

Líbia Mafra Benvindo de Miranda

ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS DE CUIDADOS NO BRASIL E NA ESPANHA

uma análise comparativa dos serviços de cuidados
em domicílios para pessoas idosas dependentes



**ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS DE
CUIDADOS NO BRASIL E NA ESPANHA:
uma análise comparativa dos serviços de
cuidados em domicílios para pessoas
idosas dependentes**

Líbia Mafra Benvindo de Miranda

**ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS DE
CUIDADOS NO BRASIL E NA ESPANHA:
uma análise comparativa dos serviços de
cuidados em domicílios para pessoas
idosas dependentes**



Reitor

Gildásio Guedes Fernandes

Vice-Reitor

Viriato Campelo

Superintendente de Comunicação Social

Samantha Viana Castelo Branco Rocha Carvalho

Editor

Cleber de Deus Pereira da Silva

EDUFPI - Conselho Editorial

Cleber de Deus Pereira da Silva (presidente)

Cleber Ranieri Ribas de Almeida

Gustavo Fortes Said

Nelson Juliano Cardoso Matos

Nelson Nery Costa

Viriato Campelo

Wilson Seraine da Silva Filho

**Comitê Editorial Adhoc**

Cassandra Maria Basto Franco

Masilene Rocha Viana

Maria Helena de Jesus Bernardo

Maria Paula Lehner

Maria Rosângela de Souza

Solange Maria Teixeira

Edição e Normalização Bibliográfica

Líbia Mafra Benvindo de Miranda

Revisão

Líbia Mafra Benvindo de Miranda

Diagramação

Wellington Silva

Capa

Wellington Silva

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Federal do Piauí

Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco

Divisão de Representação da Informação

M672e Miranda, Líbia Mafra Benvindo de.

Envelhecimento e políticas de cuidado no Brasil e na Espanha : uma análise comparativa dos serviços de cuidados em domicílios para pessoas idosas dependentes / Líbia Mafra Benvindo de Miranda.-- Edufpi: Teresina, 2024.

E-book.

ISBN: 978-65-5904-311-8

1. Idosos-Assistência social. 2. Envelhecimento. 3. Políticas de cuidado-Idoso. 4. Desigualdades- Imbricamento. 5. Proteção social. I. Título.

CDD: 362.61

Bibliotecária: Milane Batista da Silva- CRB3/1005



Editora da Universidade Federal do Piauí - EDUFPI
Campus Universitário Ministro Petrônio Portella
CEP: 64049-550 - Bairro Ininga - Teresina - PI - Brasil



*Dedico esta tese
a meu pai, Osvaldo Miranda
(in memoriam), por todos seus bons exemplos,
dedicação e cumplicidade,
em nome de um amor
paternal zeloso e puro.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, capacidades e proteção.

À Rosa Benvindo, minha mãe, pela dedicação e incentivo aos estudos como forma de crescimento e libertação.

Ao meu esposo, amigo e parceiro Inácio, pela tolerância, amor e cumplicidade.

Ao meu amor maior, Gabriel Mafra, por ser fonte de motivação, inspiração e determinação na minha vida.

A todos os familiares e amigos(as) que, a cada produção acadêmica, comemoram e se orgulham junto comigo.

À Prof.^a Dr.^a Solange Maria Teixeira, que desde o mestrado vem me ajudando a trilhar esse caminho, e com sua leveza e conhecimentos tem tornado essa jornada prazerosa e frutífera.

Aos membros da banca, pelas reflexões, críticas e contribuições.

“O correr da vida embrulha tudo.
A vida é assim: esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem.”
João Guimarães Rosa

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO

Gráfico 1 - População Geral e idosa no Brasil e Espanha – 2021	32
Gráfico 2 - População Brasileira (por cor/raça e idosa) e Espanhola (geral e idosa).....	33
Gráfico 3 - Racismo na Espanha em diferentes políticas públicas.	100
Gráfico 4 - Violência no Brasil.....	103
Gráfico 5 - Homicídio no Brasil – 2020	104
Gráfico 6 - Recorte Racial das pessoas que vivem abaixo da linha da pobreza.....	108
Gráfico 7 - População com deficiência no Brasil – 2019	112
Gráfico 8 - Acesso aos cuidados.....	113
Gráfico 9 - Limitação para AVD por sexo e áreas (urbana e rural)	114
Gráfico 10 - Desigualdade racial no acesso ao cuidado	152
Gráfico 11 - Perfil dos cuidadores familiares na pandemia por sexo	154

Gráfico 12 - Perfil dos/as cuidadores/as de pessoas idosas – recorte racial.....	155
Gráfico 13 - Quantidade de Cras por região.....	231
Gráfico 14 - Oferta dos serviços de PSB no domicílio para pessoas com deficiência e idosas.....	232

ORGANOGRAMA

Organograma 1 - Atenção à dependência.....	206
--	-----

FIGURA

Figura 1 - Dispositivo de teleassistência	209
---	-----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantidade das Prestações/Benefícios Econômicas por CCA.....	208
Tabela 2 - Quantidade de Creas municipais e regionais.....	233
Tabela 3 - Serviços de Proteção Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias nos Creas.....	234

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AD	Atenção Domiciliar
AGE	Administração-Geral do Estado
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CEDRE	Conselho para a Eliminação da Discriminação Racial ou Étnica
CFB	Constituição Federal Brasileira
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
COVID-19	<i>Corona Virus Disease</i>
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EBES	Estado de Bem-Estar Social
EC	Emenda Constitucional
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
ESF	Estratégia de Saúde na Família
EUA	Estados Unidos da América

FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FOESA	Fundação de Fomento a Estudos Sociais e Sociologia Aplicada
FSE	Fundo de Estabilização Fiscal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILP	Instituições de Longa Permanência
IMSERSO	Instituto de Idosos e Serviços Sociais
INE	Instituto Nacional de Estatística
INGESA	Instituto Nacional de Gestão Sanitária
INSS	Instituto Nacional da Segurança Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISM	Instituto Social da Marinha
LAPAD	Lei de Promoção da Autonomia Pessoal e Atenção às Pessoas em Situação de Dependência
LGBTQI	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Intersexuais
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MAC	Média e Alta Complexidade
MDS	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OBERAXE	Observatório Espanhol do Racismo e da Xenofobia
OCDE	Organização e Cooperação para o Desenvolvimento Econômico
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OXFAM	<i>Oxford Committee for Famine Relief</i>

PAEF	Serviço de Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos
PAIF	Programa de Atenção Integral à Família
PDU	Plano de Desenvolvimento do Usuário
PIA	Programa Individual de Atenção
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RTVE	Rádio Televisão Espanhola
SAAD	Sistema para a Autonomia e Atenção à Dependência
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SBG	Sociedade Brasileira de Geriatria
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SEGG	Sociedade Espanhola de Geriatria e Gerontologia
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SPEE	Serviço Público de Emprego Estatal
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TGSS	Tesouraria-Geral da Segurança Social
UE	União Europeia

SUMÁRIO

PREFÁCIO.....	23
INTRODUÇÃO.....	29
Contextualizando o Objeto de Estudo.....	29
O caminho metodológico, organização e estruturação do estudo	44
ENVELHECIMENTO E VELHICES NA SOCIEDADE DO CAPITAL: DEPENDÊNCIA E IMBRICAMENTO DE CLASSE, “RAÇA”/ETNIA E GÊNERO.....	59
Envelhecimento e a Medicina: a emergência da Geriatria e da Gerontologia e as diferentes perspectivas	61
Velhice e sua constituição em categoria social no contexto do ordenamento da sociedade capitalista moderna.....	67
Envelhecimento e Gerontologia Social: uma análise na perspectiva de totalidade social	76
Emergência e legitimação da terceira idade como categoria social.....	76
Perspectivas gerontológicas e a importância da gerontologia social crítica para a análise da produção social da velhice	80
Envelhecimento e Dependência: as particularidades de classe, “raça”/etnia e gênero	89
Envelhecimento, desigualdade e dependência	94

TRABALHO E A CONSTITUIÇÃO DO SER SOCIAL: OS LUGARES DA PRODUÇÃO E REPRODUÇÃO NA SOCIABILIDADE CAPITALISTA..... 117

Emergência do cuidado ou trabalho do cuidado como um campo de estudo e política social..... 118

A Centralidade do Trabalho no Processo de Sociabilidade: uma análise ontológica 129

Divisão sexual do trabalho: implicações das suas velhas e novas configurações sobre as relações sociais de classe, de raça/etnia e gênero no trabalho do cuidado 135

Cuidado e Imbricamento das Desigualdades de Classe, “Raça”/ Etnia e Gênero: perspectivas conceituais..... 141

ESTADO SOCIAL E CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO: POLÍTICAS (NEO)FAMILISTAS E AUSÊNCIA DA PRIMAZIA DO ESTADO NA OFERTA DE SERVIÇOS SOCIAIS..... 157

Estado social: gênese, desenvolvimento e tipologias 158

Dívida Pública como Estratégia de Acumulação do Capital: dinamização da dependência, espoliação da classe trabalhadora e implicações para as políticas públicas 174

SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL E POLÍTICAS DE CUIDADOS EM DOMICÍLIO PARA PESSOAS IDOSAS DEPENDENTES NA ESPANHA E NO BRASIL: UMA ANÁLISE COMPARATIVA..... 185

Contextualização histórica da inserção do envelhecimento e políticas de cuidados na agenda internacional 185

Sistema de proteção social na Espanha e as políticas de cuidados em domicílio para pessoas idosas dependentes 189

Lei de promoção da autonomia pessoal e atenção às pessoas em situação de dependência (Lapad): contextualização, características e abrangência dos serviços e benefícios 195

Configurações do financiamento, gestão e controle social democrático 202

Benefícios/Prestações e serviços de atenção do Saad para a autonomia e atenção à dependência	205
Benefícios/prestações econômicas	206
Catálogo de Serviços	209
Sistema de proteção social no Brasil e as políticas de cuidados em domicílio para a pessoa idosa dependente	216
O bem-estar na América Latina e no Brasil: regulamentação social tardia e retrocessos	216
As contrarreformas no Brasil e suas implicações para a vida do/a (velho/a) trabalhador/a	219
Políticas Sociais para a Pessoa Idosa no Brasil	226
Política de Assistência Social: centralidade na família e regulação do cuidado sem a operacionalização integrada e efetiva.....	229
Política de Saúde e cuidados: desintegração e responsabilização dos agentes primários	237
CONCLUSÃO	247
REFERÊNCIAS	271

PREFÁCIO

CUIDADO DE PESSOAS IDOSAS NA AGENDA PÚBLICA

A obra denominada “**Envelhecimento e políticas de cuidados no Brasil e Espanha**: uma análise comparativa dos serviços de cuidados em domicílios para pessoas idosas dependentes”, que tenho o prazer de prefaciar, é de autoria de **Líbia Mafra Benvindo de Miranda**, resultante da sua Tese de Doutorado em Políticas Públicas, na Universidade Federal do Piauí, em que a banca examinadora recomendou publicação face a originalidade na abordagem da temática.

Os cuidados de modo geral, e de pessoas idosas de modo específico, tem adentrado a agenda pública, tanto no Brasil como na Espanha, em diferentes contextos políticos, mobilizado por diferentes sujeitos, atores e instituições internacionais e nacionais. Dentre estes, destacamos os movimentos feministas que desde os anos de 1960 lutam para eliminar as assimetrias de gênero, as formas de opressões que as mulheres sofrem nas sociedades contemporâneas que invisibilizam sua cidadania.

Uma das denúncias destes movimentos está relacionada ao trabalho reprodutivo realizado pelas mulheres no lar e sua desvalorização nas sociedades capitalistas centrada no trabalho

produtivo, gerador de mais valia e de riquezas. Este trabalho continua sendo inviabilizado, desvalorizado, subalternizado e realizado como atribuição feminina, como “coisa” de mulher, naturalizado como decorrente da sua feminilidade, de suas características maternas, desvendado pelas análises críticas como decorrente da divisão sexual do trabalho e do patriarcado moderno, logo, como construções histórico-sociais ancorado em relações de dominação.

O movimento feminista não é homogêneo e no seu interior tem diferentes correntes a depender da filiação teórico-metodológica. Na Europa este movimento denunciou que o trabalho realizado pelas mulheres, de forma gratuita, sem carga horária fixada, geralmente como um contínuo na sua existência, fora negligenciado pelas perspectivas teóricas de análises dos sistemas de proteção social e das estatísticas do trabalho no auge dos Estado de Bem-Estar Social.

O movimento feminista marxista foi enfático em mostrar que o trabalho não pago dentro dos lares realizado pelas mulheres foi essencial para a liberação integral da força de trabalho masculina, além, de realizar trabalho de bem-estar como preparação, manutenção e preservação da força de trabalho, incluindo a futura dos seus filhos, a inativa cuidando de seus pais. Logo, ela participa do circuito do valor, contribuindo para diminuir o custo do capitalista ao empregar os homens.

Na contemporaneidade uma parte considerável do movimento tem rompido com a homogeneidade em que as desigualdades de gênero foram tratadas, como se elas atingissem todas as mulheres da mesma forma independente da raça e da classe. Como destaca Biroli¹ (2016, p.13), “os níveis e as formas

1 BIROLI, Flávia. **Gênero e desigualdades**: limites da democracia no Brasil. São Paulo: Boitempo, 2018.

atuais de exploração do trabalho não nos permitem falar de “mulheres”, [...], mas de “mulheres trabalhadoras”, de “mulheres negras”, de “mulheres imigrantes [...]”. Ou ainda quando diz que “a divisão sexual do trabalho é um lócus importante da produção do gênero. O fato de ela não incidir igualmente sobre todas as mulheres implica que a produção do gênero que assim se dá é racializada e atende a uma dinâmica de classe” (p.23)². Assim, na hierarquia dos desprivilégios, tem-se no topo das desigualdades as mulheres negras, pobres e de periferias.

O movimento feminista negro que se desenvolveu nos EUA como uma oposição tanto ao feminismo branco quanto ao movimento antirracista, que segundo Akotirene³ (2000, p.18), “a rigor, focado nos homens negros” e cujas experiências e reivindicações das mulheres negras eram inobservadas pelos movimentos citados acima, criaram a ferramenta analítica da interseccionalidade. Ainda segundo a autora, “a interseccionalidade visa dar instrumentalidade teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado”⁴, graças ao qual foi possível dar visibilidade às inúmeras desigualdades sociais que atingem as mulheres negras, “pelo cruzamento e sobreposição de gênero, raça e classe, modernos aparatos coloniais” (2000, p.19)⁵.

Mas, como destacam Biroli e Miguel⁶ (2015) com base nos estudos de Bilge (2009) “no debate teórico e metodológico,

2 Idem.

3 AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo: Editora Jandaíra, 2020.

4 idem

5 Idem

6 BIROLI, Flávia; MIGUEL, Luís. Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na produção das desigualdades. **Mediações**, Londrina, v. 20, n. 2, p. 27-55, jul./dez. 2015.

convivem vertentes mais focadas na análise estrutural da opressão e das desigualdades e vertentes que enfatizam questões identitárias e se aproximam mais do debate pós-estruturalista”, do multiculturalismo, e nem sempre a tríade capitalismo, racismo e sexismo são abordados em sua complexidade e como relações interdependentes, havendo uma tendência pelo movimento feminista negro de ênfase no par gênero e raça e no marxismo socialista no par classe e gênero.

Assim, apesar da “sensibilidade analítica” citada por Akotirene, (2000), a interseccionalidade também mobiliza críticas, algumas delas no campo marxista, como a semelhança com o modelo matemático ou geográfico de ruas e avenidas e das interseções, das desigualdades sociais de gênero e raça como soma de desigualdades sociais, da centralidade dada ao racismo em detrimento das classes sociais, o culturalismo e o identitarismo independentes das condições materiais de existências, dentre outras. Essas críticas são levantadas pelas feministas marxistas francesas, dentre elas a socióloga francesa Danièle Kergoat (2010)⁷, que trabalha com a categoria da consubstancialidade entre classe, gênero e raça/etnia como relações sociais com poder e força igualmente a relações sociais de produção, por estruturarem modos de ser e viver. No Brasil Safioti (2015)⁸ trabalhou com a ferramenta dos “nós simbióticos” e Mirla Cisme (2018)⁹ trabalha com sentido similar com a categoria do “imbricamento”, todas na perspectiva do movimento feminista marxista no qual

7 KERGOAT, Daniele. Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. **Novos Estudos**, São Paulo. n. 86, p. 93-103, 2010.

8 SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado e violência**. 2.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2015.

9 CISNE, Mirla. **Feminismo e consciência de classe no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2018.

classe, gênero e raça/etnia são mediações que ligam fenômenos aparentemente singulares à totalidade e desta àqueles.

A obra de Líbia Mafra aqui prefaciada faz este debate e adota a perspectiva marxista, desenvolvendo estas relações de imbricamento entre classe, gênero e raça/etnia nas análises do cuidado e também do envelhecimento e velhice, pois, parte da compreensão que o envelhecimento é um fenômeno biopsicossocial, complexo, heterogêneo, mas com características comuns pelas vivências das condições de existência de classe, gênero e raça/etnia que diferencia grupos dominantes dos grupos subalternos nas relações de poderes, nas hierarquias, com assimetrias gigantescas na trajetória de vida e na velhice, nos acessos aos bens e serviços criados socialmente.

Essa perspectiva teórico-metodológica se ancora na gerontologia social crítica que rompe com a perspectiva positivista biomédica e demográfica, mas também com as perspectivas culturalistas e subjetivistas que tornam o envelhecimento e velhices das pessoas um fenômeno singular, individualizado, dependente de suas opções de vida, da sua história de vida deslocada dos demarcadores estruturais, como classe, gênero e raça/etnia.

A velhice com dependência de cuidados também foge da lógica biomédica do adoecimento, da idade avançada, mas mostrar sua precocidade em determinados grupos pela trajetória de vida pertencente a uma classe superexplorada, excedente e na pobreza, que também tem sexo e cor da pele.

Nessa perspectiva adentra as análises das políticas de cuidados no Brasil e na Espanha, mediante aproximações dos seus sistemas de proteção social, na sua montagem e nas suas conformações atuais em cenário de avanço do neoliberalismo, denunciando o pluralismo de bem-estar social em que se ancoram, o familismo e a gestão do risco que os serviços de cuidados nestes

países desenvolvem considerando o financiamento, a cobertura, seu *modus operandis*, dentre outras características analisadas.

O mérito da pesquisa registrado neste livro, foi a utilização do método marxista nas análises dos fenômenos abordados, apontando os desafios e os avanços nos serviços de cuidados no Brasil na Espanha. Logo, a obra tem mérito acadêmico-científico, mas também político-prático em um contexto em que o cuidado entra na agenda estatal do atual governo. Recomendamos a leitura deste livro para discentes, docentes, gestores e executores de políticas públicas, considerando suas contribuições.

Desejo a todos/as/es uma boa e pragmática leitura!

Prof^a. Dr^a. Solange Maria Teixeira
Dr^a. em Políticas Públicas e docente da UFPI

INTRODUÇÃO CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO

Com as transições demográficas – caracterizadas pelas novas conformações na família, queda na taxa de fecundidade, mudanças de valores, crescimento da população idosa e aumento da expectativa de vida –, demandas diversas são apresentadas no âmbito da proteção social, para seus agentes tradicionais: a sociedade (organizações não governamentais), a família, o Estado e o mercado, possibilitando a ampliação dos estudos sobre envelhecimento e cuidados.

Neste cenário, a globalização, as políticas de ajustes e as transformações ocorridas no mundo do trabalho agudizam as desigualdades sociais e impõem desafios para as pesquisas nessa área, bem como no aprofundamento das suas análises envolvendo o imbricamento das desigualdades de classe, “raça/etnia”¹ e gênero, situando-as no contexto de atualização dos processos de acumulação do capital, caracterizada não só pela reestruturação

1 Compartilhando do mesmo entendimento de Falquet (2008, p. 123), adota-se o uso de aspas na palavra raça para chamar atenção para “o caráter eminentemente social, artificial e compósito [...] A ‘raça’ reagrupa notadamente as relações de poder relacionadas à ‘cor’ e à etnicidade, mas também à nacionalidade e ao *status* legal”.

produtiva, flexibilização e corte de direitos, mas ainda devido à espoliação de países periféricos e menos desenvolvidos pelos países mais ricos e pela exploração internacional de mão de obra migrante, a exemplo daquela empregada no trabalho do cuidado.

Sem dúvida, o envelhecimento populacional, marca expressiva da transição demográfica, constitui-se num grande feito da humanidade, porém os organismos internacionais percebem isso como uma oportunidade e um desafio, visto que, por um lado, aumenta a esperança de vida das pessoas, mas por outro revela um paradoxo, que é ter mais tempo de vida numa sociedade despreparada para lidar com essa população em termos de políticas de cuidado, principalmente aquela acima de oitenta anos, com comorbidades e dependência (Carvalho; Almeida, 2014).

Historicamente, os cuidados com as pessoas dependentes têm se configurado como uma responsabilidade da esfera privada, da família e, mais especificamente, das mulheres, muitas vezes sobrecarregando-as (Cendra, 2016; Hirata, 2012; Marcondes, 2017; Moser; Dal Prá, 2016). Contudo, estudos mostram que a queda de fecundidade e a ampliação da demanda por cuidados com idosos, em decorrência do aumento da expectativa de vida, podem, a longo prazo, significar uma redução da oferta do número de potenciais cuidadores. Aliadas a esses fatores, tem-se a expansão da inserção da mulher no mercado de trabalho e as mudanças na família, que também incidem sobre os cuidados das pessoas idosas dependentes e sobre os cuidadores (Camarano; Mello, 2010; Duarte; Berzins; Giacomini, 2016).

Esses fatores, associados à falta de políticas públicas de ampla cobertura, desencadearam o que para alguns estudiosos é chamado de “crise dos cuidados” ou “déficit de cuidados”, que diz respeito à “incapacidad social y política de garantizarle el bienestar a amplios sectores de la población que no son capaces de cuidarse, cuidar o ser cuidado” (Lehner, 2019, p. 275).

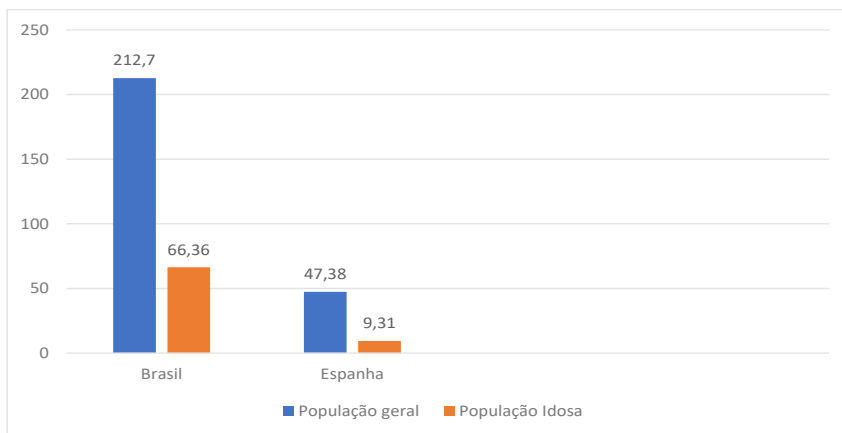
Em decorrência dessas transformações demográficas, societárias e de mudanças no papel do Estado, o debate sobre envelhecimento e cuidados vem ganhando centralidade, demandando pesquisas e políticas públicas condizentes com essa realidade, inclusive sobre aqueles serviços em domicílios que ainda são pouco explorados, se comparados com as Instituições de Longa Permanência (ILP) e outros.

O objetivo deste estudo é *fazer uma análise comparativa das configurações das políticas de cuidados em domicílio para a pessoa idosa dependente no Brasil e na Espanha, no contexto dos modelos ou regimes de bem-estar desses países e no imbricamento das desigualdades de classe, “raça”/etnia e gênero*, já que “o enfoque de classe social tem sido negligenciado, com predomínio de tendências que reforçam a individualização dos cuidados e a naturalização das responsabilidades familiares”, assim como as particularidades de “raça”/etnia e gênero (Bernardo, 2019, p. 7).

Brasil e Espanha possuem uma população idosa significativa. Dados referentes a janeiro de 2021 mostram que a população total da Espanha era de 47.385.107 pessoas (INE, 2021) e que o número total de idosos residentes no país é de 9.310.828, ou seja, quase 20% da população total são pessoas idosas. Já no Brasil, informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referentes à estimativa de 2021, na qual a população é de cerca de 212,7 milhões de habitantes, apontam que nesse mesmo período a parcela de pessoas com sessenta anos ou mais saltou de 11,3% para 14,7% da população. Em números absolutos, esse grupo etário saltou de 22,3 milhões para 31,2 milhões, um crescimento de 39,8% no período².

2 Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021>.

Gráfico 1 - População Geral e idosa no Brasil e Espanha – 2021



Fontes: IBGE/2021; INE/2021 (dados em milhões).

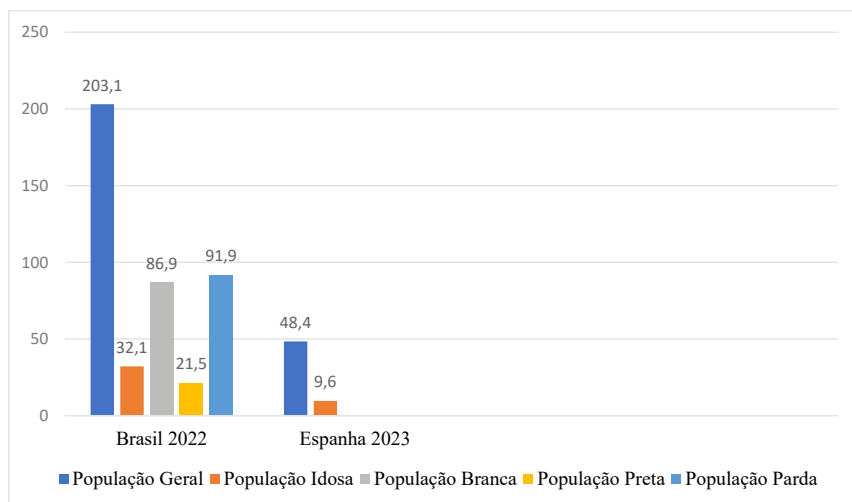
Dados mais recentes do INE³ (2023) mostram que a população espanhola é composta por 48.446.594 pessoas; 9.638.599 são pessoas com 65 anos ou mais (20,26% da população). Já no Brasil, dados do IBGE-Censo 2022 apontam que a população atual do Brasil é composta por 203.080.756 habitantes, o total de pessoas com 65 anos ou mais no país (22.169.101) chegou a 10,9% da população, uma alta de 57,4% em relação a 2010, quando o contingente era de 14.081.477, ou 7,4% da população. Já a população com sessenta anos ou mais (idade referência para a pessoa idosa no país) chegou a 32.113.490 (15,6%), um aumento de 56,0% em relação a 2010, quando essa população era de 20.50.597 (10,8%). A perspectiva é que em 2050 os idosos representem 28,4% da população e os longevos 6,4%, o que significa dobrar o número de idosos e triplicar o de longevos.

Essa realidade demanda estudos e uma agenda política sobre a questão, ainda mais se se considerar que no Brasil a população

3 Disponível em: https://ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177095&menu=ultiDatos&id p=1254735572981

negra (pretos e pardos) corresponde a 55,9% dos habitantes. A população que se reconhece como branca corresponde a 86.918.563 pessoas (42,8%), a que se identifica como preta é de 21.526.560 (10,6%) e a parda, 91.995.582 (45,3%), conforme mostra o gráfico seguinte.⁴

Gráfico 2 - População Brasileira (por cor/raça e idosa) e Espanhola (geral e idosa)



Fontes: IBGE/2022; INE/2023 (dados em milhões).

4 Estudo coordenado em 2020 pelo antropólogo Fernando Barbosa Rodrigues, da Universidade Complutense de Madri, estimou em 700,6 mil os afrodescendentes na Espanha, cerca de 1,5% da população do país. Mas é um levantamento de valor científico relativo, e sem a chancela do INE (Instituto Nacional de Estatística) para que possa lastrear políticas públicas, leis e necessidades específicas dessas comunidades. Informação disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/esporte/2023/05/sob-sombra-de-racismo-no-futebol-espanha-desconhece-sua-populacao-negra.shtml#:~:text=Estudo%20coordenado%20em%202020%20pelo,5%25%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20do%20pa%C3%ADs>. Essa falta de dados com o recorte de raça/etnia tem profundas implicações para a formulação de políticas públicas e cobertura junto a esses grupos invisibilizados nas estatísticas espanholas.

Embora de grande importância, até mesmo para dar base à formulação de políticas públicas, esses dados demográficos não são suficientes para a compreensão dos determinantes de base material e ideológica que incidem sobre a velhice, especialmente porque tendem a apresentar os idosos/as de formas homogeneizadora, universal, pelo critério da idade ou características fisiológicas do envelhecimento.

Neste estudo, o ponto de partida foi o envelhecimento da classe trabalhadora, pensado numa perspectiva de totalidade social⁵, na qual classe⁶, “raça”/etnia e gênero⁷ constituem

-
- 5 Segundo Paulo Netto (2011, p. 56-58), a *totalidade* constitui, juntamente com a *contradição* e a *mediação*, as categorias teórico-metodológicas nucleares da concepção de Marx, já que este compreendia a sociedade burguesa como uma totalidade concreta, porém não como um todo formado por partes funcionalmente integradas, mas como um complexo formado por outros complexos, uma totalidade estruturada, articulada e dinâmica. O movimento dessa totalidade dinâmica resulta das contradições do complexo de totalidades que compõem a macroscópica e a análise das suas relações ocorre pela *mediação*. “Sem os *sistemas de mediações* (internas e externas) que articulam tais totalidades, a totalidade concreta que é a sociedade burguesa seria uma totalidade *indiferenciada* – e a indiferenciação cancelaria o caráter concreto, já determinado como ‘unidade do diverso’”.
 - 6 De acordo com Teixeira (2008, p. 22), a compreensão de Marx e Engels (2002) sobre classes sociais é que estas “são coletivos que se constituem fundamentalmente a partir de posições que ocupam nas relações sociais de produção, que cada vez mais se restringe, em sociedades capitalistas, a duas grandes classes diretamente opostas entre si: burguesia e classe trabalhadora. Essa divisão entre classes fundamentais não elimina as diferenças, grupos e frações internas em cada classe, nem a existência de outras formas de classes sociais”.
 - 7 O conceito de gênero desenvolvido a partir da luta contra as diferenças e desigualdades que envolviam e envolvem as mulheres, em contextos históricos diferentes tem adquirido novos contornos, à medida que deixa de se limitar às distinções entre homem e mulher, ao masculino e ao feminino. Segundo Piscitelli (2009, p. 146), ainda permeado pelo seu caráter político (pois envolve relações de poder) e se referindo às relações assimétricas, que colocam a mulher numa posição de subordinação, sofre reformulações passando a se preocupar “em como as *construções de masculinidade e feminilidade*” (grifos da autora) articulam-se com outras questões que também são fatores desencadeadores de desigualdades e diferenças como raça, classe social, nacionalidade e idade.

categorias mediadoras nas análises sobre esse objeto concreto em suas múltiplas determinações. Sob essa lógica, apenas o envelhecimento desta classe e suas frações mais excluídas vivenciam uma problemática social na velhice. Suas velhices são perpassadas por inúmeras expressões da questão social, esta entendida como uma manifestação das desigualdades oriundas das contradições, exploração, dominação e correlações de forças entre capital e trabalho, conforme define Iamamoto:

Questão social é apreendida como conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos, mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (Iamamoto, 2000, p. 27-28).

O envelhecimento constitui uma problemática social sobretudo para essa classe que não se apropria dos frutos da produção social coletiva. Sua caracterização nesses termos se dá não, segundo Teixeira (2009), em decorrência do declínio biológico e da perda das funcionalidades, do crescimento da população idosa e longeva, mas em razão das condições de existência, de trabalho e do modo como a classe trabalhadora tem sua força de trabalho expropriada e explorada pelo capitalismo, e pelo impacto que a dinâmica econômica tem sobre as estruturas familiares.

O envelhecimento constitui um problema social, principalmente para as classes destituídas de propriedade (exceto de sua força de trabalho) e de controle do seu tempo de vida, em função das contradições e determinações da sociedade capitalista que engendram desigualdades, vulnerabilidade social em massa, degradações, desvalorizações e pseudovalorizações, para essa classe social, especialmente com o avanço da idade cronológica, com o desgaste da força de trabalho. (Teixeira, 2008, p. 23).

Pensar o envelhecimento enquanto problema social, ou “velhice trágica” (Haddad, 2016), como uma das expressões da questão social é conferir centralidade à relação capital/trabalho e às lutas sociais, porque dessa relação decorrem os problemas sociais (as vulnerabilidades, a desvalorização e a falta de políticas sociais para o velho trabalhador e sua família); assim como a inserção da classe trabalhadora no cenário político reivindicando por respostas às suas necessidades sociais, estas atendidas por meio de políticas sociais, que por um lado, configuram-se como conquistas sociais, e por outro, constituem mecanismos de controle dos conflitos e manutenção da ordem e hegemonia burguesa. As políticas de envelhecimento, inclusive as políticas de cuidado para a pessoa idosa dependente em domicílio, decorrem dessas relações contraditórias, cujo mediador é o Estado.

Parte-se aqui do entendimento de que envelhecimento e cuidados fazem parte do curso da vida, mas que é necessário situá-los numa perspectiva que desconstrua a compreensão limitada de envelhecimento – como mero declínio biológico e de cuidado como um atributo natural historicamente conferido às mulheres. É preciso discernir, como já alertara Debert (2020, p. 88), os efeitos das condições econômicas e étnicas, e aqui se acrescenta gênero, daquelas próprias do envelhecimento. Em virtude disso, necessária se faz uma análise histórica dessas temáticas, pois no capitalismo moderno, envelhecimento e cuidado guardam certas particularidades (classe, raça, gênero e outras) e a “particularização só pode ser reconhecida a partir da historicidade expressa por meio da identificação das relações existentes entre o universal e o particular” (Passos, 2018a).

Como já apontado, os estudos sobre envelhecimento e cuidados se inserem no debate acerca das transições políticas, econômicas, sociodemográficas e epidemiológicas em curso,

e sobre as configurações do Estado de bem-estar social ou Estado Social⁸, posto que dessas mudanças emergem novos riscos sociais, bem como a conformação dada na provisão social para enfrentamento desses riscos, determina o grau de comprometimento e responsabilidade atribuído às principais instâncias de proteção social: sociedade civil (organizações não-governamentais), a família, o mercado e o Estado (Lehner, 2019, p. 275).

