COMERCIO, GÉNERO Y EQUIDAD EN AMÉRICA LATINA:
GENERANDO CONOCIMIENTO PARA LA ACCIÓN POLÍTICA

A economia do cuidado: As instituições no Brasil

Moema Guedes

Red Internacional de Género y Comercio
Capítulo Latinoamericano

COMERCIO, GÉNERO Y EQUIDAD EN AMÉRICA LATINA: GENERANDO CONOCIMIENTO PARA LA ACCIÓN POLÍTICA.

A ECONOMIA DO CUIDADO: AS INSTITUIÇÕES NO BRASIL

Setiembre 2007

Moema Guedes

IDRC International Development Research Centre
CRDI Centre de recherches pour le développement international

IGTN Red Internacional de Género y Comercio

PRESENTACIÓN

Los nuevos patrones de comercio internacional y las políticas comerciales ¿han contribuido a promover relaciones de género más equitativas en el ámbito público y privado? Con esta pregunta se abre el proyecto de investigación "*Comercio, género y equidad en América Latina: conocimiento para la acción política*" del Capítulo Latinoamericano de la Red Internacional de Género y Comercio. El mismo se ha venido desarrollando desde 2006, con el apoyo del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, Canadá (IDRC).

Los informes que integran esta serie documental corresponden a la primera fase de la investigación. Sus datos plantean un abordaje de las relaciones de género en dos grandes áreas: comercio internacional y mercado de trabajo, por un lado y funcionamiento de la economía del cuidado, por otro.

Todos reúnen información, que desde diferentes perspectivas, pretende contribuir a reflexionar sobre la interconexión entre los procesos económicos relacionados con el comercio internacional, el mercado laboral y el funcionamiento de la economía del cuidado.

En su calidad de avances de investigación constituyen productos que han permitido ir nucleando las preocupaciones de los diferentes países en torno a estas temáticas, para inducir nuevas preguntas y nuevos debates. En esta parte del proyecto han participado equipos de investigación de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay.

Capítulo Latinoamericano de la Red Internacional de Género y Comercio

INDICE

1. A economia do cuidado 4
1.1. O contexto político brasileiro e a economia do cuidado a partir dos anos 1990 4
1.2. A legislação brasileira sobre o cuidado e a educação infantil 5
1.3. A educação infantil no contexto brasileiro 7
1.4. A economia do cuidado e o acesso da população à saúde 12
1.5. O cuidado de idosos e deficientes 14
2. Considerações Finais 18
3. Referências Bibliográficas 19

1. A economia do cuidado

1.1. O contexto político brasileiro e a economia do cuidado a partir dos anos 1990

A década de 1970 é o período que marca, no caso brasileiro, a expressiva entrada das mulheres no mercado de trabalho. Esta tendência é acompanhada de outras mudanças importantes como a queda nas taxas de fecundidade feminina (Alves, 1994) e o intenso processo de escolarização deste "novo" contingente de trabalhadoras (Guedes, 2004). Apesar do desafio que ainda representa a análise da relação ou mesmo da possível causalidade entre estes processos sociais, existe certo consenso em relação aos efeitos provocados por eles no plano das relações de gênero: identidades femininas menos articuladas ao campo doméstico (Araújo e Scalon, 2005).

A crescente presença das mulheres no mundo público e a desconstrução da figura masculina como única provedora do consumo da unidade familiar, no entanto, não vem sendo acompanhadas de uma divisão mais equânime das tarefas relativas ao cuidado com os membros das famílias entre mulheres, homens e o estado brasileiro. A permanência da concentração deste trabalho nas mãos das mulheres faz com que seu lugar na família, particularmente o fato de ter ou não filhos pequenos, influencie diretamente no seu desempenho no mundo do trabalho.

Uma dimensão direta deste quadro desigual é a sobrecarga laboral da população feminina, que freqüentemente se responsabiliza por uma dupla jornada de trabalho. Desse modo, o investimento simultâneo das mulheres tanto na esfera produtiva quanto na chamada economia do cuidado, cria condições diferenciadas na dinâmica de inserção laboral por sexo, refletida particularmente nos grandes diferenciais salariais em relação aos homens (Guedes, 2004).

A naturalização do trabalho reprodutivo como sendo necessariamente feminino em um contexto no qual as mulheres já se encontram amplamente inseridas no mercado de trabalho traz à tona a relevância de se pensar o papel do estado neste processo. Nesse sentido, as análises sobre as políticas públicas nos campos de saúde e educação básica e creches são de suma importância para a visualização do tipo de encargo sofrido pelas famílias, particularmente as mulheres, quando são compostas por membros que requerem cuidados especiais (crianças, idosos, indivíduos doentes etc.). Além disso, esse olhar amplia o escopo da discussão acerca da dupla jornada de trabalho feminina para além da esfera familiar e a recoloca numa dimensão pública, dando visibilidade a um tipo de trabalho que é tradicionalmente ocultado.

O debate acerca do papel do estado na desoneração das mulheres das tarefas de cuidado com os demais membros familiares ganha maior importância no contexto dos anos 1990, quando a implementação de uma série de políticas inspiradas no ideário neoliberal[1] é posta em prática e o "enxugamento" dos gastos estatais com políticas sociais resulta em efeitos diferenciados sobre homens e mulheres, seja na esfera doméstica, seja no mundo do trabalho.

A análise do quadro de tensão entre trabalho remunerado e responsabilidades familiares aponta para a necessidade de uma redistribuição mais igualitária destas tarefas entre homens e mulheres.

