de cidadania.

Para muitos autores o cuidado é considerado como o sentido de ser dos serviços de saúde, pois seria através das relações de cuidado que a saúde é produzida. A maior parte das ações e estratégias de saúde se organizam em torno do cuidado. Segundo Merhy (2004), no campo da saúde, o objeto central não é a cura ou a promoção e proteção, mas sim a produção do cuidado. É através do cuidado que poderão ser atingidas tanto a cura como a saúde. Entende-se então que o cuidado é fruto desta relação com a alteridade, produto do encontro entre dois sujeitos, um que oferta, outro que recebe o cuidado.

Merhy (2004) afirma que o cuidado deve ser entendido como um ato relacional, que se produz no encontro de duas ou mais pessoas (atuando uma sobre a outra com suas expectativas e produções). Ao abordar o cuidado em saúde, o papel do trabalhador passa a ocupar um lugar de centralidade, pois são as práticas destes que são postas em análise. Além disso, a relação profissional-usuário é marcada por relações de poder, pois à medida que é atribuído ao profissional o papel “daquele que cuida”, este passa a ocupar uma posição de poder sobre aquele que é cuidado, detendo muitas vezes o poder de tomada de decisões e condutas sobre a vida de quem é cuidado. Entretanto, esta relação de poder também pode se inverter, especialmente em contextos onde aquele que é cuidado fornece pagamentos por este cuidado e cobra do profissional de saúde a prestação de um serviço. Tanto em suas obras solitárias (MERHY, 2004/2005) quanto nas obras em parceria com outros autores, como Túlio Franco (MERHY; FRANCO, 2013), seus trabalhos concentram-se na micropolítica dos modos de produção do cuidado, abordando as práticas de cuidado que têm como centro o trabalho.

Para estes autores, a mudança nos modos de produzir saúde, ou dos modos de cuidar, precisa advir da luta coletiva de trabalhadores no interior dos serviços, de modo a modificar seu cotidiano de trabalho, entendendo que mudanças macroestruturais e organizacionais não são suficientes.

Esta compreensão da micropolítica do trabalho em saúde se volta para os dispositivos de mudança no trabalho que tem como foco o usuário, entendendo que ele é o centro do cuidado. Melo e Mattos (2018) abordam o cuidado em saúde enquanto prática social. A expressão “práticas de cuidado” é por eles utilizada para designar determinados arranjos e práticas sociais.

A ideia de prática social parece interessante para abordar o cuidado, entendendo-o não como uma prática individual, mas do campo das relações. Estes autores, ao afirmarem esta concepção de cuidado, se distanciam da ideia de cuidado como um valor, já discutida por outros autores (PINHEIRO, 2009; ZOBOLI, 2009).

Uma das características gerais dessas práticas de cuidado na nossa sociedade é a intensa participação de profissionais e instituições de saúde, a ponto de parecer natural reduzirmos o espectro de tais práticas àquelas feitas exatamente por esses profissionais nos serviços de saúde. Tal predomínio reflete o intenso processo de medicalização da nossa sociedade (MELO; MATTOS, 2018, p. 99).

Os autores apresentam o cuidado como uma prática que se dá para além do contexto da saúde, reconhecendo que esta prática social se dá nos mais diversos contextos. Há em Melo e Mattos (2018) um explícito reconhecimento de que o cuidado não se limita ao operado pelos profissionais de saúde.

As práticas de cuidado, na nossa perspectiva, não se limitam às efetuadas por profissionais da saúde nos serviços de saúde. A produção do cuidado (termo corrente entre nós) não se efetua exclusivamente no encontro de trabalhadores da saúde com usuários. Por outro lado, tais encontros se prolongam, se conectam, se desdobram em outras ações cuidadoras exercidas na vida das pessoas e na vida social por outros agentes, para o bem e para o mal (inclusive sob influência do complexo médico industrial) (MELO; MATTOS, 2018, p. 100).

A partir deste enunciado, os autores adentram na problemática da medicalização da saúde. Gutierrez e Minayo (2010) apontam que na Saúde temos sido indiferentes ao papel que as famílias ocupam na produção dos cuidados, o que segundo elas está diretamente relacionado à colonização da área da saúde pelo saber médico.

Quando falamos sobre cuidados da saúde, tanto profissionais quanto usuários dos serviços, compreendemos que se tratam de “ações que se desenrolam no contexto dos serviços

de saúde a partir da ação técnica dos profissionais do setor” (GUTIERREZ; MINAYO, 2010, p. 1498), o que dá conta somente em parte da temática do cuidado, como dito anteriormente.

O cuidado acontece ao menos em dois contextos distintos que se interrelacionam, o da rede de serviços de saúde e o da rede informal, representada predominantemente pela família. É pela família que vão se dar grande parte dos cuidados essenciais à saúde, contudo, esses cuidados não contam com tanto prestígio. As ações das famílias diretamente relacionadas ao cuidado em saúde passam desde o reconhecimento das doenças, a busca de auxílio profissional em tempo oportuno, o incentivo para o autocuidado, até o apoio emocional e inúmeras outras ações que poderíamos incluir nessa lista.

A racionalidade positivista ajudou na construção do ideário social que reduz a saúde à mera ausência de doenças. O cuidado passou a ser caracterizado como um procedimento técnico informado pela ciência biomédica, o que Gutierrez e Minayo (2010) chamam de processo de colonização da saúde pelo saber médico. Por meio deste processo, o papel da família nos cuidados em saúde perde espaço de reconhecimento frente às intervenções médicas que se dão nos serviços de saúde e perde relevância na literatura produzida na área. Faz-se necessário considerar que a família é nossa primeira instância cuidadora e, boa parte das vezes, as pessoas adoecidas nem chegam a acessar um serviço de saúde. A esse respeito Feuerwerker (2016, p. 35) afirma que “os conhecimentos técnicos que os profissionais de saúde detêm e o modo técnico como entendemos partes deste processo são apenas parte dos conhecimentos, parte das perspectivas relacionadas à saúde”.

Ao analisar diversos artigos que versam sobre o cuidado realizado pelas famílias, Gutierrez e Minayo (2010) apontam que na maioria dos trabalhos, o membro da família entrevistado foi uma mulher, o que as leva a concluir que parte dos pesquisadores reforçam a tendência de reproduzir a figura feminina como principal responsável pelo lar, o que impossibilitaria a criação de espaços que pudessem dar voz a outros atores da família. Entretanto, a escolha de mulheres para as entrevistas pode refletir também a realidade das inúmeras famílias monoparentais, geridas por mães solo, ou por mulheres que realizam a maior parte do cuidado, mesmo quando vivem com outros familiares, sendo, portanto, as figuras que acabam, muitas vezes, tendo mais a dizer sobre o tema.

Mesmo os artigos analisados pelas autoras que não se aprofundaram nas questões de gênero, foram unânimes em apontar que são as mulheres quem têm realizado a função de cuidado no Brasil e no mundo. O papel social de cuidado atribuído às mulheres, entretanto, tem tido pouca visibilidade nas produções científicas e muitos autores acabam por naturalizar este aspecto. A figura da mulher-mãe enquanto principal cuidadora aparece quase como um

consenso nos artigos analisados pelas autoras. Entretanto, enquanto mães e avós são as principais cuidadoras de crianças; esposas, filhas, noras e irmãs são as principais cuidadoras de adultos e idosos.

Feuerwerker também afirma que o cuidar é algo que diz respeito à vida e não tão somente ao humano, indo ao encontro de outros autores que estudam esta temática. Segundo ele, “[...] cuidar tem algo a ver com solidariedade, com suporte, com apoio, com produção de vida. Não é uma exclusividade da saúde. É tema da produção do humano, da construção da teia de relações e encontros que conformam a vida” (FEUERWERKER 2016, p. 35).

Feuerwerker (2016) reconhece que o cuidar em saúde é um tema dos viventes, e não dos profissionais de saúde, reconhecendo ainda que outros personagens, como usuários e seus familiares, são fundamentais para abordarmos esta temática. A autora não esquece, entretanto, que este é um tema caro aos profissionais da área, pois o modo como se vem abordando a relação entre trabalhadores e usuários do SUS ainda é um campo em disputa.

Ayres (2004), outro autor de destaque sobre o cuidado em saúde, parte de uma perspectiva Heideggeriana e aborda o cuidado como o modo de ser do humano e o cuidado em saúde a partir da permeabilidade dos processos técnicos ao não-técnico. Ayres entende a humanização do cuidado, para além das formulações da política, mas como a transformação das práticas assistenciais propriamente ditas.

Por isso, irá-se denominar Cuidado essa conformação humanizada do ato assistencial, distinguindo-a daquelas que, por razões diversas, não visam essa ampliação e flexibilização normativa na aplicação terapêutica das tecnociências da saúde. Assim, embora a categoria Cuidado, na filosofia heideggeriana, não diga respeito ao cuidar ou descuidar no sentido operativo do senso comum, e ainda menos numa perspectiva estritamente médica, adota-se aqui o termo Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde (AYRES, 2004, p. 22).

Apesar dos objetivos de seu estudo se referirem mais diretamente à relação entre profissional de saúde e usuário e sobre a como o cuidado se insere neste contexto, o autor não se furta de ressaltar os aspectos do cuidado que extrapolam esta relação.

Quase sempre que se fala de Cuidado, humanização ou integralidade se faz referência a um conjunto de princípios e estratégias que norteiam, ou devem nortear, a relação entre um sujeito, o paciente, e o profissional de saúde que lhe atende, como foi o caso da própria situação prática que guiou este estudo reflexivo. Contudo, retomando-se a definição aqui adotada acerca de humanização, no sentido de seu compromisso com valores contrafáticos validados como Bem comum, fica evidente a inseparabilidade deste plano individual do plano social e coletivo (AYRES, 2004, p. 27).