Assim, tendo como objetivo analisar as políticas de cuidados em domicílio para a pessoa idosa dependente no Brasil e na Espanha, necessário se faz compreender as características principais dos regimes de bem-estar social desses países, ou seja, de suas políticas públicas de cunho social, especialmente nas últimas décadas, com o avanço das reformas neoliberais, destacando suas similitudes, aproximações e diferenças, bem como identificar quais demandas se tornam emergentes no que concerne às políticas de cuidados, considerando as transformações sociodemográficas, mas, sobretudo, a ampliação das desigualdades decorrentes dos atuais padrões de acumulação do capital.

Dá-se também expressiva relevância à adoção como indicador de análise, o cruzamento simbiótico dos fatores de opressão e desigualdade (classe, “raça”/etnia e gênero⁹) que

8 Conforme Behring e Boschetti (2011, p. 63), o Estado social se caracteriza como uma continuidade do Estado liberal, já que ambos têm como ponto comum “o reconhecimento de direitos sem colocar em xeque os fundamentos do capitalismo”.

9 O conceito de gênero desenvolvido a partir da luta contra as diferenças e desigualdades que envolviam e envolvem as mulheres, em contextos históricos diferentes, tem adquirido novos contornos à medida que deixa de se limitar às distinções entre homem e mulher, ao masculino e ao feminino. Segundo Piscitelli (2009, p. 146), ainda permeado pelo seu caráter político (pois envolve relações de poder) e se referindo às relações assimétricas, que colocam a mulher numa posição de subordinação, sofre reformulações e passa a se preocupar “em como as *construções de masculinidade e feminilidade*”

tornam a velhice e o processo de cuidar desigual e heterogêneo, mas ao mesmo tempo com certas particularidades no interior de determinados grupos. Levar em conta esses marcadores de assimetrias é importante para desnaturalizar concepções que tomam a velhice como uma questão puramente biológica e homogênea, e evidenciar que a “tragédia da velhice”, expressão utilizada por Haddad (2016), tem classe, “raça” e gênero, e da mesma forma o acesso ao cuidado e a responsabilização pela realização deste.

A forma como se configuram as políticas públicas para a velhice e a importância dada a essas desigualdades dependerão dos processos históricos e da ideologia que fundamenta o sistema de proteção social de cada país, no contexto do processo de produção e reprodução capitalista.

Nessa perspectiva, este estudo problematizou as políticas de cuidados em domicílio para pessoas idosas dependentes no Brasil e Espanha, considerando que ambos os países têm configurações de um sistema de proteção social que se aproxima, no que concerne ao seu caráter de provisão pública, privada e/ou mista, com elevada tendência familista e que também têm limites postos pelas transformações nas famílias – tipificação, formas de sobrevivência cada vez mais precarizadas, número de membros reduzidos e de potenciais cuidadores.

É a partir do exposto até aqui que se intensificou o interesse em pesquisar os temas envelhecimento e cuidados, mas é importante frisar que já no mestrado, o estudo desenvolvido no campo da Política da Assistência Social tinha como objetivo analisar os efeitos do Programa Bolsa Família nas relações de

(grifos da autora) articulam-se com outras questões que também são fatores desencadeadores de desigualdades e diferenças como raça, classe social, nacionalidade e idade”.

gênero. Este já trouxera inquietações sobre a temática. Daí surgiu um novo ponto de partida, com um novo olhar que perpassa pela relação de transversalidade e integralidade entre as políticas de Assistência Social, Saúde e Previdência – para a simbiose das particularidades classe, “raça”/etnia e gênero.

Foi também a partir da experiência como assistente social da Universidade Federal do Piauí (UFPI), atuando junto ao serviço de preparação para aposentadoria, no atendimento domiciliar de servidores ativos e aposentados, onde se verifica a existência de tensões no âmbito das famílias, em situações que o/a servidor/a idoso/a já desenvolve um certo nível de dependência e que os familiares precisam conciliar o cuidado e trabalho remunerado, além de outras questões. Essa realidade despertou questionamentos sobre o sistema de proteção social que se alicerça em bases familistas, sobrecarregando as famílias e, sobretudo, as mulheres; e também como esses países estão enfrentando os déficits de cuidados e se suas políticas e arranjos de proteção social têm sustentabilidade para enfrentá-los numa perspectiva de direitos de cidadania.

Soma-se a isso a participação em cursos do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, a leitura sobre estudos relacionados ao assunto – que para mim deixaram uma lacuna no que concerne às desigualdades de classe, “raça”/etnia e gênero, como particularidades importantes – e a integração ao Grupo de Estudos sobre envelhecimento e cuidados na América Latina e países da Europa Mediterrânea. Tudo isso contribuiu para gerar indagações e questionamentos sobre as configurações das políticas de cuidados em domicílio para pessoas idosas dependentes que estão sendo criadas ou renovadas nas últimas décadas em países com esse perfil conservador e familista, como Brasil e Espanha.

Indagou-se também sobre as novas tecnologias sociais de inclusão social que compõem os serviços de cuidados em domicílio, suas semelhanças e diferenças e sua cobertura, considerando o número de idosos dependentes, a oferta de serviços, suas formas de financiamento e seus resultados. E principalmente, se os serviços se voltam para minimizar as funções familiares ou se para ampliá-las.

Além desses questionamentos, procurou-se identificar e analisar o cruzamento de indicadores de desigualdades (classe, raça/etnia e gênero) na realização e acesso aos cuidados, de modo a conhecer quem é esse/essa cuidador/a do/a qual se fala. Nessa análise, tomaram-se esses indicadores como categorias mediadoras para a compreensão do envelhecimento e do cuidado, e das suas determinações mais gerais (estrutura e dinâmica). Consideraram-se também as especificidades de cada país que tem a criação dos sistemas de proteção social inseridas num contexto de desmonte dos sistemas estatais de proteção social.

No Brasil, a herança escravocrata é a base do racismo estrutural que se reproduz na sociedade brasileira, sobremaneira nas relações de trabalho e acesso às políticas sociais, assim como o próprio processo de formação social brasileiro de caráter subalterno no que concerne ao capitalismo. No caso da Espanha, que também tem um histórico escravagista a determinar o racismo existente no país, tem na migração as suas peculiaridades no tocante ao trabalho doméstico e do cuidado, inclusive para pessoas idosas, sendo as mulheres migrantes as que mais desenvolvem esse tipo de atividade no país.

Muitos estudos na área de envelhecimento e cuidados têm demonstrado que o desenho dessas políticas, nos países em questão, possui um caráter familista, porquanto priorizam os cuidados no ambiente domiciliar e familiar, voltando-se para o

fortalecimento das funções protetivas da família enquanto núcleo prioritário de proteção social (Miotto, 2010; Miotto, Dal Prá, 2015; Moreno, 2002; Passos, 2018; Teixeira, 2008). Nessa perspectiva, sendo o foco deste estudo o cuidado em domicílio para pessoas idosas dependentes, questiona-se: em qual perspectiva de cuidados se fundamentam essas políticas no Brasil e na Espanha?

As políticas de caráter familista¹⁰ imprimem atribuições adicionais que sobrecarregam a mulher, pois se ancoram no velho modelo de situá-la exclusivamente no campo da reprodução social, do cuidado e da administração da esfera privada da casa. Com a ampliação da inserção da mulher no trabalho (esfera da produção), a necessidade de conciliar cuidado e trabalho remunerado gera conflitos entre os questionamentos institucionais quanto à existência de negligência, exclusão e abandono da pessoa idosa.

Nesse sentido, entende-se que as políticas e programas sociais do Estado, em especial aquelas dirigidas às famílias e focalizadas na mulher, têm efeitos nas relações familiares e/ou pessoais e de gênero, seja para reforçar, seja para reproduzir as desigualdades, ocasionando tensões no interior dessas famílias e obscurecendo o papel do Estado na garantia dessa proteção social.

Nessa perspectiva, questionou-se ainda: dado o processo de envelhecimento populacional, como o Brasil enquanto República Federativa e a Espanha enquanto governo Unitário e Monárquico promovem o bem-estar da pessoa idosa dependente em domicílio? Quais são os marcos legais e normativos acerca das políticas de cuidados para as pessoas idosas dependentes? Quais as semelhanças e diferenças no que diz respeito às políticas de cuidados para este segmento entre os referidos

10 No familismo o Estado só intervém quando a capacidade da família se exaure (Esping-Andersen, 1999).

países? Quais aspectos históricos, sociais, políticos, econômicos e culturais perpassam essas políticas? Quais contradições permeiam esse processo de enfrentamento dos desdobramentos do envelhecimento, em especial da classe trabalhadora, nesses países? Em qual perspectiva de envelhecimento e de cuidados partilhados se fundamentam essas políticas? Como se cruzam os diversos marcadores de desigualdades (classe, raça, cor/etnia, gênero e geração) na elaboração, operacionalização e acesso às políticas de cuidado?

Tomou-se como pressuposto nesse percurso investigativo que países como Brasil e Espanha, no contexto de avanço das reformas neoliberais das últimas décadas, têm reforçado ainda mais o regime de bem-estar social plural, misto, de *mix* público/privado na oferta de serviços, desde os serviços de ONGs, do mercado e da família, o que poderá ser verificado pela cobertura, financiamento dos serviços, participação dos diferentes agentes da proteção social, origens das instituições que prestam serviços e a parcela da oferta de serviços que oferecem em relação ao Estado, os apelos à solidariedade intergeracional e ao cuidado informal a cargos das famílias no desenho da política e serviços. De um modo geral, o familismo se amplia devido às contrarreformas regressivas dos direitos e à precarização das políticas sociais.

Outra premissa na qual se ancorou este estudo foi a de que a compreensão sobre envelhecimento e políticas de cuidados para este segmento não pode se dar descolada do modelo atual de acumulação do capital, pois este imprime uma lógica perversa de exploração dos países periféricos e menos desenvolvidos pelos mais ricos, assim afetando os sistemas de proteção social e as condições de vida e existência da classe trabalhadora, e, por conseguinte, sua velhice.

Sob esse padrão de acumulação, a internacionalização da reprodução social – trabalho doméstico e do cuidado – mobiliza as questões de classe, “raça”/etnia e gênero, de modo a promover e ampliar as desigualdades, entre e sobre: classes e frações de classe, grupos étnicos e de mulheres. Essa simbiose torna o cuidado desigual não só na sua realização, como também no acesso, assim como gera demandas diferentes. Nos países europeus, a legislação que regulamenta as políticas de imigração torna-se instrumento de exploração da mão de obra migrante na reprodução social (Falquet, 2008).

Nesses termos, mesmo reconhecendo a importância de trabalhos existentes sobre envelhecimento e cuidados¹¹, constata-se a falta de estudos que estabeleçam análises comparativas com outros países e com o recorte de classe, “raça”/etnia e gênero, focando na velhice das frações da classe trabalhadora mais vulneráveis e historicamente negligenciadas nos estudos. Porém, considerando que embora cada país guarde suas particularidades, eles se inserem numa totalidade maior (sociedade capitalista), na qual predomina o ideário neoliberal e cujas implicações redundam na precarização do trabalho e relações de trabalho, aumento da pobreza, desmonte de direitos e garantias sociais, responsabilização individual e familiar pelo bem-estar social, em face de velhos e novos riscos sociais e da redefinição constante do papel do Estado, materializado nas contrarreformas que significam refração de direitos historicamente conquistados.

Acredita-se que os resultados alcançados poderão favorecer a ampliação do debate acerca das temáticas envelhecimento e cuidados, para o acúmulo e a socialização do conhecimento,

11 Apenas para ilustrar, citam-se Teixeira (2008, 2009, 2020); Hirata, Guimarães (2012); Passos (2018a, 2018b), Guimarães (2016); Gama (2014); Lehner (2019); Moser; Dal Prá (2016) e outras.

numa área em que os estudos vêm se desenvolvendo há menos de três décadas, mostrando, assim, a necessidade da sua ampliação para além da discussão de conceitos. Pode, também, contribuir com programas, projetos, serviços e ações das políticas de cuidado para a pessoa idosa dependente nos países que são objeto deste estudo.

O caminho metodológico, organização e estruturação do estudo

Visando compreender o envelhecimento a partir de uma perspectiva de totalidade social e do cuidado como uma necessidade ontológica, cuja compreensão se dá por meio da divisão sexual do trabalho que separa e hierarquiza as esferas da produção e reprodução social, e ao mesmo tempo como um direito social cuja provisão deve ser prioritariamente governamental, logo, um dever do Estado, optou-se neste estudo por uma abordagem de base crítica, o materialismo histórico-dialético marxista.

A escolha desse método como fio condutor deste estudo se justifica pelo fato de que, do ponto de vista teórico e metodológico, desnaturaliza os fenômenos sociais e busca desvendar a sua essência, já que para o marxismo a realidade é uma totalidade concreta (unidade do diverso), devendo essa realidade e seus processos ser reconstruídos pela razão por mediações, de modo a desvelar a estrutura e a dinâmica do objeto inserido nessa realidade (Paulo Netto, 2011).

Essa abordagem é imprescindível para desconstruir as concepções preconceituosas do processo de envelhecimento como apenas um declínio biológico e do cuidado como um atributo naturalmente feminino, além de possibilitar analisar as contradições da sociedade capitalista, das quais não se pode desvincular a análise dos regimes de bem-estar e suas políticas

sociais de cuidado para a pessoa idosa enquanto fenômenos sociais inseridos em processos complexos que as determinam e explicam, e assim superar a imediatividade da realidade empírica.

Diferentemente do padrão de cientificidade moderna que se caracteriza por uma visão gnosiológica, na qual o polo regente do processo de construção do conhecimento é o sujeito – pois este constrói o objeto teoricamente –, no materialismo histórico-dialético a abordagem é ontológica, pois o polo regente é o objeto, embora a relação sujeito/objeto não seja de externalização, pois o sujeito está implicado no objeto, o que exclui qualquer pretensão de neutralidade nos moldes da cientificidade moderna. Aqui se busca compreender o ser e suas determinações mais gerais e essenciais (Tonet, 2013).

Na perspectiva do materialismo histórico-dialético, o objeto que se apresenta como um fenômeno empírico, real, concreto e singular, na verdade é aparência, pois não revela a sua essência concreta, com determinações universais estruturais. Essa singularidade do objeto na verdade é uma pseudoconcreticidade, não é a “coisa em si”, a essência.

O desvelamento da pseudoconcreticidade, só é possível por meio do método do materialismo histórico-dialético, como bem explica Kosik (1976, p. 15-17): “a dialética é o pensamento crítico que se propõe a compreender a ‘coisa em si’ e sistematicamente se pergunta como é possível chegar à compreensão da realidade”.

O autor ainda esclarece:

Do mesmo modo como assim não considera o mundo das representações e do pensamento comum, não os aceita sob o seu aspecto imediato: submete-os a um exame em que as formas reificadas do objetivo e ideal se diluem, perdem a sua fixidez, naturalidade e pretensa originalidade para se mostrarem como fenômenos derivados e mediatos, como sedimentos e produtos da *práxis* social da humanidade. (Kosik, 1976, p. 15-17).

A dialética materialista é revolucionária e transformadora. Nas análises do objeto aqui estudado (envelhecimento e políticas de cuidado) a partir do imbricamento das desigualdades, é possível não só desvelar as singularidades do real por meio de categorias mediadoras (particularidades) e numa perspectiva de totalidade, mas também apontar para mudanças estruturais nas relações sociais de classe, “raça/etnia”, gênero, gerações e outras que na sociabilidade capitalista imprimem padrões de desigualdade, opressão, exploração e dominação. Em síntese, este método não é meramente descritivo e analítico, pois busca a construção de conhecimentos baseados na totalidade social e como resultado de múltiplas determinações, possibilitando descortinar fenômenos e crenças naturalizadas em torno da temática aqui estudada e contribuir para o movimento de transformação societária.

Superar a imediaticidade requer captar os processos históricos e sociais que determinam a estrutura e a dinâmica do objeto. Tomá-lo na sua imediaticidade sem submetê-lo a uma crítica resulta no falseamento da realidade. A abstração é a ferramenta que permite apreender os vários componentes do objeto e a sua relação com a totalidade, pois esta é:

A capacidade intelectual que permite extrair da sua contextualidade determinada (de uma totalidade) um elemento, isolá-lo, examiná-lo [...]. A abstração, ao possibilitar a análise, retira do elemento abstraído as suas determinações mais concretas até atingir “determinações as mais simples” (Paulo Netto, 2011, p. 44).

Nesse processo, o elemento abstraído torna-se abstrato, pois não foi abstraído na totalidade. Somente quando rico de determinações se torna concreto, pois, segundo Marx (2011, p. 76), “o concreto é concreto porque é a síntese de múltiplas determinações, portanto, unidade da diversidade”. Isso implica dizer que ser real não é o suficiente para ser concreto; para ser

concreto precisa haver conexões com as determinações, com as leis gerais que o fazem ser o que é na sua essência.

Trazendo para este estudo, significa dizer que a velhice não é produzida apenas biologicamente; os aspectos patológicos e cronológicos são o singular, o imediato, pois ela é produzida socialmente pelas condições materiais de existência, e seus aspectos desiguais e trágicos são fruto de uma lógica perversa, a lógica capitalista. Para Lukács (1974, p. 22-23 *apud* Baptista, 2008, p. 158), “trata-se, por um lado, de destacar os fenômenos de sua forma dada como imediata [...] e, por outro lado, de atingir a compreensão desse caráter fenomenal”.

Netto (2011), ao discorrer sobre o método em Marx, reforça que o conhecimento da essência do objeto é o conhecimento das suas muitas determinações; para alcançá-la, deve envolver a dialética da singularidade, da particularidade e da universalidade.

As “determinações mais simples” estão postas no nível da universalidade; na imediaticidade do real, elas mostram-se como singularidades – mas o conhecimento do concreto opera-se envolvendo universalidade, singularidade e particularidade. (Paulo Netto, 2011, p. 45).

No materialismo histórico-dialético o conhecimento resulta de um processo de sucessivas aproximações, no qual se apreendem as determinações que dão concretude ao objeto de observação em nosso pensamento (concreto pensado). Dessas aproximações resulta a síntese (unidade do diverso), formada por diferentes determinações históricas (estruturais e conjunturais) e cotidianas (mediatas e imediatas) que compõem a essência do objeto (Baptista, 2008, p. 158). Esse processo de sucessivas aproximações constitui na sua essência a dialética do particular e do universal, como explica Lukács (1968):

O processo de tal aproximação é essencialmente ligado à dialética de particular e universal: o processo do conhecimento transforma ininterruptamente leis que até aquele momento, valiam como as mais altas universalidades em particulares modos de apresentação de uma universalidade superior, cuja concretização conduz muito frequentemente, ao mesmo tempo, à descoberta de novas formas da particularidade como mais próximas determinações, limitações e especificações da nova universalidade tornada concreta [...]. Esta última, portanto, no materialismo dialético, não pode jamais fixar-se como sendo o coroamento definitivo [...], mas exprime sempre uma aproximação, o mais alto grau de generalização obtido em cada etapa da evolução. (Lukács, 1968, p. 103).

Reforça Lukács (1968, p. 104) que a partir dessa concepção dialético-materialista da universalidade se destrói qualquer pretensão de mitificá-la, devido ao seu caráter processual e de aproximação, que compreende “a universalidade em uma contínua tensão com a singularidade, em contínua conversão em particularidade e vice-versa”.

Para conhecer a realidade, é preciso evidenciar as conexões existentes entre as dimensões singular, particular e universal dos fenômenos. O concreto que se apresenta de forma imediata é o singular, e o conhecimento da sua essência requer uma mediação (particularidade) entre este e o universal.

Lukács (1968, p. 93) afirma que a particularidade representa “a expressão lógica das categorias de mediação entre os homens singulares e a sociedade”, e que no processo de construção do conhecimento, ela é a mediação necessária que não se limita a ser um elo entre os dois polos.

La particularidad no es meramente una generalidad relativa, ni tampoco sólo un camino que lleva de la singularidad a la generalidad (y viceversa), sino la mediación necesaria – producida por la esencia de la realidad objetiva e impuesta por ella al pensamiento – entre la singularidad y la generalidad. Se trata de

una mediación que no se limita a componer un membro de enlace entre la singularidad y la generalidad. (Lukács, 1967, p. 202-203).

O singular se contrapõe ao universal, mas ao mesmo tempo é parte constituinte dele e vice-versa. A particularidade viabiliza a articulação entre esses dois polos num processo de constituição e modificação, pois “el camino del pensamiento y del conocimiento es una ininterrumpida oscilación arriba y abajo dela singularidad a la generalidad y de ésta a aquélla” (Lukács, 1967, p. 207).

Essa metodologia se diferencia das demais porque o ponto de partida é o concreto e o real. Porém, o real e o concreto se manifestam em sua imediatez como uma abstração vazia, se não remetidos ao universal. Na etapa em que a particularidade faz a mediação entre o singular e o universal, o concreto real se torna concreto pensado, mas esta não é a etapa final. É preciso retornar ao ponto de partida, ao concreto real, agora não mais apreendido na sua aparência, não mais como uma representação caótica do todo, senão como uma rica totalidade de múltiplas determinações.

Esse processo em síntese é assim esclarecido por Kosik (1976):

Da vital, caótica, imediata representação do todo, o pensamento chega aos conceitos, às abstratas determinações conceituais, mediante cuja formação se opera o retorno ao ponto de partida; desta vez, porém, não mais como ao vivo, mas incompreendido todo da percepção imediata, mas ao conceito do todo ricamente articulado e compreendido. O caminho entre a “caótica representação do todo” e a “rica totalidade da multiplicidade das determinações e das relações” coincide com a compreensão da realidade. O todo não é imediatamente cognoscível para o homem [...] é acessível [...], mas é um todo caótico e obscuro. Para que possa conhecer e compreender este todo, possa torná-lo claro e explicá-lo, o homem tem de fazer um *détour*: o concreto se torna compreensível através da mediação do abstrato, o todo através da mediação da parte. (Kosik, 1976, p. 29).

No que concerne ao processo de construção do conhecimento, Marx em *O capital* (2013, p. 51) diferencia método da investigação e método da exposição. “O fim último da investigação consiste em se apropriar em detalhe da matéria investigada, analisar suas diversas formas de desenvolvimento e descobrir seus nexos internos”. Somente após sua conclusão se passa à exposição, “à reprodução ideal da vida da matéria”, ao movimento do real.

Para Kosik (1976, p. 31-32), o método da investigação é mera especulação caso não passe pelos seguintes graus: minuciosa apropriação da matéria com seus detalhes históricos; análise das formas de desenvolvimento do próprio material; investigação da coerência interna, da determinação da unidade das várias formas de desenvolvimento. Já a exposição é o resultado da investigação e da apropriação crítica do real, da matéria, pois a dialética “*não é o método da redução: é o método da reprodução espiritual e intelectual da realidade, é o método do desenvolvimento e da explicação dos fenômenos culturais partindo da atividade prática objetiva do homem histórico*” (grifos do autor).

Assim, visando à reprodução do movimento real (exposição), o envelhecimento da classe trabalhadora como problemática social é o ponto de partida, e não as políticas de cuidado para este segmento. Estas constituem respostas dadas às demandas sociais reivindicadas no contexto das lutas sociais, porém num cenário de interesses contraditórios. Por ser o Estado capitalista o mediador desses interesses, cumpre importante papel na reprodução social do sistema capitalista.

Para Baptista (2008, p. 159), “as determinações sócio-históricas são mediadas pelas trajetórias históricas de cada sujeito”, já que a relação entre singular e universal leva à relação entre o todo e as partes, pois em todos os fenômenos coexistem

o singular e o universal. A fim de analisar o fenômeno do envelhecimento e das políticas de cuidados em domicílio para a pessoa idosa dependente, tomou-se classe social, gênero, “raça”/etnia como particularidades relevantes para a construção lógica (teórica) do objeto de estudo, da sua estrutura e dinâmica.

O percurso metodológico percorrido visou superar análises imediatistas sobre envelhecimento e o desenho das políticas de cuidado em domicílio para a pessoa idosa dependente, conforme os regimes de bem-estar dos países estudados, considerando que estes se assentam em padrões tradicionais de gênero, de caráter patriarcal, que valorizam o papel da família tradicional, nuclear e burguesa, e mais especificamente, da mulher, na provisão social. E ainda reforçam a hierarquia das esferas de produção (produção de bens e serviços) e da reprodução social (cuidado), colocando esta última como inferior.

Este estudo consiste numa pesquisa teórica, de bases bibliográfica e documental, que guardam semelhanças, mas diferem no que se refere à natureza da fonte.

Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa (Gil, 2008, p. 51).

A pesquisa documental teve como fontes primárias: legislações, decretos, regulamentos, normas, resoluções, documentos e relatórios de órgãos oficiais e de organizações não governamentais, nacionais e internacionais (ONU, OMS, Oxfam, IBGE, Ipea, Imserso, Fiocruz, MS, MDS e outros). E como fontes secundárias: dados estatísticos dos serviços.

Quanto à natureza do estudo, este se caracteriza como sendo qualiquantitativo. Qualitativo porque empreende uma observação aprofundada da realidade, utilizando esta técnica para a análise dos documentos e para a escolha intencional da literatura de suporte do estudo. Quantitativo porque também utiliza estatísticas, dados dos institutos de pesquisa, órgãos de controle e monitoramento dos serviços, entre outros.

Sobre a metodologia qualitativa, anota Minayo (1994):

[...] se preocupa, nas ciências sociais, com o nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não pode ser reduzido à operacionalização de variáveis. (Minayo, 1994, p. 21).

Trata-se de uma análise comparativa das políticas de cuidados para a pessoa idosa dependente, entre dois países, a partir dos seus regimes de bem-estar. Conforme Bastos (2012, p. 32), “a pesquisa bibliográfica possibilita a análise comparativa de várias posições acerca de um problema, a partir das quais o pesquisador defenderá sua tese”. Já de acordo com Gil (2008, p. 50), a pesquisa bibliográfica “é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”, tendo como grande vantagem a possibilidade de o pesquisador ter acesso a um conjunto de fenômenos que dificilmente teria se fosse direto à fonte.

Para ser coerente com a proposta de estudo de base crítica marxista, buscou-se dialogar principalmente com autoras/es que seguem essa linha teórico-metodológica ou que se aproximam dessa perspectiva, entre os/as quais: Teixeira (2008, 2009, 2019, 2020); Mioto e Dal Prá (2015); Passos (2018); Haddad (2016); Campelo Paiva (2014) e Pereira-Pereira (2010, 2020).

Considerando a adoção do método materialismo histórico-dialético marxista, a análise e a interpretação dos dados, utilizaram-se como categorias mediadoras as particularidades: classe, “raça/etnia” e gênero, de modo a estabelecer uma relação dialética dessas categorias com o conjunto dos dados obtidos (o real, o todo caótico, o singular, o imediato) e com as determinações mais universais (estruturais e conjunturais). Nesse sentido, trabalhou-se com fenômenos e seus conceitos, a saber: envelhecimento, cuidado, imbricamento e/ou “nó simbiótico, políticas públicas, produção e reprodução social, trabalho e outros.

A fim de analisar as políticas de cuidado na sua totalidade, seus aspectos contraditórios e promover uma articulação com seus determinantes, adotaram-se como indicadores para o processo de análise aqueles estabelecidos por Ivanete Boschetti (2009), quais sejam:

Aspecto 1 – Configuração e abrangência dos direitos e benefícios: corresponde aos indicadores quanto à natureza, função, abrangência critérios de acesso e permanência e à articulação com as demais políticas.

Aspecto 2 – Configurações do financiamento e gasto: refere-se aos indicadores fonte e montante de recursos.

Aspecto 3 – Gestão e controle social democrático: diz respeito à relação entre as esferas de governo entre si e destas em relação às organizações não governamentais, e quanto aos papéis e responsabilidades; participação social no controle e fiscalização.

A tese está dividida em seis partes, incluindo esta introdução e a conclusão. Na introdução, contextualizam-se os temas envelhecimento e cuidados no cenário de um mundo globalizado e de profundas mudanças sociodemográficas, de modo a despertar para a reflexão sobre os desafios às tradicionais instituições de

bem-estar (mercado, família e Estado). Destaca-se que mediante a globalização, o receituário neoliberal e a acumulação flexível do capital, o Estado se reconfigura e, em decorrência desses fatores, as desigualdades se agudizam. Apresentam-se os aspectos relativos ao desenho teórico-metodológico da pesquisa, situando o objeto de estudo, os pressupostos, as indagações-problema, os objetivos que motivaram a pesquisa e os caminhos metodológicos percorridos, além de descrever as seções por meio das quais se estrutura a presente tese.

No segundo capítulo, intitulado **“ENVELHECIMENTO E VELHICES NA SOCIEDADE DO CAPITAL:** dependência e o imbricamento de classe, ‘raça’/etnia e gênero”, aborda-se o tema do envelhecimento, considerando as particularidades classe, “raça”/etnia e gênero. De modo breve se resgata o histórico de quando a velhice aparece como categoria social, num contexto de profundas transformações da sociedade moderna, de modo a tornar-se objeto de estudos de determinadas disciplinas e especialidades, ocasionando o surgimento da geriatria e da gerontologia, sob a forte influência da medicina; e a estruturação dos sistemas de pensão e aposentadoria como direitos sociais. Discute-se também sobre a categoria terceira idade, que emerge num contexto de novas formas de gestão da velhice, bem como sobre as diversas correntes gerontológicas. Conclui-se o capítulo com uma análise crítica sobre envelhecimento, dependência e as desigualdades de classe, “raça”/etnia e gênero, visando evidenciar que a produção social da velhice está na materialidade da vida e que esses elementos de desigualdade se conformam de modo a contribuir para uma velhice desigual, trágica e/ou dependente, conforme mostram os dados estatísticos.

No terceiro capítulo, intitulado **“TRABALHO E A CONSTITUIÇÃO DO SER SOCIAL:** produção e reprodução

social na sociabilidade capitalista”, faz-se um resgate do cuidado ou trabalho do cuidado como um campo de estudos e de política social, enfatizando o papel do movimento e dos estudos feministas e de gênero. Com base na centralidade do trabalho na sociabilidade humana, discute-se o processo de produção e reprodução social, para compreender como se imbricam os marcadores de desigualdades sociais (classe, raça/etnia e gênero) no que concerne à questão do cuidado e o lugar que ocupa o/a velho/a trabalhador/a no contexto da sociedade capitalista. Parte-se dos conceitos de divisão social do trabalho, divisão sexual do trabalho e divisão racial do trabalho, para enfatizar as hierarquias que se criam no processo de produção e reprodução social, visando ao acúmulo de capital, de modo a afetar a velhice da classe trabalhadora e ampliar as desigualdades, inclusive de oferta, de compartilhamento e de acesso aos cuidados. Abordam-se também as diferentes concepções de cuidado e suas dimensões, sobretudo a transversalidade de classe, “raça”/etnia e gênero, e o debate sobre a mão de obra migrante, relacionando-o com a realidade brasileira e espanhola.

No quarto capítulo, intitulado “**ESTADO SOCIAL E CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO: Políticas (neo)familistas e ausência da primazia Estado na oferta de serviços sociais**”, abordam-se modelos ou regimes de bem-estar e os processos sócio-históricos nos quais se inserem as políticas sociais, cuja expansão coincide, em alguns países, com a consolidação do Estado Social, *Welfare State* ou Estado de bem-estar social, no contexto do processo de acumulação capitalista e luta de classes. Destaca-se o contexto no qual cada Estado social (Brasil e Espanha) se estrutura conforme as correlações de forças internas, alianças e num cenário comum: de globalização econômica e cultural, reestruturação produtiva e avanço do neoliberalismo e do neoconservadorismo. Discute-

se o pluralismo de bem-estar e sua relação com as políticas (neo)familistas características dos países do sul da Europa e da América Latina. Enfoca-se a realidade dos países mais pobres e periféricos, na qual a dívida pública é uma importante ferramenta de acumulação do capital, impactando nas políticas públicas e nas velhices da classe trabalhadora.

No quinto e último capítulo, “**SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL E POLÍTICAS DE CUIDADOS EM DOMICÍLIO PARA PESSOAS IDOSAS DEPENDENTES NA ESPANHA E NO BRASIL: uma análise comparativa**”, parte-se de uma abordagem sobre a inserção do envelhecimento e das políticas de cuidado na agenda internacional, e mais especificamente a realidade do Brasil e da Espanha, dando destaque a algumas contrarreformas neoliberais nos dois países, e seus impactos nas políticas sociais. Apresenta-se o sistema de proteção social da Espanha e a Lei de Promoção da Autonomia Pessoal e Atenção às Pessoas em Situação de Dependência (Lapad), que regulamenta as políticas de cuidado para a pessoa idosa dependente em domicílio. Ainda, tecem-se alguns comentários que sinalizam para os avanços, limites e desafios da política de cuidados no país.

Em continuidade, cita-se a regulação tardia e os retrocessos do bem-estar na América Latina e no Brasil. Aborda-se o processo de redemocratização do Brasil, que teve como símbolo maior a Constituição Federal de 1988, destacando seus avanços e as investidas neoliberais desde os primeiros anos da sua promulgação. Em seguida descrevem-se as principais políticas regulamentadas para a pessoa idosa, com relevo ao Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiências e Idosos, e o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias, no qual está previsto um conjunto de atividades de cuidados diários. Destacam-se, além disso, as

políticas de saúde que visam ao cuidado no âmbito domiciliar e familiar, como o Programa Melhor em Casa. Evidencia-se a inexistência de uma política de cuidados efetiva e integrada e apontam-se experiências exitosas e importantes no país, bem como a tentativa de organização de uma política nacional de cuidados por parte do atual governo federal.

Na última seção, como conclusão, reúnem-se de forma sintética os principais “resultados” ou momentos aproximativos às determinações da realidade analisada, tomando como referência o universo das contribuições teóricas que orientaram o processo de construção da pesquisa e assumindo como desafio pensar “caminhos” que possam contribuir para a construção de uma ordem social que universalize as políticas públicas, inclusive as de cuidados para as pessoas idosas.

ENVELHECIMENTO E VELHICES NA SOCIEDADE DO CAPITAL: dependência e imbricamento de classe, “raça”/etnia e gênero

Por muito tempo, os temas envelhecimento e velhices ficaram à margem dos estudos e da agenda pública, ocorrendo o que Simone de Beauvoir chamou de “conspiração do silêncio” em sua obra intitulada “A Velhice: a Realidade Incômoda”, cujo objetivo era quebrar essa conspiração. Para a escritora, ser velho na sociedade do capital carrega em si muitos estigmas que tornam esse processo (envelhecimento) e condição (velhice) algo vergonhoso de se viver e ser: “[...] os homens eludem aspectos de sua natureza que lhes degradam. E, estranhamente, a velhice, para a sociedade, aparece como uma espécie se segredo vergonhoso, do qual é indecente falar”. Assumimos essas concepções que terminam por se voltarem contra nós mesmos, a ponto de recusarmo-nos reconhecermos como velhos, pois velho é o outro, já que “antes que se abata sobre nós, a velhice é uma coisa que só concerne ao outro” (Beauvoir, 2018, p. 7).