[1] A partir do governo Fernando Collor de Mello o Brasil se inicia nos processos de abertura comercial, privatização de empresas estatais e diminuição dos gastos com programas sociais bem como com pagamentos do funcionalismo público.

Essa mudança envolve diversas instâncias mas as discussões acerca desta problemática vem se estruturando a partir de três instituições sociais: o mercado de trabalho, o trabalho doméstico e as políticas públicas. Neste tópico da pesquisa discutiremos esta terceira, buscando analisar em que medida o estado brasileiro vem avançando na direção de políticas sociais que proporcionem condições mais equânimes de trabalho entre homens e mulheres.

1.2. A legislação brasileira sobre o cuidado e a educação infantil

A Constituição Federal de 1988 é um marco fundamental do processo de abertura política pelo qual passou o Brasil na década de 1980 e reflete as mudanças então em curso na sociedade brasileira através de uma série de princípios normativos a partir dos quais deveriam se estruturar nossas políticas em diversos campos. A participação da bancada feminista no congresso desempenhou um importante papel neste contexto e conseguiu, ao menos na estruturação destes marcos legais, conquistas expressivas no que diz respeito ao tratamento igualitário entre homens e mulheres no mundo do trabalho.

Nestes quase vinte anos que se passaram, seguindo os tratados internacionais ratificados pelo governo brasileiro, foram introduzidas uma série de medidas que visam conter práticas discriminatórias como diferenças de salário, de exercício de funções, de critérios de admissão, de formação e promoção profissional por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil.

Sorj (2006) ressalta que no que no que se refere às medidas de conciliação entre trabalho e vida familiar, a legislação brasileira seria muito tímida, apresentando um claro viés natalista e sendo desigual em relação às responsabilidades esperadas de mães e pais. A autora destaca os seguintes benefícios assegurados pela legislação:

- *Licença Casamento*, que prevê 3 dias de folga aos trabalhadores nesta condição;

- *Estabilidade da Gestante*, que proíbe a dispensa da empregada grávida desde a confirmação da gravidez até 5 meses após o parto.

- *Função compatível com a gestação*, que reconhece em casos excepcionais, mediante atestado médico, a possibilidade da mulher grávida trocar de função, sem prejuízo do salário e demais direitos;

- *Pré-natal – dispensa do horário de trabalho*, que garante a dispensa no horário de trabalho pelo tempo necessário para a realização de, no mínimo, seis consultas médicas e demais exames complementares;

- *Licença em face de aborto não criminoso*, que prevê nestes casos o direito a um repouso remunerado de duas semanas;

- *Licença maternidade*, de 120 dias[2] para a mãe, sem prejuízo do emprego e no valor igual ao último salário.

[2] Neste ponto a legislação brasileira é bastante avançada pois assegura 4 semanas a mais que as 12 prescritas pela OIT.

- *Licença maternidade para mãe adotante*, que garante o recebimento de um salário no mesmo valor da remuneração mensal durante licença que é variável de acordo com a idade da criança[3].

- *Licença paternidade*, de 5 dias após nascimento ou adoção de filhos, com ônus para o empregador.

- *Creches* nos estabelecimentos que trabalharem pelo menos 30 mulheres com mais de 16 anos de idade. Ou seja, um lugar onde seja permitido às empregadas deixar seus filhos sob vigilância e assistência no período de amamentação[4].

- *Ausência do trabalho para amamentação*, concedida diariamente em dois períodos de meia hora para mães que ainda amamentam seus filhos (o direito vige até os seis meses).

Uma dimensão importante destes direitos trabalhistas é que há, permeando sua estruturação, uma lógica de proteger a mulher apenas no nascimento ou primeiros meses do(s) filhos(s). Desse modo, não há nenhum tipo de facilidade para que os trabalhadores - homens ou mulheres – possam conciliar trabalho e família ao longo do ciclo de vida familiar. Com isso a legislação brasileira contribui para o quadro de invisibilidade do trabalho reprodutivo constantemente desempenhado pelas mulheres.

O tratamento bastante diferenciado em relação aos trabalhadores homens que venham a se tornar pais demonstra, por outro lado, o quanto o cuidado ainda é visto como tarefa "essencialmente" feminina. Diferentemente de outros países[5], no contexto brasileiro não é possível que os benefícios do cuidador da criança recém-nascida se estendam para outro membro familiar que não a mãe. Ou seja, não há brechas para que haja uma escolha no âmbito familiar através de negociações que possam modificar a "compulsoriedade" do cuidado exclusivamente materno.

Quanto à avaliação do impacto das mudanças na legislação, há certa divergência entre os autores. Kon (2002) destaca que desde que os instrumentos trabalhistas de promoção da igualdade foram muito recentemente introduzidos na legislação brasileira e alguns não foram adotados, ainda não se tornou possível uma avaliação efetiva dos impactos deste processo sobre a condição do trabalho feminino.

Alguns indícios, no entanto, já vem sendo discutidos. O trabalho de Rios-Neto e Batista (1998) demonstra que tem havido um aumento da participação no mercado de trabalho de mulheres casadas, acompanhado de uma redução na segregação entre ocupações predominantemente preenchidas por casadas ou solteiras. Os autores atribuem essas mudanças, em parte, a um impacto benéfico da licença maternidade.

[3] Para crianças de até 1 ano o afastamento é igual ao de filhos biológicos (120 dias). Para crianças de 1 a 4 anos a licença é de 60 dias e para crianças de 4 a 8 anos o direito se restringe a 30 dias.