Ayres (2009) aponta então o cuidado enquanto um referencial para se enriquecer as práticas em saúde. Pautado pela hermenêutica, o autor busca no cuidado um horizonte prático para se enriquecer as ações em saúde, sejam elas de promoção, prevenção, assistência, reabilitação ou cuidados paliativos. O cuidado para Ayres vai envolver então tanto uma responsabilidade (para com o outro), quanto o que ele chama de identidade, já que algo de nós é posto em jogo quando exercemos o cuidado enquanto profissionais de saúde.

Diante do exposto, o quadro a seguir (Quadro 1) procura sintetizar os artigos analisados pelo presente trabalho que abordam sobre cuidado em saúde:

Quadro 1: Síntese dos artigos analisados sobre cuidado em saúde

Artigo	Referência	Autor(es)	Ano	Concepção de Cuidado	Debate de Gênero
Gestão do cuidado e Atenção Básica: controle ou defesa da vida?	MELO, E.; MATTOS, R. Gestão do Cuidado e Atenção Básica: controle ou defesa da vida? <i>In: Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.</i> MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de <i>et al.</i> (Org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.	Eduardo Mello e Ruben Mattos	2018	- Cuidado como prática social. - Não aderem à ideia de cuidado como um valor. - Práticas de cuidado não se limitam às efetuadas pelos profissionais e instituições de saúde. Medicalização da sociedade.	Não está presente
Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde - Textos	FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. <i>Trabalho, produção do cuidado e</i>	Túlio Batista Franco e Emerson Elias Merhy	2013	Os autores concentram-se na micropolítica dos modos de produção	Não está presente

Reunidos	<i>subjetividade em saúde</i> . São Paulo: Hucitec, 2013.			do cuidado, abordando as práticas de cuidado que têm como centro o trabalho.	
Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família.	GUTIERRES, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. <i>Ciênc. saúde coletiva</i> , Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1497-1508, 2010.	Denise Machado Duran Gutierrez e Maria Cecília de Souza Minayo.	2010	- Importância da família na construção do cuidado; - Cuidado para além das práticas do setor saúde; -Relações entre gênero e cuidado.	Está presente
Cuidar em Saúde.	FEUERWERKER, L. C. M. Cuidar em Saúde. <i>In</i> : FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. <i>Avaliação compartilhada de saúde: surpreendendo o instituído nas redes</i> . Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 35-47.	Laura Camargo Macruz Feuerwerker	2010	- Cuidar tem algo a ver com solidariedade, com suporte, com apoio, com produção de vida. Não é uma exclusividade da saúde.	Não está presente
Da necessidade de uma	AYRES, J. R. de C. M. Da necessidade	José Ricardo de Carvalho	2009	- Cuidado como a construção do	Não está presente.

<p>prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde.</p>	<p>de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. <i>In</i>: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. <i>Razões públicas para a integralidade</i> : o cuidado como valor. 2 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. CEPESC. ABRASCO, 2009, p. 127-144.</p>	<p>Mesquita Ayres</p>		<p>compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum; - Cuidado em saúde enquanto práticas terapêuticas que busquem ativamente seu sentido existencial e político; - Cuidado como referencial para se enriquecer as práticas em saúde.</p>	
<p>Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde.</p>	<p>PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. <i>In</i>: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. <i>Razões públicas para</i></p>	<p>Roseni Pinheiro</p>	<p>2009</p>	<p>Pinheiro (2009) define o cuidado como “uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como o direito de ser” (p. 18)</p>	<p>Não está presente</p>

	<i>integralidade</i> : o cuidado como valor. 2 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. CEPESC. ABRASCO, 2009, p. 15- 28.				
Cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral.	ZOBOLI, E. L. C. P. A. Cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral. <i>In</i> : PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. <i>Razões públicas para a integralidade</i> : o cuidado como valor. 2 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. CEPESC. ABRASCO, 2009, p. 63- 78.	Elma Zoboli	2009	- O cuidado seria ir ao encontro do outro para acompanhá-lo e juntos promoverem e fomentarem a vida boa para todos. - Trabalha a distinção entre a ética do cuidado e a ética da justiça. - Reforça o papel do compromisso ético com os demais no trabalho em saúde. - Cuidado como valor- guia da atenção à saúde. - Cuidado como práxis coletiva de usuários e trabalhadores engajados num projeto comum de cuidado.	Não está presente
Engravitando as palavras: o	MEHRY, E. E. Engravitando	Emerson Elias Merhy	2005	- Cuidado centrado na prática dos	Não está presente

caso da integralidade	as palavras: o caso da integralidade. <i>In:</i> PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. <i>Construção social da demanda.</i> Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ Abrasco, 2005.			profissionais de saúde. - Valises tecnológicas dos profissionais de saúde.	
O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde.	AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. <i>Saúde e Sociedade</i> [online], v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.	José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres	2004	- O humano e o cuidado nas práticas de saúde. - O cuidado no contexto da humanização das práticas de saúde;	Não está presente
Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde.	AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. <i>Ciência e Saúde Coletiva</i> , Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.	José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres	2001	- O cuidado para além da técnica;	Não está presente.

Fonte: Elaboração própria.

O presente quadro foi utilizado para demonstrar de modo mais sintético os estudos utilizados nesta seção. Os artigos revisitados colaboraram para uma aproximação com o estado

da arte das discussões sobre o cuidado em saúde no contexto nacional nas últimas décadas. É possível observar a partir dele que o enfoque sobre o debate de gênero nos estudos analisados sobre cuidado em saúde se dá de modo muito incipiente. Ao abordar o cuidado em saúde, estes autores pouco se remetem a uma perspectiva de gênero, tampouco racial ou de classe. Entretanto, a maior parte deles, deixa pistas para o que chamamos de uma “generificação” do cuidado, ao reconhecer que o cuidado não é operado apenas nas práticas médicas e de saúde, mas entendendo que o cuidado faz parte das relações humanas e não se encerra nas práticas profissionais.

Como afirmam Barros e Gomes (2011), “tomar o cuidado como atividade de trabalho, é afirmar uma dimensão real que nos remete a um inacabamento não só conceitual, mas, principalmente, a um inacabamento subjetivo e dos seus modos de operar no curso da ação de cuidar”. Para esses autores, assim como para Ayres (2001; 2004), o cuidado sempre remete a uma dimensão do comum, do construído junto com o outro. Dessa forma, “a atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde” (AYRES, 2001, p. 71).

Deste modo, esta seção se faz bastante relevante para compreensão de como o cuidado vem sendo tomado como objeto por autores de destaque na literatura da saúde, entendendo que essa abordagem pode se refletir em práticas de cuidado no âmbito da assistência que não se pautem pelas questões de gênero, bem como pelas de raça e classe. Ainda que seja apontado que o cuidado não se restringe ao objeto ou objetivo de trabalho do profissional da saúde, é preciso reconhecer particularmente quem são estes agentes sociais que exercem o cuidado para além do âmbito do trabalho em saúde.

6 CONTEXTUALIZANDO O DEBATE

6.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A discussão do trabalho de cuidado aqui apresentada não parte somente dos campos econômico e social, mas também se insere no debate da saúde e surge a partir de reflexões advindas do trabalho na Atenção Primária à Saúde, sendo importante contextualizar seu surgimento e modo de operar.

Um dos importantes impactos da Constituição Federal de 1988 no Brasil foi o destaque assumido pela atenção primária à saúde (APS) na agenda nacional, principalmente a partir de meados da década de 1990. A orientação do SUS passa a ser feita com base nos princípios da atenção primária à saúde, pactuados por diversos países em 1978 e apresentados na Declaração de Alma-Ata, que trouxe suas principais questões na Conferência sobre Cuidados Primários, realizada na República do Cazaquistão, antiga União Soviética. A APS possui diversas interpretações, traduzidas nacional e internacionalmente de formas distintas. As definições passam desde a concepção de porta de entrada aos serviços de saúde, primeiro nível de atenção, até a de uma estratégia de organização dos sistemas e serviços de saúde, dentre outras (FAUSTO; MATTA, 2007).

No Brasil optou-se inicialmente pela utilização da terminologia atenção básica em detrimento da nomenclatura atenção primária à saúde, com o objetivo de “construir uma identidade institucional própria, rompendo com a concepção redutora desse nível de atenção” (BRASIL, 2003, p. 7). A nomenclatura APS remeteria à concepção de uma atenção primária seletiva, identificada com um pacote mínimo de ações e serviços de saúde, voltados à população em situação de maior pobreza. Contudo, a expressão atenção primária à saúde traz como sentido essencial a atenção que se dá no primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde, sentido este que não é evidenciado pela expressão Atenção Básica.

Diante deste debate terminológico, Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde foram considerados no Brasil como termos equivalentes, podendo ser encontradas na literatura brasileira tanto uma quanto outra denominação (BRASIL, 2012; MENDES, 2012).

De acordo com a PNAB, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, se estabelecendo o mais próximo da vida da população. Tem como função ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada do SUS e, também, o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2012).

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica do SUS, traz a APS como uma das ações e serviços de saúde mínimos para a instituição de uma região de saúde (Art. 5º). Segundo o decreto, a APS é uma porta de entrada da RAS (Art. 9º), e define que o acesso às ações hospitalares e ambulatoriais especializadas deve ser referenciado pela APS (Art. 10), estabelecendo-a como ordenadora do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde (Art. 11) (MENDES, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), desde sua primeira versão (BRASIL, 2006), traz a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de Atenção Básica induzido pelo governo federal. Em 1994 o Ministério da Saúde assumiu o então Programa Saúde da Família (PSF) como modelo para reorganização do sistema de saúde baseado, num modelo de APS abrangente, que teve como precursor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, inspirado em experiências de níveis locais. Posteriormente o então programa (PSF) passou ao *status* de estratégia (ESF), o que lhe conferiu maior consolidação dentro do SUS, deixando de estar atrelado a uma política de governo. A ESF:

[...] é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012, p. 54).