Somente com as transições demográficas e epidemiológicas, somadas às mudanças na família e transformações no mundo do trabalho, o meio acadêmico e as instituições internacionais

despertaram para o debate sobre envelhecimento e velhices, tornando-se um campo de estudos tensionado por diferentes perspectivas de análise desse processo. Porém, a velhice da classe trabalhadora, dos povos negros, daqueles que perderam sua capacidade funcional, dos segmentos mais marginalizados ainda é pouco estudada, porque ainda predomina o interesse em se estudar a velhice ativa, saudável e bem-sucedida.

A velhice dependente permanece no universo das famílias. Não tem visibilidade, exceto quando se refere aos custos financeiros ou aos novos procedimentos e técnicas de rastreamento para postergar, ao máximo, as perdas e, por conseguinte, o consumo de serviços públicos. (Bernardo, 2019, p. 20).

As questões de classe, “raça”/etnia e gênero são minimizadas ou invisibilizadas, uma visão sob a qual se fundou a gerontologia social tradicional (Debert, 2020). Neste estudo, tem-se como preocupação trazer para as análises a velhice dependente da classe trabalhadora marginalizada e invisibilizada, assim como a sua vinculação com a complexidade das relações sociais envolvidas pela condição de classe, “raça”/etnia e gênero, de modo a evidenciar que a produção social da velhice se encontra na materialidade da vida de homens e mulheres.

No item que segue, procura-se fazer um breve resgate da emergência da velhice como categoria social, num contexto de profundas transformações da sociedade moderna, de modo a tornar-se objeto de estudos de determinadas disciplinas e especialidades, ocasionando o surgimento da geriatria e da gerontologia; e a estruturação dos sistemas de pensão e aposentadoria como direitos sociais (Beauvoir, 2018; Debert, 2020; Silva, 2008).

Envelhecimento e a Medicina: a emergência da Geriatria e da Gerontologia e as diferentes perspectivas

Os questionamentos sobre as causas e efeitos do envelhecimento são uma preocupação que faz parte da história da humanidade desde a Antiguidade, mas suas respostas sempre dependeram de como a medicina concebia a vida. No Egito e entre todos os povos antigos, a medicina era considerada uma magia; na Grécia, uma metafísica religiosa ou filosófica; e perdurou por muitos séculos, influenciando a ideia de vida. Somente com Hipócrates a medicina adquire *status* de ciência e arte, edificando-se pela experiência e pelo raciocínio (Beauvoir, 2018).

Conforme Beauvoir (2018, p. 22), os estudos que sucederam a Hipócrates foram medíocres, pois se baseavam em especulações e não na experiência. No século II, Galeno produz uma síntese da medicina antiga, e nela “considera a velhice intermediária entre a doença e a saúde. Ela não é exatamente um estado patológico: entretanto, todas as funções fisiológicas do velho ficam reduzidas e ou enfraquecidas”. A vida é comparada pelos escolásticos a uma chama acesa, enquanto para os médicos a preocupação maior não é curar, mas prevenir.

Esse estudo de Galeno por séculos será a base da medicina, e tem como fundamento teorias impregnadas de religiosidade monoteísta. Por isso mesmo é amplamente aceita por diferentes povos e religiões durante séculos. Em decorrência disso, a velhice permanece pouco explorada por toda a Idade Média, e os estudos que surgem marcam uma forte relação entre velhice e higiene, apesar de nesse período (século XI) algumas descobertas serem feitas por Avicena, discípulo de Galeno, sobre doenças crônicas e perturbações mentais em pessoas idosas.

No período do Renascimento da ciência, paralelo ao da arte, na Itália, o médico Zerbi publica uma monografia dedicada à patologia da velhice, mas sem inovações. É com o progresso de um dos ramos da medicina, a anatomia moderna, muito bem representada por Leonardo da Vinci, que a medicina passa a se preocupar também com o diagnóstico e o tratamento. “Até então, as obras dedicadas à velhice só se preocupavam com a higiene preventiva: sobre o diagnóstico e a terapêutica não se encontravam senão indicações esparsas” (Beauvoir, 2018, p. 23).

As modificações ocorridas na medicina na forma de conceber a doença e a velhice, do século XVIII ao século XIX, constituíram um conjunto de conhecimentos pré-geriátricos, embora nesse período os velhos não fossem considerados uma categoria etária de modo que os diferenciasse de outros pacientes e assim requeressem um tratamento específico. Mesmo que algumas doenças fossem associadas à senescência, a idade não era motivo para alterar o diagnóstico e a terapêutica de modo significativo; tampouco havia uma busca pela cura ou alívio para o quadro de saúde. “Os médicos acreditavam que esta seria a qualidade essencial e irremediável do processo de envelhecimento”, pois compreendiam que a velhice se caracteriza pela perda da energia vital, o que levaria necessariamente ao declínio biológico (Groisman, 2002, p. 69)¹².

No contexto de transformações da era moderna, caracterizada pelo aparecimento e pela ascensão da burguesia, adequada do racionalismo e do mecanicismo, predominará uma visão da medicina que associa o corpo a uma máquina, a iatrofísica,

12 Toma-se aqui como base o estudo de Groisman (2002), que faz um breve resgate histórico da medicina e estabelece uma relação com a velhice. O autor dialoga principalmente com duas fontes, Carole Haber (1986) e Stephen Katz (1996), que trazem importantes contribuições para a compreensão sobre o surgimento da geriatria como uma especialidade médica para a velhice e sobre a gerontologia vista como um desdobramento multidisciplinar, cujo objeto é o envelhecimento.

uma tese defendida até o século XIX. Surge também a teoria do vitalismo, que defendia a ideia de que “existiria no homem um princípio vital, uma entidade, cujo enfraquecimento acarretaria a velhice, e o desaparecimento, a morte”. Embora no início do século XIX o vitalismo continue a influenciar a medicina, esta se beneficia com o avanço da fisiologia e das ciências experimentais (Beauvoir, 2018, p. 24).

É em meados do século XIX, com o aumento da população idosa, o aumento das doenças crônicas e a criação de asilos amplos para pessoas velhas na França, que surge a geriatria como um ramo da medicina, porém ainda não considerada como tal, mas já com um amplo acervo de estudos relacionados à pessoa anciã, constituindo uma base sobre a qual se ergueriam as modernas abordagens sobre a velhice (Groisman, 2002).

Os estudos de Jean Martin Charcot (1825-1893), François Broussais (1772-1838) e, especialmente, Marie François Xavier Bichat (1771-1802) representam essa base. Nesse contexto, embora ainda de forma limitada, a medicina preventiva cede lugar à terapêutica e várias pesquisas se desenvolvem, tendo como preocupação a cura das pessoas velhas.

No século XIX médicos clínicos famosos consagram monografias e conferências às patologias tidas como senis, mas nelas era limitado o espaço dedicado aos aspectos curativos dos problemas identificados. As propostas de terapias capazes de combater o envelhecimento eram tidas, na época, como miragens destituídas de rigor científico e a tal ponto desprestigiadas [...] (Debert, 2020, p. 195).

Conforme Groisman (2002), a concepção de que os problemas de saúde dos velhos eram incuráveis, pois eram típicos daquele estágio da vida, sofre mudanças:

[...] a medicina moderna reconstrói o corpo com base na anatomia patológica, buscando o micronível dos tecidos e das células para explicar o processo de degeneração do corpo. Gradualmente a velhice passa a ser entendida como um estado fisiológico específico, cujas principais características se agrupam sob o signo da senescência (Silva, 2008, p. 158).

Os trabalhos de Charcot, Broussais e Bichat se consagram na medicina moderna ao proporem uma nova forma de entender e tratar a pessoa velha, tomando como base as singularidades das condições fisiológicas e anatômicas.

Em sua obra, Bichat delineou os princípios do vitalismo moderno. Sua maior contribuição para o estudo da velhice, no entanto, foi a anatomia calcada em uma teoria dos tecidos. Para Bichat, a doença teria origem nos tecidos, e depois comprometeria os órgãos. Consequentemente, a vida dos tecidos seria a própria vida em miniatura (Groisman, 2002, p. 69).

Sob essa ótica, o envelhecimento seria um processo de morte ocasionado pelo desgaste dos tecidos. O corpo envelhecido não se associava apenas às suas debilidades, mas também às especificidades do corpo, às suas condições fisiológicas e anatômicas. Com essas novas teorias surge um conhecimento medicalizado e de acordo com a idade das pessoas (Groisman, 2002).

Outro importante estudioso é Charcot, que juntamente com outros pesquisadores da época, criou as bases clínicas para o tratamento da pessoa idosa, a partir de estudos feitos em dois grandes hospitais da França, Bicêtre e Salpêtrière, onde havia muitas pessoas idosas pobres que se tornaram objeto das pesquisas.

Charcot defendia que a velhice fosse compreendida separadamente em sua patologia, pois “o envelhecimento, como

as doenças, causaria muitas alterações patológicas” (Groisman, 2002, p. 70). Assim, com a teoria dos tecidos, as mudanças perceptíveis no organismo passam a ser vistas sob um novo prisma, e a velhice compreendida como um estágio do ciclo vital com características fisiológicas próprias, mas também irreversível, a requerer que o corpo velho fosse tratado conforme exigia a sua idade (Groisman, 2002).

Os médicos franceses haviam rejeitado o modelo da energia vital em favor de outro modelo, baseado na degeneração dos tecidos. Se, antes, o estado patológico parecia diferir da normalidade apenas em grau, com o trabalho de Bichat e daqueles que o seguiram, a velhice passou a ser vista como um estado patológico qualitativamente diferente, com uma natureza fisiológica própria (Groisman, 2002, p. 71).

Esses estudos baseados na degeneração dos tecidos ganham outros contornos com as pesquisas desenvolvidas por Theodor Schwann e Rudolf Virchow, no final do século XIX, que atribuem grande importância à questão celular.

A célula passaria a ser considerada a unidade básica da vida, responsável tanto pelo crescimento e desenvolvimento do indivíduo quanto pelo seu envelhecimento. Na velhice, o processo de renovação celular funcionaria de maneira deficiente. Com o uso de microscópios, os cientistas viriam a afirmar que a própria composição das células do idoso havia se modificado. [...], o envelhecimento veio a ser definido como uma doença progressiva, causadora de múltiplas modificações fisiológicas (Groisman, 2002, p. 71).

Essa concepção de velhice como doença causadora de variadas mudanças fisiológicas e do corpo velho em processo degenerativo constituirá o fundamento da geriatria como especialidade médica da velhice, e da gerontologia como saber

multidisciplinar relacionado aos aspectos psicossociais do envelhecimento no século XX.

A geriatria teria sido cunhada como tal pelo médico Ignatz Leo Nascher em 1909, o qual considerava a velhice um processo de degeneração celular, um estado patológico associado ao nível das células. A gerontologia teria sido assim denominada pelo médico russo Metchnikoff em 1903, o qual tinha o entendimento de que a gerontologia se limitava ao estudo do possível prolongamento da vida por meio de intervenções médicas. Contudo, muitas áreas contribuíram para a construção desse saber como uma especialidade, como se verá mais adiante (Groisman, 2002).

É importante destacar que para alguns autores como Groisman (2002) e Silva (2008) primeiro surgiu a geriatria, e posteriormente a gerontologia, entretanto, para Debert (2020), o processo teria sido inverso. Conforme a autora, é na terceira década do século XX, com o surgimento da velhice como um problema social, que ela passa a ser uma preocupação de outras disciplinas como a sociologia e a psicologia, ocasionando o surgimento da gerontologia como um campo interdisciplinar de estudos e pesquisas. Sua legitimidade viria a despertar interesse da geriatria enquanto ramo da medicina voltada para a velhice (Debert, 2020).

Porém, tanto Groisman (2002) como Silva (2008) tomam como referência os estudos de Kartz (1996), que faz uma articulação entre geriatria, medicina moderna e o discurso sobre a senescência, identificando o surgimento da geriatria no início do século XX, quando de sua independência como disciplina e mesmo de sua ascendência sobre a formação da gerontologia, ideia com a qual se compactua nesta pesquisa.

A compreensão desse processo de reconhecimento e legitimidade da geriatria e da gerontologia requer a

contextualização da velhice como categoria etária diferenciada das demais na sociabilidade ocidental moderna, como se pode verificar no item que segue.

Velhice e sua constituição em categoria social no contexto do ordenamento da sociedade capitalista moderna

Pelas abordagens feitas até aqui, fica evidente a perspectiva biologizante da velhice, atrelada ao processo de desenvolvimento da medicina. Contudo, o envelhecimento não é um fenômeno meramente biológico, tem dimensões socioculturais também. A própria periodização da vida e sua organização de acordo com as etapas ou ciclos vitais, a noção de idade, são construções sociais e culturais. Assim como a infância, que se modificou ao longo dos séculos nos sentidos a ela concedidos, a velhice também passou por transformações até os dias atuais, tanto no que concerne ao seu significado quanto aos comportamentos, estilos de vida, direitos e deveres a ela relacionados.

Nesses termos, pode-se afirmar que o surgimento da velhice como categoria etária está relacionado ao processo de ordenamento social das sociedades ocidentais modernas, período correspondente à transição do século XIX para o século XX (Silva, 2008). Conforme Debert (2020), a classificação das idades ocorre em todas as sociedades e se relaciona com o processo de socialização. Os papéis sociais e capacidades de desenvolver determinadas funções e atividades requerem acúmulo de experiências e progressão etária.

[...] o fato universal de que diferenças entre idades estão presentes em todas as sociedades tem sido explicado como fruto de uma necessidade de vida social, expressa em termos do processo de socialização. Assim como várias capacidades físicas necessárias para o desempenho de determinadas atividades estão

relacionadas a diferentes estágios de desenvolvimento biológico, pressupõe-se o aspecto cumulativo dos vários conhecimentos necessários ao preenchimento dos papéis sociais, cuja aquisição consome tempo e implica uma progressão etária (Debert, 2020, p. 43).

Debert (2020), ao discutir idade cronológica e modernidade, faz uma distinção entre geração e cronologização; explica que a periodização da vida nas sociedades ocidentais modernas tem duas dimensões. A primeira concerne ao domínio do Estado na concepção de espaço doméstico e familiar, considerando as transformações históricas ocorridas na vida privada. A segunda contempla as transformações históricas na modernização do Ocidente, no que se refere não só à forma como se periodiza o ciclo vital, mas também às características do curso da vida como instituição social.

O processo de *individualização*,¹³ típico da modernidade, “teve na institucionalização do curso da vida uma de suas dimensões fundamentais”. A idade cronológica se coloca como base da organização social ao envolver a família, o trabalho, a educação, o mercado de consumo e as políticas públicas, que passaram a se organizar tomando como base os grupos etários (Debert, 2020, p. 51).

Ainda segundo a estudiosa supracitada, importantes fatores levaram à cronologização da vida: as mudanças estruturais que concernem à economia e são caracterizadas pelo deslocamento de uma economia na qual a família constituía a unidade produtiva, para aquela caracterizada pelas relações de mercado de trabalho (contrato de trabalho); a constituição do Estado moderno, que

13 A individualização compõe o conjunto de valores liberais e neoliberais caracterizados pela responsabilização individual. Segundo Mill (2000, p. 115), “à individualidade deveria caber a parte da vida que interessa basicamente ao indivíduo; à sociedade, a parte que interessa à sociedade”.

“no processo de transformação de questões que diziam respeito à esfera privada e familiar em problema de ordem pública – seria, por excelência, a instituição que orienta o curso da vida, regulamentando suas etapas” no que diz respeito a nascimento, morte, escolarização, trabalho e aposentadoria (Debert, 2020, p. 51). Portanto, a cronologização em etapas vitais não significou apenas a sua regulamentação, mas o planejamento com base no qual se orientam as pessoas individual e coletivamente, assim tornando claro que a ideia de geração é ampla e não se limita à idade.

A concepção de geração contempla, além das relações familiares e de idade, o compartilhamento comum de determinadas experiências, costumes e comportamentos.

[...] a geração, mais do que a idade cronológica, é a forma privilegiada de os atores darem conta de suas experiências extrafamiliares; por outro lado, indicam que mudanças na experiência coletiva de determinados grupos não são apenas causadas pelas mudanças sociais de ordem estrutural, mas que esses grupos são extremamente ativos no direcionamento das mudanças de comportamento, na produção de uma memória coletiva e na construção de uma tradição. A ideia de geração, apesar das várias conotações que assume, teria assim uma efetividade que ultrapassa o nível das relações na família, direcionando transformações que a esfera política tem que incorporar (Debert, 2020, p. 52-53).

Essa diferenciação é importante para que se compreenda o processo que envolve a constituição da velhice numa categoria social e as características socioculturais de determinadas gerações em contextos históricos, sociais e culturais diferentes, sobremaneira após a velhice se tornar um problema social.

Ariès (1978 *apud* Debert, 2020), em seu conhecido estudo sobre a infância, refere que a classificação etária foi construída a partir do século XIII. Enfatiza que a distância que separava as

crianças dos adultos foi se ampliando, de modo que gradualmente a infância passou a ser tratada como um problema específico, estabelecendo-se o que era apropriado para este estágio no que concerne a roupas, brinquedos, jogos e outras atividades. Tal estudo procurou mostrar que as particularidades da infância decorrem de mudanças no âmbito das famílias e na separação das esferas pública e privada na sociedade moderna, “que culminaram em novas relações de intimidade e privacidade na família. Tal perspectiva, que atrela o surgimento da categoria infância ao da família moderna, inspira os estudos históricos sobre outras categorias etárias, como a velhice” (Silva, 2008, p. 157).

No século XIX, num contexto de transformações sociais, econômicas e políticas, surgem as categorias de classificação etária, entre elas a velhice, como etapa do ciclo da vida. As mudanças conjunturais e estruturais, inerentes ao processo de desenvolvimento das sociedades capitalistas ocidentais modernas, “confluíram em expressivas mudanças na reorganização do mundo do trabalho, na distinção entre público e privado, nos arranjos familiares e na formulação de saberes especialistas” (Bernardo, 2019, p. 56).

Silva (2008), tomando como referência Hareven (1995), esclarece:

Até o início do século XIX fatores demográficos, sociais e culturais combinavam-se de tal modo que as sociedades pré-industriais não procediam à separação nítida ou a especializações funcionais para cada idade. A diversidade de idades entre as crianças de uma mesma família, a ausência da regulamentação de um tempo específico para o trabalho e a coabitação de famílias extensas são apenas alguns dos fatores que, em conjunto, não favoreciam a fragmentação do curso da vida em etapas determinadas. A partir do século XIX surgem, gradativamente, diferenciações entre as idades e especialização de funções, hábitos e espaços relacionados a cada grupo etário. Tem início a segmentação do curso da vida em estágios mais formais, as transições rígidas e uniformes de um estágio a outro e a separação espacial dos vários

grupos etários. Desse modo, o reconhecimento da velhice como uma etapa única é parte tanto de um processo histórico amplo – que envolve a emergência de novos estágios da vida como infância e adolescência –, quanto de uma tendência contínua em direção à segregação das idades na família e no espaço social (Silva, 2008, p. 156-157).

Essa classificação do ciclo da vida, que se consolida no século XX, favoreceu a construção das identidades etárias, caracterizadas por condutas, comportamentos, hábitos e valores, atingindo “praticamente todas as esferas da vida social, fazendo-se presentes no espaço familiar, no domínio do trabalho, nas instituições do Estado, no mercado de consumo e nas esferas de intimidade” (Silva, 2008, p. 157). Mas foi também propiciadora do aparecimento de saberes específicos para essas etapas – no caso da categoria velhice, a Geriatria e a Gerontologia.

A geriatria e a gerontologia foram os saberes emergentes que se debruçaram, respectivamente, sobre o corpo velho e sobre os aspectos sociais da velhice, determinando em grande parte o estabelecimento desta como categoria social. A geriatria só viria a se firmar como saber científico e especialidade médica no século XX (Silva, 2008, p. 158).

De acordo com Silva (2008), a velhice, a morte e a longevidade passam a ser tomadas sob uma nova perspectiva, rompendo com as análises renascentistas de base médico-filosófica que concebiam a morte como algo a ser superado, e a longevidade como algo mágico. A medicina moderna passa a estudar a anatomia patológica do corpo para explicar a sua degeneração, e a velhice passa a ser entendida como um estado fisiológico específico.

A partir do surgimento da medicina moderna, tende-se a estudar a velhice e o processo de envelhecimento como problemas clínicos, certezas biológicas e processos invariáveis. A morte passou a ser

vista, então, como resultado de doenças específicas da velhice; a longevidade possui limites biológicos insuperáveis; a velhice é a etapa necessária da vida na qual o corpo se degenera (Silva, 2008, p. 158).

Essa perspectiva criou bases para o surgimento da Geriatria como uma especialidade e saber médico, cujo objeto de estudo é o corpo envelhecido. O termo geriatria foi cunhado pelo médico nascido em Viena, Áustria, e radicalizado no EUA, Ignatz Nascher (1863-1944), no ano de 1909, ao propor o desenvolvimento de uma especialidade médica para pessoas velhas e com doenças típicas da velhice.

Por meio da observação do corpo dos velhos, Nascher formulou as características biológicas da velhice – a degeneração do corpo –, conceituou o tratamento médico a ser dispensado aos velhos e introduziu na literatura médica o termo geriatria [...]. A diferenciação científica entre a velhice e as outras etapas da vida estava, então, realizada; era possível identificá-la por meio do saber médico (Silva, 2008, p. 158).

A geriatria permitiu distinguir a velhice das outras etapas vitais, porém ao defini-la como decadência física colaborou para a sua estigmatização, influenciando o imaginário cultural e social de modo a afetar também as representações dos indivíduos quanto à experiência do envelhecer. Essa concepção de velhice adotada pela geriatria, associada à patologia, ao declínio biológico, impregnou outros campos de saber e instituições, como a Gerontologia e o próprio Estado na formulação e na implementação de políticas voltadas a este segmento até os dias atuais, embora já ocorram mudanças e muitas resistências.

Conforme Lopes (2000), Nascher se preocupou com uma abordagem multidisciplinar do envelhecimento, mas a dificuldade em agregar parceiros devido à cultura dominante sobre medicina

e ciência fez com que ele e outros pesquisadores focassem nos aspectos biomédicos do envelhecimento em detrimento daqueles sociais, objetivando despertar interesse pela Geriatria. Desse modo, as pesquisas do início do século XX sobre envelhecimento e velhice não possuem um caráter coletivo, são fragmentadas e limitadas aos aspectos fisiológicos.

Assim como a Geriatria, ocorreu também com a Gerontologia sua vinculação à medicina. Esta última emerge como disciplina especializada em 1903 e foi creditada ao russo Élie Metchnikoff, cuja preocupação era a vivência da velhice sem doenças e o prolongamento da vida com base no saber médico.

Segundo Beauvoir (2018), ao lado da Geriatria desenvolveu-se a Gerontologia, cuja preocupação não é a patologia da velhice, mas o processo de envelhecimento. Para Lopes (2000, p. 24), no começo do século XX, “a Gerontologia, como campo de investigação científica, concentrou suas atenções na observação dos processos fisiológicos do envelhecimento e no potencial prolongamento da vida por meio de intervenções e tratamentos médicos”, dificultando assim o seu reconhecimento e legitimidade.

Os aspectos sociais só vão ganhar visibilidade com o crescimento industrial e o aumento da população velha nos centros urbanos de países como EUA e outros países da Europa. Na ocasião, vários estudos e conferências sobre a senescência e problemas decorrentes de tal fase foram desenvolvidos nas áreas de biologia, psicologia e sociologia. Porém, embora essas disciplinas sejam a base em que se desenvolveu a gerontologia, ela se impregnou do viés positivista ao se comportar como uma ciência meramente descritiva, já que não analisava de forma crítica a produção social da velhice e as condições materiais estruturais que tornavam a velhice mais trágica para alguns que para outros.

A autora destaca:

A gerontologia desenvolveu-se em três planos: biológico, psicológico e social. Em todos esses domínios ela foi fiel a um mesmo posicionamento positivista; não se trata de explicar por que os fenômenos se produzem, mas de descrever sinteticamente, com maior exatidão possível, suas manifestações (Beauvoir, 2018, p. 28).

O estabelecimento da gerontologia como um saber científico e multidisciplinar no decorrer do século XX se associa também às contribuições dos saberes populares, da demografia e das ciências sociais, assim como da sociologia e da psicologia, que abarcando as dimensões psicossociais da velhice (hábitos, práticas, necessidades sociais e psicológicas), as tornam objeto de uma disciplina especializada (Debert, 2020; Groisman, 2002; Silva, 2008). Os primeiros discursos da gerontologia se vincularam ao saber médico, que ligava o envelhecimento orgânico ao declínio fisiológico.

A efetivação da gerontologia como uma especialidade multidisciplinar se consolida no segundo pós-Guerra, contemplando os aspectos psicossociais da velhice. Cabe dizer ainda que com o processo de institucionalização das aposentadorias iniciado no século XVIII, a velhice se firma como categoria, tornando-se objeto no campo político-administrativo, tendo como base a demografia. “Trata-se de analisar o custo financeiro do envelhecimento, estabelecendo a relação entre a população ativa e aquela que está fora do mercado” (Debert, 2020, p. 31).

Silva (2008) também relaciona a constituição da velhice como categoria social aos sistemas de aposentadoria. Segundo a autora, as aposentadorias proporcionaram o surgimento de agentes especializados na gestão da velhice; transferência das responsabilidades das famílias para os agentes de gestão da velhice; consolidação da velhice como categoria etária diferenciada;

associação da velhice à invalidez, já que o aposentado era tido como inválido, incapaz e ocioso.

A demografia contribuiu para embasar especialistas em gestão pública e administradores das caixas de aposentadoria; para subsidiar a sociologia e a psicologia na definição das necessidades dos aposentados e formas de resolver suas demandas e para que a gerontologia viesse abarcar a velhice como um problema nacional, portanto coletivo, pois o envelhecimento populacional precisava ser estudado para se identificar os problemas inerentes a esse fenômeno. “Assim, a transformação do envelhecimento em objeto de saber científico põe em jogo múltiplas dimensões, como o desgaste fisiológico e o prolongamento da vida, o desequilíbrio demográfico e o custo financeiro das políticas sociais” (Debert, 2020, p. 32).

O aporte multidisciplinar agregou à gerontologia a compreensão de que:

A Gerontologia, como um campo de saber específico, aborda cientificamente múltiplas dimensões que vão desde a Geriatria como especialidade médica, passando pelas iniciativas da psicologia e das ciências sociais voltadas para discussão de formas de bem-estar que acompanham o avanço das idades, até empreendimentos voltados para o cálculo dos custos financeiros que o envelhecimento da população trará para a contabilidade nacional (Debert, 2020, p. 40).

A demografia foi determinante no processo de socialização da velhice. Contudo, alerta Debert (2020, p. 13), ante esse aparente rompimento da “conspiração do silêncio” ensejada pelo aumento da população idosa, sobre os riscos das explicações de caráter demográfico para a perda do entendimento de como o envelhecimento se torna uma problemática social. Pois “pensar na visibilidade alcançada pela velhice é atentar para o

duplo movimento que acompanha sua transformação em uma preocupação social”, caracterizado pela socialização progressiva da gestão da velhice – deslocamento da esfera privada e familiar para previdência individual e entidades filantrópicas à visibilidade como questão pública – e pela reprivatização da velhice – responsabilização dos indivíduos, cuja consequência é sua invisibilidade como problemática social.

A análise desse duplo movimento requer um olhar crítico e de totalidade social, o que não se acha presente nas abordagens que fundamentam as políticas públicas dos organismos internacionais e dos países aqui objeto de estudo. Cabe resgatar a constituição e o desenvolvimento do saber gerontológico do segundo pós-guerra para melhor captar as determinações que até os dias atuais influenciam os estudos e as práticas sobre envelhecimento e velhices, embora haja resistências que apontam para caminhos diferentes, como o da gerontologia crítica.

Envelhecimento e Gerontologia Social: uma análise na perspectiva de totalidade social

Neste item, procura-se evidenciar o contexto do aparecimento da terceira idade como categoria social e sua relação com o desenvolvimento da gerontologia e da aposentadoria. Adentra-se ainda no debate sobre as perspectivas gerontológicas, para destacar a importância da gerontologia social crítica, que desenvolve suas análises a partir da dimensão totalidade social.

Emergência e legitimação da terceira idade como categoria social

O saber médico que tomara a velhice como declínio físico e a associação da aposentadoria à invalidez foram determinantes na

percepção individual e coletiva quanto à velhice. Esse entendimento da velhice associada à decadência física e incapacidade produtiva se disseminou no Estado, na cultura e nos saberes, inclusive na gerontologia.

Silva (2008) explica como essa vinculação ocorreu, inclusive como justificativa pela própria gerontologia para a garantia dos direitos dos velhos trabalhadores:

[...] também, estava implicado com o processo de institucionalização das aposentadorias e contribuiu para a ampliação do debate sobre os direitos dos aposentados com a inclusão de aspectos sociais, psicológicos e culturais no rol das reivindicações políticas (Silva, 2008, p. 160).

Essa associação entre velhice e invalidez favoreceu a criação de uma categoria política. “O aposentado não é somente o sujeito incapaz para o trabalho, mas também o sujeito de direito, detentor de privilégios sociais legítimos”. A aposentadoria, por um lado, se associou ao estigma da figura do velho como improdutivo, mas por outro possibilitou a criação do sujeito político capaz de reivindicar pelos direitos do trabalhador velho (Silva, 2008, p. 160).

No segundo pós-Guerra Mundial, entre 1945 e 1960, num contexto do surgimento e expansão do *Welfare State*, os sistemas de aposentadoria se generalizam em alguns países da Europa, com reflexos sobre a gestão dos cuidados das pessoas velhas. Nessas décadas se desenvolve a maioria das associações de Geriatria e Gerontologia, que começaram com a norte-americana em 1945 e a Sociedade Espanhola de Geriatria e Gerontologia (SEGG) em 1948.

No Brasil, em 1961, um grupo de médicos, estimulados pelo Projeto de Lei nº 8, de 1954, por meio do qual o Senado Federal instituiu o Serviço Nacional de Assistência à Velhice, criou uma instituição dedicada aos estudos da Geriatria e Gerontologia,

a Sociedade Brasileira de Geriatria (SBG). Ao longo dos anos 1960, vários eventos são realizados e a SBG se amplia, chegando a vários Estados da federação. Para implementar o atendimento integral à pessoa idosa, outras categorias profissionais foram incorporadas e após o *I Congresso Nacional de Geriatria e Gerontologia*, entre 28 e 31 de maio de 1969, a SBG passa a ser denominada de Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

Novas instituições emergem na área da saúde e assistência social, com a criação de instituições especializadas e a diferenciação entre velhice e indigência. Surge o termo “terceira idade”, por volta dos anos 1950, na França e na Inglaterra, mas só se consolidará três décadas depois (Silva, 2008). A denominação “terceira idade” surge num contexto em que “o discurso especializado de profissionais da geriatria, gerontologia e de outras áreas ganham visibilidade e passam a propagar modelos de envelhecimento ‘saudável’ e ‘bem-sucedido’, sendo amplamente divulgado pela mídia”.

É nesse período que se populariza o uso do termo “terceira idade”, o qual busca trazer um sentido positivo para essa fase da vida, associando-a ao lazer, ao consumo, à fruição do tempo livre, à promoção da saúde e à busca da realização pessoal. Rompendo com as visões tradicionais que estigmatizavam a velhice associando-a preponderantemente ao declínio físico, mental e social dos indivíduos, a terceira idade se estabelece não apenas trazendo novos significados para o envelhecimento, mas também acompanhada do desenvolvimento de todo um mercado de produtos, serviços, saberes e discursos destinados ao segmento idoso (Groisman, 2015, p. 34).

Nas décadas de 1960 e 1970 ocorre o que Debert (2020) chamou de “socialização da velhice”, momento em que esta ganha visibilidade social como problema coletivo. É nesse período também que se amplia o usufruto, pelas camadas médias urbanas,

dos sistemas de aposentadorias. O aumento da expectativa de vida, graças aos avanços tecnológicos da medicina; melhoria na qualidade de vida, a emergência de uma classe média com hábitos e preferências diferenciadas das demais e a ampliação da aposentadoria para a classe trabalhadora possibilitaram a emergência de uma nova categoria social etária: a “terceira idade”.

Durante as décadas de 1960 e 1970, as camadas médias urbanas começaram a adentrar no universo da aposentadoria, visto que sua inserção nas cadeias produtivas se realizou posteriormente à inserção, nestas, dos trabalhadores menos qualificados. Esse grupo social possuía hábitos sociais e culturais diferenciados, aspirações e necessidades de consumo mais sofisticados, que passaram a ser atendidas por novas agências especializadas. Com o objetivo de arregimentar clientela, as caixas de aposentadoria passaram a oferecer, além de vantagens financeiras, serviços diferenciados como clubes, férias programadas, alojamentos especiais, atividades de lazer e grupos de convivência (Silva, 2008, p. 162).

A conjuntura na qual se insere a consolidação da terceira idade como categoria social coincide com o keynesianismo associado ao fordismo. Vive-se o período de ouro do Estado Social e o aparecimento de uma fração da classe trabalhadora, a classe média, que gozando de amplos benefícios na sua fase de aposentadoria, coloca-se como um nicho de mercado, exigindo assim uma ressignificação da velhice.

Nesse contexto, as novas formas de gestão da velhice concorreram para a origem e a legitimação da terceira idade como categoria social, tendo como fatores importantes: a organização e a generalização dos sistemas de aposentadoria; a substituição do termo velho(a) por idoso(a); o discurso da gerontologia social; os interesses da cultura de consumo.

Essas novas formas de gestão da velhice, associadas à categoria terceira idade, ao longo do tempo se fundamentaram nas

perspectivas gerontológicas francófona e anglo-saxônica, e viriam a influenciar diferentes organismos internacionais e os sistemas de proteção social de diferentes países até os dias atuais, embora já ocorram mudanças nas formas de abordagem do envelhecimento e da velhice.