[4] Essa exigência pode ser suprida através de convênios entre a empresa com outras entidades públicas ou privadas ou mediante um sistema de "reembolso-creche" concedido como pagamento das despesas de creche de livre escolha da mãe pelo menos até os 6 meses de idade da criança.

[5] Os países europeus nórdicos são os que mais se destacam na estruturação de uma política de gênero que desconstrua os tradicionais papéis femininos e masculinos no que tange o trabalho reprodutivo.

1.3. A educação infantil no contexto brasileiro

Além desta dimensão mais direta que é a forma como os marcos legais reconhecem e tratam a articulação entre trabalho produtivo e reprodutivo, outro campo fundamental de análise da economia do cuidado é a oferta de educação infantil (EI). Em relação ao modo como esse direito aparece na Constituição de 1988, destacaríamos a importância da elaboração por parte de diversos movimentos sociais da proposta aprovada. Esta reconhece a EI como uma extensão do direito universal à educação para as crianças de 0 a 6 anos e um direito de homens e mulheres trabalhadores a terem seus filhos pequenos cuidados e educados em creches e pré-escolas. Desse modo, os direitos relativos à EI constam no documento tanto no capítulo da educação quanto no dos direitos à assistência (Campos, Rosemberg, Ferreira, 1992).

No que tange às mudanças posteriores a Constituição de 1988 na legislação propriamente voltada para a educação, um documento fundamental para as diretrizes da política brasileira foi a nova Lei de Diretrizes e Bases (Lei n. 9.394/1996). Estruturada em um contexto bastante diferenciado da década de 1980, quando o cenário político foi marcado por demandas e negociações de direitos sociais, este documento é reflexo direto das reformas políticas de ajuste econômico que marcaram o Brasil na década seguinte. Em linhas gerais sua marca é a difusão de módulos de ensino a baixo custo governamental que visam sobretudo a melhora dos indicadores educacionais da população brasileira. De fato houve um aumento tanto da freqüência das crianças às escolas quanto nos índices de formados, mas é importante destacar que a qualidade do ensino oferecido vem sendo bastante baixa.

Como apontam Vianna e Unbehaum (2003), a aprovação da lei viria, inclusive, no bojo de diversas contradições que a adoção do novo quadro de políticas, ancorado no ideário neoliberal, representava em relação aos objetivos de melhoria das condições de vida da população brasileira – previstos na Constituição de 1988.

A pesquisa de Rosemberg (2002) vai na mesma direção e demonstra a inflexão sofrida pela política brasileira no campo educacional através da análise sobre a educação infantil no final dos anos 1990. A autora destaca que as políticas deste segmento escolar nos países subdesenvolvidos teriam sido fortemente influenciadas por modelos ditos "não formais" a baixo investimento público, propugnados por organismos multilaterais[6]. No Brasil, segundo ela, a partir dos anos de 1970, essa influência teria vindo particularmente da Unesco e do Unicef e a partir dos anos de 1990, a maior influência passaria a ser do Banco Mundial. Estas pesquisas baseiam-se na análise de documentos oficiais (brasileiros e de autoria, ou publicados, por organismos multilaterais) e de microdados (censos demográficos e educacionais e Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios/ PNADs).

Uma dimensão fundamental ressaltada pela autora que se articula diretamente ao debate sobre a economia do cuidado é o processo de estagnação pelo qual vem passando as matrículas do

[6] O modelo propugnado pelo Banco Mundial para os países em desenvolvimento é bastante diferenciado do utilizado em países europeus uma vez que em contextos como nosso a educação infantil é concebida muito mais como cuidado do que como iniciação no processo de aprendizagem e desenvolvimentos da cognição. Isso se reflete no incentivo à abertura de creches com uma mão-de-obra não especializada e brinquedos/ materiais que não são os mais indicados para o processo didático/ pedagógico.

segmento de educação infantil no Brasil desde a segunda metade da década de 1990. A tabela a seguir, extraídas de seu artigo, ilustra bem esse fenômeno.

Tabela 1 - Porcentagem de crianças que freqüentam creche, pré-escola, classes de alfabetização e ensino fundamental por ano e idade – Brasil 1995 e 1999

Idades	1995	1999
0	1,1	1,4
1	3,2	3,7
2	8	9,3
3	17,6	21,8
4	31,8	39,1
5	54,3	62,3
6	79,5	82,5
7	76,4	83,4
8	91,2	95,6
9	95,6	98
10	97,7	99,2
11	98,7	98,3

Fonte: Rosemberg (2003), PNADs (que excluem população rural da região Norte)

A baixa proporção de crianças que freqüentam escolas ou creches até os 5 anos de idade - particularmente as menores de 3 anos que são certa de 1 em cada 5 crianças - e a permanência desta tendência com pequena melhora ao longo dos anos apontam para um quadro no qual os direitos de acesso infantil a este serviço que assegura uma inserção laboral mais equalizada para homens e mulheres que tem filhos pequenos é ameaçada. No curto espaço de 5 anos percebemos que o crescimento da cobertura é maior entre as crianças mais velhas (por volta de 4 pontos percentuais nas crianças de 6 a 9 anos)que na primeira infância (crescimento menor que 2% nas menores de 3 anos). Entre as crianças de 9 a 11 anos o crescimento é baixo porque o percentual das que freqüentavam creche em 1995 já era alto. Isso reflete uma clara política governamental de maior investimento na educação fundamental e básica[7] em detrimento da educação infantil e do ensino universitário.