Desde a década de 1990 a Atenção Básica vem ganhando destaque na agenda nacional. Este nível de atenção vem sendo fortalecido no âmbito do SUS a partir de diversas iniciativas de governo federal, estados e municípios. Destaca-se seu impacto positivo na ampliação da resolutividade e na melhora da situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma melhor relação custo-efetividade da atenção à saúde (ANDRADE; CASTANHEIRA, 2011).

De acordo com Gutiérrez (2008), a Atenção Básica, tal como apresentada pelo Ministério da Saúde, tem como algumas de suas principais características considerar a atenção individual e coletiva como indissociáveis, a partir da promoção, prevenção, proteção e reabilitação para a manutenção da saúde; organiza-se, a partir do trabalho em equipe multidisciplinar, através de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas; utiliza tecnologias de elevada e de baixa densidade, tendo como norte os problemas de saúde mais frequentes em determinada base territorial e, por fim, reconhece-se como o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde.

Há robustas evidências sobre as vantagens de sistemas de saúde baseados em APS: melhores indicadores de saúde, especialmente infantis; redução dos anos potenciais de vida perdidos; maior acesso e qualidade assistencial a serviços de saúde; melhor desempenho na prevenção das doenças e promoção da saúde; melhor desempenho dos sistemas de saúde, com menos gastos e menos internações por vários problemas; melhoria dos níveis de saúde das populações e redução das iniquidades em saúde (TESSER *et al.*, 2018, p. 362).

Tesser e colaboradores (2018) apontam ainda que para que a APS promova e coordene efetivamente um cuidado longitudinal, integral e orientado para a família e para a comunidade, o acesso ao cuidado é condição essencial. Ainda que observemos uma expansão da cobertura da APS no Brasil, o acesso vai diferir a depender do contexto municipal ou local que se leve em conta. Além disso, como veremos mais adiante, é possível pensarmos num bom ou num mau cuidado, como propõe Tronto (2007), quando argumenta que nem todo cuidado ofertado é bom ou desejável, ou ainda, pensá-lo enquanto um devir, como propõe Barros e Gomes (2011), ao recusarem binarismos e dualismos que opõem cuidado e descuidado ou ausência de cuidado. Ao entender o cuidado como devir, os autores afirmam que este se dá de modo processual, se produzindo no próprio ato de cuidar se não sendo ele antecipável.

Com isso, afirmamos aqui que cabe à APS se comprometer com a construção de que cuidado deseja-se operar nas práticas em saúde e sob quais princípios este deve ser pautado. Se nos comprometermos com os princípios do SUS e da APS deveremos ter no cuidado uma ponte para a autonomia dos usuários, um cuidado respeitoso e comprometido com o enfrentamento das iniquidades sociais. Cuidar, na APS, é fazer valer o direito à saúde e à vida por meio de práticas horizontais e com viés transformador, compreendendo que a saúde vai além da mera ausência de doenças e é fruto de um processo de determinação social.

6.2 A HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

A humanização da atenção à saúde ou do cuidado em saúde vêm sendo pauta de estudos por parte de diversos autores que pensam o cuidado em saúde, buscando a construção de um saber e uma prática menos tecnicistas e objetivantes, como uma crítica a um objetivismo cartesiano (MARTINS, 2009).

Por humanização do cuidado entende-se uma perspectiva crítica da saúde contra a banalização do sofrimento do outro. Martins (2009) prefere falar em uma luta contra a desumanização, de modo a escapar das polêmicas que o termo humanização engendra, já que mesmo as práticas em saúde percebidas como “desumanizadas”, são postas em prática também

por humanos. Isso significa que o termo humanização poderia levar a uma apreensão maniqueísta e ingênua de que aquilo que envolve o humano seria naturalmente bom.

De modo a repensar as práticas de cuidado no SUS, o governo federal promulgou uma Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH) no bojo desta discussão mais ampla no campo da saúde sobre a “humanização” do cuidado.

A PNH teve como objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, operando através do princípio da transversalidade. A humanização foi compreendida pela política como uma valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Esta política lançou mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e corresponsabilizar usuários, trabalhadores e gestores visando potencializar a garantia de uma atenção integral, resolutiva e humanizada. Os valores norteadores desta política são “a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde” (BRASIL, 2009, p. 5).

A PNH apostou no vínculo entre profissionais e usuários como produtor de crescentes graus de autonomia e corresponsabilidade, entendendo que a adscrição de pessoas/famílias/áreas às equipes de saúde e o acompanhamento longitudinal, característicos da Atenção Primária à Saúde, facilitariam a criação de vínculos terapêuticos.

Segundo a PNH, os espaços da APS são propícios a encontros produtivos entre profissionais de saúde e entre estes e a população usuária. Para que estes encontros ocorram se faz necessária a valorização do diálogo, da convivência e da interação trazida por cada sujeito, através das diversas formas de comunicação, costumes, saberes, corpos, crenças, afetos, expectativas e necessidades.

A PNH tem como diretrizes o Acolhimento, a Clínica Ampliada, a Cogestão, a Produção de Redes, a Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde.

Considerando a temática abordada neste estudo, destaca-se dentre estas diretrizes a Clínica Ampliada, para a qual se faz necessário a criação de vínculos entre usuários, famílias e comunidade com a equipe de saúde e com alguns profissionais específicos que lhes sirvam de apoio e referência técnica.

Esta construção de vínculos deve partir de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. Por parte do usuário, a criação de vínculo será favorecida quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir de algum modo para a sua saúde e sentir que esta equipe se corresponsabiliza por esses cuidados. Do lado do profissional e da equipe, a base do vínculo é o compromisso com a saúde daqueles que a procuram ou são por ela procurados, é o quanto aquela pessoa o afeta. O vínculo se estabelece quando esses movimentos se encontram. O vínculo será terapêutico quando contribuir para que

graus crescentes de autonomia – modo de “andar” a própria vida – sejam alcançados (BRASIL, 2009, p. 16).

Faz-se importante ressaltar que a Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde atue de forma a apoiar o usuário para que este possa desenvolver a capacidade de, para além de lutar contra doenças, transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não seja um impedimento para que as pessoas vivam outras dimensões de suas vidas, desenvolvendo a capacidade de se inventar e reinventar novas possibilidades, reconhecendo suas potencialidades.

Dentre as inúmeras potencialidades da Clínica Ampliada vale ressaltar a importância de uma escuta qualificada do profissional para com o usuário, através de um encontro mais horizontal entre ambos, onde acredita-se ser possível diminuir a distância entre o prescrito pelos profissionais e o realizado pelos usuários.

É frequente que não se leve em conta o desejo, o interesse ou mesmo a compreensão dos usuários e dificilmente se considera também as reais condições que os usuários possuem de seguir prescrições e orientações, concluindo-se, por conseguinte, que o usuário não aderiu ao tratamento. Retirando o cuidado de seu contexto relacional. Faz-se necessário, entretanto, considerar as prescrições como ofertas, podendo ser aceitas ou não pelos usuários, o que tornaria possível que usuário e profissional pudessem tomar decisões conjuntamente, se corresponsabilizando pelos resultados.

A relação de vínculo terapêutico na atenção básica, que pode se construir no tempo, com o seguimento dos casos, pode facilitar a identificação de objetos de investimento – coisas/situações que dão prazer, estimulam recriação da vida, potencialidades – que cada pessoa tem para além do sofrimento/doença (BRASIL, 2009, p. 33).

A PNH se apresenta aqui enquanto instrumento político normativo potente para se pensar a reorientação da prática assistencial no SUS, dando visibilidade para discussões até então pouco enfatizadas, a partir do escopo da PNH é possível se (re)pensar nossas ofertas em saúde, com base no vínculo trabalhador-usuário, considerando que este possa ser um caminho possível para trazer à tona as discussões aqui abordadas.

Entende-se que para que necessidades de saúde, tal qual a sobrecarga com o trabalho de cuidado efetuado pelas mulheres no âmbito doméstico, possam se converter em queixas ou mesmo em demandas, é necessário a construção de um vínculo entre usuárias e equipes de saúde que, juntos, podem visibilizar esta temática até então obnubilada no contexto da assistência à saúde em grande parte das vezes.

6.3 A PANDEMIA DA COVID-19

Um aspecto importante a ser colocado é que, no contexto da realização deste estudo, estamos vivendo uma pandemia da COVID-19, causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), que já matou mais de 6,24 milhões de pessoas em todo o mundo nos últimos 2 anos. Atualmente vivemos um panorama de tentativa de retomada à “normalidade” em alguns municípios do país, com ampla vacinação da população brasileira (chegando atualmente na quarta dose de imunizantes para alguns grupos da população) e estabilização dos coeficientes de incidência e de mortalidade. Ainda assim, as desigualdades de território, raça, classe e gênero ainda se fazem marcantes neste contexto.

Os hospitais e demais serviços de saúde já não se encontram operando nos limites e, em alguns locais, já é possível pensar em abrir mão de alguns Equipamentos de Proteção Individual (EPI), como o uso de máscaras. Entretanto, ainda não se apresentam perspectivas concretas de que essa doença será controlada a nível global sem nos ameaçar.

Durante este período, o governo federal negligenciou diversas medidas necessárias para o enfrentamento da COVID-19, tardando na comunicação de risco da pandemia, disseminando níveis elevados de desinformação e dificultando, muitas vezes, o acesso às vacinas. Com isso, persiste uma crise que afetou diretamente a vida das pessoas, sobrecarregou sistemas de saúde e acentuou uma crise econômica, política e social que ainda estende seus impactos.

O Brasil nunca mais será o mesmo diante do luto e do trágico legado de cerca de 30 milhões de casos notificados e mais de 650 mil mortes por Covid-19. As omissões das autoridades governamentais e do seu negacionista fascista, que impactaram de maneira desigual as vidas de mulheres, negros, comunidades indígenas, quilombolas, ribeirinhas, LGBTQIA+, desenharam marcas indelévels que não podem ser olvidadas. A combinação de futuras crises sanitária, climática, ambiental e social exigirá uma mudança nas ações políticas que amplie e fortaleça os sistemas públicos de seguridade social, do SUS e, conseqüentemente, do próprio modelo de Estado. Sem isso, estaremos condenados à barbárie, à necropolítica e à desesperança dos mercados (COSTA, *et.al.*, 2022, p. 7-8).