Perspectivas gerontológicas e a importância da gerontologia social crítica para a análise da produção social da velhice

Para Carvalho (2013, p. 10-11), na atualidade, o tema envelhecimento tem grande relevância social e científica, sendo abordado sob diferentes perspectivas. Há aqueles que o definem como “saudável, bem-sucedido, produtivo e ativo”. Contudo, críticas vêm sendo feitas a essas definições, dado o caráter multidimensional e complexo da senescência. Tomando como referência Carbonnelle (2010), a estudiosa destaca que “essa crítica está relacionada com a apropriação do objeto de estudo”, por não se levar em conta o caráter histórico, político, econômico e social da palavra.

Dois correntes têm influenciado a gerontologia social tradicional¹⁴: a francófona e a anglo-saxônica. Na teoria explicativa francófona, predominam as análises do envelhecimento sob o viés demográfico e biológico, exacerbando a dualidade desse processo, visto ao mesmo tempo, e contraditoriamente, como algo negativo e positivo.

14 É importante esclarecer que a gerontologia tradicional se fundamenta no paradigma positivista generalizante. Caracteriza-se pela falta de análise das desigualdades sociais no processo de envelhecimento, homogeneizando as velhices e responsabilizando os indivíduos por uma velhice fora dos padrões ideais (Arruda, 2019).

Envelhecer significa “ser mais velho” e “ter mais idade” e esse estado enfatiza a falência da vitalidade de um ser vivo, a solidão e o isolamento [...]. Esta perspectiva polarizou o discurso sobre envelhecimento. Assim temos, por um lado, o envelhecimento negativo e, por outro, o envelhecimento bem-sucedido (Carvalho, 2013, p. 11).

Na tradição anglo-saxônica, o envelhecimento é abordado como uma etapa do ciclo da vida e idealizado como bem-sucedido quando o indivíduo se adapta ao processo de mudança decorrente da senescência. Há, portanto, uma centralidade no indivíduo e na sua subjetividade.

Na abordagem anglo-saxônica prevalece a abordagem do envelhecimento como *ageing* – ciclo da vida enquanto ideia de envelhecimento bem-sucedido como um processo “*in transition*” – adaptação à mudança. O envelhecimento é analisado sobre o ponto de vista da discriminação pela idade, “agismo” e “idadismo”. Estes processos são consequência do processo de “*desingagement*” – diminuição das interações dos mais velhos após a reforma. (Carvalho, 2013, p. 11).

Ainda segundo Carvalho (2013), as perspectivas de envelhecimento associadas aos pensamentos francófono e anglo-saxônico vêm sendo superadas pela abordagem da representação do envelhecimento e pela noção de envelhecimento ativo, que consideram os determinantes da promoção da saúde. Essa perspectiva de envelhecimento ativo é mais ampla que a de envelhecimento saudável, pois abrange, além dos aspectos individuais, os fatores de promoção da saúde, já que compreende a saúde como bem-estar biopsicossocial e o envelhecimento como processo que se desenvolve ao longo do ciclo da vida.

Conforme a OMS, o envelhecimento ativo é “um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança,

com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005, p.12).

Reforça Carvalho (2013):

Assim entendido o envelhecimento é um processo de otimização de oportunidades associado ao máximo de bem-estar a que podemos aspirar. Esta perspectiva não nega o aspecto negativo do envelhecimento, mas concebe-o como algo a prevenir e a atuar, no sentido da capacitação individual e da agência - mudança na estrutura social (Carvalho, 2013, p. 11).

Essa perspectiva, de viés ideológico positivista e neoliberal, vem influenciando organismos internacionais (OMS, ONU e outros) e o conjunto das políticas para pessoas idosas, sobretudo daqueles países que compõem a União Europeia (UE), com desdobramentos nos países periféricos e dependentes, que por meio do próprio Estado vêm fazendo ajustes e contrarreformas nos sistemas de proteção social para atender às determinações do grande capital e dos países centrais mais poderosos.

O modelo de envelhecimento ativo, saudável e bem-sucedido pressupõe que as manifestações típicas da velhice podem ser modificadas, até mesmo seus aspectos mais negativos, a depender do estilo de vida, hábitos, comportamentos de cada indivíduo e políticas públicas destinadas às pessoas idosas, evidenciando uma responsabilização dos indivíduos e mascarando os determinantes sociais, já que não diferencia os efeitos próprios da velhice (declínio biológico) daqueles que decorrem das particularidades classe, “raça”/etnia, gênero e outros. O foco é o indivíduo e não os aspectos estruturais da sociedade.

Segundo a OMS (2021), o envelhecimento saudável é “o processo de desenvolver e manter a capacidade funcional que possibilita o bem-estar na velhice”, o que inclui: capacidade de atender às necessidades básicas; capacidade de aprender, crescer

e tomar decisões; mobilidade; capacidade de construir e manter relacionamentos; capacidade de contribuir. É uma série de habilidades, capacidades e condições que dependem não somente da boa vontade e do empenho de cada indivíduo, mas de questões estruturais nas quais se alicerçam a sociedade moderna, assim como de um Estado que desenvolva políticas sociais públicas mais universais.

Essas perspectivas que norteiam a gerontologia tradicional baseiam-se num modelo biomédico, cronológico e demográfico, cujas análises sobre a velhice são generalistas e homogeneizantes, limitadas à individualidade e à subjetividade dos sujeitos, e dissociada das condições materiais de existência dos sujeitos, de tal modo que “prisioneiros da ideologia, os gerontólogos e geriatras dissimulam, com seu discurso lacunar que universaliza a velhice, o fato de a vida e a morte do trabalhador estarem intrinsecamente ligadas” (Haddad, 2016, p. 85; 196).

Nessa mesma linha de pensamento, Debert (2020) tece críticas à gerontologia social tradicional pelo seu caráter instrumentalista, que responsabiliza os indivíduos e contribui para a formação de um mercado de consumidores.

Engolidos pelas concepções autopreservacionistas do corpo, os gerontólogos têm agora, como tarefa, encorajar os indivíduos a adotarem estratégias instrumentais para combater a deterioração e a decadência. Afinados com a burocracia estatal, que procura reduzir os custos com a saúde educando o público para evitar a negligência corporal, os gerontólogos abrem também novos mercados para a indústria do rejuvenescimento (Debert, 2020, p. 227-228).

A formação desse mercado consumidor é garantida pela ideologia da velhice, que se encarrega de educar os velhos, via políticas, programas e projetos que favoreçam a manutenção

desse nicho consumidor. Para Haddad (2016, p. 60), na sociedade capitalista, que também é um modo de pensar, a ideologia da velhice é indispensável à reprodução das relações sociais capitalistas. “A ideologia da velhice é entendida como parte essencial do funcionamento da sociedade capitalista, cuja contradição principal é a sua divisão em classes sociais”. Por meio desta, ocorre um adestramento do velho para favorecer o capital (Haddad, 2016, p. 60).

Agerontologia social tradicional contribuiu para a visibilidade da problemática social da velhice e para a sua inserção na agenda pública, esta também decorrente da luta de classes. Contudo, baseada numa perspectiva cronológica, universalista e biomédica, mascara a complexidade desse fenômeno que se expressa de forma diferente e desigual, não apenas individualmente, mas conforme a classe, “raça”/etnia e gênero, embora no âmbito desses grupos haja certas especificidades.

São relevantes as contribuições dessas correntes, mas os avanços em termos de visibilidade e conquista de direitos não se deram de forma unilateral, senão pelas correlações de forças, pela luta de classe. Como bem afirma Teixeira (2009, p. 67), a problemática do envelhecimento do trabalhador deve ser pensada na ordem da sociedade capitalista e das lutas de classe, pois estas últimas “problematizam necessidades não satisfeitas”, a serem atendidas por meio de políticas públicas, assim como para a compreensão da velhice do trabalhador como expressão da questão social, o que requer considerar os determinantes dessa problemática.

Abordar o envelhecimento do trabalhador, como expressão da questão social, implica o resgate dos determinantes econômicos, políticos, culturais que engendram essa problemática social, na ordem e no tempo do capital (Teixeira, 2009, p. 67).

Ao fazer tal afirmação, a autora explicita a sua postura de pesquisadora baseada na gerontologia social crítica. Essa visão não é hegemônica, embora venha ganhando força com os recentes estudos que partem de uma análise do envelhecimento sob a ótica da totalidade social e da interseção de diferentes marcadores de opressão e desigualdade como classe, “raça”/etnia, gênero e outros como categorias mediadoras.

Beauvoir (2018, p. 17) já tecia suas críticas à gerontologia positivista por esta não explicar os fenômenos que produzem a velhice, fazendo apenas a descrição das suas manifestações, sem adentrar nas condições de existência do sujeito velho, do seu meio social e cultural, de modo a extrapolar o determinismo biológico. Ela destaca que “a velhice não poderia ser compreendida se não em sua totalidade; ela não é somente um fato biológico, mas também um fato cultural” determinado pelo contexto social.

Essa concepção de Simone de Beauvoir (2018) tem influenciado os estudos da gerontologia crítica. Contrapondo-se às abordagens homogeneizantes e universalistas, a gerontologia social crítica percebe o envelhecimento e as velhices como determinados pelas condições materiais de existência e pelo lugar que cada indivíduo ocupa nas relações sociais no contexto da ordem social capitalista, tornando-as diversas e assimétricas.

Discutir velhices humanas significa apreender diferentes e desiguais processos de vida, considerando que a inserção de indivíduos e populações numa estrutura de classes condicionará seus processos de envelhecimento e velhices (Campelo e Paiva; Soares; Santos, 2020, p. 76).

Para Campelo e Paiva (2014), a gerontologia social crítica desenvolve suas análises na perspectiva da totalidade social, contrapondo-se à racionalidade capitalista, pois analisa as relações sociais de produção e reprodução social numa perspectiva

histórica, com centralidade no trabalho enquanto categoria fundante do ser social e concebe a velhice como uma construção social, além de contextualizar o adoecimento humano como uma expressão da questão social. A abordagem crítica permite ir além dos aspectos cronológicos e biomédicos; evidencia que a velhice é diferente e desigual para indivíduos e determinados grupos, classes, raças e populações.

Neste estudo, entende-se que o envelhecimento não pode ser compreendido apenas como um declínio geral, limitado a uma perspectiva biológica, epidemiológica e demográfica.

De acordo com Teixeira (2009), os aspectos sociais (socioeconômicos e culturais) têm sido pouco abordados ou restritos a papéis e hábitos sociais, e não aos determinantes estruturais, como a condição de classe no modo de envelhecer. Acrescenta ainda a autora que essas análises obscurecem as expressões da questão social do envelhecimento, pois as pessoas não envelhecem nem enfrentam as dificuldades e vulnerabilidades postas pela condição etária da mesma forma.

Considerando-se que o homem envelhece sob determinadas condições de vida, fruto do lugar que ocupa nas relações de produção e reprodução social, não se pode universalizar suas características no processo de construção das bases materiais da existência, porque os homens não vivem e não se reproduzem como iguais, antes, são distintos nas relações que estabelecem na produção da sua sociabilidade, principalmente na sociabilidade fundada pelo capital, nas quais as desigualdades, pobreza, e exclusões sociais lhes são imanente e, reproduzidas e ampliadas no envelhecimento do trabalhador (Teixeira, 2008, p. 30).

A análise desse processo demanda uma perspectiva crítica e de totalidade social, pois a sociedade deve ser vista como um todo, contrapondo-se, assim, à racionalidade moderna e capitalista que oculta a essência dos fenômenos. Ademais, considerando que o

trabalho é uma categoria central da sociabilidade humana e que se estende para além do objeto que dele resulta, pois origina relações entre os homens para além do trabalho enquanto tal (reprodução social), a organização social humana insere-se na totalidade social.

Concorda-se com Campelo Paiva (2019, p. 218) quando diz que o ponto de partida para os estudos sobre o envelhecimento “são as relações de produção e reprodução social”, e, portanto, a partir da perspectiva de classe, assim alinhando-se à contribuição de Beauvoir (2018, p. 14), anota que “tanto ao longo da história como hoje em dia a luta de classes determina a maneira pela qual um homem é surpreendido pela velhice”.

Envelhecer varia de sociedade para sociedade e de indivíduo para indivíduo, visto que se relaciona com o meio social, político, econômico e cultural no qual se está inserido(a), e determina sua trajetória de vida, sem esquecer que nas diferenças existem homogeneidades.

Compartilhando dessa mesma compreensão, Boutique e Santos (1996) esclarecem:

É importante, então, considerar que não existe um só envelhecer, mas processos de envelhecimento, como o de gênero, de etnia, de classe social, de cultura – determinados socialmente. As desigualdades do processo de envelhecimento se devem, basicamente, às condições desiguais de vida e de trabalho a que estiveram submetidas as pessoas idosas (Boutique; Santos, 1996, p. 82).

Para Minayo e Coimbra Júnior (2002, p. 15), “nas análises do envelhecimento humano, trata-se de abrir-se para a diversidade e as condições históricas que possibilitam algumas homogeneizações por frações de classe e grupos, condições de gênero, etnia-raça

e outros”. Esses elementos proporcionam heterogeneidades, diferenças e desigualdades sociais, mas também homogeneizações.

É, portanto, a análise crítica, fundamentada no materialismo dialético, método que desnaturaliza os fenômenos sociais e busca desvendar sua essência, de maneira a alcançar o concreto pensado enquanto síntese das múltiplas determinações, que possibilita evidenciar a pluralidade dos modos de envelhecer, e o que os aproxima e gera certas homogeneizações no contexto das relações sociais.

Analisar o fenômeno da senescência sob a perspectiva de totalidade supera as visões universalistas e as singularizantes do processo de senescência, e considera as múltiplas determinações que ligam os fenômenos à totalidade.

Embora sejam possíveis certas universalizações, pelas condições de inserção das pessoas nas estruturas produtivas, sociais e culturais que geram condições semelhantes de vida, o envelhecimento não é um processo homogêneo, ele é complexo e heterogêneo, vivido de maneira particular por cada indivíduo, demandando políticas sociais dirigidas ao(à) velho(a) trabalhador(a), condizentes com as suas condições de existência (Teixeira, 2019, p. 177).

A população idosa é composta de muitas populações ou grupos de pessoas idosas que o método positivista não logra visualizar nem desvendar, já que não supera a pseudoconcreticidade dos dados empíricos. É necessário o método histórico-dialético marxista para capturar a essência daquele fenômeno que se apresenta de forma singular e aparente, e por meio de mediações das particularidades chegar à compreensão do concreto como síntese de múltiplas determinações, desvelando como as particularidades classe, gênero e “raça”/etnia interferem no modo de envelhecer.

A longevidade em massa chega também às classes trabalhadoras, mas junto àquelas frações menos abastadas há uma maior propensão à dependência de cuidados de longa duração, com variações e diferenças relacionadas ao sexismo e ao racismo. Este estudo visa desvendar e apontar essa simbiose, cujas bases são as relações sociais e materiais que na sociabilidade capitalista se ampliam e tornam a velhice não só diferente, mas também desigual e até “trágica” quando esses vários marcadores se interseccionam e se consubstanciam.

Envelhecimento e Dependência: as particularidades de classe, “raça”/etnia e gênero

O envelhecimento populacional acentuou a preocupação com seus desdobramentos sociais, colocando como desafio o usufruto de uma longevidade com dignidade e igualdade, a ser proporcionada não apenas pela responsabilização individual ou mesmo das famílias, mas por um conjunto de políticas públicas e serviços específicos para as pessoas idosas, de modo que a capacidade funcional, a independência e a autonomia sejam ao máximo preservadas. Esse cenário põe em questão como desenvolver um envelhecimento ativo em meio a tantas desigualdades sociais que tornam o envelhecimento e a velhice diferentes e desiguais conforme a classe social, o gênero, a “raça” e suas condições materiais de existência.

É importante esclarecer que há uma Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), uma ferramenta criada pela OMS no ano de 2001, que serve como parâmetro para as análises de saúde e incapacidade, constituindo a base conceitual para a definição, a mensuração e a formulação de políticas nesta área.

O termo *funcionalidade* refere-se a todas as funções corporais, atividades e participação, enquanto incapacidade é um termo abrangente para “deficiências, limitação de atividades ou restrições à participação”. Há também uma lista de *fatores ambientais* que interagem com todos estes componentes e que são muito importantes para determinar a funcionalidade/incapacidade de um indivíduo ao serem representados como barreiras ou facilitadores. A *incapacidade* pode ser mais bem entendida como a interação negativa entre um indivíduo com uma determinada condição de saúde e os seus fatores contextuais – fatores ambientais e pessoais (Nubila, 2010, p. 122).

A capacidade funcional é um importante indicador das condições de saúde da pessoa idosa, conforme estabelece a OMS, mas as barreiras externas, como a falta de políticas de acessibilidade e mobilidade, a exemplo das barreiras arquitetônicas, contribuem para a dependência.

A funcionalidade mede aquilo que a gente chama de dificuldade no desempenho das atividades cotidianas. Nós estamos falando de tomar um transporte público de forma independente, de carregar pacotes de compras com 5 kg ou mais, de usar telefone de forma independente, mexer com dinheiro, ir ao banco, gerir as próprias contas, cuidar dos afazeres domésticos, entre outras coisas. (Duarte, 2022, p. 4 *apud* FIOCRUZ, 2022).

Embora nem sempre envelhecer implique a perda das funcionalidades, cabe esclarecer que a funcionalidade diz respeito à “capacidade que um indivíduo possui para realizar as tarefas necessárias para a sua sobrevivência cotidiana e interação social. Ela poderia ser mensurada segundo variados métodos e sofreria variações conforme o contexto socioeconômico e cultural em que o indivíduo estivesse inserido” (Groisman, 2015, p. 33).

A dependência não significa perda de autonomia; ela está relacionada com a necessidade de auxílio de terceiros ou de equipamentos e/ou tecnologias. Para a OMS (2005, p. 14), a

independência é a “[...] habilidade de executar funções relacionadas à vida diária, isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros”. Já a autonomia se refere à “[...] habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências” (OMS, 2005, p. 14).

Posto isso, cabe questionar: por que, para determinados grupos, as desigualdades se ampliam na velhice de modo a contribuir para uma velhice dependente e sem autonomia? Entende-se que essa análise deva ser mediada pelas particularidades classe, “raça”/etnia e gênero, pois tais mediações possibilitam, à luz das teorias aqui adotadas, reconstruir o fenômeno do envelhecimento, dando significado a aspectos singulares que são determinados universalmente.

A articulação dessas particularidades (classe, “raça”/etnia e gênero), discutidas e analisadas sob várias perspectivas: *interseccionalidade* de feministas negras e de tradição estadunidense (Crenshaw, 2002; Akotirene, 2018); *consustancialidade e coextensividade* (Kergoat, 2010); *coformação* (Falquet, 2008) de tradição francesa e ligada ao feminismo materialista; *nós simbióticos* (Safiotti, 2015) ou *imbricamentos* para as feministas marxistas, supera as tradicionais determinações unilaterais, lineares e isoladas da incidência das desigualdades, mostrando que uma se articula com a outra, ampliando os processos de exploração, opressão e dominação, numa perspectiva de análise fundamental para os estudos sobre envelhecimento e dependência.

Aqui se utiliza o método histórico-dialético nas análises desses imbricamentos; é uma linha de compreensão na qual a classe social se refere “à luta de classes, e não a uma perspectiva quantitativa e liberal, para que assim seja resgatado seu sentido crítico original de contestação e transformação social”, visando não segmentar classes sociais pelos padrões de consumo

(Machado, 2017, p. 1867), mas pelo lugar ocupado nas estruturas produtivas e formação de uma consciência de classe.

Outras particularidades têm poder de determinações por estruturar modos de ser, como gênero. Mesmo usando o termo gênero, não se podem perder de vista as contribuições da luta das mulheres e das suas demandas ocasionadas pelas disparidades de gênero e por outras desigualdades como raça/etnia.

Como bem afirma Machado (2017, p. 1.885), a interseccionalidade precisa ser apreendida por meio do diálogo “com uma concepção materialista histórica das relações sociais que busque compreender não apenas como as interseções entre raça, gênero e classe configuram uma dada ‘localização’ individual, mas de que forma racismo, patriarcado/sexismo e capitalismo interagem para produzir a subjugação de alguns grupos humanos por outros”.

Para Saffioti (2015), o entrelaçamento das relações sociais contraditórias (classe, “raça” e gênero) não soma, mas forma um nó onde elas se imbricam. Conforme a autora, “não se trata de variáveis quantitativas, mensuráveis, mas sim de determinações, de qualidades” (Saffioti, 2015, p. 123), o que requer um arcabouço teórico-metodológico – e aqui se opta pelo materialismo histórico marxista – capaz de captá-las nas suas relações de codeterminações, já que historicamente há um imbricamento desses elementos. O gênero seria, historicamente, anterior às classes sociais, e ganha outras configurações quando incorporado pelas classes sociais na modernidade e no contexto da sociedade industrial, e ao mesmo tempo produzindo uma nova forma de articulação de poder.

A gênese destas não é a mesma, nem se dá da mesma forma que a do *gênero*. Evidentemente, estas duas categorias têm histórias distintas, datando gênero do início da humanidade [...], e sendo as classes sociais propriamente ditas um fenômeno inextricavelmente ligado ao capitalismo [...]. (Saffioti, 2015. p. 122).

Anota Saffioti (2015):

[...] as classes sociais são, desde sua gênese, um fenômeno gendrado. Por sua vez, uma série de transformações no *gênero* é introduzida pela emergência das classes. Para amarrar melhor esta questão, precisa-se juntar o racismo. (Saffioti, 2015, p. 122).

Entretanto, essa incorporação não ocorre de forma hierárquica, pois essas categorias não se sobrepõem, mas se reproduzem mutuamente (Kergoat, 2010). Angela Davis também já chamava atenção para a forma como se deve refletir sobre como as opressões e as desigualdades se cruzam, porém, sem hierarquização:

A gente precisa refletir bastante para perceber as intersecções entre raça, classe e gênero, de forma a perceber que entre essas categorias existem relações que são mútuas e outras que são cruzadas. Ninguém pode assumir a primazia de uma categoria sobre as outras (Davis, 2011, s/p).¹⁵

Faz-se essa discussão para que se entenda que a leitura dialética das particularidades classe “raça”/etnia e gênero¹⁶, e

15 Artigo publicado no portal Geledés – Instituto da Mulher Negra. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/as-mulheres-negras-na-construcao-de-uma-nova-utopia-angela-davis/>.

16 Gênero, enquanto categoria de análise, abarca as diferentes identidades em constante processo de formação. Seu aspecto relacional pressupõe que a análise de homens e mulheres deva se dar de forma recíproca, ampliando dessa forma as abordagens para além da visão do homem como opressor e da mulher como vítima. Apesar da importância do uso do termo gênero para a superação dos binarismos e do essencialismo biológico, concorda-se com Saffioti (2015, p. 148) quando afirma que esse não deve ser usado como substituto do termo mulher, muito menos com exclusividade nas análises de gênero, e sim junto com a categoria patriarcado, pelo caráter político e histórico desse. Nessa perspectiva, o uso das categorias analíticas gênero e patriarcado se justifica por sua importância no processo de desconstrução de estruturas e pressupostos de gênero ancorados na ideologia do patriarcado,

da sua relação com o envelhecimento enquanto problemática social, requer a adoção de uma perspectiva de análise que parta das bases materiais das relações sociais, tomando a divisão sexual do trabalho como determinante para as análises do trabalho do cuidado, sobretudo com pessoas idosas dependentes, por se considerar que classe, “raça”/etnia e gênero se cruzam e se correpõem sem hierarquias, sendo determinantes no processo de envelhecimento e das velhices.

A produção social da velhice só será captada na sua essência quando as análises sobre envelhecimento forem além das explicações biomédicas, cronológicas e demográficas. O imbricamento das relações sociais de poder anteriormente apontadas é indispensável, porquanto determina a velhice no que concerne às condições de saúde, à qualidade de vida, convivência social sem violência, integração social, acesso às políticas sociais e à renda.

Questiona-se: quais desvantagens decorrem das iniquidades associadas ao preconceito e discriminação por classe social, gênero, “raça”/etnia, geração, escolaridade, território e outros? Como o imbricamento desses marcadores de desigualdades pode tornar a velhice mais trágica ou até mesmo impossibilitar o alcance dessa etapa da vida?

Envelhecimento, desigualdade e dependência

A longevidade tem alcançado as diferentes classes e frações de classe, mas a qualidade de uma vida longa, a quantidade

no essencialismo biológico e no discurso dicotômico; mas, também, para compreender as relações assimétricas de gênero reproduzidas no mercado de trabalho, na família, nos espaços de poder, entre outras instituições sociais, inclusive o Estado, que têm suas ações materializadas por meio de políticas públicas.

de comorbidades e os níveis de autonomia, independência/dependência e de capacidade/incapacidade funcional se explicam para além das questões biomédicas, pois a produção social das velhices é determinada por particularidades (classe, “raça”/etnia, gênero), tipo e condições de trabalho, acesso à saúde, à educação, ao saneamento básico etc.

O aumento da população idosa e longeva denota desigualdades resultantes das contradições estruturais e da redução do papel do Estado sob a forte influência do neoliberalismo, que preconiza a focalização e a seletividade das políticas públicas, a perda da primazia do Estado na implementação destas, a responsabilização individual e das famílias, a precarização das condições de trabalho, redução e até mesmo o desmonte de direitos.

A longevidade dos grupos mais vulneráveis caracteriza-se por uma maior propensão a depender de cuidados de terceiros devido a um envelhecimento precoce, doentio, pobreza, falta de informações e instrução, o que se denomina de velhice como problemática social, na qual estão presentes dificuldade de locomoção, isolamento social e comorbidades ou multimorbidades, como se verá adiante (Silva, 2020).

Contudo, é importante destacar que velhice e a longevidade não estão associadas necessariamente a doenças e dependência. Muitas pessoas podem passar pela velhice sem desenvolver morbidades ou incapacidades funcionais, principalmente quando se tem acesso a uma boa alimentação, educação, saneamento básico, serviços de saúde, renda e quando não se é vítima de racismo, machismo e violência. O pertencimento de classe é um dos determinantes desse processo e torna as velhices com diferenças abismais – um verdadeiro hiato separa estas velhices.

Mas as classes não são internamente homogêneas e comportam diferenças: têm sexo, sexualidade, cor da pele e origem étnica.

Tanto no Brasil como na Espanha é possível se confirmar a tese de que as diversas desigualdades sociais, raciais e de gênero, acentuadas pelo racismo, sexismo e capitalismo, tornam a velhice da classe trabalhadora, e de suas frações mais empobrecidas, mais problemática, pois tem maior possibilidade de desenvolver algum tipo de dependência, uma situação que veio à tona no contexto da pandemia da Covid-19.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente metade das mortes relacionadas ao coronavírus, na Europa, ocorreram em instituições de longa permanência: 85% das mortes no Canadá, 39% na Alemanha, 64% na Bélgica e 49% na França, uma realidade que pode resgatar visões negativas sobre as IIPs, gerar insegurança e desconstruir conquistas importantes nesse campo (Werle, 2020).

Camarano (2020) observa que, na nota técnica nº 81, do Ipea, no Brasil, 73,8% das mortes registradas por Covid-19 até o dia 1º de julho de 2020 ocorreram em indivíduos com sessenta anos ou mais, dos quais 58,0% eram homens. Para a autora, são mortes precoces, considerando que o óbito ocorre numa idade em que a expectativa de vida é positiva e diferente de zero, ou seja, aos sessenta anos a expectativa é que um indivíduo do sexo masculino ainda poderia viver provavelmente mais de 18 anos.

Outro aspecto agravado pela pandemia é o etarismo/idadismo e dentro dele o *ageism*, traduzido para o português por ageísmo, que se configura como um preconceito em relação à idade avançada. O termo agrega discriminações, preconceitos e estereótipos por causa da velhice e é também abordado por parte da literatura de forma universalizante pela idade cronológica ou visibilidades dos desgastes físicos do envelhecimento. O ageísmo

se difundiu através de memes veiculados em redes sociais e no discurso oficial do Estado quando se tentou defender que os mais jovens deveriam ser priorizados no atendimento dos casos de Covid-19, uma clara violação aos direitos humanos e ao princípio da universalização do SUS.

Na perspectiva abordada neste estudo, o ageísmo tem incidências variadas conforme a classe social, gênero/sexualidade e “raça”/etnia. Ele se molda conforme os codeterminantes que têm peso nas relações sociais macroestruturais nas sociedades de classes. As condições de vida de determinada classe e seus grupos são variáveis dessa filiação de classe.

Em 2018, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) apontava que 33,9% dos domicílios brasileiros tinham ao menos um idoso residindo, e que o idoso contribuía com 69,8% da renda desses domicílios; 56,3% de sua renda vinha de pensões ou aposentadoria. Isso expunha a importância da seguridade social para a garantia da sobrevivência do(a) velho(a) trabalhador(a) e de sua família (Camarano, 2020).

Contudo, no contexto pandêmico, as estatísticas da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz, 2020) referentes a uma análise do impacto da pandemia no trabalho e renda da pessoa idosa, evidenciam que 36% dos idosos brasileiros que ainda trabalham ficaram sem rendimentos ou tiveram grande diminuição na renda no contexto pandêmico; entre aqueles que não possuem vínculo empregatício, esse número sobe para 55%.

Para Camarano (2020, p. 7), esses dados denotam a importância do idoso como provedor, evidenciando que “a família do idoso não é um ninho vazio” e que os efeitos da pandemia afetam a renda das famílias e a sobrevivência destas. A pandemia também colocou à mostra o papel de provedor das pessoas idosas em meio a um contexto de estigmas e preconceitos que associam

de forma generalizada esta etapa da vida à dependência, à improdutividade, à incapacidade e às patologias. Embora se saiba que a probabilidade de desenvolver algumas doenças depende de vários fatores que não se limitam às questões biomédicas.

Em um estudo sobre os determinantes da incapacidade funcional em pessoas idosas numa perspectiva étnico-racial, Silva (2017, 2020) chama atenção para as iniquidades raciais que impossibilitam a chegada aos sessenta anos – idade utilizada para definir a pessoa idosa nos países em desenvolvimento, conforme a ONU e a OMS. Assevera o autor que a pessoa negra (preta e parda) já nasce em condição desigual e ao longo da sua trajetória, salvo raras exceções, essa desigualdade continua impactando na velhice. As disparidades não findam com a chegada da senescência; elas permanecem e até se ampliam com o preconceito e a discriminação de classe, o racismo, a xenofobia, o idadismo e a homofobia, resultando em consequências para a saúde, o bem-estar e o convívio social.

Enquanto processo heterogêneo e determinado pelas relações materiais de produção, na sociabilidade contemporânea o envelhecimento é reflexo de injustiças naturalizadas nas políticas e serviços públicos, no âmbito das instituições. Um estudo feito por pesquisadores da George Mason University – EUA, no qual analisaram dados de 1,8 milhão de nascimentos hospitalares na Flórida entre 1992 e 2015, mostrou que a taxa de mortalidade de recém-nascidos negros diminuiu entre 39% e 58% quando médicos negros se encarregaram do parto. Assim, o racismo pode aparecer até nos primeiros minutos de vida de uma pessoa negra. Já a taxa de mortalidade de bebês brancos não foi afetada pela raça do médico (Nascimento, 2020).

Os modos de envelhecer e viver a velhice das pessoas negras, indígenas e de diversas etnias agregam situações de opressão,

sofrimento e dor diferentemente daquelas mais privilegiadas em termos econômicos e de acesso ao poder. Esses grupos são estereotipados por terem características distintas do padrão europeu, branco, de cabelos lisos e olhos claros, de modo que o próprio Estado por meio dos seus serviços e instituições reproduz as opressões. Assim, o envelhecimento deles não é vivido com dignidade, justiça e em conformidade com o envelhecimento ativo, num “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005, p. 13).

Portanto, as análises sobre envelhecimento e dependência perpassam o debate sobre as desigualdades sociais, e a explicação das suas raízes estruturais está no processo de formação social das sociedades – neste caso, a brasileira e a espanhola.

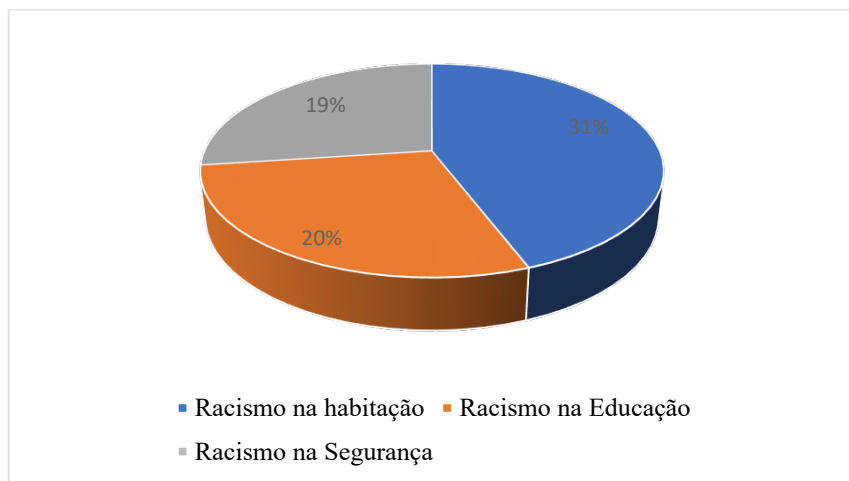
Apesar da aprovação em 31 de dezembro de 2020, pela Assembleia Geral das Nações Unidas, com o apoio de 124 estados, da resolução para a adoção de medidas concretas para a eliminação total das discriminações raciais, da xenofobia e suas formas conexas de intolerância, a Espanha se absteve juntamente com outros países da Europa (entre eles, Alemanha, França, Reino Unido e Hungria) e da América do Norte (Estados Unidos e Canadá). Tal postura pôs em evidência um desafio a ser superado por conta da sua herança histórica, na qual está a base do racismo na Espanha, ou seja, sua história escravista, tendo sido o último país a acabar com a escravidão (RTVE, 2020).

Contudo, não é preciso retroceder tanto no tempo. Há numerosos antecedentes de fenômenos sociais racistas violentos entre payos (brancos) e ciganos (gitanos). A ocorrência desses eventos é ampla e duradoura; inúmeras entreveros e protestos violentos que, nos casos mais graves, terminaram com mortes, ferimentos e a expulsão de famílias ciganas de alguns bairros ou localidades.

Atualmente, o preconceito e a violência, têm alcançado os migrantes, muitos deles de origem brasileira. A discriminação étnica se globalizou e ganha força nos países europeus com a ascensão da extrema direita em alguns países, tendo implicações, como se verá neste estudo, na questão social da velhice e dos cuidados, inclusive das pessoas idosas e dependentes.