Diante desse quadro, podemos afirmar que existe no Brasil uma pressão maior sobre as mulheres trabalhadoras uma vez que a oferta de vagas por parte do estado para este segmento escolar não é ampla e a atenção por parte de membros familiares, particularmente a mãe, é um elemento fundamental do trabalho de reprodução social.

Outra dimensão importante deste debate é a proporção de vagas oferecidas em escolas ou creches particulares, que evidencia em que medida a questão do poder financeiro de arcar com os custos

[7] A maior atenção à este segmento educacional pode ser reflexo da implementação, a partir de 1º de janeiro de 1998, do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF), instituído pela Emenda Constitucional nº 14, de 12 de setembro de 1996, e regulamentado pela Lei nº 9.424, de 24 de dezembro do mesmo ano. Este trouxe como inovação a mudança da estrutura de financiamento do ensino fundamental no País, pela subvinculação de uma parcela dos recursos (15% de diversos fundos e impostos) destinados exclusivamente a esse nível de ensino.

do cuidado possibilita menos trabalho para as mulheres. A tabela a seguir mostra as mudanças assistidas no espaço de tempo um pouco superior a uma década.

Tabela 2 - Matrículas em estabelecimentos públicos e privados no Brasil

	1991		%	2004		%
	público	privado	estatal	público	privado	estatal
Pré –escola (até 6 anos)	2598820	1029465	**71,6**	3981529	1483949	**72,8**
Fundamental (6 a 14 anos)	25585712	3618012	**87,6**	30680459	3381460	**90,1**

Fonte: Censo Escolar do Ministério da Educação

Os dados da tabela 2 mostram que de 1991 a 2004 houve um aumento maior na oferta de vagas públicas no ensino fundamental (6 a 14 anos) do que na pré-escola (até 6 anos). Isso indica que, entre as crianças matriculadas, a proporção de pais que pagam pelo estudo dos filhos é maior nesta primeira etapa do ciclo escolar do que na seguinte. Possivelmente, a demanda pelo mercado privado de creche e escolas crie uma realidade na qual ter dinheiro para pagar esse tipo de serviço é um elemento central na menor carga de trabalho não remunerado de cuidado das mulheres com os filhos pequenos.

Como já foi apontado anteriormente, a articulação entre freqüência infantil a creches ou pré-escola e o tipo de inserção laboral da mãe é direto. Voltando à pesquisa de Sorj (2006), duas tabelas apresentadas pela autora sintetizam bem esta relação.

Tabela 3 - Características da inserção das mulheres segundo a freqüência à creche ou pré-escola d@s filh@s de até 3 anos de idade por quarto de renda

	Filhos não freqüentam creche ou pré-escola	Filhos freqüentam creche ou pré-escola
1º quarto de rendimento		
Porcentagem de domicílios	74	26
Renda familiar per capta	34,2	35,6
Taxa de participação	43	49,1
Salário	54,3	75,1
Jornada de trabalho semanal	27,5	29,1
2º quarto de rendimento		
Porcentagem de domicílios	77,4	22,6
Renda familiar per capta	111,6	111.4
Taxa de participação	47,6	60
Salário	158,2	189,1
Jornada de trabalho semanal	35	37,1
3º quarto de rendimento		
Porcentagem de domicílios	76,5	23,5
Renda familiar per capta	224,8	222,6
Taxa de participação	56,2	69,4
Salário	275	317,5
Jornada de trabalho semanal	37,7	38,1
4º quarto de rendimento		
Porcentagem de domicílios	64,9	35,1
Renda familiar per capta	733,7	948,5
Taxa de participação	66,8	74,9
Salário	821,8	1111,7
Jornada de trabalho semanal	38,3	37,3

Fonte: Sorj (2006), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2001

Tabela 4 -Características da inserção das mulheres segundo a freqüência à creche ou pré-escola d@s filh@s de 4 a 6 anos de idade por quarto de renda

	Filhos não freqüentam creche ou pré-escola	Filhos freqüentam creche ou pré-escola
1º quarto de rendimento		
Porcentagem de domicílios	46	54
Renda familiar per capta	36,5	37
Taxa de participação	51,4	54,1
Salário	55,7	75,4
Jornada de trabalho semanal	27,5	29,6
2º quarto de rendimento		
Porcentagem de domicílios	41,7	58,3
Renda familiar per capta	109,7	112,9
Taxa de participação	54,7	61
Salário	161,4	180
Jornada de trabalho semanal	34,6	37
3º quarto de rendimento		
Porcentagem de domicílios	35,1	64,9
Renda familiar per capta	222,4	225,6
Taxa de participação	59,4	67,5
Salário	263,9	295,8
Jornada de trabalho semanal	37,7	37,7
4º quarto de rendimento		
Porcentagem de domicílios	18,5	81,5
Renda familiar per capta	663,3	815,7
Taxa de participação	66,4	75,8
Salário	832,6	945,7
Jornada de trabalho semanal	37,3	37,6

Fonte: Sorj (2006), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2001

Em ambas as tabelas (3 e 4) percebemos que na parcela mais bem remunerada de mulheres (4º quarto de rendimento) são maiores tanto a proporção de filhos na creche quanto a taxa de participação no mercado de trabalho. Em relação à jornada, as médias de horas semanais trabalhadas são bastante próximas.

Em linhas gerais, os diferenciais entre ter ou não os filhos na creche e pré-escola (análise dos cinco indicadores investigados) são maiores entre as mães de filhos menores de 3 anos. Isso corrobora a tendência já demonstrada por outros estudos de que a maior tensão entre vida familiar e mundo do trabalho para as mulheres ocorre nos primeiros anos após o nascimento dos filhos.