Além dos tantos impactos visíveis e esperados de um evento como este para toda a população, como os já citados anteriormente, ressalta-se que a pandemia não atinge igualmente os diversos grupos sociais, sendo atravessada por marcadores sociais de classe, raça, gênero e geração, impactando também na divisão social do trabalho (SOUZA *et al.*, 2022).

Tal realidade reflete a divisão social do trabalho do cuidado, historicamente realizado por mulheres, principalmente negras e pobres, e ainda pouco distribuído socialmente

de modo equitativo. O cuidado diretamente relacionado com a saúde revela a desigualdade de gênero no exercício profissional, particularmente das profissões de menor prestígio, no ambiente doméstico e, também, no autocuidado. As diferenças de condições de saúde entre mulheres e homens expressam, para muito além das diferenças fisiológicas, as diferenças comportamentais, seja com a ausência de autocuidado no caso dos homens ou com a alta exposição à própria saúde no cuidado do outro no caso das mulheres (SOUZA *et al.*, 2022. p. 291).

A despeito da problemática da sobrecarga de mulheres com o trabalho doméstico de cuidado vir de longa data, a pandemia de COVID-19 a trouxe à tona com maior destaque. Uma pesquisa realizada pela FEBRABAN em julho de 2020 que entrevistou 1500 homens e mulheres responsáveis pelos seus lares, em todas as regiões do Brasil, apontou algo que não nos parece novidade: as mulheres absorveram, na sua maior parte, o aumento da carga de trabalho doméstico em meio à pandemia. São elas as principais responsáveis pela limpeza da casa (63% das entrevistadas, contra 23% dos entrevistados) e pelo preparo das refeições (68% das entrevistadas contra 24% dos entrevistados).

Ao estender os impactos da crise do cuidado de forma ostensiva às mulheres de classe média e alta, muitas das quais eram, em parte, poupadas dessa sobrecarga através da terceirização do trabalho de cuidado, tornou-se ainda mais visível o impacto social que esta divisão do trabalho de cuidado pode trazer. Ainda que este cenário que já estivesse colocado, o mesmo se fazia distante do foco de reflexão, o que torna ainda mais oportuna esta investigação.

Com respeito às condições de trabalho, a vulnerabilidade das mulheres se manifesta tanto no fato de elas serem a maioria entre trabalhadoras informais quanto pela sobrecarga de trabalho no ambiente doméstico no contexto de isolamento, o que faz com que estejam mais desamparadas economicamente ou exercendo trabalhos em piores condições. Para além disso, observa-se ainda, nesse contexto, a interrupção de serviços essenciais à saúde das mulheres, o aumento da vulnerabilidade no contexto da saúde reprodutiva e a violência doméstica (SOUZA *et al.*, 2022. p. 292).

As autoras apontam que no contexto brasileiro, durante a pandemia, as mulheres que foram encarregadas do trabalho precarizado, expondo a si mesmas e suas famílias por não terem a opção de não trabalhar foram, especialmente as faxineiras, as trabalhadoras domésticas e da saúde.

Mulheres negras e de periferia, na sua maioria chefes de família e mães solo, são punidas não somente por serem obrigadas a se expor ao vírus, mas a exporem a veracidade de um sistema em que certas vidas valem mais que outras. Não por acaso, uma das primeiras vítimas da Covid-19 no Brasil foi uma empregada doméstica, Cleonice Gonçalves. A patroa, do Leblon, sobreviveu; Cleonice, não. Em tempos de crise epidemiológica e econômica, o subemprego estrutural revela mais acuatadamente as marcas da precarização de trabalhos feminizados e racializados (SOUZA *et al.*, 2022. p. 294).

Ainda assim, muitas famílias de classe média, que antes contavam com creches, empregadas domésticas, faxineiras e babás, se viram diante de uma realidade na qual não poderiam mais contar com estas formas de terceirização do trabalho de cuidado e no âmbito das famílias coube às mulheres a realização destes trabalhos, até então delegados majoritariamente a outras mulheres. Essa realidade de sobrecarga chama atenção para o fato de que mesmo considerando as interseccionalidades e os diversos marcadores sociais presentes na problemática do trabalho de cuidado, este é eminentemente e irremediavelmente encarado socialmente como feminino. Permanece ainda a naturalização e a perspectiva, ainda que subliminar, de que o trabalho de cuidado é delegado à mulher pois esta teria mais habilidades ou ainda o “dom” do cuidado.

A pandemia da COVID-19 reafirmou a centralidade dos cuidados, colocando em evidência a insustentabilidade de sua atual distribuição. Desde antes da pandemia, as mulheres na América Latina dedicavam o triplo do tempo que os homens em trabalho de cuidados não remunerado. Essa situação tem sido agravada pela crescente demanda de cuidados e pela redução da oferta de serviços causada pelas medidas de confinamento e distanciamento social adotadas. Instituições como a CEPAL e a ONU Mulheres propõe, então, algumas recomendações para lidar com este cenário:

Entre as recomendações apresentadas por ambos organismos estão medidas tais como: assegurar que os serviços de cuidados sejam considerados prioritários, garantindo a sua realização de forma segura durante o período de confinamento; expandir a proteção das pessoas que desempenham tarefas de cuidado tanto de forma remunerada como não remunerada; investir em infraestrutura de cuidados, em tecnologia e sistemas de transporte que poupem tempo; e integrar a economia do cuidado no planejamento, desenho e implementação das políticas macroeconômicas, entre outras (CEPAL; ONU MULHERES, 2020, online).

Cabe destacar ainda que a feminização do trabalho doméstico está associada também à feminização da pobreza. No cenário brasileiro, as principais encarregadas do trabalho precarizado, expondo a si mesmas e suas famílias durante a pandemia, por não ter a opção de ficar em casa, foram essencialmente as trabalhadoras da saúde, as empregadas domésticas e as faxineiras terceirizadas, que seguiram encarregadas do trabalho de cuidado, dentro e fora de suas casas, tendo adicionado ainda a este cenário, a vulnerabilidade da exposição de si e suas famílias à COVID-19 (SOUZA *et al.*, 2022).

É possível afirmar diante disso, que a pandemia da COVID-19 atingiu de modo desigual diferentes grupos da população. As mulheres, especialmente as pobres e as envolvidas nos

trabalhos remunerados de cuidado, estão entre as que foram mais expostas aos riscos da doença. Ainda assim, o impacto do isolamento social nas classes médias. Sobretudo nas mulheres, que se viram, muitas vezes, encarregadas do trabalho de cuidado, ajudou a trazer visibilidade a esta temática que nos é tão cara.

7 O TRABALHO DE CUIDADO NO CUIDADO À SAÚDE

Não é difícil de notar o quanto a APS e o contexto da saúde, de modo geral, reproduzem aspectos da Divisão Sexual do Trabalho. Há uma clara discrepância entre as categorias profissionais predominantemente ocupadas por homens e aquelas ocupadas por mulheres. Observa-se aí uma divisão não só sexual, mas também técnica, racial e social do trabalho. Quanto mais mal remuneradas ou desvalorizadas as profissões, mais elas tendem a ser ocupadas por mulheres, pessoas negras e oriundas de classes sociais menos favorecidas. Segundo Araújo e Rotenberg (2011):

A análise do trabalho em saúde implica, necessariamente, o diálogo com as questões de gênero, uma vez que a estruturação do trabalho em saúde em práticas de tratamento e de cuidado orientou a divisão sexual do trabalho no setor e definiu os mundos feminino e masculino no interior dessas práticas (p. 131).

Auxiliares de serviços gerais, técnicas de enfermagem, enfermeiras, psicólogas, nutricionistas, assistentes sociais. Todas essas profissões são predominantemente ocupadas por mulheres. No caso da medicina vemos um aumento considerável no quantitativo de homens na APS. Ainda assim, devido ao fato da Medicina de Família e Comunidade não ter o mesmo status social de outras especialidades médicas, é possível encontrar mais mulheres entre os profissionais da categoria. Se formos levar em conta o corte racial, encontraremos cenário semelhante. Entre as categorias de nível superior há menos profissionais negros que nas de nível médio e técnico.

Araújo e Rotenberg (2011) vão afirmar também que há uma inter-relação entre as esferas profissional e doméstica e que elas são indissociáveis ao se pensar o cotidiano feminino. “A institucionalização de práticas femininas relacionadas ao cuidado – que pertencem ao âmbito doméstico e foram levadas para o mundo do trabalho – deu origem, no processo de profissionalização das atividades, à enfermagem” (p. 134). Esta lógica se refere não só a enfermagem, mas também às demais profissões relacionadas ao cuidado, que quando se institucionalizam mantêm seu caráter predominantemente feminino e exigem de quem as executa características como dedicação, devotamento, paciência, compaixão, etc.

As autoras citam um estudo de Lopes (1996), onde a autora afirma que “foram exatamente as ações fundadas na caridade, desenvolvidas pelas religiosas ou pelo arrependimento das prostitutas que se dedicavam ao cuidado aos doentes, como forma de expiar os pecados, que foram construindo a ‘feminização’ dos cuidados [...]” (ARAÚJO; ROTENBERG, 2011, p. 135).

Apesar dos estudos analisados por Araújo e Rotenberg (2011) em seu artigo referirem-se ao trabalho em saúde no contexto hospitalar, este cenário também se repete na APS e nos ajuda a compreender os impactos da divisão sexual do trabalho no trabalho em saúde, além de apontar para a negligência da sobrecarga doméstica para as mulheres nos estudos da saúde.