O último relatório publicado pelo Conselho para a Eliminação da Discriminação Racial ou Étnica (Cedre), ligado ao Ministério da Igualdade da Espanha, mostra que uma pesquisa realizada em 2020 constatou um aumento do racismo em todas as áreas, especialmente na habitação (31% das pessoas inquiridas sentiram-se discriminadas), educação (20% das pessoas) e Forças e Órgãos de Segurança do Estado (19% das pessoas se sentiram discriminadas em relação ao tratamento policial). No entanto, o mais relevante é que 81% das pessoas que sofreram racismo não o denunciaram por medo.

Gráfico 3 - Racismo na Espanha em diferentes políticas públicas



Fonte: CEDRE/2020.

No âmbito das Comunidades Autônomas ou entidades locais, a situação é mais grave. Um estudo recente do Observatório Espanhol do Racismo e da Xenofobia – Oberaxe (2020), sob o título “Inclusión, Gestión de la diversidad y lucha contra el racismo y la xenofobia: actuaciones de las Comunidades Autónomas y las Administraciones Locales”, evidencia como as atuações contra o racismo estão praticamente ausentes nas políticas migratórias regionais e locais.

Enquanto a Espanha se coloca, do ponto de vista histórico, na condição de país colonizador e explorador da mão de obra escrava, o Brasil por séculos assumiu a condição de país colonizado, com uma economia baseada até o século XIX na escravidão, o que concorreu para a emergência de um capitalismo tardio e dependente, e para a perpetuação do racismo estrutural, que reproduz até os dias atuais a ideia de que às mulheres negras cabe o papel de escrava mucama, muitas vezes exploradas no trabalho doméstico, do cuidado e também abusadas sexualmente no exercício dessas atividades.

O trabalho doméstico no Brasil é um trabalho realizado majoritariamente por mulheres negras oriundas de famílias de baixa renda. Essa afirmação soaria coloquial não apenas em função da banalização que se faz da presença das mulheres no serviço doméstico, mas também pelo racismo estrutural que, em alguma medida, aprisiona os corpos de mulheres negras nas mesmas atividades realizadas na cozinha da casa grande durante o período de escravidão (IPEA, 2019, p. 11).

O racismo associado às assimetrias de classe e gênero é a raiz e a fonte de manutenção e ampliação das desigualdades, e o envelhecimento desigual é uma das suas expressões sociais, inclusive no que tange à longevidade. Dados do IBGE (2020) mostram que embora o aumento da expectativa de vida tenha

atingido também camadas mais vulneráveis, o envelhecimento é díspar quando se considera o indicador regional.

No Brasil, a expectativa de vida alcançou o patamar de 76,9 anos, porém nos estados mais pobres, que estão localizados nas regiões Norte e Nordeste, a média é 8,5 a menos que nas regiões mais ricas. A unidade federativa com o maior índice de expectativa de vida é Santa Catarina, cujo índice é de 80,4 anos de idade, seguida por Espírito Santo e São Paulo, ambos com 79,5 anos. O Piauí e o Maranhão são os estados com o menor valor: 71,9 anos.

No que concerne à Espanha, de acordo com os indicadores demográficos básicos publicados pelo Instituto Nacional de Pesquisa (INE) referentes a 2021, a esperança de vida ao nascer é de 83 anos, um índice maior que a média da União Europeia (EU), que em 2020, devido à pandemia, caiu para 80,4 anos, e superior à média da Organização e Cooperação para o Desenvolvimento Econômico (OCDE), que é de oitenta anos, portanto uma das mais altas da OCDE, sendo uma diferença exponencial também em relação ao Brasil. A mortalidade infantil é significativamente superior à média nacional, e a esperança de vida da população cigana situa-se oito a nove anos abaixo da média. Em situações de marginalidade acentuada, estima-se que a esperança de vida seja dez anos inferior à média¹⁷.

Mas as disparidades não estão apenas nas taxas de esperança de vida; para negros e indígenas brasileiros, nascervivo é um grande desafio. O índice de mortalidade neonatal desses povos é maior do que o de pessoas brancas e do que o índice geral, conforme o Censo de 2010.

Para os componentes da mortalidade infantil, os indígenas apresentaram as mais elevadas taxas ao se considerar o país como

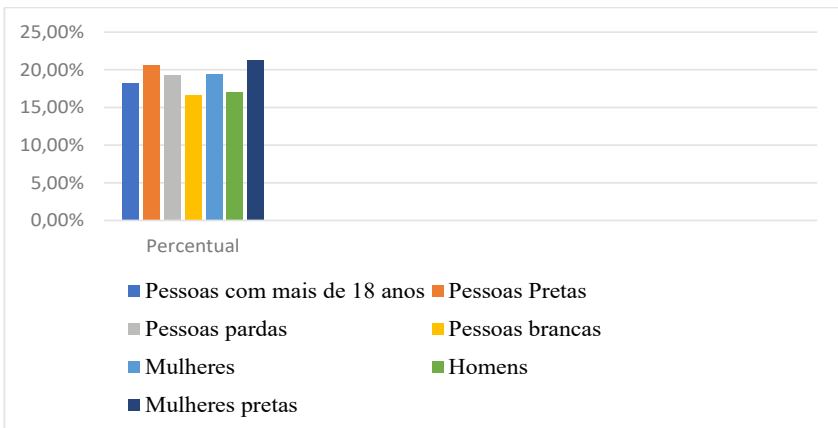
17 Disponível em: https://www.gitanos.org/publicaciones/guiasalud/comunidad_03.pdf

um todo (13,6, 4,8 e 29,1/1.000) [...]. No caso dos componentes neonatais precoce e tardio, com poucas exceções, indígenas e pretos tenderam a apresentar os valores mais elevados ao se comparar as regiões; já amarelos e brancos, os mais baixos (Caldas *et al.*, 2017).

O que se quer evidenciar é que as disparidades impactam na velhice, no seu alcance e na sua qualidade. No Brasil, povos negros (pretos e pardos) têm como desafio nascer vivo e sobreviver ao longo da sua trajetória, em face das mais variadas formas de violência (Silva, 2017, 2020). A Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2019, do IBGE (2022), aponta que 18,3% das pessoas com 18 anos ou mais de idade haviam sofrido violência física, psicológica ou sexual nos 12 meses anteriores à pesquisa.

As pessoas pretas foram as mais atingidas, com 20,6%, seguidas das pardas, 19,3%. Entre as pessoas brancas, 16,6% relataram ter sofrido algum tipo de violência. As mulheres foram mais vítimas de violência (19,4%) do que os homens (17,0%), principalmente as mulheres pretas, grupo de cor ou raça e sexo com maior proporção de vítimas (21,3%).

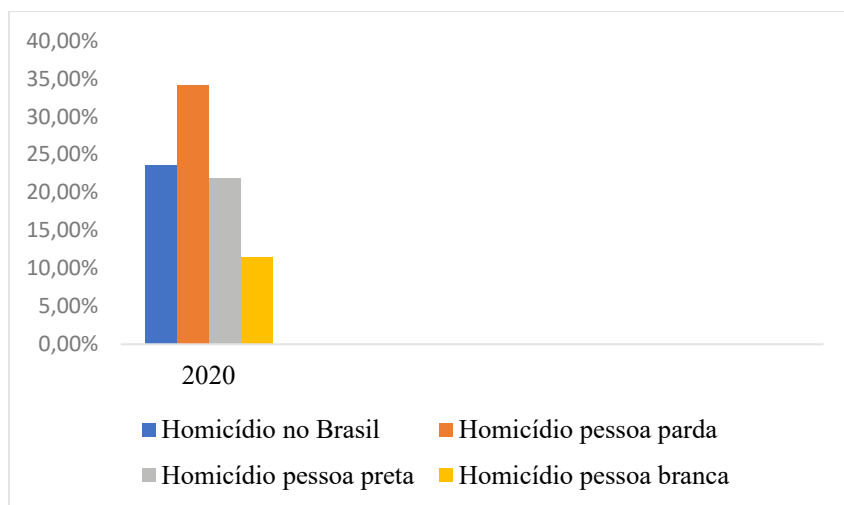
Gráfico 4 - Violência no Brasil



Fonte: PNS/2019; IBGE/2022.

Segundo os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, houve 49,9 mil homicídios no Brasil em 2020, correspondendo a uma taxa de 23,6 mortes por 100 mil habitantes. O total de homicídios foi 9,6% maior do que o observado em 2019 (45,5 mil), mas ainda situado em patamar inferior ao observado em anos anteriores (IBGE, 2022).

Gráfico 5 - Homicídio no Brasil – 2020



Fonte: IBGE/2020 (Percentuais por 100 mil habitantes)

Os números encontrados mostram alta desigualdade na taxa de homicídios por cor ou raça. Em 2020, as pessoas de cor ou raça parda apresentaram taxa de 34,1 mortes por 100 mil habitantes, e as de cor ou raça preta, 21,9 mortes, o que representa quase o triplo e o dobro, respectivamente, da taxa observada entre as pessoas de cor ou raça branca: 11,5 mortes por 100 mil habitantes (IBGE, 2022).

Por isso quando se estudam velhices, é preciso perguntar: quais grupos vivem com desvantagens em relação a outros grupos sociais? A população LGBTQI+¹⁸ se enquadra nas estatísticas dos segmentos vítimas do preconceito e da discriminação devido à ideologia heteronormativa e patriarcal, o que se materializa nas mais variadas formas de violência, que vão desde a falta de acesso às políticas públicas, ao trabalho e à renda, até as violências psicológicas e físicas, muitas vezes tendo como consequência a morte, tornando o Brasil um dos países que mais matam essa população.

Cerca de 10% da população brasileira se reconhece como pertencente ao grupo LGBTQI+; são cerca de 20 milhões de pessoas, com uma expectativa de vida de 35 anos. Em 2020, foram 237 mortes por esta condição; entre as mortes, 70% foram de travestis e transexuais¹⁹. Uma estatística vergonhosa e que se amplia pela impunidade e omissão do Estado, bem como quando relacionada a outros marcadores de iniquidades, como a posição social, a cor da pele e outros.

Cabe destacar que a discriminação nem sempre é visível; ela muitas vezes se materializa de forma sutil e implícita por meio de atitudes, valores e opiniões das pessoas, podendo ocorrer de forma direta ou indireta. Na Espanha, ela ocorre contra estrangeiros e determinados grupos espanhóis, como os povos ciganos. Em dados de 2018, a Agência da UE que trata dos direitos fundamentais indica que 21% dos adolescentes vivenciaram discriminação racial; relatórios referentes a 2017 apontam que mais de 80% dos ciganos

18 Atualmente também se usa a sigla LGBTQIAPN+. É uma sigla que abrange pessoas que são Lésbicas, Gays, Bi, Trans, Queer/Questionando, Intersexo, Assexuais/Arromânticas/Agênero, Pan/Poli, Não binárias e mais.

19 Dados disponíveis em: <https://observatoriomortesviolentaslgbtibrasil.org>.

de origem romena nos diferentes Estados da UE experimentam altas taxas de pobreza.

Conforme a Fundação de Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada (Foessa) – 2018, há um panorama de desigualdades quanto se trata dos ciganos espanhóis. A maioria sofre considerável desproteção dos direitos econômicos e sociais em relação à população geral, e com evidentes questões de gênero: 59% dos povos ciganos consideram que a população tem uma imagem negativa sobre seu grupo de origem; 43% das mulheres se sentiram discriminadas por sua origem, cultura, religião ou sexo, enquanto apenas 7% dos homens afirmam o mesmo. Isso também ocorre quanto à discriminação por orientação sexual e por incapacidade física, cultural, costumes e características pessoais.

Tanto na Espanha como no Brasil, o imbricamento das relações de poder de classe, “raça”/etnia e gênero impacta também em outros indicadores como o mercado de trabalho e renda, educação e moradia, trazendo efeitos para o processo de envelhecimento e para a velhice.

A educação é um dos direitos que mais determinam socialmente a velhice, pois quanto maior o nível de escolaridade, mais informações para se acessar outros direitos como a saúde, a renda, a moradia etc. A educação é determinante no que concerne à saúde, pois possibilita o acesso a informações sobre hábitos saudáveis, sobre a rede de serviços e sobre como acessá-la.

Os melhores empregos, com boas condições de trabalho e melhor renda, são ocupados por aqueles que possuem uma melhor escolaridade. Em consequência disso tem-se a possibilidade de aquisição de moradias dignas e localizadas em áreas com mais cobertura de serviços de saneamento e infraestrutura, com menos violência e com equipamentos e serviços públicos. Ao contrário,

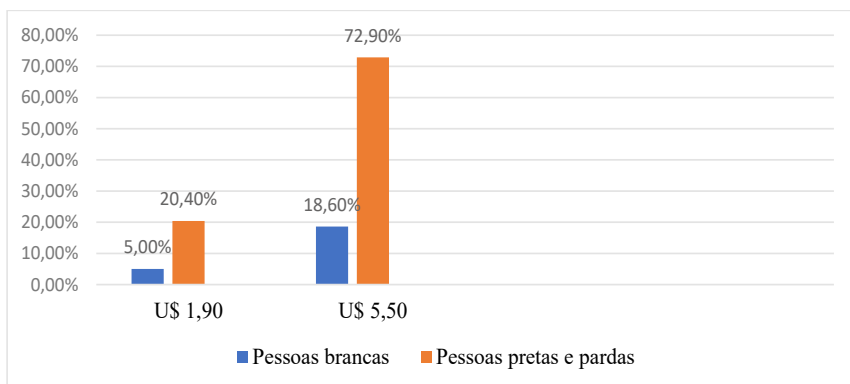
a falta de educação marginaliza ainda mais determinados grupos em relação a todos esses direitos e à qualidade de vida. Contudo, sabe-se que o fato de ser mulher e/ou preto/a ou pardo/a tem implicações na ocupação desses postos e na renda, mesmo com um bom nível de escolaridade.

Dados do IBGE (2022, p. 49) põem em relevo o recorte racial no que concerne a esses indicadores, destacando que “[...] apesar da população preta e da parda representarem 9,1% e 47,0%, respectivamente, da população brasileira em 2021, sua participação entre indicadores que refletem melhores níveis de condições de vida está aquém desta proporção”. O mesmo estudo referente a 2018 mostra que a taxa de analfabetismo entre pretos e pardos é de 9,1%, enquanto a brancos é de 3,9%, o que explica em parte os dados referentes ao mercado de trabalho, que indicam que em 2021, 69% dos cargos gerenciais eram ocupados por pessoas brancas, e somente 29,5% por pessoas negras (IBGE, 2022).

A desigualdade está presente no empreendedorismo também. No Brasil, empreendedores negros têm um rendimento médio 32% inferior ao verificado nos brancos, além de serem menos escolarizados e mais jovens. É o que aponta estudo realizado pelo Serviço Brasileiro de apoio às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae) a partir de dados da PNAD/IBGE – 2022²⁰.

20 Dados disponíveis em: <https://agenciasebrae.com.br/dados/rendimento-medio-dos-negros-donos-de-negocios-e-32-inferior-ao-de-empresarios-brancos/>.

Gráfico 6 - Recorte Racial das pessoas que vivem abaixo da linha da pobreza



Fonte: IBGE/2022.

A falta de acesso à educação é também determinante nos níveis de pobreza e, por consequência, na qualidade de vida das pessoas. O recorte racial mostra que negros (pretos e pardos) compõem os números mais expressivos de pessoas abaixo da linha da pobreza. Pessoas que vivem com renda diária inferior a US\$ 1,90: brancos 5,0% e negros (pretos e pardos) 20,4%; que vivem com US\$ 5,50: brancas 18,6% e negros (pretos e pardos) 72,9% (IBGE, 2022).

Entre a população residente em domicílios próprios, 20,8% das pessoas pardas e 19,7% das pessoas pretas residiam em domicílios sem documentação da propriedade, enquanto a proporção encontrada entre as pessoas brancas era cerca de metade desse valor (10,1%). Pretos e pardos enfrentam, portanto, uma situação de maior insegurança de posse e de informalidade da moradia própria (IBGE, 2022).

Esses dados evidenciam que o racismo se desdobra em iniquidades, pois como bem afirma Camara Jones (2002, p. 9),

é “um sistema de estruturação de oportunidades e atribuição de valor com base no fenótipo, ‘raça’”, prejudicando ou favorecendo injustamente determinados grupos ou comunidades. A equidade diz respeito à equivalência de igualdade; sua ausência gera desigualdades nas políticas públicas, no acesso aos serviços e bens de consumo que são essenciais a uma vida longa e com saúde.

Em seu relatório “*A sobrevivência do mais rico – por que é preciso tributar os super-ricos agora para combater as desigualdades*”, lançado por ocasião da reunião do Fórum Econômico de Davos 2023, a Oxfam/BR mostrou que as desigualdades se ampliaram no Brasil no período da pandemia de Covid-19, favorecendo a concentração de riquezas nas mãos de um pequeno grupo. O 1% mais rico do mundo ficou com quase 2/3 de toda a riqueza gerada desde 2020 – cerca de US\$ 42 trilhões – seis vezes mais dinheiro que 90% da população global (7 bilhões de pessoas) conseguiu no mesmo período. Na última década, esse mesmo 1% ficou com cerca de metade de toda a riqueza criada. Pela primeira vez em trinta anos, a riqueza extrema e a pobreza extrema cresceram simultaneamente.

O relatório da Rede Pessan (2022) expõe um dado vergonhoso para o Estado brasileiro: no final de 2020, 19,1 milhões conviviam com a fome. Em 2022 identificaram-se 33,1 milhões de pessoas sem ter o que comer. A insegurança alimentar é a condição de não ter acesso pleno e permanente a alimentos, e a fome representa a sua forma mais grave.

Na sociabilidade do capital, as desigualdades são inerentes ao sistema; manter as assimetrias favorece a manutenção do equilíbrio do capitalismo, seu processo de acumulação do capital e concentração de riquezas, que na contemporaneidade tem o domínio do capital financeiro. É característica do modo de produção capitalista a desigualdade de classe, a exploração da classe trabalhadora, a apropriação da riqueza produzida

por uma classe detentora dos meios de produção. Por meio da divisão sexual do trabalho, inferioriza e desvaloriza o trabalho das mulheres e dos povos negros e de outras minorias étnicas, bem como determina quais postos estes podem assumir.

Para Gonzalez (2020):

[...] o racismo – enquanto articulação ideológica e conjunto de práticas – denota sua eficácia estrutural na medida em que estabelece uma divisão racial do trabalho e é compartilhado por todas as formações socioeconômicas capitalistas e multirraciais contemporâneas. Em termos de manutenção do equilíbrio do sistema como um todo, ele é um dos critérios de maior recrutamento para as posições na estrutura de classes e no sistema de estratificação social (Gonzalez, 2020, p. 35).

Bernardo (2019), em seu estudo realizado sobre o envelhecimento da classe trabalhadora e dependência, expõe a relação existente entre a materialidade da produção da velhice com perdas de capacidade funcional ou frágil, associando-a a uma trajetória laboral precarizada, à falta de acesso às políticas públicas e à ameaça dos direitos.

A maior parte dos idosos de nossa amostra sobrevive com seus recursos previdenciários (aposentadorias ou pensões) entre um a dois salários mínimos. Constituem as pessoas de referência de seus domicílios e deparam-se regularmente com frequentes ameaças e instabilidade de perda de direitos. São homens e mulheres, a maioria migrantes, trabalhadores desde muito jovens na informalidade ou em vínculos intermitentes, com baixa escolaridade e rendimentos insuficientes. Trabalhadores(as) da área de serviços ou doméstico não remunerado, acometidos pelo adoecimento crônico com repercussão direta no exercício da autonomia, usufruíram pouco da aposentadoria ou pensão, seja porque continuariam trabalhando até adoecer, seja porque adoeceriam ainda na “ativa” (Bernardo, 2019, p. 154).

A pobreza e a extrema pobreza, a falta de acesso ao saneamento básico, à alimentação adequada e cuidados hospitalares têm implicações na redução da expectativa de vida, no desenvolvimento de comorbidades e transtornos psiquiátricos, além da perda de capacidade funcional. A trajetória de uma vida de discriminação e preconceitos pode levar a uma velhice com problemas de mobilidade e isolamento social. As estatísticas mostram que as maiores vítimas de uma velhice problemática, seja do ponto de vista das patologias, seja por questões econômicas, são as mulheres.

Uma pesquisa de 2020 sobre incapacidade, autonomia pessoal e situações de dependência, do Instituto Nacional de Estatística da Espanha, indica que um total de 4,38 milhões de pessoas (94,9 de cada mil habitantes) afirmou ter algum tipo de incapacidade ou limitação, e isso afeta mais as mulheres (109,2) que os homens (80,01). Os problemas com mobilidade são mais frequentes, sendo também as mulheres as mais acometidas: 2,57 milhões contra 1,81 milhão de homens. As diferenças por sexo se ampliam na faixa superior a setenta anos. Por idade, 75,4% do coletivo com incapacidade ou limitação tinham 55 anos ou mais.

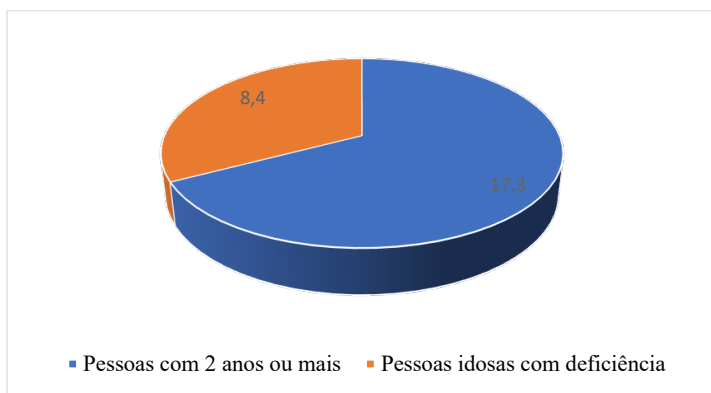
No Brasil, estudos mostram que há diferenças na prevalência das situações de dependência ou incapacidade funcional²¹ conforme o grupo racial da pessoa idosa (Silva, 2017, 2020) e que a incapacidade funcional é maior entre as mulheres, seja por terem uma maior expectativa de vida, logo mais suscetíveis às doenças crônicas (Olmo, 2003), seja pelas condições da sua trajetória de vida e condições de existência, considerando que estas, por vezes,

21 Para Olmo (2013, p. 8), “diversos autores conceituam a capacidade funcional como a habilidade física e mental que um indivíduo possui para executar as atividades necessárias para o dia a dia, tais como as atividades básicas, atividades instrumentais e mobilidade física, porém, ainda não há consenso definitivo sobre a definição da capacidade funcional”.

acumulam a responsabilidade do trabalho doméstico e/ou do cuidado com o trabalho remunerado; são vítimas de variados tipos de violência, de preconceitos e discriminação pela questão de gênero, cor e idade, além da falta de acesso à educação, à renda, à alimentação, ao trabalho e à moradia digna.

Outro dado importante para essa relação com a dependência é o que mostra uma pesquisa do IBGE (2019): o número de pessoas com dois anos ou mais de idade com deficiência no país era de 17,3 milhões; quase metade (49,4%) da população com deficiência era idosa.

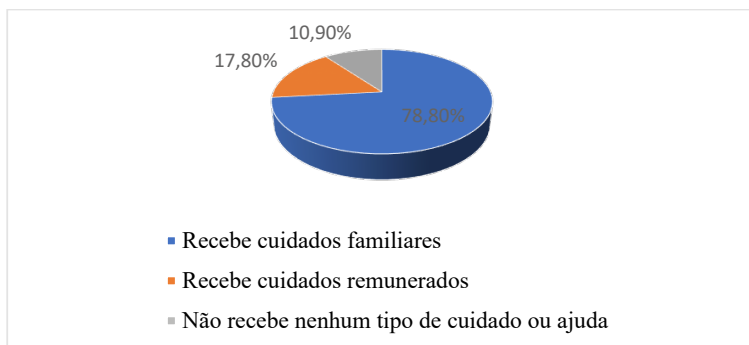
Gráfico 7 - População com deficiência no Brasil – 2019



Fonte: IBGE/2019 – Dados em milhões.

No Brasil, na Pesquisa Nacional de Saúde – PNS/IBGE (2014) realizada em 2013 entre os idosos de sessenta anos ou mais de idade que tinham alguma limitação funcional, 84,0% declararam precisar de ajuda para realizar as atividades da vida diária.

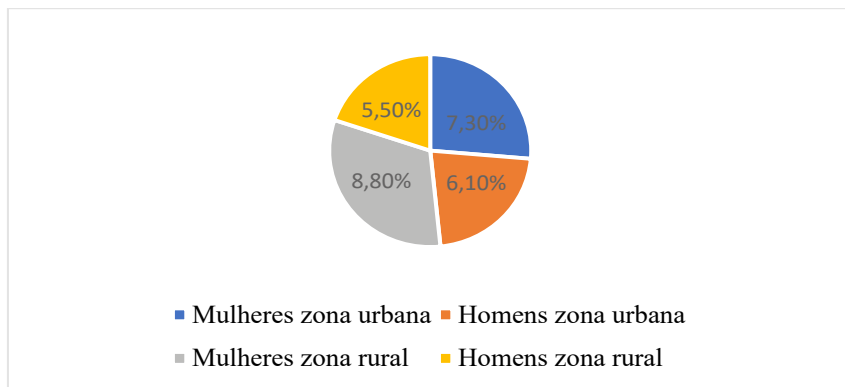
Gráfico 8 - Acesso aos cuidados



Fonte: PNS/2014.

A PNS investigou o tipo de cuidado recebido por estes idosos: 78,8% recebiam cuidados de familiares, 17,8% recebiam cuidados remunerados e 10,9% não recebiam ajuda para realizar as atividades da vida diária, evidenciando a ausência de políticas de cuidados para esse segmento e a responsabilização das famílias. Segundo a pesquisa, 6,8% das pessoas de sessenta anos ou mais de idade tinham limitação funcional para realizar suas atividades de vida diária. Verificou-se ainda que, quanto mais elevada a idade, maior era a proporção de pessoas com tais limitações, variando de 2,8% para aquelas de sessenta a 64 anos a 15,6% para as de 75 anos ou mais de idade.

Gráfico 9 - Limitação para AVD por sexo e áreas (urbana e rural)



Fonte: PNS/2014.

Os diferenciais por sexo também são importantes: 7,3% das mulheres de sessenta anos ou mais de idade tinham limitação funcional para realizar suas atividades de vida diária; para os homens, o indicador foi de 6,1%. O diferencial por sexo foi mais marcante na área rural: de 8,8% para as mulheres e 5,5% para os homens, o que causa preocupação, dada a baixa cobertura de serviços públicos de saúde e assistência social no meio rural.

Num estudo realizado por Camarano (2022) e tomando como referência a PNS/IBGE, 2019), verifica-se que as pessoas idosas (sessenta anos ou mais) afirmaram ter em média 1,8 doença crônica em 2019; entre as mulheres, a taxa é de 2,4. As doenças mais frequentes são hipertensão, doença de coluna ou costas, colesterol alto, diabetes e artrites ou reumatismo.

Quanto às limitações ou dificuldades para realizar as atividades básicas da vida diária (ABVDs) no período entre 2013 e 2019, observa-se que houve um crescimento das taxas, em torno de 54% e 86% para homens e mulheres, respectivamente. Entre os homens, o maior crescimento foi observado para o grupo de

sessenta a 69 anos; entre as mulheres, para as de setenta a 79 anos. A proporção de quem precisa de ajuda aumenta com a idade; é mais elevada entre os homens de sessenta a 79 anos comparativamente às mulheres. Já entre os octogenários, as mulheres são as que mais demandam por auxílio (Camarano, 2022).

Quanto à dependência de cuidados, a pesquisa indica que em 2020 existiam 24,5 pessoas dependentes para cada cem cuidadores potenciais. Esse valor era composto por 19,0 crianças e por 5,5 idosos para cem cuidadores. Os resultados apontam para uma queda da demanda de cuidados por crianças para 15,1 a cada cem adultos em 2040. Pode-se esperar que a demanda da parte dos idosos venha mais do que a dobrar: de 5,5 para 12,7 por cem cuidadores (Camarano, 2022). Estimativas de Camarano (2017) indicam que o número de idosos brasileiros que deverão necessitar de cuidados prolongados poderá crescer entre 61% e 77% entre 2010 e 2030, e que os homens e as mulheres deverão passar 4,2 e 4,7 anos, respectivamente, demandando cuidados de longo prazo.

Esses dados reforçam a ideia de que as assimetrias de gênero tornam a trajetória de vida das mulheres mais difícil, pela sobrecarga de trabalho, pois muitas vezes precisam conciliar trabalho remunerado com o doméstico e do cuidado, dadas das situações de violência e a condição de classe e “raça” que as tornam mais vulneráveis que as mulheres de determinados grupos (brancas, de classe média e com melhores condições de vida).

A pessoa idosa que depende de cuidados nas sociedades contemporâneas coloca em xeque as atuais políticas sociais de cuidados em contexto de austeridade neoliberal e sua capacidade de atender a uma demanda crescente e as situações de vida das famílias, especialmente as mais pobres, afetadas nos seus modelos

familiares, nas condições de sobrevivência e sociabilidades postas pelas atuais mudanças no mundo do trabalho.

TRABALHO E A CONSTITUIÇÃO DO SER SOCIAL: os lugares da produção e reprodução na sociabilidade capitalista

Neste capítulo, aborda-se o trabalho como elemento central da sociabilidade humana no processo de produção e reprodução social, situado na divisão social do trabalho, mas também na divisão sexual e racial do trabalho, que promovem assimetrias de gêneros e de raça. Em decorrência desta, o cuidado é posto como uma atividade desvalorizada e naturalizada, como reponsabilidade da família e, mais especificamente da mulher.

A compreensão das conexões desses elementos conceituais, o trabalho produtivo e o trabalho reprodutivo, permite uma análise crítica no sentido de desconstruir a concepção do cuidado como um atributo feminino e revelar a sua importância para a reprodução social, já que constitui uma necessidade ontológica, bem como o cenário de transformações sociais que se impõe como uma demanda a ser incluída na agenda pública e democratizada, sobretudo para os segmentos mais vulneráveis.

Emergência do cuidado ou trabalho do cuidado como um campo de estudo e política social

Por muito tempo, a história da vida privada foi considerada irrelevante, diferentemente da história da política, da economia e do social, que sempre se situaram na esfera pública, mais especificamente no Estado. Em consequência disso, o trabalho doméstico e de cuidado restou invisibilizado, já que o trabalho, com a destituição da família como unidade produtiva, passou a ser compreendido apenas como aquele realizado no mercado (Carrasco; Borderías; Torns, 2011), especialmente o trabalho dito produtivo e que produz mais-valia.

Daí a importância de uma análise numa perspectiva histórica e crítica sobre cuidados, para que se possa evidenciar a variabilidade de concepções sobre cuidado e trabalho de cuidado, histórica e socialmente e nas diversas disciplinas (história, sociologia, economia e outras). Sem a pretensão de aprofundar as contribuições históricas em cada área do conhecimento, a abordagem feita aqui, ainda que sintética, parte de uma direção histórica e interdisciplinar sobre a temática cuidado em suas distintas dimensões: remunerado ou não remunerado; público ou privado; objetivo ou subjetivo.

A adoção da perspectiva histórica e crítica dialética permite: questionar visões estáticas em torno da temática cuidado, evidenciando que ao longo do tempo e em diferentes espaços se desenvolveu uma diversidade de concepções e práticas; conhecer as causas dos problemas atuais relativos ao trabalho de cuidado; desmitificar as naturalizações sobre a quem cabe o papel de cuidar e como se deve cuidar; identificar os impactos das tecnologias e inovações nas mudanças de valores, hábitos e costumes quanto ao trabalho doméstico e de cuidado. Uma visão histórica confronta

as situações em que o debate sobre a temática se baseia numa realidade estática e que ignora os contextos históricos nos quais se desenvolveram as teorias de cuidado (Carrasco; Borderías; Torns, 2011).

Conforme as autoras supracitadas, o interesse pelo que se denomina hoje de *trabalho de cuidado* tem sua origem ligada a quatro tendências ou subdisciplinas historiográficas:

- i. Segunda onda da escola de Annales²² e seu interesse pelo mundo privado;
- ii. A história da família (estudos sobre natalidade; fertilidade; sentimentos);
- iii. A história da infância, das mulheres e da medicina;
- iv. Concepções feministas (Carrasco; Borderías; Torns, 2011).

Sem desmerecer parte desses fatores, aqui interessa aprofundar, ainda que de forma breve, a relação do movimento das mulheres e dos estudos feministas com a emergência do tema cuidado pela abordagem do imbricamento das desigualdades e por estarem aí as raízes do debate histórico, social, político e econômico que envolve a temática.

Discutir cuidado articulado à luta das mulheres é reforçar a centralidade que se dá à relação capital/trabalho e às lutas sociais na compreensão da problemática do envelhecimento do trabalhador, pois a incorporação à agenda pública de direitos à proteção social (a exemplo das políticas de cuidado) resulta das reivindicações dos movimentos sociais, entre eles o movimento

22 A escola dos Annales é um movimento historiográfico do século XX que se constituiu em torno do periódico acadêmico francês *Annales d'histoire économique et sociale*, tendo se destacado por incorporar métodos das Ciências Sociais à História (Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Escola_dos_Anales).

feminista, assim como a incorporação da sua perspectiva interseccional originada no movimento feminista negro.

A literatura associa o debate sobre cuidados ao movimento e estudos feministas. As pesquisas sobre gênero impulsionaram formulações teóricas nas mais variadas áreas, entre elas a do trabalho: trabalho doméstico não remunerado, emprego doméstico e cuidado como trabalho (Guimarães; Hirata, 2020; Vega; Rodríguez, 2014; Zola, 2016).

Os estudos evidenciam o caráter polissêmico e multidimensional do termo “cuidados”, pois abarca conceitos equivalentes ou semelhantes e variam conforme o contexto social. Conforme Guimarães e Hirata (2020, p. 29-31), o vocábulo inglês *care*, numa tradução aproximada, significa “cuidado, solicitude, atenção com o outro”. Já no francês, muitas autoras preferiram usar o termo *care* sem traduzi-lo, mas seu termo equivalente no idioma francês é *soin* e diz respeito à solicitude em relação ao outro por questão afetiva. Para as autoras, *care* engloba também as políticas públicas de bem-estar.

No Brasil e nos países de língua espanhola é o verbo cuidar que mais se aproxima de uma tradução do *care*, ao designar ação e atitude. A constituição desses termos se relaciona à trajetória de diversos campos de conhecimento e dos estudos e do movimento feminista, a partir do debate sobre trabalho doméstico e, posteriormente, sobre trabalho de cuidados.