Nesta mesma direção, a partir dos microdados da PNAD, Itaboraí (2003) estima que, para o conjunto de trabalhadoras, a idade do filho mais novo é o fator que mais influencia a participação laboral feminina. A autora destaca que esta variável influencia mais diretamente as chances negativas de a mulher estar trabalhando do que o próprio número de filhos tidos.

Outra dimensão fundamental que as duas tabelas demonstram é que o impacto da freqüência dos filhos à creche e pré-escola sobre os salários e jornada de trabalho das mães vai diminuindo conforme aumenta a renda familiar. Entre as mães das famílias mais pobres este seria um

elemento central para a maior participação laboral, jornadas de trabalho ampliadas e melhores salários. Esse quadro faz com que, como ressalta a própria autora, o aumento dos investimentos governamentais na educação infantil e na promoção de escolas em tempo integral trate simultaneamente três problemas que a sociedade brasileira enfrenta atualmente: diminuir os níveis de pobreza das famílias, melhorar a qualidade da educação no país e promover uma maior equidade de gênero no mercado de trabalho.

1.4. A economia do cuidado e o acesso da população à saúde

O quadro de tarefas e atribuições socialmente construídas como femininas que se articulam à chamada economia do cuidado é formado não apenas pela educação e cuidado com os filhos mas também pela assistência à todos os membros familiares que necessitem de atenção especial como idosos ou enfermos. Isso faz com que o acesso da população a programas de saúde nos quais os médicos e hospitais públicos se responsabilizem por atendimentos integrais seja fundamental no sentido de não transferir para as famílias, particularmente as mulheres, os ônus de tempo e gastos que envolvem os tratamentos necessários para a plena recuperação/ estabilidade da saúde dos indivíduos.

Como já foi apontado anteriormente, o cenário político brasileiro dos anos de 1990 foi marcado pelo re-desenho do tipo de relação entre o Estado e os gastos sociais. Nesse sentido, Goldani (2002) destaca que no quadro de diminuição dos recursos estatais e da desmontagem do sistema de proteções e garantias vinculadas ao emprego, as famílias (particularmente o trabalho de cuidado desenvolvido em seu interior) seriam um elemento fundamental de proteção social para seus membros.

Do mesmo modo como já foi discutido no campo educacional, também na saúde, a evolução das políticas públicas nos anos 1990 contrasta com as conquistas da Constituição Federal de 1988. A Magna Carta determina ser dever do Estado garantir saúde a toda a população[8] e, para tanto, cria o Sistema Único de Saúde (SUS)[9], que é amplamente reconhecido como uma conquista fundamental dos movimentos sociais, particularmente o movimento de reforma sanitária.

Na forma como aparece na Constituição, o sistema deveria ser organizado segundo as seguintes diretrizes: descentralização, mando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação comunitária. Paralelamente a estes princípios, o documento consagra, através do *artigo 199*, a liberdade da iniciativa privada.

Desse modo, o sistema de saúde brasileiro passa a ser composto de três subsistemas: o sistema público (SUS); o sistema de atenção médica supletiva (privado, composto de cinco modalidades assistenciais) e o sistema de desembolso direto (pagamento individualizado por cada serviço recebido).

Como aponta Mendes (1996), uma vez que parte de uma concepção ampliada de processo saúde-doença e de um novo paradigma sanitário, o SUS teria também uma dimensão ideológica cuja

[8] Este princípio está contido no artigo 196 que prevê a saúde como bem que deve ser garantida por políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos.
[9] Este foi regulamentado pelas Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

implantação teria nítido caráter de mudança cultural (novo modo de construir a política). Essa por sua vez introduziria um elemento de temporalidade longa ao processo de implantação do sistema. Segundo o autor, os desafios enfrentados por esta nova concepção de política na área da saúde viria ainda enfrentando desafios à sua plena implantação em virtude da rápida diminuição de seu financiamento[10] e sua intensa e crescente demanda (sistema universal), particularmente no início dos anos 1990.

Desde a criação do SUS, uma característica importante tem sido a descentralização dos serviços que vem implicando tanto no crescimento dos sistemas locais de saúde quanto no incremento dos gastos municipais neste campo. Nesse sentido, Teixeira (2002), chama atenção para as variadas acepções que o termo "local" adquiriu ao longo dos últimos anos nos processos de descentralização e reorganização dos serviços no contexto da reforma do sistema de saúde brasileiro: seja enquanto "distrito sanitário", nos primórdios do processo de reforma do setor (1988-1993), seja enquanto "sistema municipal de saúde", no período subseqüente, onde se enfatizou a municipalização (1993-2000) e, mais recentemente, "microrregião de saúde", conforme a proposta governamental de "regionalização da assistência à saúde" contida na NOAS 2001.

Rizzotto (2000), analisando o tipo de política preconizada pelo Banco Mundial para o Brasil no campo da saúde nos anos 1990, mostra a força do modelo centrado na atenção primária, que se baseia no argumento de que o modelo médico hegemônico - centrado em serviços médico-hospitalares - estaria favorecendo as classes média e alta, enquanto a população pobre estaria sem atendimento em suas “necessidades básicas” de saúde. A autora desconstrói esse argumento mostrando que a estratégia centrada na prevenção, na família e na comunidade não levaria em consideração o quadro sanitário nacional, marcado tanto pelos altos índices de doenças infecto-contagiosas[11], onde a prevenção é fundamental, quanto pela prevalência de doenças crônico-degenerativas[12] como principal causa de morte em todos os estratos sociais. Neste sentido, o investimento governamental deveria ser simultâneo, tanto em programas de baixo custo que ofereçam consultas simples à população quanto em aparelhamento de hospitais e centros de diagnóstico precoce de doenças mais complexas.