Ao buscar compreender o que nos afasta, enquanto profissionais de saúde, de uma abordagem mais inclusiva com relação às problemáticas de gênero, em especial, ao que se refere ao trabalho de cuidado realizado pelas mulheres na APS, a literatura também nos auxilia a pensar sobre o que tem orientado nossa prática em termos de conceitos e discussões teóricas.

Joan Tronto (2008) afirma que o cuidado pode ser desenvolvido tanto pela família, quanto por instituições sociais e por mecanismos de mercado, no entanto, a maior parte deste trabalho segue sendo realizada por mulheres e segue sendo um trabalho invisível. Tronto introduz o conceito de *care* enquanto uma atividade e reforça, como as demais autoras aqui citadas, que não se trata de uma dimensão biológica da mulher. Aponta ainda, que a distribuição do *care* não é igual entre as mulheres de diferentes grupos sociais, abordando a repartição desigual e a desvalorização deste trabalho (HIRATA; GUIMARÃES, 2020).

Sua contribuição vai no sentido de constatar que o cuidado é um ato relacional necessário em toda sociedade e que todos ocupamos em alguma medida o papel de cuidar e de sermos cuidados. Essas discussões, entretanto, não extrapolaram para a literatura sobre cuidado em saúde. Há uma clara demarcação de que os estudos sobre trabalho de cuidado começam onde os estudos sobre o cuidado em saúde terminam. Como dito ao longo deste estudo, o trabalho de cuidado é paradigmático das relações de classe, raça e gênero e é necessário que estas perspectivas atravessem o campo do cuidado em saúde e da APS, sob o risco de ao invés de cuidado, aumentarmos a sobrecarga das cuidadoras.

É comum, por exemplo, presenciarmos cenas no cotidiano de unidades de Atenção Primária à Saúde onde profissionais das equipes endereçam prescrições às acompanhantes de seus usuários, com recomendações sobre alimentação adequada, restrições de atividades da vida diária, dentre outras. A abordagem familiar na Saúde da Família e a perspectiva da corresponsabilização, muitas vezes são vivenciadas como direcionamentos de cuidados às mulheres que não são problematizados pelos profissionais, o que não se restringe somente à crianças e pessoas acamadas ou com algum grau de dependência. O usuário surge com uma determinada demanda, os profissionais solicitam exames, prescrevem medicamentos ou mudanças de hábitos e orientam à família, na figura de mulheres sobre como manter os cuidados no ambiente doméstico.

Este é o ponto central deste estudo. Alertar para este fenômeno pouco ou nada problematizado tanto no dia a dia dos serviços quanto pela literatura da área. Talvez os estudos sobre temas mais específicos como o cuidado domiciliar, o cuidado à pessoa idosa ou à pessoa com deficiência, sejam mais profícuos em salientar a importância de não sobrecarregar os cuidadores, mas nem sempre evidenciam que os cuidados que operam no lar não se restringem à cuidados de pessoas com algum grau de dependência ou limitação, bem como nem sempre vão explicitar o caráter feminino deste trabalho.

O que agrava este contexto é o fato de que a produção sobre o trabalho de cuidado e, mais especificamente, sobre a sobrecarga das mulheres com o trabalho doméstico, não são suficientemente difundidos e talvez não cheguem àquelas que são mais impactadas por suas repercussões. Mulheres às quais não é dado sequer o direito de problematizar sua “condição” de cuidadora. Segundo Bourdieu (2003) a naturalização das atribuições femininas atuam de tal modo que é difícil para as próprias mulheres relativizar as crenças que estruturam este processo.

Outro ponto importante que cabe argumentar é que se faz necessário que a categoria trabalho na saúde extrapole os limites pelos quais vem sendo concebida, incorporando a perspectiva de que o trabalho se refere a todas as atividades necessárias à manutenção da própria sociedade. A ampliação do conceito de trabalho, que extrapola a concepção de trabalho incluindo o trabalho doméstico não remunerado, não tem sido suficientemente incorporada no campo da saúde. Um exemplo disso é quando vemos estratégias nos serviços como os chamados grupos “cuidando de quem cuida”, esse “quem cuida” fala sempre de um profissional remunerado, atuante nos serviços de saúde, mas que, no entanto, encontra-se sobrecarregado com o trabalho de cuidado.

Parece estar explícita aí certa correlação entre a sobrecarga no trabalho de cuidado remunerado e não remunerado. Como os próprios estudos sobre profissionais de saúde evidenciam, as profissionais de saúde sofrem uma sobrecarga com o contexto do trabalho contínuo, que se estende do ambiente doméstico ao profissional. Além disso, é comum notar que as usuárias dos serviços de saúde quando atuam profissionalmente de modo remunerado, especialmente nos contextos de maior precarização, atuam em atividades relacionadas ao cuidado, como faxineiras, empregadas domésticas, cozinheiras, dentre outras atividades.

Fala-se então do trabalho contínuo de cuidado, para além de uma dupla ou tripla jornada. Essas mulheres vivem suas vidas integralmente, destinadas a cuidar, algumas vezes sendo remuneradas por isso, outras não.

Lise Vogel (1983) citada por Ferguson (2018) já afirmava nesta ocasião que a natureza interdependente da relação entre o âmbito doméstico e o local de trabalho garante que a

opressão das mulheres no capitalismo persistirá. Para a autora, a opressão da mulher se dá pelo significado social do trabalho doméstico para o capital. É a produção e reprodução da força de trabalho que permite que o capitalismo se reproduza. Para Ferguson (2018, p. 25) “a manutenção do poder social capitalista, assim, articula-se com as buscas por maneiras de regular a reprodução social no geral, e as capacidades biofísicas das mulheres de reproduzir a próxima geração, no particular.

A teoria da reprodução social nos auxilia a pensar sobre o fenômeno aqui descrito de sobrecarga das mulheres com o trabalho de cuidado e sobre como esta dinâmica alimenta e é alimentada pelo capitalismo. Esta compreensão é fundamental para que possamos avançar na compreensão do papel Estado na manutenção e complementação das famílias.

[...] a existência das necessidades do capital explica porque uma instituição altamente efetiva – o âmbito doméstico privatizado – é alardeada e reforçada (através de uma legislação machista, sistemas educacionais, práticas de seguridade social, por exemplo), e, desse modo, enraizada nas sociedades capitalistas (por mais que se tenha herdado práticas das sociedades pré-capitalistas e as remoldado ao longo do tempo). É essa relação essencial entre as necessidades produtivas e reprodutivas da formação social capitalista, e não um impulso patriarcal trans-histórico, portanto, que torna a opressão das mulheres possível e provável sob o capitalismo (FERGUSON, 2018, p. 25-26).

A partir de uma concepção ampliada de trabalho, cabe nos perguntarmos até que ponto é possível separar trabalho produtivo e reprodutivo, entendendo que há uma relação interna entre ambos. O trabalho produtivo necessita do reprodutivo para se desenvolver, pois é através dele que a mão de obra é mantida, renovada e multiplicada. O trabalho reprodutivo, por sua vez, também é produtivo em última instância, pois não está fora da dinâmica de geração de valor.

Apesar de esta dinâmica de exploração da mão de obra feminina nos trabalhos doméstico e de cuidado estar, de certo modo, reconhecida socialmente, especialmente após a denúncia desses efeitos por conta da pandemia da COVID-19, no âmbito da saúde, os estudos sobre o cuidado ainda o encerram em sua dinâmica produtiva, não reconhecendo o trabalho doméstico, produtivo, operado pelas famílias, no escopo de boa parte de seus estudos.

Lutas pelo acesso ao aborto, creches e cuidados às crianças, melhores salários, água potável, por exemplo, remodelam as relações entre trabalhadores e capital e entre os próprios trabalhadores. Se são bem-sucedidas, elas desfalcam as formas patriarcais de relações, e outras ainda; se elas falham, tendem a reforçar tais relações (FERGUSON, 2018, p. 26).

Ao defender que o trabalho de cuidado diz respeito a todos nós de algum modo, pois dependemos dele para existir, Joan Tronto aponta que o dilema dependência/autonomia não daria conta da problemática do trabalho de cuidado, que faria mais sentido se tratado da perspectiva do princípio da vulnerabilidade (FISHER; TRONTO, 1991; TRONTO, 2007). Em seus trabalhos mais recentes, ela aponta ainda para a necessidade de uma democracia cuidadora, onde o cuidado seria uma parte central da vida política (HIRATA; GUIMARÃES, 2020).

Por muito tempo mulheres vêm sendo excluídas dos direitos de cidadania. Demandas como o acesso ao trabalho remunerado e com os mesmos direitos e benefícios do que os homens, bem como pelo reconhecimento do valor do trabalho de cuidado e seu suporte pelo Estado têm sido feitas e ainda permanecem atuais. “Si bien existían avances en la región latinoamericana a nivel normativo y discursivo que reconocían cultural y socialmente a las mujeres, no ocurría lo mismo respecto a los derechos sociales vinculados al trabajo, que implicaba redistribución de los recursos materiales” (AGUIRRE *et al.*, 2014, p. 46).

Como apontamentos deste estudo, além das contribuições já apresentadas sobre a necessidade de reconhecimento pela saúde do trabalho de cuidado realizado pelas mulheres no âmbito doméstico, faz-se importante destacar a necessidade de reforço e elaboração de políticas públicas que desonerem as mulheres destes papéis de cuidado. Esta tarefa nada simples se mostra como um horizonte possível quando vemos experiências como a do Uruguai de um Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Ainda que seja necessário considerar o contexto histórico e político de cada localidade, é possível observar que já há experiências concretas de avanço nesta pauta.

A garantia de creches e escolas integrais, o acesso à alimentação e à moradia são pautas que se relacionam diretamente com as demandas de cuidado. Como apontado anteriormente, a Saúde, enquanto política de Estado, deve assegurar que os direitos e necessidades destas mulheres e famílias sejam atendidos de modo justo e adequado, considerando suas demandas e o combate às iniquidades de gênero, raça e classe, como defendemos em outro ponto.