As discussões em torno do trabalho doméstico se deram inicialmente no seio do movimento feminista e, posteriormente, na academia. Os primeiros ensaios teóricos ligados fortemente a ações e reivindicações políticas ocorreram no final dos anos 1960 e início dos anos 1970, destacando-se aqueles estudos sobre cuidado ligado ao conceito de reprodução social. Em boa parte da década de 1970 e 1980, predominou o feminismo socialista,

que trouxe para o centro das discussões a contribuição oculta das mulheres ao processo de acumulação do capital.

Inicialmente as elaborações teóricas se concentraram nas tarefas domésticas na família como um trabalho explorado pelos homens, depois se ampliaram para a reprodução da força de trabalho e para o conjunto do sistema capitalista, com uma forte ênfase na reprodução social (Vega; Rodriguez, 2014).

A reprodução social era compreendida como um complexo processo de tarefas, trabalho e energias, cujo objetivo seria a reprodução da espécie e das relações sociais, e em particular da reprodução da força de trabalho. “El sistema de reproducción social incluirá la estructura familiar, la estructura del trabajo asalariado y no asalariado”. Outros estudos foram além da questão trabalho assalariado ou não assalariado, ao destacarem que o trabalho doméstico implicava também a subjetividade (afetividade e sexualidade) da mulher (Carrasco; Borderias; Torns, 2011, p. 31-32).

O período no qual se desenvolvem as primeiras abordagens coincide com a denominada nova fase do movimento feminista, que se instalou num contexto de luta dos países colonizados pela libertação nacional na década de 1960. Para Piscitelli (2009, p. 133), essa fase se caracteriza por reivindicações pela “igualdade no exercício dos direitos, questionando, ao mesmo tempo, as raízes culturais dessas desigualdades”. O movimento criou um sujeito político coletivo, as mulheres, buscando estratégias de combate à subordinação e apropriando-se de teorias para explicar a subordinação, com o uso de vários conceitos e categorias, entre eles os de mulher, opressão e patriarcado.

Nos países menos desenvolvidos, a luta pela libertação nacional impactou no Norte Global, nos países imperialistas, bem como nos movimentos da juventude dos anos 1960, que

forneceram um modelo político e argumentos, no final da década, para a nova onda feminista (Connel; Pearse; 2015). Conforme Debert (2020, p. 88), os anos 1960, nos Estados Unidos, foram marcados por uma preocupação com problemas relacionados às minorias e à pobreza, ocasião em que se ampliam os estudos sobre classes sociais e etnicidade, permitindo “revelar a heterogeneidade das experiências, em grupos definidos através de categorias homogeneizadoras, como é o caso da velhice” e de outras categorias.

Nos anos 1970, emergem na literatura anglo-saxã estudos sobre trabalho doméstico não pago das mulheres, que fundamentados no marxismo trazem para o debate a questão do trabalho produtivo/trabalho improdutivo. Assim, “fundamentado na polêmica sobre produtividade, ou não, do trabalho doméstico, o tema cuidado familiar ganha visibilidade teórica na década de 1970, a partir do acentuado acesso da mulher ao mundo do trabalho e de estudos feministas” (Zola, 2016, p. 236).

Contudo, somente nos anos 1980 o cuidado se torna um campo de estudos nos Estados Unidos ligado ao movimento feminista e aos estudos feministas (Guimarães; Hirata, 2020). Por meio do estudo de Carol Gilligan (1982), a moral ganha centralidade. Devido à crítica e à defesa da sua obra, muitos outros trabalhos envolvendo o tema surgem posteriormente. A autora contrapõe a ética do cuidado à ética da justiça, que se fundamenta em princípios racionais, abstratos e universais, de modo a negligenciar “dimensões importantes do cuidado e da responsabilidade pessoal que caracterizam a ética feminina”. A ética feminina seria a “voz diferente” da moralidade, pois “as mulheres estão voltadas à reponsabilidade e ao cuidado dos outros” (Debert; Pulhez, 2019, p. 8).

O estudo de Gilligan (1982) recebeu críticas por “sua concepção de ética baseada na conexão com os outros e em relacionamentos de cuidado. Conhecida como a ética do cuidado, é a do risco do conservadorismo”. A defesa da “voz diferente” poderia alimentar a “manutenção da submissão das mulheres na sociedade e a prevalência de certos estereótipos, por exemplo, o de que a mulher nasceu para cuidar dos outros” – e por se assentar numa perspectiva que reforça o essencialismo de gênero, muito embora seu objetivo fosse mostrar que “na sociedade patriarcal, vozes diferentes são formadas, valoradas, hierarquizadas e naturalizadas” (Kuhnen, 2014, p. 3).

No âmbito da sociologia, os estudos chamavam atenção para as limitações que as feministas escandinavas apontavam quanto ao *Welfare State*, destacando a invisibilidade do trabalho do cuidado e o tempo gasto nesta atividade. A respeito disso, Connell e Pearse (2015) inferem que nesse momento, as chamadas “femocratas” da Austrália, Escandinávia e Alemanha, na luta pela igualdade de gênero, reivindicaram reformas legais e burocráticas, bem como financiamento governamental para políticas de proteção social que possibilitassem transferir para o Estado a tarefa dos cuidados com idosos, deficientes e crianças. Isso gerou um debate, pois o feminismo via o Estado como patriarcal, fazendo com que novas teorias surgissem e que o Estado fosse pensado como instituição generificada, com possibilidade de mudança. A vertente da economia feminista “criticou com fervor as novas e desafiantes ideias de Esping-Andersen por seu viés androcêntrico” nas análises do *Welfare State* que ganharam domínio nos estudos sobre o trabalho do cuidado (Guimarães; Hirata, 2020, p. 35)

Orientando-se pelos estudos de José de São José (2016), Debert e Pulhez (2019) apontam que na década de 1980 o cuidado era pensado como uma relação unidirecional e de dependência,

em que o poder estava com o/a cuidador/a (sujeito ativo) e a pessoa cuidada ocupava a condição de passiva. Havia também uma centralidade nos aspectos negativos da experiência de cuidar em vários aspectos (financeiro, saúde e outros), enquanto pessoas idosas e outras que dependiam de cuidados tinham pouca visibilidade e atenção.

Conforme as autoras, nessa fase, nos Estados Unidos e no Reino Unido, as pesquisas relativas à temática estavam focadas na esfera privada (doméstica e familiar). O debate se dava em torno do trabalho, das relações familiares e do amor, tendo como modelo do cuidador a mulher de classe média, branca, na meia-idade e fora do mercado de trabalho formal. Enquanto nos países escandinavos o foco era a esfera pública. O cuidado se caracterizava como sendo um trabalho emocional e realizado pela mulher branca da classe trabalhadora. A transversalidade de gênero nas pesquisas viria apontar para a posição em desvantagem ocupada pela mulher no mercado de trabalho.

Os estudos feministas nos anos 1990 avançaram na direção do rompimento da dicotomia trabalho e não trabalho, apontando para a necessidade de redefinir o conceito *care* de modo a torná-lo mais abrangente, contemplando as suas diferentes dimensões.

Amplia-se a visão de quem é o cuidador e o interesse se volta para as diferenças étnicas, de sexo, idade e de classe social dos cuidadores e dos diferentes contextos em que a atividade é exercida. Da mesma forma, a ideia dos efeitos negativos do cuidado é revista, levando-se em conta seus impactos positivos; e a atenção se volta também para o trabalho remunerado e para os espaços públicos do cuidado. A dimensão macroestrutural ganha relevância de modo a contemplar as mudanças no *Welfare State* e o modo como se dá a articulação entre o Estado, a sociedade civil e o mercado, com um interesse crescente pelas configurações das políticas sociais em diferentes países (Debert; Pulhez, 2019, p. 6).

O conceito de *care* alarga-se para além das suas dimensões materiais, afetivas, subjetivas, emocionais e morais, incorporando um enfoque nas políticas públicas e no Estado de bem-estar, como visibilidade para a necessidade de se reivindicar o reconhecimento da organização social do cuidado. Conforme Palomo (2008), o modelo social do *care* implica o questionamento sobre o papel da família, do Estado, do mercado e da sociedade civil no compartilhamento das reponsabilidades pelo cuidado, tornando de interesse público as demandas de cuidados ocasionadas por questões inerentes à condição humana.

El interés del modelo social *care* reside en que implica dos niveles de análisis: el de las políticas y el de las prácticas cotidianas, preguntándose cómo se reparten los cuidados entre el Estado, las familias, los mercados y la sociedad civil, y dentro de las familias entre géneros y generaciones [...]. En todo caso, socializar el cuidado implica hacer materia de interés público las cuestiones relativas a la dependencia, fragilidad y/o carencia total, parcial o temporal de autonomía [...]. Esta perspectiva de los cuidados parte de un análisis amplio de las relaciones sociales organizadas en torno a la dependencia y la vulnerabilidad, en tanto que considera que la vulnerabilidad y la dependencia no son accidentes que les suceden a otros sino rasgos inherentes a la condición humana (Palomo, 2008, p. 33).

Segundo Vega e Rodriguez (2014), além das discussões anteriores, nos anos 1990, no contexto europeu desenvolveram-se ações de caráter teórico e empírico, com uma crítica à categoria trabalho, de modo a comportar uma visão mais ampla que aquela ligada à esfera da produção. As pesquisas empíricas envolveram a medição do valor do trabalho doméstico e do tempo gasto para desenvolvê-lo. Analisou-se ainda a relação entre família e mercado, e se explorou o modo como o Estado de bem-estar social se sustenta numa perspectiva sexista e familista, ofertando uma cidadania frágil para as mulheres e outras pessoas dependentes.

Nos anos 2000, com o surgimento da escola francesa do *care*, representada por Laugier, Molinier e Paperman, focaliza-se a relação entre política, ética e trabalho, dando continuidade à linha de pensamento de Tronto, “tanto postulando a indissociabilidade entre política, ética e trabalho quanto ressaltando ser o cuidado uma atividade ancorada na desigualdade de gênero, de raça e de classe” (Guimarães; Hirata, 2020, p. 37).

É importante ressaltar que a perspectiva interseccional e a de imbricamento das desigualdades, nos estudos de cuidado, decorreram daquelas demandas apontadas pelo movimento feminista negro desde os anos 1980 e 1990, que punham em questão as feministas acadêmicas e brancas. Isso porque, no período que corresponde à denominada “segunda fase” do movimento feminista, a ideia de criar um sujeito político contribuiu para que o pensamento feminista se voltasse para a criação de uma categoria mulher como universal, sem que se percebessem as diferenças entre as mulheres. Essa visão passou a ser questionada, a partir dos anos 1980, por mulheres negras dos Estados Unidos e do Terceiro Mundo, evidenciando um conflito de interesses dentro do próprio movimento.

Nos anos 1990, os estudos sobre mulheres passaram a ser denominados de “estudos de gênero”, em meio a resistências e controvérsias, inclusive dentro do movimento feminista, passando a envolver questões relacionadas a lésbicas, gays e transgêneros, bem como pesquisas não feministas sobre gênero (Connel; Pearse, 2015).

Feita essa breve contextualização, destaca-se que os estudos que se seguiram sobre cuidados procuraram identificar as causas da invisibilidade do trabalho de cuidado e focalizar na “vulnerabilidade”, pois “a vulnerabilidade e a falta de cidadania dos idosos dependentes e dos portadores de deficiência também

repercutiam sobre o *status* de quem cuidava” (Guimarães; Hirata, 2020, p. 37-38).

Tronto contribuiu muito ao oferecer elementos que favoreceram a desnaturalização da visão de que a mulher tem uma ética que a coloca como naturalmente voltada ao cuidado. Ela “substituiu o dilema autonomia/dependência pelo princípio da vulnerabilidade: estamos todos envolvidos/as nas malhas do *care* e dele dependemos para existir. Mais recentemente, propôs fazer do *care* um valor realmente democrático, propugnando por uma democracia cuidadora [...]” (Guimarães; Hirata, 2020, p. 34).

Na primeira década do século XXI, os estudos se intensificam devido às transições demográficas e às reconfigurações do Estado e da família. Conforme Guimarães e Hirata (2020), a disseminação dos estudos sobre cuidado no mundo se associou ao que se convencionou chamar de “crise do cuidado” ou “déficit de cuidado”. O aumento da expectativa de vida e do número de pessoas longevas com maior grau de dependência e a escassez de mão de obra feminina gratuita – devido à ampliação da inserção no mercado de trabalho, à tomada de consciência e à queda na taxa de fecundidade – tornaram o *care* um problema social, demandando estudos a partir dos anos 2000. Para Vega e Rodríguez (2014), a crise do Estado de bem-estar social, desencadeada desde meados dos anos 1970, e os cortes no gasto público foram um estímulo ao debate sobre a “crise de cuidados”.

Emerge também a internacionalização do trabalho do *care* ligada a essa problemática do déficit de cuidados nos países mais ricos, porém afetando os mais pobres, onde os primeiros, por meio de políticas migratórias excludentes, promovem a exploração e a desvalorização da mão de obra migrante, reforçando os padrões de desigualdades de classe, “raça”/etnia e gênero.

Os estudos do cuidado seguiam, assim, mostrando-se relevantes, tanto nos debates recentes no campo dos estudos de gênero, como no avanço da reflexão sobre temas cruciais ao entendimento das sociedades contemporâneas, tais como as desigualdades, o racismo, as migrações, a vulnerabilidade, a precariedade, o bem-estar e as políticas (Guimarães; Hirata, 2020, p. 42).

Segundo Vega e Rodríguez (2014), a regulação migratória e um mercado de trabalho com demanda de cuidado se intensificam nas análises e no ativismo:

La introducción de una perspectiva transnacional sobre la regulación migratoria y un mercado de trabajo con una fuerte demanda de cuidados emergió entonces con fuerza en los análisis y en el activismo feminista y migrante del momento y no ha dejado de crecer e consolidarse (Vega; Rodríguez, 2014, p. 11).

Os estudos centrados na realidade dos países industrializados do Ocidente, baseados na família nuclear, heterossexual, com clara divisão sexual do trabalho, entre outros fatores, despertaram a reflexão para a necessidade de pesquisas e produções voltadas à realidade multicultural dos países da América Latina. Esses estudos se caracterizam por contemplar a relação entre pobreza e proteção social para o cuidado; cuidado e gênero; cuidado, bem-viver e direitos ambientais.

A relação entre a falta de infraestrutura e serviços públicos, a sobrecarga do cuidado e a pobreza são centrais. Vêm se ampliando também os estudos ligados às políticas de ajustes neoliberais que impactam na proteção social, a migração, a rede de suporte informal e os modelos familistas de proteção social na área do cuidado (Vega; Rodríguez, 2014).

Conforme Hirata (2012), o cuidado comporta diferentes significados, havendo estudos em todo o mundo a partir de diferentes perspectivas (moral, ética, política, trabalho, classes

sociais). No Brasil, os estudos sobre cuidado estão mais ligados à enfermagem e à gerontologia social, por envolverem vários aspectos relacionados à saúde.

O interesse pelo tema nas ciências sociais vem aumentando devido às mudanças demográficas, à redefinição do papel do Estado e à reestruturação produtiva e mudanças de valores, com importantes contribuições de estudos que contemplam análises comparativas entre países, políticas públicas de cuidado, cuidado de pessoas idosas, abordagem do imbricamento das desigualdades e transversalidade da temática migração, realizados por pesquisadoras como Gama (2014), Groisman (2015), Camarano (2010, 2017), Guimarães e Hirata (2020), Passos (2018), Bernardo (2019); Minayo *et al.* (2020) e Martínez-Buján (2011, 2014, 2021).

A Centralidade do Trabalho no Processo de Sociabilidade: uma análise ontológica

Tendo como ponto de partida a categoria trabalho como elemento central e fundante do ser social, discute-se o processo de produção e reprodução social com vistas a compreender como se entrecruzam os marcadores de desigualdades sociais (classe, raça/etnia e gênero) no que concerne à questão do cuidado e o lugar que ocupa o/a velho/a trabalhador/a no contexto da sociedade capitalista, já que cada modo de produção cria um padrão civilizatório cuja ordem representa o pensamento dominante de classe, “raça”/etnia e gênero.

Portanto, no contexto do modo de produção capitalista não se produzem apenas mercadorias, mas um conjunto de normas e valores que visam manter a ordem vigente, que não é somente econômico ou de ordem material ou objetiva, pois, envolve a “produção de homens e mulheres”, incluindo-se, obviamente, a

dimensão subjetiva da vida. Em virtude disso, questiona-se: qual a relação do processo de produção e reprodução social capitalista com envelhecimento e cuidados? Por que desenvolver essa análise a partir da categoria trabalho?

Para Passos (2018b, p. 65), o “cuidado é uma necessidade ontológica do ser social” a fim de garantir sua sobrevivência e a “reprodução de um determinado modo de produção e de sua sociabilidade”. A perpetuação da espécie envolve a necessidade de sobrevivência daqueles que não podem trabalhar para satisfazer suas necessidades básicas e as relações sociais do processo de cuidar. Para a autora, é na reprodução social que está o ponto de partida para compreender as esferas da produção e reprodução do ser social, e assim da sociabilidade humana.

A constituição da sociabilidade humana resulta da ação planejada do homem (genérico) sobre a natureza para satisfazer suas necessidades. A partir desse processo, novas relações sociais são criadas e outras necessidades também, que vão se basear nas habilidades e conhecimentos adquiridos no processo de transformação da natureza (Lessa, 2016, p. 46-47), pelo trabalho humano.

Diante de uma determinada situação, que exige uma ação, o ser humano imagina, ao nível da consciência, várias alternativas e possibilidades de resultados (prévia-ideação), o que lhe possibilita escolher a melhor alternativa para colocá-la em prática. A transformação do objeto idealizado em real é denominada *objetivação*. Essa relação entre o indivíduo portador de uma prévia-ideação e o objeto objetivado “é o fundamento ontológico da *exteriorização*” (Lessa, 2016, p. 29-30).

A exteriorização, conforme Lessa (2016, p. 31), é o “momento do trabalho através do qual a subjetividade, com seus conhecimentos e habilidades, é confrontada com a objetividade a

ela externa”. Dessa forma, através do trabalho, natureza e indivíduos são transformados. Para Marx (2011, p. 327), “agindo sobre a natureza externa e modificando-a por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza”. Assim, ao construir o mundo objetivo o homem constrói a si mesmo, pois nesse processo acumula experiências, conhecimentos e habilidades que geram novas necessidades, impulsionando o indivíduo a novas prévias-ideações, a novos projetos e novas objetivações.

As consequências do trabalho não se limitam ao objeto imediato, mas se estendem por toda a história da humanidade. No curso da história, o processo de trabalho se desenrola e se torna complexo, exigindo a formação de classes sociais para desenvolvê-lo. “O trabalho impulsiona o ser social para além do próprio trabalho, dando origem a necessidades e relações sociais que não mais podem ser reduzidas ao trabalho enquanto tal” (Lessa, 2016, p. 46). O trabalho, no plano objetivo, provoca uma nova situação histórica, e no plano subjetivo, novos conhecimentos e habilidades, sendo também mais socializado.

Ao longo da história da humanidade, os processos reprodutivos das sociedades se tornam complexos, à medida que ocorre o desenvolvimento das forças produtivas, dando origem a outros complexos (Estado, direito, ideologia, política etc.), com o objetivo de organizar as relações sociais, passando dessa forma a envolver relações de poder. Esse processo fundado no trabalho, que origina relações entre os homens para além do trabalho, denomina-se reprodução social.

Na esfera da reprodução social, os complexos sociais que organizam as relações sociais decorrentes do processo de trabalho emergem para atender às novas necessidades e possibilidades colocadas pelo desenvolvimento do trabalho e do homem. O trabalho se estende para além do objeto que dele resulta,

implicando mudanças na capacidade humana e na sociedade. Esta fica mais complexa, articulada e contraditória, exigindo que o indivíduo também se desenvolva para viver em meio a essa complexidade. Nesses termos, a organização social humana não se reduz ao trabalho; insere-se em “um conjunto total de relações e complexos sociais que compõem as sociedades em cada momento histórico”, ou seja, a totalidade social (Lessa, 2006, p. 8).

Inicialmente, o homem transformava a natureza para satisfazer suas próprias necessidades. Entretanto, o desenvolvimento das forças produtivas, em um dado momento histórico, passou a contribuir para a produção excedente. É nesse contexto que acontece a exploração da força de trabalho humano pelo próprio ser humano, inicialmente usando da violência (trabalho escravo), o que resultou na divisão da sociedade entre aqueles que produzem a riqueza e aqueles que dela se apropriam, dando origem ao trabalho alienado.

Com o desenvolvimento das relações de trabalho baseadas na exploração do ser humano pelos seus semelhantes, o próprio trabalho se modifica. Alguns fatores contribuíram para isso: a divisão social do trabalho, o desenvolvimento das técnicas e conhecimentos, o aperfeiçoamento dos métodos de organização da produção e o treinamento dos trabalhadores. Sob essa nova realidade, o trabalho deixa de expressar as necessidades do trabalhador e se volta para atender à acumulação de riqueza da classe dominante. O ápice desse estágio foi a sociedade capitalista (Lessa, 2006, 2016).

Essa situação provoca uma ruptura no interior do trabalho, porque o trabalhador aos poucos vai deixando de ser dono dos meios de produção e passa a vender sua força de trabalho ao capitalista, em troca de salário, porém trabalhando um tempo superior ao necessário para garantir a sua reprodução. Esse

trabalho excedente constitui um trabalho não pago, do qual se origina a mais-valia, base do lucro do capitalista. “O segundo período do processo de trabalho, quando o trabalhador opera além dos limites do trabalho, embora não represente para ele nenhum valor, gera a mais-valia, que tem, para o capitalista, o encanto de uma criação que surgiu do nada” (Marx, 1988, p. 242).

O trabalho assalariado é um trabalho alienado, transforma-se em mera força produtiva e implica a submissão da força do trabalhador às necessidades da reprodução ampliada do capital.

Marx (1988), ao tratar da reprodução, afirma que:

Qualquer que seja a forma social do processo de produção, tem esse de ser contínuo ou percorrer, periódica e ininterruptamente, as mesmas fases. Uma sociedade não pode parar de consumir, nem de produzir. Por isso, todo processo social de produção, encarado em suas conexões constantes e no fluxo contínuo de sua renovação, é ao mesmo tempo processo de reprodução. As condições da produção são simultaneamente as de reprodução (Marx, 1988, p. 659).

No capitalismo, a riqueza produzida não é apropriada pelos trabalhadores, mas por outra classe social. O capital é privado e não pode deixar de se expandir, de ampliar o lucro e o processo de acumulação, diferentemente do que ocorria nas sociedades anteriores (escrava e feudal). Para Lessa (2006, p. 12), surge uma nova classe proprietária, a burguesia. Nessa nova ordem social, a “reprodução da sociedade se dará agora em sentido oposto ao do que ocorria no feudalismo. Seu objetivo não mais será reproduzir o que já existia, mas desenvolver a novos níveis o já existente”. No capitalismo, não só o trabalho se aliena, mas a própria reprodução social, que para ampliar o capital aumenta a exploração do trabalhador e sua condição de miséria. As necessidades da

reprodução ampliada não expressam as necessidades humanas, mas se voltam para a produção daquilo que dá lucro.

Como a reprodução social é o processo no qual se organizam as relações sociais, ela exige não só a reprodução das forças produtivas (força de trabalho e meios de produção), mas também a reprodução das relações sociais, que atingem um nível de complexidade para além do trabalho. A reprodução social envolve um aspecto ideológico; no seu âmbito, leis, normas e valores são criados e reproduzidos através das instituições sociais, gerando expectativas de comportamentos para manter uma determinada ordem. As instituições sociais cumprem um papel importante na consolidação de uma ideologia, de uma visão de mundo como hegemônica.

Conforme Saffioti (2015, p. 142-143), Lukács destaca dois tipos de posições teleológicas: as que “incidem sobre a natureza, visando à satisfação das necessidades, por exemplo, econômicas; e as posições cujo alvo é a consciência dos outros, na tentativa de modelar-lhes a conduta [...]. Está aqui, sem dúvida, a ‘consciência dominada’ das mulheres [...] e, ao mesmo tempo, sua possibilidade de escapar do seu destino de gênero”, assim como da classe trabalhadora e suas frações, e de determinados grupos oprimidos pela condição de “raça”/etnia.

É a partir dessa posição que se pode compreender o padrão de gênero baseado na heteronormatividade e na subordinação das mulheres, assim como as opressões e explorações de classe, “raça”/etnia e a desvalorização do velho trabalhador. Mas também reside aqui a possibilidade de resistir ao que está posto como hegemônico, criando-se novos modos de pensar, uma contra-hegemonia em termos gramscianos.

O estudo do envelhecimento e dos cuidados remete ao trabalho como categoria central da constituição do ser social.

É na esfera da reprodução social que se reproduzem visões de mundo cujo objetivo é a manutenção das relações sociais desiguais capitalistas, inclusive no âmbito do trabalho do cuidado, pois produção e reprodução estão intrinsecamente ligadas e articuladas. A divisão sexual do trabalho, fundamentada em ideologias classistas, patriarcais e racistas, contribui para a materialidade das assimetrias não só de gênero, como também de “raça”/etnia, visando à manutenção e à ampliação da acumulação capitalista, como se verá no item seguinte.

Divisão sexual do trabalho: implicações das suas velhas e novas configurações sobre as relações sociais de classe, de raça/etnia e gênero no trabalho do cuidado

Para Passos (2018b, p. 66), a mudança nas esferas produtiva e reprodutiva no contexto da sociedade moderna transformou o cuidado numa atividade desvalorizada, inferiorizada e ainda como uma dimensão do trabalho doméstico, como é o caso da realidade brasileira. Afirma a autora: “as metamorfoses dos modos de produção e da sociabilidade transformam o cuidado em algo privado, invisível e vinculado ao sexo feminino, naturalizando-o como uma atribuição exclusiva da mulher”. Mas como explicar esse processo? Como se dá essa separação, desvalorização e hierarquização? A compreensão desse processo remete à divisão social do trabalho e à divisão sexual do trabalho.

A divisão social do trabalho tem como objetivo ampliar a acumulação do capital por meio do trabalho especializado. Busca a eficiência deste para aumentar a produção e os lucros no contexto de desenvolvimento das forças produtivas. É no complexo das relações sociais decorrentes da divisão social do trabalho que ocorre a divisão sexual do trabalho, definindo o que cabe a homens

e mulheres, conformando historicamente os homens na esfera da produção (pública) e as mulheres na esfera da reprodução social (privada). Tal separação é imprescindível para o capital, ao delegar à mulher o trabalho relativo ao cuidado como meio de garantir a reprodução social sem custo para o capital.

Porém não ocorre só a divisão sexual do trabalho, ocorre também uma divisão racial do trabalho, como denunciou Gonzalez (2020, p. 34), em decorrência do racismo enquanto construção ideológica e conjunto de práticas, o que “denota sua eficácia estrutural, na medida em que estabelece uma divisão racial do trabalho e é compartilhado por todas as formações socioeconômicas capitalistas e multirraciais contemporâneas”. Isso constitui um mecanismo importante tanto para o emprego da mão de obra quanto para a estratificação social, com a formação da massa marginal crescente e do exército industrial de reserva.

Como visto anteriormente, o capitalismo é um modo como a sociedade se organiza para produzir bens e serviços e para promover a produção social humana, tendo como elemento central deste processo de sociabilidade o trabalho assalariado. É do trabalho que resulta o complexo das relações sociais, e como parte dessas, as relações entre os humanos. Conforme Gama (2014, p. 30), isso “implica o reconhecimento de que relações sociais construídas por homens e mulheres sempre se assentam no trabalho como fundamento da própria reprodução da vida”.

A compreensão dessas relações passa pela divisão social e sexual do trabalho. Esta última existe para organizar o trabalho de homens e mulheres na estrutura social, definindo o que compete ao gênero masculino e ao gênero feminino. Expressa as relações de poder entre homem e mulher, poder esse distribuído de forma desigual, sendo historicamente conformada à subordinação

feminina, através da destinação de “papéis” vinculados à esfera doméstica, à família e à produção de cuidados.

Tais desigualdades são criadas, reproduzidas e mantidas nas relações cotidianas entre os membros da família, porque, como lembram Campos e Teixeira (2010, p. 21), é também na família “onde ocorre a divisão sexual do trabalho, a regulação da sexualidade e a reprodução dos gêneros se encontram enraizadas”.

Com o capitalismo, que vai se constituir como modo de produção hegemônico, ocorre, segundo Gama (2014, p. 31), uma subversão “não apenas das condições de produção material, mas também as condições de produção de seres humanos”, ainda que até os dias atuais o capitalismo ocorra de forma desigual e combinada com outras formas de produção (como no trabalho análogo ao escravo), guardando certa reminiscência das formas anteriores. Com seu advento, surge uma nova concepção de trabalho e reprodução social fundamentada no contrato de trabalho assalariado.

De acordo com Gama (2014, p. 32), esse contrato muda as relações de produção e reprodução social, separando e hierarquizando as duas dimensões, propiciando a “invisibilidade do trabalho reprodutivo, o *status* inferiorizado das mulheres e o teor e a natureza das relações familiares.”²³ O trabalho produtivo e a reprodução social se constituem na vida social a partir da divisão sexual do trabalho e têm como resultado de processos históricos e culturais as relações sociais de sexo e gênero.

Conforme Kergoat (2001), a divisão sexual do trabalho está presente em todas as sociedades, porém sofre variações em termos históricos e espaciais. A atual configuração da divisão

23 Entende-se que as relações assimétricas de gênero não têm como marco da sua origem o sistema capitalista, porém é nele que elas adquirem novas formas em um processo de atualização moderna e contemporânea do patriarcado.

sexual do trabalho se relaciona com a formação social do modo de produção capitalista. A força de trabalho passa a ser vendida como mercadoria quando a família deixa de ser uma unidade produtiva.

Para Kergoat (2001), a divisão sexual do trabalho, que surgiu junto com o capitalismo, não seria possível sem o trabalho doméstico. Isso levou a uma reestruturação do patriarcado, daí o seu uso como categoria de análise deve ser contextualizado social e historicamente.

A partir da divisão sexual do trabalho, a esfera da produção (pública) vai se conformar como universo dos homens, e a esfera da reprodução (privada), das mulheres. Essa divisão sexista do trabalho historicamente vem contribuindo para a ampliação e o agravamento das diferenças instituídas como naturais.

Refletindo sobre essas esferas, Hannah Arendt (1995) entende que a esfera privada não é o espaço da intimidade e da privacidade, mas o das necessidades e da privação, ou seja, aqueles hierarquicamente considerados inferiores são privados “da relação com os outros pela palavra e pela ação na construção e nas decisões concernentes ao mundo comum, isto é, à existência política” (Chauí, 1984, p. 33).

Lamoureux (2014, p. 546) explica que Arendt parte de uma análise da Grécia antiga, em que o espaço privado diz respeito ao imperativo da manutenção da vida e onde prevalecem as necessidades, estando todos submetidos a esse imperativo. Os escravos, as mulheres e as crianças, confinados a esse espaço, são “privados de aparição pública e permanecem, de certo modo, presos ao caráter trabalhador das tarefas às quais eles e elas se dedicam”. Esse é o espaço historicamente destinado às mulheres, restrito à manutenção da vida e à reprodução social.

Connell e Pearse (2015) apresentam uma importante contribuição do sociólogo Holter sobre a divisão sexual do trabalho, o qual concebe que o capitalismo moderno se sustenta nessa divisão que influencia as noções de masculinidades e feminilidades, mas também as relações sociais das duas esferas de trabalho são distintas, sendo também diferentes os significados culturais.

Quanto à esfera da produção:

O trabalho é feito tendo em vista a remuneração, o poder de trabalho é comprado e vendido e os produtos do trabalho são colocados em um mercado que opera sobre a lógica do lucro. Na casa, o trabalho é feito por amor ou obrigação mútua, os produtos do trabalho são uma dádiva e a lógica da troca de dádivas prevalece. Dessas diferenças estruturais, argumenta Holter, fluem experiências de caráter diferente para homens e mulheres – e nossas ideias sobre a diferente natureza de homens e mulheres (Connell; Pearse, 2015, p. 165).

Essa construção social vem de longa data. Michelle Perrot (1992, p. 178), ao tratar das mulheres como parte dos excluídos da história, afirma que o século XIX acentuou a racionalidade harmoniosa da divisão sexual. Segundo ela, cada sexo tinha a sua função, “suas tarefas, seus espaços, seu lugar quase predestinado”, ao tempo que vigorava um discurso dos ofícios que fazia “a linguagem do trabalho uma das mais sexuadas possíveis. *Ao homem, a madeira e os metais, à mulher, a família e os tecidos*” (grifo nosso).

Hirata e Kergoat (2008, p. 266), ao discutirem a concepção de divisão sexual do trabalho, compreendem-na como parte da divisão do trabalho social e como resultado das relações sociais entre os sexos. Para as autoras, a divisão sexual do trabalho tem um caráter histórico, pois possui plasticidade, já que varia no tempo e no espaço, ou seja, ela é modulada histórica e socialmente.

Como se fundamenta nos princípios da separação e da hierarquia, a divisão sexual do trabalho tem como característica principal a designação da esfera da produção para os homens e da reprodução para as mulheres, porém subjugando essas esferas à reprodutiva, em detrimento da produtiva.

Hirata e Kergoat (2008, p. 269) apresentam a concepção da divisão sexual do trabalho como vínculo social que tem estatuto de política. Ela vem sendo implementada em alguns países; seu pressuposto é a conciliação da vida familiar com a vida profissional. Para essas estudiosas, a conciliação se caracteriza como sexuada, pois define como único ator dessa conciliação a mulher, evidenciando um entendimento de que homens e mulheres não são iguais no trabalho profissional, mas considera a possibilidade de promover a igualdade pela conciliação.

A conciliação está no centro do debate atual da flexibilização da organização da produção como uma aspiração para harmonizar vida privada e trabalho, orientando a formulação de políticas “que traduzem em atos o direito a atividades de natureza diferente e que afirmam que o trabalho não é a única riqueza de uma sociedade”, sendo necessárias, também, ações voltadas para o desenvolvimento próprio do sujeito (apoio e cuidado, lazer, formação). Contudo, as mulheres vêm questionando a conciliação; para elas, esta deve ser um objetivo também dos homens. O que se depreende do modelo de conciliação é que, na verdade, configura-se como sexista (Oliveira, 2003, p. 88).