A ênfase governamental em programas como o “Médico de Família” em detrimento de investimentos em aparelhamento sofisticado tem feito com que uma parcela crescente das camadas mais altas da população recorra aos planos de saúde privados. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/ IBGE) de 2003, 43,2 milhões de pessoas (24,6% da população) tinham planos de Saúde, sendo a maior parte destes (34,2 milhões) privados – individuais ou coletivos. Os nove milhões restantes estavam cobertos por planos de assistência ao servidor público (municipal, estadual ou militar).
No entanto, esse dado mais geral encobre importantes diferenciações encontradas na população brasileira através de distintos grupos sociais. Na população urbana, 28,0% tinha plano de Saúde,

[10] No primeiro período de implantação do sistema os gastos federais que correspondem a 70% do que é gasto público total em saúde teria caído de 4,8 bilhões de dólares de 1989 a 1993. Em relação ao gasto público total (federal, estadual e municipal) per capta/ ano a queda foi de US$ 99,26 em 1989 para US$65,11em 1993 segundo dados de Médici (1994).
[11] Em relação a outros países.
[12] Doenças que exigem o uso de tecnologia mais onerosa, de intervenção curativa e de tratamentos mais sofisticados como problemas cardíacos (enfarte) e neoplasias.

contra apenas 6,0% da população rural. A proporção de mulheres com plano de Saúde (25,9%) era maior que a de homens (23,1%).

Esse quadro é também reflexo de uma importante mudança na distribuição etária da população brasileira: a proporção crescente de idosos chama atenção para a necessidade de investimento governamental em tecnologias médicas mais sofisticadas. A maior procura deste segmento populacional por serviços de saúde se reflete na crescente parcela de assegurados que sobe de 19,8% na faixa de 0 a 18 anos, para 29,8% na faixa dos 65 anos ou mais (PNAD 2003).

Em comparação com o suplemento anterior da pesquisa (1998)[13], percebemos que houve uma melhora na proporção de brasileiros que dispunham de um serviço de saúde regular, passando de 71,2% para 79,3% em 2003. Em relação ao tipo deste serviço, os Postos de Saúde Públicos foram a modalidade mais citada (52,4% dos entrevistados), em seguida os consultórios particulares (18%), ambulatórios de hospitais (16,9%), pronto socorro ou emergência (5,8%), ambulatório ou consultório de clínicas (4,4%) e farmácia (1,4%).

Um dado bastante relevante, desde a perspectiva da economia do cuidado, que o suplemento de saúde da PNAD 2003 também trouxe foi a estimação de que 29,9% da população brasileira era portadora de alguma doença crônica (queda em relação aos 31,6% estimados em 1998) como diabetes, reumatismo, hipertensão, câncer, tuberculose, cardiopatias e problemas de coluna, entre outros. Esse dado sugere que parte dessa grande parcela de indivíduos necessita de atenções especiais de algum membro da família. Mais uma vez, a questão da idade é fundamental pois a proporção de portadores deste tipo de enfermidade cresce de 9,1% na faixa de 0 a 4 anos para 77,6%, na faixa dos 65 anos ou mais.

Uma dimensão que permeia este debate é o fato de que, com o processo de avanço da tecnologia médica e dos exames que mapeiam minúcias do corpo humano, o próprio conceito de saúde vem mudando e passa a estar mais articulado à independência do indivíduo na execução das tarefas diárias que na ausência de qualquer problema.

A inexistência de estatísticas específicas sobre os "cuidadores" da população doente impossibilita um enfoque de gênero mais aprofundado sobre os dados de saúde, mas a melhora do sistema como um todo e seu acesso universal sugerem que neste campo possa estar havendo uma diminuição do trabalho feminino com a economia do cuidado.

1.5. O cuidado de idosos e deficientes

Como já foi apontado anteriormente, existe uma clara relação entre envelhecimento, dependência e o desenvolvimento de deficiências. Nem todos os deficientes são pessoas idosas mas estes são a maior parte desta população. De fato, quanto mais velhas as pessoas vão ficando maior é a chance de desenvolverem algum tipo de deficiência. Na legislação brasileira, alguns dispositivos que se aplicam à população deficiente também o são à população idosa.
Em ambos os casos a Constituição Federal de 1988 reconhece como competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde, assistência pública e

[13] Estas informações são coletadas apenas a cada 5 anos em um suplemento especial sobre saúde (não anualmente como a pesquisa principal).

proteção da população acima de 60 anos (art. 23). Apesar deste princípio geral, em diversos apêndices a família aparece como instituição última responsável por estes indivíduos, como o artigo 229 que coloca "os filhos maiores de idade tem o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade". Essas ambigüidades fazem com que, na prática, as políticas que asseguram o direito de ir e vir desses indivíduos sejam bastante restritas, transferindo para a família seu cuidado e atenção.

Outro direito comum à população idosa e/ ou deficiente é o Art. 203. da Constituição Federal, que determina que a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social. Esta assegura um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família – o que simboliza o reconhecimento de que o Estado também é responsável pelo bem estar desta população.