Cabe aos estudos sobre saúde e APS se atentarem a estas temáticas e incorporarem essas pautas de modo urgente em sua produção, sob o risco de seguirmos reforçando um *status quo* desigual e excludente, bem como, produtor de adoecimentos.

Além disso, é importante refletirmos que o cuidado é considerado, muitas vezes, como ferramenta para a inserção das mulheres no mercado de trabalho remunerado, o que agrega ainda mais complexidade a esta discussão, pois não se trata simplesmente de pautamos que as mulheres não se ocupem destas funções, pois as atividades relacionadas ao cuidado, quando remuneradas, vêm possibilitando a muitas mulheres a emancipação em relação a seus

companheiros e familiares. Entretanto, é importante que não encerremos as mulheres nestas profissões e funções.

[...] a pesar de la importante “salida” de las mujeres al trabajo remunerado, se observa que la institucionalidad vigente fortalece el modelo según el cual la responsabilidad sobre el cuidado del hogar y de los hijos y de las hijas sigue recayendo más fuertemente sobre las mujeres que sobre las parejas (PAUTASSI, 2007, p. 12).

Outro ponto importante a ser ressaltado é que a feminização do trabalho de cuidado está intrinsecamente ligada à ‘feminização da pobreza’, por estarem sobrecarregadas no âmbito doméstico com o cuidado de suas famílias, muitas mulheres não conseguem acessar o trabalho profissional. Tratam-se de “formas não remuneradas de cuidado em contextos sociais em que a pobreza extrema veda aos indivíduos o acesso a formas mercantilizadas desse serviço e onde igualmente claudicam as iniciativas de políticas públicas voltadas ao cuidado” (GUIMARÃES; VIEIRA, 2020, p. 10).

Ainda assim, o protagonismo das mulheres no cuidado de suas famílias é incluído como parte de programas sociais, como é o caso do Programa Bolsa Família, no Brasil, que tem nas mulheres a figura identificada como responsável pelo lar, pela família e, por conseguinte, pelo recebimento do benefício e cumprimento das condicionalidades.

Essa política pública endereçada aos grupos mais pobres, e em particular às mulheres, consideradas mais responsáveis (já que não é incomum que os homens gastem “bebendo” ou “guardem o dinheiro para eles”) e encarregadas socialmente da saúde e da escolarização das crianças (vacinas e escolarização são condições impostas como contrapartida à manutenção da bolsa família, programa que atingiu 14 milhões de famílias, num total de 45 milhões de indivíduos, em 2015) (HIRATA, 2017, p. 157).

Pautassi (2007) aponta como as políticas públicas e legislações trabalhistas reforçam este modelo de cuidado “feminizado”, como quando observamos a licença maternidade e paternidade, a regulamentação de creches e creches adjacentes aos estabelecimentos onde as mães trabalham.

En rigor, la problemática del cuidado y quien lo ejerce (para sí o para otros) remite a un problema de ejercicio de derechos, cuando éstos están acordados, o en caso contrario, de disminución de desigualdades, como condición de una política pública. En uno y otro caso, nos remite a un debate en donde se entrecruzan derechos, desigualdades y política, en consonancia con las clásicas demandas feministas y sus desarrollos teóricos, con la especificidad que, si en la situación actual no se amplía el ejercicio de estos derechos, se seguirá afectando el principio de igualdad, principio fundamental para el desarrollo de la persona humana (PAUTASSI, 2007, p. 13).

Nadya Guimarães (2019) aborda iniciativas comunitárias das pessoas de classes populares para dar conta das tarefas do cuidado. Estes arranjos se dão justamente pela ausência do Estado em suprir esta demanda social e acabam por operar como substitutos das políticas públicas que não dão conta de dar suporte às famílias para o cuidado. Segundo a autora, em sociedades marcadas por profundas desigualdades sociais, as maneiras por meio das quais o trabalho de cuidado se exerce são das mais diversas e se estendem para além das chamadas ‘profissões do cuidado’.

Nesse circuito, conquanto as atividades sejam auto e hetero-reconhecidas como “de cuidado”, a essas não se dá o caráter de “um trabalho”, mas o de cumprimento de uma “obrigação”. Por serem assim compreendidas, tais atividades tampouco são retribuídas pela via da circulação monetária (GUIMARÃES; VIEIRA, 2020, online).

Entretanto, apesar destes arranjos se fazerem necessário para a realização do cuidado nos contextos de vida de diversas famílias e, enquanto prática compartilhada e comunitária, operarem no sentido de diminuir a sobrecarga dessas mulheres, faz-se necessário destacar que, ainda que não seja reconhecido por elas enquanto trabalho ou enquanto obrigação, este cuidado ainda consiste num trabalho, não remunerado e não reconhecido enquanto tal. Além disso, estes arranjos não devem ser vistos enquanto ideal, de modo eximir o Estado de suas atribuições, bem como eximir os homens de sua participação no circuito dos cuidados. Neste sentido, cabe ressaltar o posicionamento de Hirata ao afirmar que:

Superar as desigualdades pelas políticas públicas e pela ação dos movimentos feministas são duas vias possíveis, seguidas por certo número de sociedades industrializadas. A ideia de que a desigualdade é uma injustiça (FRASER, 2005) e que existe um aspecto ético a ressaltar na marcha em direção à igualdade entre homens e mulheres é comum às duas modalidades de ação (HIRATA, 2017, p. 167).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho percorrido até aqui foi deixando pistas para as reflexões a serem abordadas neste capítulo. São raros os estudos na literatura sobre saúde no Brasil que têm como foco o cuidado em saúde associado ao gênero, o que nos leva ao questionamento se haveria então uma “cegueira de gênero” nos estudos em saúde.

No que se refere às buscas bibliográficas realizadas na elaboração deste estudo, encontramos algumas dificuldades pelo caminho. Apesar de cegueira de gênero ou “cego ao gênero” ser um descritor em saúde, sendo possível acessá-lo e identificá-lo na base Decs, ao realizar uma busca simples na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nenhum artigo é encontrado a partir deste descritor. Certamente, isso não quer dizer que não haja estudos na saúde que pautem as questões de gênero, ou ainda que reconheçam as limitações existentes e a insuficiência de estudos sobre esta temática.

Se fizermos uma busca, por exemplo, a partir dos termos “cuidado” e “gênero” no título, resumo ou assunto dos artigos, 19.160 resultados são encontrados. Entretanto, se formos explorar o que esses artigos abordam, rapidamente percebemos que seu conteúdo está bem distante do que se propõe abordar neste estudo. A literatura sobre cuidado em saúde não é exatamente cega ao gênero. É possível identificar diversos estudos que tratam das questões de gênero, porém, dada a polissemia do termo gênero e as diversas temáticas associadas a ele, os estudos encontrados passam longe da especificidade abordada aqui.

Neste percurso foi possível notar que não é exatamente de gênero que não se fala, mas que nosso cuidado em saúde vem sendo pensado a despeito das reflexões mais aprofundadas trazidas nos debates de gênero, raça e classe. Se trataria de uma cegueira com relação a estes assuntos? Parece-me que ainda que não haja exatamente uma cegueira, há nos estudos da saúde uma talvez excessiva fragmentação de debates e conceitos. Quem estuda cuidado em saúde não estuda trabalho de cuidado (ou *care*) e quem estuda o trabalho de cuidado se aproxima mais do campo sociológico e não está nas discussões sobre o cuidado em saúde.

Foi possível identificar, então, que a literatura sobre trabalho de cuidado e sobre cuidado em saúde se desenvolvem em paralelo, percorrendo caminhos distintos, que muitas vezes se tangenciam, mas pouco se tocam.

Outro aspecto importante identificado nessa pesquisa foi que na literatura do cuidado em saúde, via de regra, o único agente reconhecido como produtor de cuidado pelas pesquisas é o profissional de saúde. Há um apagamento do papel das famílias no cuidado, em especial o papel das mulheres destas famílias. Como dito inicialmente, as mulheres estão apoiando não

apenas a economia de mercado, mas disponibilizam sua mão de obra mais barata e gratuita e beneficiam também o Estado, prestando cuidados que deveriam ser oferecidos pelo setor público.

O desenvolvimento deste estudo apontou também a necessidade de levarmos em conta a questão do Trabalho de Cuidado na APS. Se nos estudos sobre cuidado em saúde os achados que articulam gênero e cuidado são poucos, ao introduzir como termo de busca na Biblioteca Virtual em Saúde “Atenção Primária à Saúde” junto às pesquisas por “gênero” e “cuidado”, os resultados caem de 19.160 achados para 2.858, se levarmos em conta o idioma, apenas 339 em português, dentre estes, nenhum que se refira à temática aqui abordada.

Entretanto, reforçamos que para que a APS promova e coordene efetivamente um cuidado longitudinal, integral e orientado para a família e para a comunidade, o acesso ao cuidado é condição essencial, bem como o modo como este cuidado é realizado. Deste modo, se negligenciamos certos debates que incluem atores importantes envolvidos na cena do cuidado, como é o caso das mulheres cuidadoras, estaremos colaborando, muitas vezes, para a reificação de práticas opressoras para com o gênero feminino.

Diante disso, este estudo, ainda que de modo ensaístico e incipiente, buscou iniciar uma aproximação entre essas duas temáticas extremamente relevantes, o cuidado em saúde e o trabalho de cuidado, percorrendo algumas outras temáticas necessárias para situar esta aproximação. Neste ponto faz-se importante retomarmos o ca(u)so com o qual dou início essa dissertação e recuperar as inquietações iniciais a partir das quais este estudo se desenvolveu e talvez formular novas perguntas.

Onde estariam as mulheres (familiares ou usuárias) quando abordamos o cuidado em saúde? Ao identificar os alcances e limites das discussões sobre o cuidado em saúde a partir destes autores seminais e correlacionar tais alcances e limites às contribuições que o trabalho de cuidado pode oferecer, como ficam os profissionais da saúde nesse debate? Seria esta reflexão aqui exposta mais uma sobrecarga às suas atribuições e/ou uma contribuição analítica para subsidiar suas práticas de cuidado frente às situações tais como a do exemplo na apresentação?