Entende-se que a discussão sobre a divisão sexual do trabalho deve considerar as mudanças históricas na organização produtiva, nas relações de gênero e na família, para que se compreenda como essas transformações têm impactado na legitimidade da divisão sexual do trabalho, que a partir dos princípios da separação e hierarquia, historicamente colocou as mulheres em condição

desigual, com primazia masculina, conferindo aos homens a esfera pública e, às mulheres, a esfera privada.

Nesse processo, o imbricamento das relações de poder classe, “raça”/etnia e gênero torna as desigualdades consubstanciais e coextensivas. Estas se correproduzem e se estendem umas às outras, ampliam-se e se agravam quando se trata do envelhecimento e velhices da classe trabalhadora e das demandas sociais daí originadas e determinadas pela materialidade da trajetória de vida dos sujeitos, a exemplo do cuidado.

Cuidado e Imbricamento das Desigualdades de Classe, “Raça”/Etnia e Gênero: perspectivas conceituais

No contexto da sociedade capitalista, o trabalho desenvolvido pelas mulheres na esfera doméstica é necessário à reprodução da força de trabalho, porém, não é considerado produtivo, por não ser assalariado – uma forma de trabalho base de sustentação do capitalismo²⁴. Para Holmstrom (2014, p. 349), esse trabalho não pago favorece, em curto prazo, os homens; e em longo prazo, o próprio capitalismo, pois “quanto mais existe trabalho realizado nos lares, menos os capitalistas precisam remunerar o trabalho”.

Porém, percebe-se que embora o trabalho doméstico não remunerado não produza excedente de trabalho, tal situação leva as mulheres não só à opressão, como também à exploração, pois esta se acha para além da extração da mais-valia. Os estudos mostram que apesar de as mulheres terem conquistado a igualdade jurídica, na maioria dos países,

24 Marx considera “produtivo somente o trabalho assalariado que produz capital”. (Marx, 1974, p. 161 *apud* Holmstrom, 2014, p. 349).

o trabalho relativo aos cuidados é ainda totalmente considerado uma responsabilidade privada, por não conseguirem obter os vastos e onerosos serviços sociais necessários para conquistarem uma perfeita igualdade em seu trabalho e em seu lar (Holmstrom, 2014, p. 349).

Ao discutir o trabalho na esfera da produção e reprodução social, Marcondes (2014, p. 61) define o trabalho produtivo como “aquele que resulta na produção de bens ou serviços com valor econômico no mercado, também chamado de trabalho remunerado”, enquanto o trabalho reprodutivo se caracteriza pela “manutenção da vida e reprodução das pessoas, ou seja, aquele que envolve um conjunto de atividades realizadas na esfera privada e familiar, sem as quais a reprodução humana não estaria assegurada, como o cuidado com os filhos e dependentes e as tarefas domésticas (limpeza da casa, preparo das refeições etc.)”. A autora concebe como tendo o mesmo sentido trabalho reprodutivo, cuidado e tarefas domésticas.

Gama (2014, p. 43) parte do entendimento de que a reprodução da força de trabalho se insere na totalidade da produção do modo capitalista e que essa noção da reprodução da força de trabalho oferece elementos para se pensar nas características da reprodução social. Apresenta suas concepções sobre trabalho doméstico e trabalho do cuidado.

Para a autora, o trabalho doméstico comporta uma definição ampla e diz respeito às atividades concernentes ao cuidado das pessoas no âmbito da família ou do domicílio, sem remuneração e realizado essencialmente pelas mulheres. Demanda habilidades, conhecimentos e meios para realizá-lo, e envolve o cuidado dos filhos e dependentes, limpeza de casa, preparo das refeições etc., todos necessários à reprodução humana. O trabalho doméstico historicamente não foi considerado trabalho, por não fazer parte da lógica de valor da produção, entretanto “ele participa

da produção de valor pelo seu papel na reprodução da força de trabalho e pelo seu papel socializador”.

No que diz respeito ao cuidado, Gama (2014) o compreende como:

Uma atividade feminina geralmente não remunerada, sem reconhecimento nem valoração social. Compreende tanto o cuidado material como o imaterial, que implica um vínculo afetivo e emocional. [...] Pode ser exercido de forma remunerada ou não (Gama, 2014, p. 47).

Tronto (2007) tece críticas às definições de cuidado limitadas a uma visão não relacional do cuidado, pois exclui a perspectiva do cuidar de si, a possibilidade de o cuidado ser realizado por grupos e instituições e à distância. Define o cuidado como algo necessário à manutenção da vida e do meio ambiente.

Uma atividade da própria espécie que inclui tudo o que podemos fazer para manter, continuar e reparar nosso “mundo” para que possamos viver nele da melhor maneira possível. Esse mundo inclui nossos corpos, nós mesmos e nosso meio ambiente, e tudo em que procuramos intervir de forma complexa e autossustentável (Fisher; Tronto, 1990 *apud* Tronto, 2007, p. 287).

A autora apresenta quatro fases do cuidar e suas dimensões morais, quais sejam: cuidar de (envolve o reconhecimento e a necessidade do cuidado); importar-se com (exige a qualidade moral de ser atencioso/a e de reconhecer a necessidade do cuidado); oferecer o cuidado (que é o trabalho em si); receber o cuidado (que é a resposta ao seu oferecimento e tem como aspecto moral a reciprocidade). Assim entendido, o cuidado pode ser ofertado na família, em instituições sociais e no mercado (Tronto, 2007, p. 287).

Neste estudo, toma-se “cuidado” como uma necessidade ontológica, pois todo ser humano, no curso da vida, precisa de cuidados ou *care*, assim reconhecido na contemporaneidade devido à sua mercantilização e que teve sua institucionalização como *care* no marco do crescimento do Estado de bem-estar social (Ebes) e da sua oferta de serviços (Passos, 2018a). Visa promover o bem-estar de pessoas em situação de dependência ou não. Ainda quando não remunerada, é uma atividade que exige habilidades, competências, modos de fazer. É visto como um trabalho inerente à condição humana, mas que historicamente foi naturalizado na vida cotidiana como uma responsabilidade da mulher e realizado na esfera da reprodução social. Constitui-se, portanto, como um trabalho doméstico “enquanto trabalho realizado sem remuneração” ou trabalho reprodutivo, que engloba ambas as dimensões (Hirata, 2012, p. 285).

Quanto à sua forma, o cuidado pode ser formal ou informal, remunerado ou não remunerado. Tendo pessoas como objeto da ação, dele decorrem relações sociais, podendo também englobar aspectos éticos, morais e afetivos no processo de cuidar e ser cuidado, pois é relacional e sua dimensão ética envolve a preocupação com o bem-estar do outro, obrigações e responsabilidade. Contudo, entende-se que o cuidado não é só responsabilidade da família, mas também da sociedade, mediante financiamento do Estado, através da oferta de políticas públicas de cuidados, e até do mercado, que visa à venda do serviço a terceiros que por ele podem pagar.

Para Hirata e Guimarães (2012, *apud* Tartuce, 2013, p. 366), o *care* não é uma ocupação nova, seja enquanto “cuidado com o outro”, “atenção para com outrem”, a fim de promover o bem-estar, seja como atividade doméstica no âmbito da família e até daqueles relacionados à área da saúde. O que há de novo “em

relação ao *care* é a inclusão de mais uma ocupação no arcabouço dos cuidados, o/a cuidador/a de idosos, o que tem tornado nebulosas as fronteiras entre as diversas categorias” que atuam na área.

Trata-se de um fenômeno que decorre do processo de envelhecimento populacional e aumento da esperança de vida, requerendo mais atenção para os longevos, muito embora *care* implique cuidar de outros grupos também. Atualmente o cuidado com idosos se coloca como um nicho de mercado de trabalho e como um campo rico para pesquisas.

Ainda segundo as autoras, as especificidades do trabalho *care* se caracterizam por seis convergências: a primeira diz respeito ao fato de que embora o *care* se insira no setor de serviços, motivo pelo qual requer habilidades e competências, também engloba uma dimensão emocional, porque é relacional.

A segunda compreende o fato de ser majoritariamente desenvolvido por mulheres, seja no âmbito das famílias, seja em instituições públicas ou privadas, devido à naturalização das qualidades tidas como essencialmente femininas.

A terceira convergência se refere à responsabilização primordial da família, e no interior desta, da mulher. “As outras instituições que podem dividir e administrar o *care* – Estado, empresas privadas e organizações filantrópicas sem fins lucrativos – terão um peso maior, aí sim, conforme determinada configuração social” (Hirata, Guimarães, 2012, *apud* Tartuce, 2013, p. 368).

A quarta característica do *care* é a migração como um fenômeno que decorre da demanda por cuidados para pessoas vulneráveis. Na confluência com as outras características está a falta de “reconhecimento simbólico e financeiro do *care* (falta de formação profissional, salários baixos, perspectiva de carreira limitada etc.)”.

A quinta qualidade é a representação social que se tem do *care*, a qual impacta consideravelmente na formulação de políticas públicas na área (Hirata; Guimarães, 2012, *apud* Tartuce, 2013, p. 368).

Uma sexta convergência emerge das relações de trabalho na atividade do *care*.

Esses seis aspectos que perpassam o trabalho do *care* – trabalho emocional feito por mulheres pobres, não brancas e migrantes, na maioria das vezes no ambiente familiar, sem regras claras de profissionalização e desvalorizado socialmente –, ao lado do fenômeno do envelhecimento populacional, já o transformaram em *categoria social* da maior relevância, a ser assumida, mesmo que parcialmente pela esfera pública (Hirata; Guimarães, 2012, *apud* Tartuce, 2013, p. 369).

Com a globalização e o avanço das reformas neoliberais (de ajuste fiscal, de restrição de direitos e políticas migratórias), os cuidados implicam: i) mercantilização; ii) centralidade na família na sua oferta; iii) refilantropização para os que não podem pagar pelos serviços ou ter familiares cuidadores. Suas mercantilização e refilantropização atuais o mantêm como trabalho social de cuidados e perpetuam sua ligação sócio-histórica como atividade de mulheres, mas de forma mal remunerada e desvalorizada, ampliando o sistema de exploração ao se aproveitar da mão de obra feminina conexas a outras condições (mão de obra de mulheres pobres, não brancas e/ou imigrantes).

Falquet (2008) aponta que esta realidade está diretamente relacionada à diminuição do Estado, à redução dos orçamentos das políticas sociais e à não oferta de serviços de cuidados. Essas análises devem ser inseridas numa reflexão geral sobre a reorganização do trabalho conduzido pela plataforma neoliberal do Estado, que consiste em não mais assegurar uma grande parte

dos serviços, principalmente do trabalho da reprodução social (Falquet, 2008, p. 128).

Acrescenta ainda a autora que a novidade, no processo de internacionalização da reprodução social, é a apropriação, pelas mulheres mais favorecidas economicamente nos países mais desenvolvidos, da mão de obra ofertada pelas políticas migratórias e sociais para desenvolver o trabalho do cuidado e o doméstico. A compreensão dessa problemática requer pensar sobre “como o sexo, a ‘raça’ e a classe são mobilizadas e reorganizadas para construir uma nova divisão social do trabalho ao nível da família, de cada Estado e do conjunto do globo” (Falquet, 2008, p. 128).

Apenas uma análise que leve em consideração as identidades de gênero, as diferenças, assimetrias e hierarquias geradas pelas relações de poder envolvendo o gênero ou o binarismo seria insuficiente. São determinantes, neste caso, a questão de classes e a de “raça”/etnia, que explicam as diferenças e a incidência das desigualdades entre as mulheres e sobre elas.

Essa é também uma preocupação para Crenshaw (2002), pois, conforme afirma, nem sempre a discriminação resulta de políticas locais, mas daquelas internacionais com implicações particulares sobre as mulheres, a depender da sua posição na estrutura socioeconômica, como, por exemplo, as políticas de ajustes que resultam em cortes de políticas de cuidado, favorecendo a contratação, pelas mulheres com mais poder econômico, das marginalizadas. As mulheres pobres, ao serem cuidadoras de familiares daquelas que têm maior poder aquisitivo, atribuem a outras mulheres de sua própria família a tarefa do cuidado de seus filhos ou idosos/as para poder mercantilizar seu trabalho; para isso, dependem de uma rede de solidariedade de famílias extensas e da vizinhança.

Sobre a mercantilização do cuidado, Kergoat (2010) afirma que essa tarefa se renovou nas últimas décadas como trabalho profissional com o aumento das taxas de atividades das mulheres, da crescente profissionalização e do crescimento da migração, o que favoreceu a externalização do trabalho do cuidado e do trabalho doméstico.

Conforme Hirata e Kergoat (2008), as mulheres que se tornam altas funcionárias, principalmente nos países do Hemisfério Norte, externalizam seu trabalho doméstico aproveitando a mão de obra das que são pobres e vivem em condições precárias. Essas novas configurações vêm produzindo novas relações sociais de classe, de “raça”, de concorrência e de gênero. A externalização ameniza as cobranças sobre as mulheres no âmbito familiar, mas obscurece a questão do trabalho doméstico, historicamente naturalizado como uma função feminina.

No que concerne às políticas de ajuste neoliberal, estas implicam ausência ou fragilização das políticas de cuidado, que recaem sobre a família e, mais especificamente, sobre a mulher. Passos (2018a, p. 18-19) afirma que, no tocante à realidade brasileira, sob o viés neoliberal, as conquistas dos direitos sociais e a Seguridade Social, estabelecidas na Constituição Federal de 1988, vêm sofrendo refrações e impactando na população e famílias. “As políticas públicas, além de possuir um caráter focalista, centram-se na perspectiva familista, transferindo para as famílias as responsabilidades do provimento do cuidado, e assim sobrecarregando as mulheres” (Passos, 2018a, p. 16).

Passos (2018a, p. 17 e 19), ao tratar da mercantilização do trabalho do cuidado no Brasil, destaca suas particularidades históricas, caracterizadas pela herança colonial do país que, por séculos, baseou sua economia na escravidão. Destaca que “esse fenômeno possui inúmeras expressões, mas uma de suas maiores

marcas é a desigualdade de classe e raça vinculada à própria constituição sócio-histórica do país, marcado pelo pensamento escravocrata e racista”.

A respeito da realidade brasileira, Guimarães (2016, p. 63) traz grandes contribuições para o debate. Para a autora, a mercantilização do cuidado no Brasil se expandiu a partir dos anos 1990 como um fenômeno ligado à queda das taxas de fecundidade, ao envelhecimento populacional e ao aumento da escolaridade das mulheres. “Ao emergir, tal atividade leva para o espaço público características do seu modo de exercício tal como consagrado no âmbito privado, a principal das quais é o viés de gênero de quem a desempenha”.

Dessa forma, embora sua mercantilização surja como uma atividade a ser desenvolvida por homens e mulheres, ainda predomina como uma atribuição feminina. “São mulheres negras, sem formação e das camadas subalternas que efetuam o trabalho de *care* no cenário brasileiro”, o que fica evidente nos números oficiais, como se pode ver adiante (Passos, 2018a, p. 19).

Dados do IBGE (2020) apontam que, em 2019, a população com 14 anos ou mais de idade dedicava, em média, 16,8 horas semanais aos afazeres domésticos ou ao cuidado de pessoas, sendo 21,4 horas semanais para as mulheres e 11,0 horas para os homens. De 2016 para 2019, essa diferença entre as médias masculina e feminina aumentou de 9,9 para 10,4 horas semanais, recaindo, portanto, a carga do trabalho doméstico e do cuidado sobre a mulher. Em 2019, 146,7 milhões de pessoas com 14 anos ou mais de idade realizaram afazeres domésticos, o equivalente a 85,7% dessa população. O percentual de mulheres que realiza esses afazeres (92,1%) ainda é bem mais alto que o dos homens (78,6%).

Tais dados denotam que o trabalho do cuidado ainda fica sob a reponsabilidade da família e, nela, das mulheres, dada a ausência de políticas públicas de cuidado de ampla cobertura, ao fato de a força de trabalho masculina ser mais bem remunerada que a feminina e ao imaginário constantemente atualizado de que a mulher tem mais jeito e habilidade para o cuidado, como algo nato e não criado socialmente.

Assim, o cuidado se configura como uma atividade predominantemente feminina e realizada mais por mulheres pardas ou negras, como se pode verificar nos dados nacionais. Conforme dados do IBGE (2020), as mulheres pretas ou pardas são as mais envolvidas com os cuidados de pessoas e os afazeres domésticos, com o registro de 22,0 horas semanais ante 20,7 horas para mulheres brancas.

No que concerne ao mercado de trabalho, apesar de mais instruídas, as mulheres ocupavam somente 37,4% dos cargos gerenciais e recebiam 77,7% do rendimento dos homens, em 2019. As diferenças não se fazem apenas pelo sexo, mas também por raça e classe no interior dos grupos de mulheres, pois as mulheres pretas ou pardas com crianças de até três anos de idade no domicílio apresentaram os menores níveis de ocupação: 49,7% em 2019. Entre as mulheres brancas, a proporção foi de 62,6%. Para aquelas sem a presença de crianças nessa faixa etária, os percentuais foram 63,0% entre mulheres pretas e pardas, e 72,8% entre brancas (IBGE, 2020).

Essas estatísticas confirmam o que Passos (2018a, p. 19) ressalta, ou seja, “as desigualdades de classe, raça/etnia, sexualidade, geração, etc. separam e diferenciam as mulheres não só nas relações sociais como também no mercado de trabalho”. Conforme dados do Ipea (2019, p. 11), o trabalho doméstico ainda é realizado predominantemente por mulheres negras vindas de famílias pobres, o que se relaciona com o “racismo estrutural

que, em alguma medida, aprisiona os corpos de mulheres negras nas mesmas atividades realizadas na cozinha da casa-grande durante o período de escravidão”.

Apesar da ocupação recente pela mulher de espaços historicamente considerados masculinos, devido às desigualdades de gênero, classe e raça, ainda resistem aos princípios da tradicional divisão sexual do trabalho. A separação e a hierarquização, de que trata Kergoat (2010), favorece a criação de barreiras que, “por um lado, limitam a participação das mulheres em determinadas esferas e, por outro, limitam sua saída de outros espaços, como é o caso do trabalho doméstico” (IPEA, 2019, p. 11). Em 2019, do universo de 6,2 milhões de trabalhadores(as) domésticos(as), homens e mulheres, 4 milhões eram pessoas negras e, destas, 3,9 milhões eram mulheres negras, o que representa 63% do total dos(as) trabalhadores(as) domésticos(as) (IPEA, 2019).

Enriquecendo esse debate sob uma perspectiva interseccional, Vergès (2020, p. 17) discorre sobre o feminismo decolonial e explica que o trabalho do cuidado serve ao patriarcado e ao capital, e que se constitui num trabalho invisível, desvalorizado, generificado e racializado, dedicado ao mundo do consumo.

Afirma a autora:

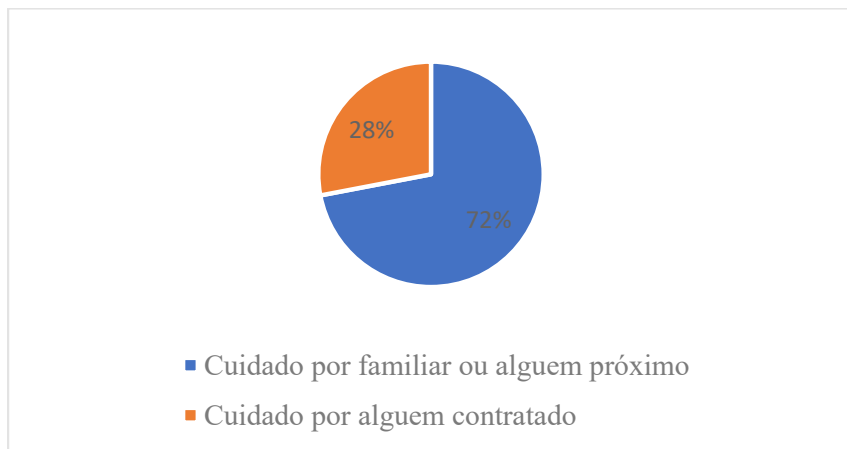
O trabalho de cuidado e limpeza é indispensável e necessário ao funcionamento do patriarcado e do capitalismo racial e neoliberal; contudo, embora indispensável e necessário, ele deve permanecer invisível, marcado pelo gênero, racializado, mal pago e subqualificado (Vergès, 2020, p. 17).

As inferências de Vergès (2020) se evidenciam nos dados da Oxfam (2020a) apresentados no fórum Econômico Mundial de 2020, mostrando que em 2019, 2.153 bilionários do mundo detinham mais riqueza do que 65% da população global, tendo como uma das razões para esse fosso de abismo de desigualdade um “sistema mundial sexista que valoriza a riqueza de poucos

privilegiados em detrimento de bilhões de horas não pagas, dedicadas particularmente por mulheres”. Ainda conforme o relatório, mulheres e meninas dedicam 12,5 bilhões de horas todos os dias ao cuidado não remunerado, o que representa U\$ 10,8 trilhões por ano na economia global (OXFAM, 2020b, p. 2).

Essas desigualdades se evidenciam também no acesso ao cuidado. Dados da Fiocruz (2019) apontam que a desigualdade racial se faz presente no acesso de idosos aos cuidados mercantilizados, pois em 72% dos casos em que as pessoas idosas possuem pelo menos uma limitação para as atividades da vida diária (banhar, fazer necessidades fisiológicas, vestir-se e outras), esse cuidado é realizado por um familiar ou alguém próximo, enquanto 28% são cuidados por profissionais contratados. Entre os que se declararam brancos, 40% se enquadram no perfil dos que são assistidos por profissionais remunerados, enquanto os autodeclarados pardos representam 17,5% e os pretos 10%, o que revela uma enorme disparidade.

Gráfico 10 - Desigualdade racial no acesso ao cuidado



Fonte: Fiocruz/2019.

Considerando que este estudo estabelece uma análise comparativa entre Brasil e Espanha, é importante destacar que este país europeu tem como especificidade a questão da migração. Dados da Organização das Nações Unidas (ONU) de 2019 mostram que 48% das pessoas que trabalham fora do seu país de origem são mulheres (Tonhati; Macedo, 2020). Conforme Rodrigues (2017, p. 2), na Espanha o aumento da participação da mulher no mercado de trabalho resultou na contratação de outros grupos menos favorecidos “em termos de gênero, raça, nacionalidade e idioma”. Para a autora, dada a falta de políticas de bem-estar o problema vem sendo resolvido de forma privada, com a externalização do trabalho reprodutivo: “as tarefas domésticas e de cuidado que tradicionalmente são realizadas pelas mulheres passaram a ser externalizadas e comercializadas”, formando-se um nicho de mercado.

A respeito disso, destaca Pinto (2015, p. 16) que “entre 2003 e 2006, o papel das mulheres imigrantes no trabalho doméstico contribuiu com um crescimento do nível de emprego feminino nativo pelo efeito das redes globais de cuidados”. Para o autor, cria-se um circuito internacional de fluxo de capital, informação e mercadorias, um processo pelo qual as mulheres migrantes garantem os cuidados dos seus dependentes, enquanto cuidam de outras pessoas, ou seja, “sob a tutela de outras mulheres que recebiam uma remuneração das mães enquanto estas se encontravam na Espanha cuidando de outras crianças, pessoas idosas ou dependentes”.

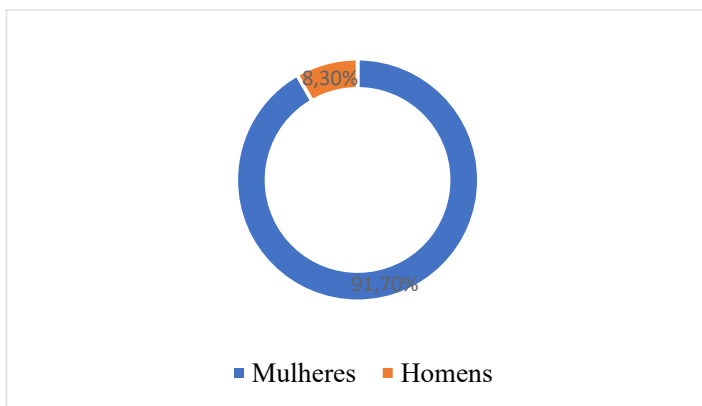
No Brasil, diferentemente, o trabalho do cuidado não é realizado por imigrantes de outros países, mas por cuidadoras brasileiras que procuram melhoria nas condições de vida e terminam por assumir tanto as tarefas domésticas quanto as do cuidado. Ocorrem “principalmente migrações internas de ‘mulheres’ que vão à busca de uma melhor oportunidade de trabalho, sendo muitas delas cooptadas para o trabalho doméstico de cuidados

com a casa e com as pessoas”. Uma realidade que expressa a falta de regulamentação desta atividade (Fernandes, 2020 p. 40).

A ocupação de “cuidador de idosos” é fracamente regulada no país. Quando exercido no âmbito domiciliar, esta está inserida no âmbito do emprego doméstico, o qual é fortemente marcado pela falta de formalização nas relações de trabalho, baixa remuneração e poucas oportunidades de qualificação profissional. Essa situação, que conjuga aspectos relacionados às desigualdades de gênero, raça-cor, classe social e a desproteção social, já situava as cuidadoras remuneradas de idosos, mesmo antes da pandemia, como um grupo vulnerável (Brasil, 2020, p. 6-7).

Dados do PNAD/IBGE (Brasil, 2019) referentes a 2019 evidenciam a divisão racial do trabalho, ao apontar que os afazeres domésticos são realizados predominantemente por mulheres pretas (94,1%). No tocante ao trabalho do cuidado, o relatório de 2021 da Fiocruz, que trata do perfil dos/as cuidadores/as de pessoas idosas na pandemia de Covid-19, indica que entre os cuidadores familiares de pessoas idosas apenas 8,3% são homens; já 91,7% são mulheres.

Gráfico 11 - Perfil dos cuidadores familiares na pandemia por sexo



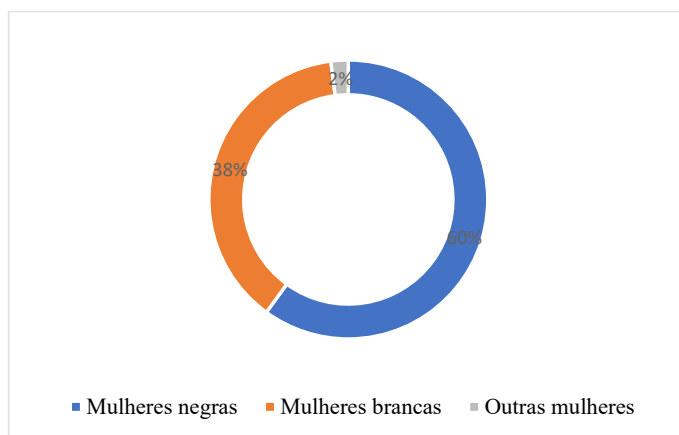
Fonte: PNAD/IBGE (Brasil, 2019).

No tocante ao recorte raça/cor, verifica-se que 40% das cuidadoras são mulheres, autodeclaradas negras, 58% brancas e 1,9% outro. Cabe inferir que devido à ideologia do branqueamento, muitas vezes as pessoas não se reconhecem como pardas e negras. Os dados evidenciam que o trabalho do cuidado sempre recai sobre as mulheres.

Os dados de raça-cor e escolaridade sugerem que a atribuição de cuidar está presente para mulheres de diferentes classes sociais e ainda, que uma maior escolarização, não garante uma menor sobrecarga no trabalho de cuidados (Brasil, 2020, p. 16).

Quanto aos cuidadores de pessoas idosas remunerados, a pesquisa aponta que 91,2% são mulheres; entre estas, 60% são negras, 38% brancas e 2% outro. O estudo se consolida evidenciando que os dados “situam o trabalho do remunerado de cuidados como majoritariamente realizado por mulheres negras e de baixa renda, com menor acesso à escolarização e com idade média em torno dos quarenta anos” (Brasil, 2020, p. 31).

Gráfico 12 - Perfil dos/as cuidadores/as de pessoas idosas – recorte racial



Fonte: PNAD/IBGE (Brasil, 2019).

A transição demográfica com o crescimento do número de pessoas idosas; epidemiológica com a mudança no perfil de adoecimento e mortalidade à medida que se eleva a idade, de doenças infectocontagiosas para as crônicas degenerativas; o crescimento dos grupos de idosos acima de oitenta anos; as condições de vida e trabalho como fatores de saúde que se agrava com a exploração capitalista contemporânea; serviços de saúde e socioassistenciais em cenário de redução de gasto público ampliam as necessidades de cuidados de pessoas idosas, ao tempo que expõem os déficits de cuidados nas sociedades contemporâneas, que se agrava conforme seus modelos de políticas sociais ou sistemas de proteção social e as mudanças em cenário de avanço do neoliberalismo.

O familismo comum nos sistemas de proteção social mediterrâneo e latino-americano é contraproducente, dadas as transformações familiares e o empobrecimento das famílias. As atribuições do cuidado como capacidade de cuidar estão desigualmente distribuídas entre as famílias e na sociedade, conforme as desigualdades de classe, gênero e “raça”/etnia.

No atual contexto de avanço das reformas neoliberais, o Estado promove políticas restritas de cuidados e repassa as responsabilidades da oferta para o mercado, as ONGs e as famílias. Mas de qual Estado se está falando? Como ele se constitui, se desenvolve e adquire as configurações atuais? Quais as especificidades do Estado Social no Brasil e na Espanha e como elas incidem nas políticas de cuidado para a pessoa idosa?

ESTADO SOCIAL E CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO: políticas (neo)familistas e ausência da primazia do Estado na oferta de serviços sociais

Para analisar as configurações das políticas de cuidados em domicílio para pessoa idosa dependente no Brasil e Espanha, devem-se considerar os modelos ou regimes de bem-estar desses países e os processos sócio-históricos nos quais se inserem as políticas sociais, cuja expansão coincide em alguns países com a consolidação do Estado Social, *Welfare State* ou Estado de bem-estar social, no contexto do processo de acumulação capitalista e luta de classes. Mas é preciso também observar que cada Estado social se estrutura conforme as correlações de forças internas, alianças e num cenário comum de globalização econômica e cultural, reestruturação produtiva e avanço do neoliberalismo e do neoconservadorismo.

O debate sobre o *Welfare State* ou Estado de bem-estar social remete às políticas sociais e ao sistema de proteção social e exige uma diferenciação desses conceitos. Viana e Levcovitz (2005, p. 20; 21) afirmam que o *Welfare State* “refere-se a um tipo específico de intervenção do Estado na área social e é datado historicamente”, motivo por que se faz necessário diferenciar proteção social de política social, e estas de *Welfare State*, pois este último “configura

um momento e um regime específico de proteção social, introduzido a partir de políticas sociais abrangentes para grupos sociais de efeito sinérgico e incorporando as classes médias em expansão”, tendo sua origem no segundo pós-Guerra.

O sistema de proteção corresponde a uma ação coletiva e pública (prestação de serviços ou benefícios monetários) para amenizar, reduzir e/ou neutralizar os riscos clássicos inerentes à condição humana, junto a indivíduos e sociedade em determinados momentos históricos. Já a política social corresponde ao conjunto de direitos e deveres do cidadão e tem sua origem no século XIX, a partir da assistência social (Viana; Levcovitz; 2005).

Assim, questiona-se: qual a origem desse fenômeno denominado de *Welfare State* ou Estado de bem-estar social? Em qual contexto ele se desenvolve? Quais as explicações para a origem e o desenvolvimento desse fenômeno? Quais as principais classificações e tipologias?

Estado social: gênese, desenvolvimento e tipologias

As explicações para a origem do *Welfare State* ou Estado de bem-estar social nos países desenvolvidos são muitas, sendo comum sua vinculação ao segundo pós-Guerra Mundial, apesar da anterior existência de alguns direitos e de uma provisão de serviços, cobertura de riscos individuais e coletivos por meio de seguros. Para Arretche (1995, p. 1), “o fenômeno *Welfare State* sofreu incontestável expansão e até mesmo institucionalização no período pós-Guerra” por meio de um conjunto de programas de proteção social.

Behring e Boschetti (2011) afirmam que não se podem precisar com exatidão as primeiras iniciativas de políticas sociais, pois são processos que tiveram sua gênese relacionada à ascensão

do capitalismo, com a Revolução Industrial, a luta de classes e a intensificação da intervenção estatal. Ademais é comum ainda, conforme as autoras, sua vinculação aos movimentos de massa social-democratas e à institucionalização dos Estados-nação na Europa ocidental no final do século XIX, generalizando-se no segundo pós-Guerra, momento histórico que corresponde à passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista.

Arretche (1995), após analisar estudos de vários autores, identifica argumentos explicativos sobre a origem e desenvolvimento *Welfare State* nos países desenvolvidos, sendo eles de ordem econômica, política e institucional. Assevera que as explicações de natureza econômica consideram esse fenômeno decorrente das transformações desencadeadas a partir do século XIX, quando do processo de industrialização e modernização das sociedades, o capitalismo.

Sobre a lógica do argumento da industrialização, Farias (1998, p. 41) esclarece que esta concebe as políticas sociais como exigência e como consequência ao mesmo tempo da economia e de tecnologias industriais, ou seja, “entende tanto a estrutura das sociedades modernas quanto o formato das políticas sociais como determinados primordialmente pela tecnologia, não pela ideologia, pelo conflito social ou pela cultura”, uma visão que desconsidera a importância das correlações de força e da luta de classes.

Behring e Boschetti (2011) são críticas das análises unilaterais porque estas não exploram as contradições dos processos sociais. Para as autoras, as análises pluralistas limitam-se a discutir a eficiência e a eficácia das medidas de enfrentamento dos problemas sociais, sem questionar sua (im)possibilidade de promover justiça social e equidade, limitando-se à descrição dos direitos como uma conquista, e não como inseridos no contexto

da luta de classe, de acumulação do capital, sem a preocupação de evidenciar seus limites e possibilidades de prover o bem-estar nas sociedades capitalistas.

As autoras incluem nas análises unilaterais aquelas que situam a emergência das políticas sociais como produto da iniciativa do Estado ou como resultado da luta de classes. As perspectivas econômica e política também assim são, pois analisam os efeitos das políticas sociais “como funcionais à acumulação capitalista”. Sob o ângulo econômico, “as políticas sociais assumem a função de reduzir os custos da reprodução da força de trabalho e elevar a produtividade, bem como manter elevados níveis de demanda e consumo, em épocas de crise”. Sob o ângulo político, “são vistas como mecanismo de cooptação e legitimação da ordem capitalista, pela via da adesão dos trabalhadores ao sistema”. Assim, consideram que embora haja verdade nessas proposições, são insuficientes e unilaterais porque não exploram as contradições inerentes a esses processos (Behring; Boschetti, 2011, p. 37).