Desde um ponto de vista de um acesso igualitário aos postos de trabalho, a Constituição de 1988 deu um importante passo ao reconhecer às pessoas portadoras de deficiência o direito de contar com uma reserva de vagas em todos os concursos públicos destinados ao ingresso de pessoal no serviço público, nos termos no art. 37, VIII[14]. A legislação também determina às empresas com cem ou mais empregados obrigatoriedade no preenchimento de dois a cinco por cento de seus cargos com pessoas portadoras de deficiência.

Esse conjunto de dispositivos legais consolida um quadro no qual a legislação é bastante progressista[15] mas não determina diretrizes de políticas que resultem mais efetivamente em uma prática governamental que, de algum modo, desconcentre da família o trabalho de cuidado com destes indivíduos (tanto idosos quanto deficientes).

A pesquisa de Neri e Soares (2002), que analisa o Censo Demográfico de 2000 do IBGE, mostra que 24,5 milhões de brasileiros sofrem de algum tipo de deficiência, o que corresponde a 14,5% da população. Como os próprios autores destacam, esse percentual é bastante superior ao encontrado nos levantamentos anteriores – menos de 2%.Isto ocorreria em função da mudança dos instrumentos de coleta de dados, por força das últimas recomendações da OMS de incorporar ao universo dos deficientes aqueles com “alguma ou grande dificuldade de andar, ouvir ou enxergar”. Tal mudança permitiria separar os indivíduos de acordo com o grau de deficiência e enxergar os chamados “incapacitados”, que necessitam de assistência para a realização de suas tarefas diárias. A tabela 5 a seguir, retirada do referido artigo, sintetiza essa informação para a população brasileira.

[14] A matéria está regulamentada pelas Leis n. 7.853/89 e 8.112/90 e pelo Decreto n. 3.298/99.

[15] No caso da população com mais de 60 anos foi também aprovado em 2003 o Estatuto do idoso, no qual um amplo corpo de direitos para este segmento populacional é explicitado. No Art. 3º do referido documento consta“é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”.

Tabela 5 – População portadora de incapacidade (distribuição e relação com a população total em grupos etários)

	População Total		Pessoas Portadoras de Incapacidade		
	População Total	Composição Vertical (%)	População Total	Composição Vertical (%)	Composição Horizontal
idades	A		B		(B/ A)
0 a 4	16.386.239	8,7	211.123	5,0	1,3
5 a 9	16.576.259	9,8	196.329	4,7	1,2
10 a 14	17.353.683	10,2	265.868	6,2	1,5
15 a 19	17.949.269	10,6	284.200	6,7	1,6
20 a 24	18.142.935	9,5	296.055	7,0	1,9
25 a 29	13.347.499	8,2	266.520	6,7	2,1
30 a 34	13.029.101	7,7	296.686	6,9	2,3
35 a 39	12.260.820	7,2	303.847	7,1	2,5
40 a 44	10.547.259	6,2	293.654	6,9	2,8
45 a 49	8.726.153	5,1	289.933	6,3	3,1
50 a 54	7.053.133	4,2	259.370	6,1	3,7
55 a 59	5.461.499	3,2	235.317	5,5	4,3
60 ou +	14.538.987	8,6	1.066.049	25,0	7,3

Fonte: NERI, M.C. e SOARES, W.L(2004): Censo Demográfico 2000 do IBGE, elaboração própria

Para o conjunto da população percebemos que o percentual de pessoas portadoras de incapacidade cresce conforme aumenta a idade, mas até os 50 anos esta parcela é bastante reduzida. Isso indica que, em uma pequena parcela de famílias, além do trabalho de cuidado e atenção com os filhos, as mulheres ficam também responsabilizadas pelos parentes deficientes e/ ou idosos.

Os idosos representam o maior peso relativo da população incapacitada (25%). Por outro lado, é interessante notar que apenas 7,3% dos idosos se encontram nesta condição. Segundo dados da mesma pesquisa, outros 49,6% desta população idosa apresentam algum tipo de deficiência e os 43% restantes não apresentam qualquer dificuldade de andar, ouvir ou enxergar. Esse quadro não sugere, entretanto, que o contingente "dependente" de outro adulto que o ajude na execução de tarefas diárias seja pequeno, uma vez que é também nesta idade mais avançada que começam a se desenvolver doenças crônicas que fragilizam a saúde do idoso.

Nesse sentido, Caldas (2003) chama atenção para o fato de que a família predomina como alternativa no sistema de suporte informal aos idosos e coloca que, no caso brasileiro, a maioria dos idosos (mais de 85% segundo dados da PNAD de 1996) vivem em domicílios onde existe a presença de parentes. Segundo a própria autora, percebe-se com isso que a seguridade social, que objetiva garantir a saúde, a previdência e a assistência social (Constituição Federal de 1988), não teria conseguido cumprir integralmente seu papel, transferindo-o para os cidadãos e fazendo recair sobre a família a cobertura de suas falhas.

A própria idéia de que a velhice se relaciona diretamente à dependência vem sendo re-discutida e alguns trabalhos apontam que além de estarem em melhores condições de vida que a população mais jovem por ganharem mais, uma proporção maior de idosos tem casa própria e contribui

significativamente na renda familiar (Camarano 1999). Este quadro sugere que o trabalho historicamente feminino de cuidado com a população idosa também possa estar passando por um processo de transformação e o tipo de dependência estruturado nestas relações esteja mudando.