Considerar o papel das mulheres e dos profissionais de saúde na discussão desta temática se faz fundamental, especialmente se buscarmos uma aproximação sobre a realidade cotidiana dos serviços. Entretanto, este estudo partiu de uma análise da literatura considerando que ela tanto influencia quanto descreve o que tem ocorrido nas práticas em saúde. Ainda que se faça necessária uma mudança de prática dos profissionais de saúde, ao se apontar a necessidade de uma abordagem sobre o cuidado em saúde que inclua a perspectiva das famílias

e mulheres que cuidam e os desafios de ocupar essa posição de cuidado, não se busca culpabilizar os profissionais ou fazer uma defesa de que se tem praticado na saúde um mau cuidado.

O que buscamos aqui foi tanto traçar um cenário que se configura no campo da saúde, mais especificamente da APS, no que diz respeito ao contexto aqui retratado, onde se percebe que o cuidado em saúde é tratado, tanto pela literatura da área, quanto pelas práticas profissionais, descolado de uma perspectiva de gênero que inclua a discussão do trabalho de cuidado. Como dito anteriormente, isso não significa dizer que não se fale de gênero na saúde ou que os estudos de gênero não tenham tido grandes avanços, mas os debates sobre o cuidado não têm sido capazes de manter em diálogo a perspectiva das relações trabalho-gênero-cuidado.

Há de se considerar, neste sentido, que a medicalização da saúde e o processo de colonização da saúde pelo saber médico, opera também e, especialmente, nas práticas de cuidado. Deste modo, torna-se difícil reconhecer o papel da família nos cuidados em saúde, muito menos percebê-la enquanto primeira instância cuidadora. Tampouco se evidencia a relevância de se generificar esta análise, entendendo que o cuidado é operado predominantemente por mulheres.

Seja por meio do trabalho remunerado ou não remunerado, o cuidado em saúde é marcadamente feminino e atravessado pela divisão sexual do trabalho. Entretanto, por muito tempo vem sendo tratado como questão de patroas e empregadas, considerando que há uma relação de poder estabelecida onde àquelas que podem pagar pelo cuidado (visto então enquanto serviço) o terceirizam para mulheres em situação de maior vulnerabilidade, sejam elas migrantes, imigrantes ou mulheres de classes sociais menos favorecidas. Fica notório então, que as mulheres não contam ou contam muito pouco com o suporte de homens ou do Estado para compartilhar ou assumir atividades relacionadas ao cuidado, que foram construídas socialmente como atribuições femininas, ou ainda enquanto um dom.

A pandemia da COVID-19 e, mais especificamente as medidas de isolamento social, exacerbaram este cenário de sobrecarga das mulheres com o trabalho doméstico, especialmente para mulheres de classe média que antes dispunham de meios para terceirizar este trabalho. Com isso, os atravessamentos de gênero, classe e raça relacionados ao trabalho de cuidado ficaram ainda mais explícitos, convergindo com a chamada crise do cuidado, que aponta para a escassez de mão de obra gratuita para realização do trabalho de cuidado devido a ampliação da participação feminina no mercado de trabalho, dispondo de menos tempo para o trabalho de cuidado.

Torna-se cada vez mais imprescindível que o trabalho na APS se exerça de modo comprometido com o enfrentamento das estruturas sociais que favorecem o adoecimento físico e mental da população, bem como operam reificando estruturas sociais desiguais e desvantajosas para determinados grupos. Pensar sobre o cuidado em saúde não pode se resumir a pensar sobre as melhores técnicas e tratamentos, bem como sobre as melhores práticas. É necessário que se descortine os véus que encobrem o gênero do cuidado, bem como as intersecções que o atravessam nos mais diversos contextos.

Encarar a sobrecarga vivida pelos profissionais de saúde não pode significar aumentar a sobrecarga vivida pelas mulheres no âmbito doméstico. Há de se haver aí um enfrentamento real e de se pensar a saúde da família de modo a incluir realmente as famílias em nossos modos de cuidado. Nós cuidamos, mas não apenas nós e isso deve ser premissa básica durante cada encontro dos trabalhadores com seus usuários. Cabe a nós profissionais de saúde desenvolvermos

[...] novas práticas de aprender e de cuidar seguindo-se outros modos éticos de agir sobre o viver de si e do outro, uma magia a-significante com destaque para a potência do trabalho vivo em ato, com simetria, compartilhamento e protagonismo efetivos de todos os envolvidos, enquanto desejantes e coautores, e em todos os espaços-tempos, sejam eles institucionalizados ou não (SLOMP *et al.*, 2019, p. 9).

A perspectiva da humanização da atenção à saúde já propunha o vínculo entre profissionais e usuários como produtor de autonomia e corresponsabilização, entendendo a potência de um acompanhamento longitudinal, onde as equipes de saúde possam de fato conhecer seus usuários e suas dinâmicas familiares.

Uma mudança para produzir cuidado em saúde pressupõe um intenso vivido de novas relações e de novas possibilidades de mundos, o que demanda de todos os envolvidos um permanente interferir e deixar-se interferir no mundo da saúde, processo que temos chamado de in-mundicização, como nos dizem as próprias experiências efetivamente cuidadoras vivenciadas na pesquisa. (SLOMP *et al.*, 2019, p. 8).

REFERÊNCIAS

- AGUIRRE, R. *et al.* Los cuidados en la agenda de investigación y en las políticas públicas en Uruguay. **Rev. Íconos**, Quito, n. 50, 2014.
- ANDRADE, C. B. O trabalho de cuidado: gênero, emoções e o assédio sexual. *In*: BITTENCOURT, S. M.; ANDRADE, C. B. (org.) **Corpo, Gênero e Cuidado: perspectivas e desafios na contemporaneidade**. Cuiabá: UFMT, 2020, p. 165-184.
- ANDRADE, M. C.; CASTANHEIRA, E. R. L. Cooperação e apoio técnico entre estado e municípios: a experiência do programa articuladores da Atenção Básica em São Paulo. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 980-990, 2011.
- ARANGO GAVIRIA, L. G. El trabajo de cuidado ¿servidumbre, profesión o ingeniería emocional? *In*: ARANGO GAVIRIA, L. G.; MOLINIER, P. (Eds.). **El trabajo y la ética del cuidado**. Medellín: La Carreta, 2011, p. 91-109.
- ARAÚJO, T. M.; ROTEMBERG, L. Relações de gênero no Trabalho em Saúde: a divisão sexual do trabalho e a saúde dos trabalhadores. *In*: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e emprego**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011, p. 131-50.
- ARRUZZA, C.; BHATTACHARYA, T.; FRASER, N. **Feminismo para os 99%**: um manifesto. São Paulo: Boitempo, 2019.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- AYRES, J. R. de C. M. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor**. 2 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. CEPESC. ABRASCO, 2009, p. 127-144.
- AYRES, J. R. de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 13, n. 3, 2004. p. 16-29.
- BARROS, M. E. de; GOMES, R. S. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. **Fractal Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 641-658, Dec. 2011.
- BIROLI, F. **Gênero e Desigualdades: os limites da democracia no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2018.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1999.
- BORGEAUD-GARCIANDÍA, N. Cuidado y responsabilidad. **Estud. Av.**, [s.l.], v. 34, n. 98, p. 41-56, 2020.
- BOTTOMORE, T. (Org.). **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

BOURDIEU, P. **A Dominação Masculina**. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília, DF: CONASS, 2009. 282 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006b. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2006.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Presidência da República, 2011.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2016.

CAILLÉ, A.; VANDENBERGHE, F. Quatro Fragmentações. *In*: CAILLÉ, A.; VANDENBERGHE, F. **Por uma nova sociologia clássica**: Re-unindo Teoria social, Filosofia Moral e os Studies. Petrópolis: Editora Vozes, 2021, p. 15-24.

CARPENEDO, M.; CAETANO NARDI, H. Mulheres Brasileiras na divisão internacional do trabalho reprodutivo: subjetividade(s). **Rev. estud. soc.**, Bogotá, n. 45, p. 96-109, 2013.

CECILIO, L. C. de O. *et al.* O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1502-1514, jul. 2014.

CEPAL e ONU MULHERES: **Sistemas integrais de cuidado são fundamentais para a recuperação socioeconômica na América Latina e no Caribe**. 2020. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/noticias/cepal-e-onu-mulheres-sistemas-integrais-de-cuidado-sao-fundamentais-para-a-recuperacao-socioeconomica-na-america-latina-e-no-caribe/>. Acesso em: 10 mai. 2022.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2021.

COLLINS, P. H. Trabalho, família e opressão das mulheres negras. *In*: COLLINS, P. H. **Pensamento feminista negro**. São Paulo: Boitempo, 2019, p. 99-134.

COSTA, A. M.; CHIORO, A.; LAGUARDIA, J.; FLAUZINO, R. F. Ainda tem pandemia, mas há esperança. *In: Revista Saúde em Debate. Dois anos de pandemia: desafios para a saúde do século XXI.* Rio de Janeiro: CEBES, v. 46, 2022, p. 5-14.

CRESWEEL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DAVIS, A. A obsolescência das tarefas domésticas se aproxima: uma perspectiva da classe trabalhadora. *In: DAVIS, A. Mulheres, raça e classe.* São Paulo: Boitempo, 2016, p. 225-244.

DeCS. **Descritores em Ciências da Saúde** [online]. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2017. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/>. Acesso em: 20 jun. 2022.

DEVREUX, A. M. A teoria das relações sociais de sexo: um quadro de análise sobre a dominação masculina. **Sociedade e Estado**, [s.l.], v. 20, n. 3, 2011, 561-584.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. *In: MOROSINI, M. V.; CORBO, A. D. (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família.* Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007.

FEBRABAN. **As famílias após a pandemia.** Observatório FEBRABAN [online], 2020. Disponível em:

[file:///C:/Users/ecco005/Desktop/OBSERVATO%CC%81RIO%20FEBRABAN%20\(II\)%20-%20IPESPE%20-%20JULHO%202020.pdf](file:///C:/Users/ecco005/Desktop/OBSERVATO%CC%81RIO%20FEBRABAN%20(II)%20-%20IPESPE%20-%20JULHO%202020.pdf). Acesso em: 15 mai. 2022.

FEDERICI, S. **O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista.** 1. ed. São Paulo: Elefante, 2019.

FERGUSON, S. Feminismos interseccional e da reprodução social: rumo a uma ontologia integrativa. **Cadernos Cemarx**, Campinas, SP, n. 10, 2018, p. 13-38

FEUERWERKER, L. C. M. Cuidar em Saúde. *In: FEUERWERKER, L. C. M; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (orgs.). Avaliação compartilhada de saúde: surpreendendo o instituído nas redes.* Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 35-47.

FISHER, B.; TRONTO, J. C. Toward a feminist theory of care. *In: ARIEL, E.; NELSON, M. Circles of care.* Albany, NY: University of New York Press, 1991. p. 35-62.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.; Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Actas de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 6, n. 2, 2012, p. 151-163.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.; El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 7, n. 1, p. 9-20, 2011.

FRASER, N. Feminismo, capitalismo e a astúcia da história. **Mediações**, Londrina, v. 14, n. 2, p. 11-33, 2009.

GEORGES, I.; SANTOS, Y. G. dos. *Care* e as políticas públicas: o caso dos “agentes comunitários de saúde” e das “agentes de proteção social”. *In: HIRATA, H. S.;*

GILLIGAN, C. **Uma voz diferente**: Teoria psicológica e o desenvolvimento feminino. Ed. Vozes, São Paulo, 2021.

GONDIM, G. M. M. *et al.* **O Território da Saúde**: a organização do sistema de saúde e a territorialização. *In*: MIRANDA, A. C. *et al.* **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 237-256.

GUIMARÃES, N. A. **Os circuitos do cuidado**: reflexões a partir do caso brasileiro. Comunicação ao painel “El trabajo de cuidado. Relaciones, significados, derechos. Miradas Latinoamericanas”, 2019. Congress of the Latin American Studies Association (LASA), Boston, 24-27 maio, 2019.

GUIMARÃES, N. A.; FONTES, A. (org.). **Cuidado e cuidadoras**: as várias faces do trabalho do *care*. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2012. p. 166-181.

GUIMARÃES, N. A.; HIRATA, H. S.; SUGITA, K. Cuidado e Cuidadoras: o trabalho de *care* no Brasil, França e Japão. **Sociol. Antropol.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 151-180, 2011.

GUIMARÃES, N. A.; VIEIRA, P. P. F. As “ajudas”: o cuidado que não diz seu nome. **Estudos Avançados**, [s.l.], v. 34, n. 98, 2020.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. de S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1497-1508, 2010.

HEILBORN, M. L.; RODRIGUES, C. Gênero: breve história de um conceito. **Cad. De Filosofia e Psic. da Educação**, [s.l.], n. 20 p. 9-21 jul./dez. 2018.

HEILBORN, M. L. Gênero e hierarquia: a costela de Adão revisitada. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 50-82, 1993.

HIRATA, H. **Gênero, classe e raça**: Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. [S.l.]: Tempo Social, v. 26, n. 1, 2014, p. 61-73.

HIRATA, H. O que mudou e o que permanece no panorama da desigualdade entre homens e mulheres? Divisão sexual do trabalho e relações de gênero numa perspectiva comparativa. *In*: LEONE, E. T.; KREIN, J. D.; TEIXEIRA, M. O. (org.). **Mundo do trabalho das mulheres**: ampliar direitos e promover a igualdade. Campinas, SP: Unicamp, 2017. p. 143-173.

HIRATA, H. S.; GUIMARÃES, N. A. Introdução. *In*: HIRATA, H. S.; GUIMARÃES, N. A.; FONTES, A. (org.). **Cuidado e cuidadoras**: as várias faces do trabalho do *care*. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2012. p. 44-59.

HIRATA, H. Subjetividade e sexualidade no trabalho de cuidado. **Cadernos Pagu**, [s.l.], n. 46, p. 151-163, 2016.

HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. Pensar o trabalho pela ótica do cuidado, pensar o cuidado pela ótica das suas trabalhadoras. *In*: HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. **O gênero do cuidado**: desigualdades, significações e identidades. Cotia, SP: Ateliê Editorial, 2020. p. 27-52.

- HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, [s.l.], v. 37, n. 132, p. 595-609, 2007.
- KERGOAT, D. Da divisão sexual do trabalho entre os sexos. **Revista de Sociologia da USP**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 88-96, 1989.
- KERGOAT, D. Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. **Novos estudos CEBRAP**, [s.l.], n. 86, p. 93-103, 2010.
- KERGOAT, D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. *In*: HIRATA, H. *et al.* (org.). **Dicionário Crítico do Feminismo**. São Paulo: Editora UNESP, 2009, p. 67-75.
- KERGOAT, D. O cuidado e a imbricação das relações sociais. *In*: ABREU, A. R. de P.; HIRATA, H.; LOMBARDI, M. R. **Gênero e trabalho no Brasil e na França**: perspectivas interseccionais. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 17-26.
- LARA, M. L. G. de. Diferenças conceituais sobre termos e definições e implicações na organização da linguagem documentária. **Ciência da Informação**, [s.l.], v. 33, n. 2, p. 91-96, 2004.
- MARTINS, P. H. Humanização para quem? Um olhar crítico sobre os cuidados a partir da fenomenologia da percepção. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Razões públicas para a integralidade**: o cuidado como valor. 2 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. CEPESC. ABRASCO, 2009, p. 335-356.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MENEZES, E. L. de C. *et al.* Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 26, n. 4, 2017.
- MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver-SUS Brasil**: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 108-137.
- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; SILVA, E. Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. **Salud colectiva**, Lanús, v. 8, n. 1, p. 25-34, 2012.
- MERHY, E. E. *et al.* Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 70-83, 2019.
- MIES, M. Origens sociais da divisão sexual do trabalho. **Revista Direito e Práxis**, [s.l.], v. 7, n.15, 2016.
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MOLINIER, P. A dimensão do cuidar no trabalho hospitalar: abordagem psicodinâmica do trabalho de enfermagem e dos serviços de manutenção. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [s.l.], v. 33, n. 118, p. 6-16, 2008.

OXFAM Brasil. **Relatório Tempo de cuidar**: o trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade, 2019. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/publicacao/tempo-de-cuidar-o-trabalho-de-cuidado-nao-remunerado-e-mal-pago-e-a-crise-global-da-desigualdade/>. Acesso em: 18 jun. 2022.

PASSOS, R. G. Mulheres negras, sofrimento e cuidado colonial. **Revista Em Pauta**, [s.l.], n. 45, v. 18, p. 116-129. 2020.

PINHEIRO, L.; LIRA, F. *et al.* Os Desafios do Passado no Trabalho Doméstico do Século XXI: reflexões para o caso brasileiro a partir dos dados da PNAD Contínua. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2019.

PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Razões públicas para a integralidade**: o cuidado como valor. 2 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. CEPESC. ABRASCO, 2009, p. 15-28.

PISCITELLI, A. Feminismos e prostituição no Brasil: leitura a partir da antropologia feminista Gênero: a história de um conceito. *In*: ALMEIDA, H. B. de; SZWAKO, J. E. **Diferenças, igualdade**. [S.l.]: Editora Berlendis & Vertecchia, 2009.

PNAD; IBGE. **Outras formas de trabalho**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

POZZOLI, S. M. L.; CECILIO, L. C. de O. Sobre o cuidar e o ser cuidado na atenção domiciliar. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, pág. 1116-1129, 2017.

ROTHER, E.T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 20, n. 2, 2007.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D. de; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira De História & Ciências Sociais**, [s.l.], 2009.

SCOTT, J. Gênero, uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, [s.l.], v. 20, n. 2, 1995.

SLOMP, H. *et al.* Mágica ou magia? Colegiados gestores no Sistema Único de Saúde e mudanças nos modos de cuidar. **Interface**, Botucatu, v. 23, 2019.

SOARES, A. As emoções do *care*. *In*: HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. (org.). **Cuidado e Cuidadoras**: as várias faces do trabalho de *care*. São Paulo: Atlas, 2012, p.44-60.

SOUZA, E. R.; DUMONT-PENA, E.; PATROCÍNIO, L. B. Pandemia do coronavírus (2019-nCoV) e mulheres: efeitos nas condições de trabalho e na saúde. *In*: Revista Saúde em

Debate. **Dois anos de pandemia**: desafios para a saúde do século XXI. Rio de Janeiro: CEBES, v. 46, 2022, p. 290-302.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 42, p. 361-378, 2018.

TRONTO, J. Assistência democrática e democracias assistenciais. **Sociedade e Estado**, [s.l.], v. 22, n. 2, p. 285-308, 2007.

TRONTO, J. Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso? *In*: JAGGAR, A. M.; BORDO, S. R. (org.). **Gênero, Corpo, Conhecimento**. Record: Rosa dos Tempos, 1997. p. 186-203.

VERGÈS, F. **Um feminismo decolonial**. Trad. Jamille Pinheiro Dias e Raquel Camargo. São Paulo: Editora Ubu, 2020.

ZELIZER, V. A economia do *care*. *In*: HIRATA, H. S.; GUIMARÃES, N. A.; FONTES, A. (org.). **Cuidado e cuidadoras**: as várias faces do trabalho do *care*. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2012, p. 15-28.

ZOBOLI, E. L. C. P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 21-27, 2004.

ZOBOLI, E. L. C. P. A. Cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Razões públicas para a integralidade**: o cuidado como valor. 2 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. CEPESC. ABRASCO, 2009, p. 63-78.