2. Considerações Finais

Diante do quadro exposto fica claro que no caso brasileiro é bastante arraigada a idéia de que os responsáveis pelas tarefas relativas ao cuidado dos indivíduos são os próprios membros da família. Esta tendência aponta para uma escassa consciência crítica acerca do papel do estado neste processo. Com a expansão do ideário neoliberal e o corte de gastos com políticas sociais assistido nos anos 1990, o trabalho familiar (particularmente das mulheres) com o cuidado ganha ainda maior centralidade que no período histórico anterior.

O balanço bibliográfico realizado parece não apontar para a construção de concepções mais igualitárias nas representações de papéis de homens e mulheres dentro das famílias no que tange o cuidado com seus membros no período pós-contituição de 1988. Em linhas gerais poderíamos afirmar que o intenso processo de mobilização da sociedade civil que marcou a história política brasileira na década de 1980 perde fôlego no momento seguinte e poucos avanços são assistidos no campo das políticas sociais.

Evidentemente esta estagnação ganha contornos mais dramáticos para as mulheres de segmentos mais baixos da população, que não possuem recursos para arcar com os serviços de cuidados oferecidos na esfera privada da economia. Em um contexto no qual os direitos cada vez mais são do consumidor em detrimento da idéia do indivíduo frente ao seu estado, nestas camadas a falta de acesso a bens fundamentais vem ameaçando a construção de uma cidadania plena para as mulheres.

3. Referências Bibliográficas

ALVES, José Eustáquio D. (1994) "Transição da Fecundidade e Relações de Gênero no Brasil". Tese de Doutorado defendida no CEDEPLAR/UFMG

ARAÚJO, Clara e **SCALON**, Celi. (2005) "Percepções e atitudes de mulheres e homens sobre a conciliação entre família e trabalho pago no Brasil" In *Gênero Família e trabalho no Brasil.* ARAÚJO, C. e SCALON, C. (orgs). Rio de Janeiro: Editora FGV

CALDAS, Célia Pereira. (Junho de 2003) "Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família" In *Cad. Saúde Pública* vol.19 no.3 Rio de Janeiro.

CAMARANO, Ana Amélia. (dezembro de 1999) "como vai o idoso brasileiro" In Texto para discussão 681 do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada)

CAMPOS, M. M.; **ROSEMBERG**, F.; **FERREIRA**, I. M. (1992) *Creches e pré-escolas no Brasil*. São Paulo: Cortez.

GELINSKI, Carmen R. Ortiz e **PEREIRA**, Rosângela Saldanha "Mulher e trabalho não remunerado**".**

GOLDANI, Ana Maria (jan-jun 2002) "Família, gênero e políticas: famílias brasileiras nos anos 90 e seus desafios como fator de proteção" In *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, vol.19, nº 1.

GUEDES, Moema de Castro. "A reversão do hiato de gênero educação e seus reflexos no mercado de trabalho". Dissertação de mestrado defendida na Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE/IBGE).

_____ (Setembro de 2004) "O contingente feminino de nível universitário nos últimos trinta anos do século XX: a reversão de um quadro desigual", Anais do XIV Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP) – Caxambu.

ITABORAÍ, Natalie R. (2003) "Trabalho feminino e mudanças na família no Brasil (1984-1996)". In *Revista Brasileira de Estudos de População*, Campinas, vol.20 nº2,

KON, Anita. (2002) "Trabalho e gênero no Brasil: as políticas públicas propostas" – documento disponibilizado na Internet.

_____ (jul-set/2002) "A Economia Política do Gênero:Determinantes da Divisão do Trabalho" In *Revista de Economia Política*, vol. 22, nº 3.

MENDES, E. V. (1999) "O sistema único de saúde: um processo social em construção". Documento do Ministério da Saúde/ Organização Pan- Americana da Saúde/ UFRN-NESC,.

NERI, Marcelo Corte e **SOARES** (jul-dez 2004) Wagner Lopes. "Idade, incapacidade e o número de pessoas com deficiência" In *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, vol.21, nº 2.

ROSEMBERG, Fúlvia (2002) "Organizações multilaterais, estado e políticas de educação infantil" In *Cadernos de Pesquisa*. n.115 São Paulo mar.

RIOS-NETO, Eduardo e **BATISTA (**1998), D.B.D.A."Segregação ocupacional entre solteiras e casadas: o possível impacto da licença maternidade" In Anais do XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. "O banco mundial e as políticas de saude nos anos 90". Tese de doutorado defendida na Faculdade de Ciencias Medicas/ Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

SORJ, Bila (2006) "Perspectivas e críticas feministas sobre as reformas trabalhista e sindical" In Brasília, D.F: CFEMEA.

STOZ, Eduardo Navarro (ene./mar. 2003) "Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil". In São Paulo Perspec. v.17 n.1 São Paulo

TEIXEIRA, Carmem Fontes (2002)"Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS" In *Cad. Saúde Pública* v.18 supl. Rio de Janeiro

VIANA, Cláudia Pereira e **UNBEHAUM**, Sandra (1988-2002)."O gênero nas políticas públicas de educação no Brasil:"

Documentos utilizados (disponíveis na Internet nos seguintes endereços eletrônicos):

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 1998/2003 – suplemento sobre saúde: www.ibge.gov.br

Constituição Federaldo Brasil de 1988 :
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm

Estatuto do Idoso:
http://www.senado.gov.br/web/relatorios/destaques/2003057rf.pdf

Tabulações avançadas do Censo Escolar:
http://www.inep.gov.br/pesquisa/bibliografia/censo_escolar_a.htm

Histórico do FUNDEF:
http://www.mec.gov.br/sef/fundef/Legisla.shtm