Conforme Behring e Boschetti (2011), a crise dos anos 1929-1932 foi um marco no processo de desenvolvimento e expansão das políticas sociais nos países desenvolvidos da Europa Ocidental. Seguindo os efeitos dessa crise, vieram os da Segunda Guerra Mundial, o que despertou para a importância da presença do Estado, ocorrendo uma ampliação das instituições, da intervenção e regulação estatal nas relações sociais e econômicas.

Ainda conforme as autoras, a expansão dos direitos sociais na Europa desenvolvida tem como base material o keynesianismo e o fordismo, que articulados provocaram mudanças nas formas de intervenção estatal e nos processos de produção, sem, contudo, abdicar do capitalismo ou advogar a socialização dos meios de produção. A base subjetiva “para os anos de crescimento foi a força dos trabalhadores e o novo paradigma socialista que se expandia

no leste da Europa, o que forjou um grande pacto social entre os segmentos do capital e do trabalho”, o chamado “consenso do pós-guerra”. É nesse contexto que ocorre a expansão do chamado *Welfare State* ou Estado de bem-estar social, alguns mais ligados à ideia de seguro, outros à de seguridade social (Behring; Boschetti, 2011, p. 83).

Na literatura, é comum se adotar os modelos bismarckiano e beveridgiano como parâmetros para definir o Estado de bem-estar social e a seguridade social característicos da Europa Ocidental. Quando predomina a lógica do seguro alicerçado no contrato de trabalho, diz-se que é um modelo de seguros ou bismarckiano; e quando predominam amplos serviços não contributivos, considera-se como sistema beveridgiano ou de seguridade social.

Várias são as classificações e tipologias adotadas para a análise dos *Welfare States*, entre elas a de Esping-Andersen, que tem forte influência nos estudos sobre o tema. Conforme Kerstenetzky (2012), o autor concebe o Estado de bem-estar social como contemplando não só as políticas sociais, mas também a economia política:

como a personificação de uma determinada economia política, de um relacionamento padronizado entre Estado e mercado: um conjunto amplo de intervenções não limitadas à combinação de programas de transferência de renda e serviços sociais, envolvendo também as políticas de emprego e de mercado de trabalho e as políticas macroeconômicas em seus efeitos esperados sobre o bem-estar social (Kerstenetzky, 2012, p. 96-97).

Ao analisar o *Welfare State* em diferentes países, Esping-Andersen (1995, 1999) classifica-o em três tipologias de regimes (liberal, conservador e social-democrata). Esclarece que o *regime liberal*, presente nos países anglo-saxões (Inglaterra, Estados

Unidos da América e Austrália), caracteriza-se pelo predomínio de assistência aos comprovadamente necessitados, com o mínimo de benefícios e serviços universais, tendo regras de acesso inflexíveis e estigmatizantes, e como usuários pessoas de baixa renda, como a classe trabalhadora e os dependentes do Estado. Esse último atua minimamente ante os riscos sociais e se porta como um parceiro do mercado.

Nesse modelo, conforme Esping-Andersen (1995, p. 108), “o Estado encoraja o mercado, tanto passiva – ao garantir apenas o mínimo – quanto ativamente – ao subsidiar esquemas privados de previdência”. Portanto, as políticas sociais do modelo liberal reforçam a dependência dos indivíduos ao mercado.

O segundo regime é o *corporativo-conservador*, de origem alemã, e está presente em vários países da Europa (Alemanha, França e Itália). Caracteriza-se pelo corporativismo estatal, e os direitos estão ligados à classe e ao *status*, pois a proteção social é disponibilizada com base no desempenho do trabalho. Tem raízes na tradição do seguro social e se fundamenta no princípio da subsidiariedade, em que o Estado se coloca como um subsidiário do mercado, intervindo somente quando a capacidade de a família prover o bem-estar dos seus membros se esgotar. Há uma ênfase na família tradicional, com a manutenção de papéis tradicionais, uma vez que os benefícios encorajam a maternidade, e a oferta de suporte social (como creches e serviços para idosos e deficientes) para que a mulher possa se inserir no mercado de trabalho é precária ou inexistente.

O terceiro tipo é o *regime social-democrata*, forte nos países escandinavos (Suécia, Noruega e Dinamarca). Baseia-se em princípios universalistas, na solidariedade universal, pois se estende a todos, independentemente de classe e de contribuição anterior. A socialização dos direitos, benefícios e serviços aos

indivíduos, e não às famílias, é antecipada, sem se esperar que a capacidade da família se esgote. Não estimula a dependência da família, mas capacita a independência individual.

Conforme Esping-Andersen (1995, p. 110), “garante transferências diretamente aos filhos e assume responsabilidade com as crianças, os velhos e os desvalidos”, havendo, portanto, uma ênfase nos serviços sociais, o que permite a participação das mulheres no mercado de trabalho.

Para Kerstenetzky (2012, p. 98), essa classificação, como consta da obra do autor intitulada “The Three Worlds of Welfare Capitalism” (1990), esteia-se em indicadores de desmercantilização, estratificação social e *mix* público-privado. Porém, após críticas pela centralidade no Estado e no mercado, por parte do movimento feminista, já que o trabalho da mulher na família era invisibilizado –, não entrava nas análises como trabalho, nem como proteção social –, o autor revisita sua obra, confirma as tipologias e integra a família como pilar do bem-estar social juntamente com o mercado e o Estado, mas sem dar ênfase à questão de gênero na família. Faz uso de três categorias analíticas: desmercadorização, desfamiliarização e familismo, numa revisão sob a lente analítica da família (Esping-Andersen, 1999, p. 49).

Conforme esse autor (1995), a desmercadorização ocorre quando o acesso aos serviços, benefícios e assistência é visto como direito, ou quando os indivíduos podem se manter sem que sejam obrigados a participar do mercado. Contudo, salienta que a existência de previdência e assistência social não gera necessariamente desmercadorização, pois nem sempre emancipa os indivíduos da dependência do mercado, constituindo-se, portanto, numa questão controversa.

Destaca, ainda, que os direitos desmercadorizados se desenvolveram de formas variadas nos *Welfare States*

contemporâneos, pois onde predomina a assistência social, os direitos não estão vinculados ao desempenho do trabalho, mas à comprovação da necessidade, o que fortalece o mercado. Já o modelo de previdência social estatal e compulsória com direitos sociais mais amplos pode não assegurar a desmercadorização e depende dos critérios de elegibilidade e da legislação. Quanto ao modelo Beveridge de benefícios, este pode ser mais solidário, mas não necessariamente desmercadorizante, embora ofereça benefícios universais, pois raramente se consolida com tal qualidade.

Ainda segundo Esping-Andersen (1995, p. 103), “os *Welfare States* desmercadorizantes são muito recentes. Uma definição mínima deve envolver a liberdade dos cidadãos, e sem perda potencial de trabalho, rendimentos ou benefícios sociais, de parar de trabalhar quando acham necessário”, ou seja, de se manterem independentes do mercado.

A desmercadorização está relacionada com a capacidade de o Estado independentizar os indivíduos do mercado – medido pela capacidade de oferecer políticas com base no critério de cidadania – em que todos têm direito a um patamar digno e básico de vida, pela condição de serem cidadãos de uma nação (Teixeira, 2016, p. 29).

Esping-Andersen refere-se ainda à “desfamiliarização”, a qual pressupõe a responsabilização do Estado e do conjunto da sociedade pelo bem-estar dos indivíduos, de forma a não sobrecarregar as famílias. Para Teixeira (2016, p. 29), constitui-se na “coletivização das necessidades das famílias, ou seja, com uma maior responsabilização do conjunto da sociedade (financiamento) e do Estado (gerenciamento e administração) das necessidades dos membros familiares”. Nesse sentido, a desfamiliarização se enquadra no modelo social-democrata de

proteção social, pois busca desresponsabilizar a família, bem como promover a autonomia em relação ao mercado, através da socialização de serviços e benefícios de caráter universal.

A terceira categoria é o “familismo”, presente nos regimes do tipo liberal e conservador de proteção social. Define-se como sendo o oposto da desfamiliarização, pois responsabiliza as famílias pelo bem-estar dos seus membros; o Estado intervém somente quando a capacidade da família se exaure. Conforme Campos e Miotto (2003, p. 170), com base nos estudos de Esping-Andersen (1999) e de Saraceno (Saraceno, 1994 *apud* Campos; Miotto, 2003, p. 170), o familismo “deve ser entendido como uma alternativa em que a política pública considera – na verdade exige – que as unidades familiares assumam a responsabilidade principal pelo bem-estar social”.

No caso dos regimes liberais, o mercado se encarrega da oferta de serviços que devem ser pagos pelo cidadão, e o Estado a assegura apenas àqueles que através de regras estritas e estigmatizantes comprovam a situação de pobreza. Nos regimes conservadores, cobrem prioritariamente aqueles que estão incluídos no mercado de trabalho. Para Teixeira (2016, p. 31), reforçam os papéis familiares tradicionais e não consideram suas especificidades, muito menos as mudanças nos formatos familiares. “Essas políticas sobrecarregam as famílias de funções, cada vez mais renovada e atualizada, independentemente de seus formatos, vulnerabilidades ou mudanças culturais”.

Kerstenetzky (2012, p. 100) avalia que a categoria desmercantilização permite diferenciar o regime norte-americano (pouco desmercantilizado) do europeu (muito desmercantilizado). A desfamiliarização evidencia a existência de dois regimes europeus, um caracterizado como familista (Europa ocidental e mediterrânea) e outro mais individualista (Europa nórdica).

Já Moreno (2002) e Ferrera (1996) apresentam, para além das três classificações de Esping-Andersen, um quarto regime de Estado de bem-estar social, o *Regime Mediterrâneo*, que comporta Espanha, Grécia, Itália e Portugal. Para Ferrera (1996), o debate académico negligenciou em grande parte o estudo dos Estados de bem-estar social do Sul europeu. Opina ainda o autor que os pesquisadores focam suas análises no caráter rudimentar dos programas de bem-estar latinos e na influência do catolicismo nas configurações desses programas, num contexto de importante papel da família tradicional. Destaca que esses são pontos importantes, porém esclarece que os programas de pensões e benefícios estão longe de ser rudimentares e são bastante generosos, o que está associado à influência socialista muito mais que à doutrina católica.

After all, for certain programmes (most notably pensions) Southern welfare schemes are far from rudimentary and actually offer the most generous benefits in Europe. Furthermore, the presence of Strong and deeply rooted socialist/communist subcultures has made a significant contribution towards shaping Latin social policies: at some critical junctures, a more important contribution than the Church and its social doctrine (Ferrera, 1996, p. 18).

Segundo Wolf e Oliveira (2016), diferentemente dos demais regimes em que a maioria dos países consolidou seus sistemas de proteção social no segundo pós-Guerra, mas com bases criadas anteriormente, nos países mediterrâneos isso só ocorre por volta dos anos 1970, num contexto em que se findavam regimes políticos autoritários (Espanha, Portugal e Grécia), ocorrendo, para além da expansão dos direitos civis e políticos, os direitos sociais. Para Ferrera (1996), os governos autoritários deixaram como herança para esses países Estados burocráticos, pouco

eficientes e de bases clientelistas. A esse respeito, Moreno (2002) afirma que na Espanha a ditadura franquista ainda influencia práticas autoritárias na elaboração de políticas centralizadoras e na intervenção estatal em assuntos familiares.

Em uma revisão das principais políticas familiares na Espanha entre 1990 e 2006, Salido e Moreno (2007) aduzem que de modo similar aos demais países do Sul da Europa, o recurso estruturante da lógica de bem-estar do país é o papel desenvolvido pela família na proteção social, sendo a sua forma de interação com o Estado e as ONGs um elemento distintivo. Ademais, há um investimento do Estado nesse modelo de solidariedade familiar, repercutindo no ordenamento jurídico, o que termina por responsabilizar a família e reforçar padrões tradicionais de gênero.

El modo de interacción de la familia con el Estado y los poderes públicos, de una parte, y las instituciones de la sociedad civil, de otra, distingue el funcionamiento de los sistemas de bienestar de la Europa del Sur¹. Una fuerte micro solidaridad en el seno de las familias manifestada en un generoso apoyo material y afectivo entre sus miembros es responsable en gran medida de un alto nivel de satisfacción vital entre sus ciudadanos. Tradicionalmente, los gobiernos de los países mediterráneos de la Unión Europea han dado por descontada la autosuficiencia de los hogares en lo relativo a cuidados personales y apoyo material, dando lugar a una política familiar pasiva y poco desarrollada [...] la familiarización de derechos sociales se ha reflejado en sus ordenamientos jurídicos, con referencias a las obligaciones legales respecto a los familiares incluso fuera del ámbito del hogar. Todo ello ha reforzado un modelo basado en la sobreexplotación de los recursos familiares y, muy especialmente, de aquellos proporcionados por las mujeres, abocándolas a “soluciones imposibles”, con importantes consecuencias sobre el bienestar personal y colectivo (Salido; Moreno, 2007, p. 103).

As questões acima apontadas evidenciam que nos regimes de bem-estar mediterrâneo o Estado cumpre um importante

papel, mais que o mercado, porém a família é o principal agente de proteção social. Possui um elevado grau de regulamentação do trabalho, ainda que implemente flexibilizações das relações de trabalho. Os benefícios na maioria cobrem os riscos sociais, mas alguns dependem do vínculo contratual de trabalho. Aqueles mais modestos não exigem contribuições, e a cobertura é feita com recursos de impostos (Ferrera, 1996; Wolf; Oliveira, 2016).

Com base nas categorias de Esping-Andersen, pode-se afirmar que “o modelo mediterrâneo implica um grau médio de desmercantilização e um grau reduzido de desfamiliarização, mas também um baixo grau de coesão social, com elevados níveis de miséria e pobreza”, se relacionado aos países da Europa ocidental (Wolf; Oliveira, 2016, p. 672).

Essas características dos países mediterrâneos se aproximam daquelas dos países latino-americanos, como, por exemplo, o Brasil (Viana, 2007). Além da história política marcada por regimes autoritários, questões culturais e religiosas também se assemelham, porquanto há uma forte valorização do papel da família tradicional (nuclear) como provedora do bem-estar dos seus membros, o que influencia na elaboração de políticas familistas.

Analisando os estudos de Martínez Franzoni (2008), De Martino (2015, p. 103) afirma que para este autor a noção de familiarização é mais abrangente na América Latina: “não só se espera que as famílias assumam a responsabilidade de cuidar das famílias, mas que também se transformem em unidades produtivas e redes de proteção”. As famílias assumem não só as tarefas de promoção do bem-estar e cuidados dos seus membros, mas também os custos financeiros, emocionais e do trabalho (Miotto; Dal Prá, 2015).

Para Martino (2015), os regimes de bem-estar da América Latina dos anos 1980 eram familistas porque havia uma forte centralidade na família e no papel das mulheres como responsáveis pelo bem-estar de todos os familiares, combinando proteção social contributiva com o modelo de família caracterizado pelo homem provedor. A partir dos anos 1980 e 1990, ocorrem mudanças nos padrões de proteção social, no modelo das políticas sociais e públicas e na sociedade devido às transformações sociodemográficas que impactaram diretamente no formato das famílias, mas também devido ao receituário neoliberal que se expandia e se consolidava. Assim, apesar das mudanças, “se manteve a orientação familista enquanto deslocamento para as famílias de responsabilidades que anteriormente eram assumidas pelo Estado, o que temos chamado de neofamilismo” (Martino, 2015, p. 101).

Para uma melhor compreensão, lembra-se o que diz Habermas (2003) sobre a ampliação da proteção social no contexto de desenvolvimento da sociedade capitalista na Europa. Para ele, a partir do último quartel do século XIX se intensificou um novo intervencionismo estatal, momento a partir do qual riscos clássicos (desemprego, velhice, acidentes, doenças, falecimento), anteriormente cobertos privadamente, vão sendo gradativamente assegurados por meio de garantias sociais do Estado, ocorrendo um processo que ele denominou de *desprivatização das famílias*, através das garantias públicas.

Até os anos 1980 predominava uma combinação entre proteção familiar e uma “cidadania regulada” (Santos, 1994), entretanto, com a hegemonia neoliberal, a família ganha centralidade e assume funções do Estado, em meio às desregulações de direitos sociais, o que resultou na *reprivatização* do bem-estar social, caracterizando assim o neofamilismo.

É partir dessa lógica de redução do papel do Estado que a família é convidada a exercer o papel central na provisão do bem-estar social.

Com as transformações ocorridas a partir dos anos 1970 no mundo capitalista e que provocou a chamada “crise do *Welfare State*”, o papel da família passa a ser revigorado à medida que cresce, por um lado, a ideia da impossibilidade e inoperância do Estado como provedor e bem-estar social e, de outro, a ideia das possibilidades do mercado e da sociedade civil nessa provisão (Miotto, 2010, p. 51).

No Brasil, a ênfase no papel da família como provedora de proteção social tem como marco a Constituição Federal de 1988, base para a formulação e regulamentação de outras legislações sociais de cunho familista. Embora a CFB/1988 represente um grande avanço ao estabelecer a universalidade como princípio das políticas públicas, o Estado, sob a pressão de organismos internacionais cuja base ideológica é o neoliberalismo, logo nos primeiros anos após sua aprovação, vem adotando medidas de austeridade, promovendo contrarreformas e priorizando as políticas públicas focalizadas e seletivas.

As contrarreformas neoliberais que se seguiram, principalmente nos países menos desenvolvidos, têm implicações para a política social como cidadania, já que abrem mão da primazia do Estado e transferem a responsabilidade deste para outros agentes (mercado, ONGs e família), potencializando o caráter familista das políticas sociais, sobremaneira aquelas relacionadas ao cuidado. Reforçam o papel da família e da sociedade civil na provisão social, reduzindo o papel do Estado. É um modelo de políticas ditas de caráter “público”, plural, mista, envolvendo diferentes atores e instituições governamentais, não governamentais e o mercado, atualizado sob o viés neoliberal, que

privilegia a “atuação de setores não oficiais, informal, voluntário ou comercial, em detrimento do papel do Estado na proteção social” (Viana, 2007, p. 25).

O pluralismo, conforme Viana (2007), tem suas variações. No Brasil, segue uma linha que se assemelha à de países como Espanha, Portugal e Itália, denominado de modelo latino de bem-estar social, cuja característica é a transferência de responsabilidades do Estado à família (políticas familistas) e às organizações não governamentais. Os modelos latinos “desenvolvem um sistema de bem-estar desfalcado de uma efetiva presença do Estado, destacando o protagonismo das famílias e setores não oficiais da sociedade como espaços privados de provisão social” (Viana, 2007, p. 24), especialmente na oferta de serviços sociais, embora mantenham benefícios poucos generosos para os trabalhadores estáveis, esperando que suas famílias promovam os cuidados, a assistência e a socialização, entre outras funções de reprodução social que nos países de social-democracia são atividades promovidas pelo Estado, e nos EUA, pelo mercado.

Por isso, aquele padrão de políticas públicas assume dimensões “públicas”, plurais, mistas e comprometedoras da garantia de direitos de cidadania, já que o pluralismo neoliberal promove o desmonte da seguridade social, de modo que as políticas sociais não são universais, mas focalizadas na extrema pobreza, assim se constituindo de forma mínima, residual e focalista, impactando sobremaneira nas políticas de envelhecimento, que devido às transformações sociais, demográficas e epidemiológicas requerem uma provisão social efetivada pelo Estado, com a oferta ampla e universal de serviços e benefícios.

Mioto e Dal Prá (2015, p. 147) ao analisarem as reconfigurações da política social brasileira a partir do pluralismo de bem-estar social, afirmam que ao “engendrar orientações e

mecanismos que dessem materialidade às premissas do pluralismo de bem-estar social encaminhou/reforçou o amplo processo de privatização da seguridade social” por meio do mercado (setor comercial), das organizações não governamentais e sem fins lucrativos (setor voluntário) e das redes primárias e informais compostas pela família, vizinhança e grupos de amigos (setor informal) (Pereira-Pereira, 2010, p. 32).

Conforme Pereira-Pereira (2010), o pluralismo de bem-estar, que faz uso dos recursos peculiares dos seus agentes – Estado (poder), mercado (capital) e a sociedade da qual faz parte a família (solidariedade) – resulta numa mistura assistencial que usa um discurso sobre bem-estar da sociedade semelhante ao defendido por Marx, distorcendo o que seria uma emancipação social na perspectiva marxista, para a defesa de premissas morais.

Assim, o termo sociedade do bem-estar, implícito originalmente na previsão de Marx do surgimento futuro de uma sociedade comunista, livre do domínio do estatal, é apropriado por teóricos do de bem-estar para indicar uma sociedade que, vez de emancipada, mostra-se sobrecarregada com tarefas e responsabilidades que, por dever de cidadania, pertencem ao Estado. (Pereira-Pereira, 2010, p. 32).

Esse modelo de Estado implica “uma estratégia de esvaziamento da política social como direito à cidadania” e a abertura para a privatização das políticas públicas. “Não se trata de uma distinção de forma, como fazem crer os seus defensores, mas de uma mudança de princípios e critérios no próprio processamento da política” (Pereira-Pereira, 2010, p. 32-33).

Em outro estudo, Pereira-Pereira (2020, p. 92) reforça que atualmente, com a ascensão da nova direita, ocorre uma transição do princípio que subsidia a política social, transitando do *ethos* solidário (característica que torna a política social em política

pública e direito à cidadania social) para a *moral individualista possessiva* (responsabilização dos indivíduos), ocasionando “uma trágica guinada regressiva do *status* da *cidadania* [...] para o da *barbárie* programada, que desumaniza e mata”.

É o que vem ocorrendo em relação às políticas de cuidado, pois esse deslocamento tanto de princípios da política social quanto das responsabilidades do Estado para as famílias desumaniza o sistema de proteção social, já que desconsidera as transformações na família, que hoje menores e com menos garantias sociais são obrigadas a assumir os custos e obrigações do trabalho do cuidado que deveriam ser de competência pública.

A materialização do neoliberalismo por meio do pluralismo de bem-estar, no qual a família se torna seu principal agente, sobremodo nas políticas de cuidado, inclusive reprivatizando antigas funções públicas (neofamilismo), relaciona-se com o processo de endividamento dos Estados-nação que no contexto dos países dependentes e em desenvolvimento ganha centralidade com a estratégia de acumulação do capital, evidenciando a relação orgânica e contraditória entre Estado e capital, uma vez que aquele se reconfigura para atender aos desígnios do capitalismo.

Embora o Estado tenha certa autonomia, ocorre uma relação de codeterminação, já que o capital é, “em última análise, uma forma incontável de controle sociometabólico”, uma estrutura totalizadora que tudo subjuga, até mesmo os seres humanos (Mészáros, 2011, p. 102). As políticas de ajustes afetam a vida e a cidadania das pessoas, além da autonomia dos Estados-nação envolvidos em processos de endividamento, já que a fonte de pagamento é o fundo público.

Dívida Pública como Estratégia de Acumulação do Capital: dinamização da dependência, espoliação da classe trabalhadora e implicações para as políticas públicas

A análise sobre o processo de endividamento dos Estados-nação inclui três questões importantes e organicamente relacionadas: primeiro, a crise estrutural capitalista; segundo, a ascensão da extrema direita (que tem como base ideológica política e econômica o neoliberalismo-neoconservador); e terceiro, os movimentos de contrarreforma, esta última tendo implicações diretas no sistema de proteção social e, mais especificamente, nas políticas diretas e indiretas de atenção à pessoa idosa.

Desde a crise estrutural do capitalismo desencadeada a partir de meados dos anos 1970, e agravada com a de 2008, que vem se intensificando a restrição de direitos (contrarreformas). É comum na literatura de viés crítico se apontar as contrarreformas como intrinsecamente relacionadas aos processos de endividamento dos Estados-nação e à crise do capital, que sob a pressão de organismos internacionais, promovem ataques à soberania nacional e às conquistas da classe trabalhadora, afetando a Seguridade Social (Lourenço; Lacaz; Goulart, 2017; Mustafa; Bueno, 2020; Silva, 2018).

Com a ascensão da nova direita²⁵ em diferentes países, cujo pano de fundo é o neoliberalismo-conservadorismo – que se delinea nos ataques ao Estado Social, à democracia e à soberania nacional – ocorre uma responsabilização do gasto social público pela crise econômica capitalista. Sob tal alegação se efetiva um deslocamento do padrão de proteção social de *ethos*

25 Conforme Pereira-Pereira (2020, p. 9), “o termo *nova direita* designa um conjunto de princípios, ideias e práticas morais resultante da fusão do neoliberalismo econômico com o conservadorismo político, social e cultural, o que configura um feroz ataque capitalista ao Estado Social e à democracia”.

solidário (política social de caráter público e de cidadania social) para um modelo baseado numa moral individualista possessiva e egocêntrica – ética da autoprovisão, do individualismo, guiada pela lógica liberal, na qual todo indivíduo é portador da qualidade possessiva e de autossuficiência (Pereira-Pereira, 2020).

Com a ascensão da nova direita há a demonização da política e da democracia, sob uma lógica de mercado e de valores conservadores, visando criar condições para que empresários assumam cargos públicos, na crença de que estes possuem uma superioridade moral e maior capacidade de gestão em termos de eficiência e eficácia, um processo definido por Camila Potyara Pereira (2020) como “Corporocracia”, em substituição à democracia.

Hoje, não há democracia, nem plena nem representativa, nem parcial, mas uma *corporocracia*: um modelo político no qual as decisões que impactam as coletividades são tomadas por grandes corporações nacionais e internacionais, por bancos e outras instituições financeiras (Pereira, 2020, p. 128).

Ao longo de décadas, essas perspectivas ideológicas, sobretudo o neoliberalismo, vêm se apresentando como uma saída para a crise econômica, mas seu êxito tem se dado apenas nos planos político e ideológico, pois as crises se relacionam com as próprias contradições do sistema.

Conforme Mandel (1990, p. 211-212), “a crise econômica capitalista é sempre uma crise de superprodução de mercadorias”, pois muito embora tenha seus fatores desencadeadores – incidente econômico ou político –, “a superprodução significa sempre que o capitalismo produziu tantas mercadorias que não havia poder de compra disponível para adquiri-las a preço de produção”. Esse processo gera um movimento em que as crises se acumulam,

resultando na diminuição da produção e, por conseguinte, na redução de emprego, renda, investimentos etc.

Conforme Netto e Braz (2007):

As crises, expressando as contraditoriedades inerentes ao MPC, são elas mesmas contraditórias: *de uma parte à luz as contradições do MPC; de outro, criam condições para sua reanimação e um novo auge*, isto é, para um novo ciclo (Paulo Netto; Braz, 2007, p. 162).

Com a crise dos anos 1970, que teve como detonador a crise do petróleo, o capitalismo movimenta-se na direção de um novo ciclo, que implicou a substituição do padrão keynesiano-fordista de produção pelo neoliberalismo, inaugurando-se uma nova era, denominada por Harvey (1992) de *acumulação flexível* de produção, circulação, consumo e relações de trabalho. Nesse novo cenário, a dívida pública se torna central no processo de exploração, subordinação e espoliação dos Estados-nação.

Um importante aspecto a se considerar na atualidade como forma de reproduzir a dinâmica de dependência são as “dívidas públicas”, que passam a ser importantes instrumentos de subordinação dos Estados nacionais e de transferência de valor para o capital rentista globalizado. Pode-se afirmar que a América Latina passou por longos períodos de endividamento público, desde o século XIX, com as “independências formais” das metrópoles ibéricas, contraindo dívidas com o imperialismo britânico, e no século posterior sendo explorados pelo imperialismo estadunidense (Diligente; Araújo, 2019, p. 70).

A respeito da dependência que se dinamiza com a dívida pública num contexto de capital “rentista, “portador de juros” ou “financeirizado”, cabe destacar que no caso dos países latino-americanos, e especificamente do Brasil, o capitalismo guarda suas especificidades, não por ser um capitalismo incompleto, mas

pelo seu caráter “*sui generis*”, como bem esclarece Marini (2005, p. 327), um dos teóricos da “Teoria da Dependência”.

A teoria da dependência, numa perspectiva marxista e por meio do uso de categorias como dependência, superexploração, transferência desigual e cisão entre produção e circulação, explica o processo de formação sócio-histórica das economias dependentes no contexto e na dinâmica internacional do capital. Para Marini (2005, p. 327), a dependência deve ser “entendida como uma relação de subordinação entre nações formalmente independentes, em cujo marco as relações de produção das nações subordinadas são modificadas ou recriadas para assegurar a reprodução ampliada”.

Diligente e Araújo (2019, p. 69), tendo como base essa mesma teoria, explicam que as “economias dependentes, em especial as latino-americanas, são utilizadas pela divisão internacional do trabalho no abastecimento das economias centrais com produtos primários do setor agromineiro-exportador, as chamadas *commodities*”. Tal situação, no caso do Brasil, caracteriza o que Sampaio Jr. chamara de “reversão colonial”, em razão da reprimarização e da desindustrialização na economia, que cede lugar ao capital rentista e ao corte de direitos (Sampaio Jr., 2017, p. 17 *apud* Diligente; Araújo, 2019, p. 68).

Desde o século XIX, os países latino-americanos desempenham “um papel significativo no aumento da mais valia-relativa nos países industrializados” ao fornecerem matéria-prima e alimentação barata, e posteriormente importarem os produtos já industrializados com valores agregados.

Assim, no mercado mundial, a acumulação se desloca da produção da mais-valia absoluta para a relativa, dependendo mais da capacidade produtiva do trabalho que da exploração do trabalhador, enquanto contraditoriamente na América Latina

o desenvolvimento da produção “dar-se-á fundamentalmente com base em uma maior exploração do trabalhador”, uma superexploração que vai além da baixa remuneração da força de trabalho e se estende às condições para repô-la (Marini, 2005, p. 328).

A superexploração incide de forma mais intensa que a exploração capitalista de modo geral, incidindo tanto na taxa de mais-valia absoluta e relativa. A burguesia dependente, buscando atenuar o atraso técnico na produtividade, com o aumento da intensidade da jornada e com “a redução de custos”, não se limita a remunerar abaixo do valor da força de trabalho, mas sequer garante o valor dos bens de reposição da força de trabalho no que diz respeito ao dispêndio físico-psíquico, como também ao dispêndio do tempo de vida laboral e de vida total (Diligente; Araújo, 2019, p. 69).

A dependência se caracteriza por uma relação de subordinação dos países menos desenvolvidos, reconfigurada para atender às necessidades de ampliação do capital, no contexto da divisão internacional do trabalho, conforme destaca o autor:

É a partir desse momento que as relações da América Latina com os centros capitalistas europeus se inserem em uma estrutura definida: a divisão internacional do trabalho, que determinará o sentido do desenvolvimento posterior da região. Em outros termos, é a partir de então que se configura a dependência, entendida como uma relação de subordinação entre nações formalmente independentes, em cujo marco as relações de produção das nações subordinadas são modificadas ou recriadas para assegurar a reprodução ampliada da dependência (Marini, 2005, p. 327).

No cenário atual, o processo de dependência dos países menos desenvolvidos em relação aos mais avançados tem como elemento propulsor da acumulação do capital a dívida pública. A partir dos anos 1980, o Estado se reconfigura para atender

aos imperativos do capital, que sob a forma de capital portador de juros ou capital fictício, coloca-se no centro das relações econômicas e sociais – uma posição que decorre da iniciativa dos Estados mais poderosos para promover a liberação das fronteiras do capital e sua desregulamentação²⁶ (Chesnais, 2005).

O capital portador de juros se caracteriza pela busca em “‘fazer dinheiro’ sem sair da esfera financeira, sob a forma de juros de empréstimos de dividendos e outros pagamentos recebidos a títulos de posse e de ações e, enfim, de lucros nascidos de especulações bem-sucedidas”, por meio de mercados integrados local e internacionalmente (Chesnais, 2005, p. 35).

Diferentemente do processo de acumulação primitiva em que a dívida pública serviu para a transição do feudalismo ao modo capitalista de produção, ou em outras etapas do sistema vigente, anteriormente aos anos 1980, que também colaborou com a reprodução do capital, desde as últimas décadas do século XX a dívida pública assume um papel na reprodução ampliada do capitalismo, sobretudo na valorização do capital fictício, assim denominado porque aparece como juro de um capital, embora nem sempre assim seja (Lupatini, 2012).

[...] os títulos públicos são forma assumida pelo capital fictício, pois em termos de totalidade, esses títulos não têm valor em si [...], mas eles representam um capital ilusório, fictício [...]. Vale ressaltar que para o capital individual esses títulos se apresentam como real (Lupatini, 2012, p. 67).

26 “Por volta do final dos anos 1970, explorando uma crise de lucratividade e estagflação, os programas neoliberais foram implementados por Margaret Thatcher e Ronald Reagan, novamente focados na desregulamentação do capital, no combate ao trabalho organizado, na privatização de bens e serviços públicos, na redução da tributação progressiva e no encolhimento do Estado Social”. Logo se espalharam por outros países (Brown, 2019, p. 29).

Esses títulos da dívida pública dão direito às receitas do Estado, e os juros devidos passam a absorver uma fração de toda a arrecadação e reservas do Estado. No caso dos países em desenvolvimento, “foi uma alavanca poderosa que permitiu impor as políticas enérgicas de ajuste estrutural, austeridade fiscal, liberalização e privatização” (Chesnais, 2005, p. 67). Por meio destas se arrecada para pagar os serviços da dívida.

Conforme Silva (2018, p. 131), “os Estados-nação subordinam-se às pressões das finanças, que, associadas a grupos empresariais transnacionais, comandam, no contexto da crise, a acumulação [...] e disputam ferozmente o fundo público”²⁷, de tal modo que espaços antes ocupados pelo Estado passam a ser dominados pelo grande capital financeiro. Efetiva-se o que Harvey (2014) denomina de acumulação por espoliação. Essas tensões se situam num contexto de reação do capital em face da crise estrutural do sistema capitalista, exigindo uma redefinição do papel do Estado e impactando nas políticas sociais (Behring, Boschetti, 2011).

Para Lourenço, Lacaz e Goulart (2017), várias medidas de cunho neoliberal foram implantadas no Brasil, tais como: abertura das fronteiras econômicas; eliminação das regulações e dos subsídios às empresas locais; privatizações; fim da taxaço de produtos estrangeiros; flexibilização das relações de trabalho; redução de investimento do gasto público na área social e transferência da responsabilidade pela gestão e efetivação das políticas sociais para a sociedade civil.

27 “O fundo público ocupa um papel relevante na articulação das políticas sociais e na sua relação com a reprodução do capital, sendo uma questão estrutural do capitalismo [...]. Envolve toda a capacidade de mobilização de recursos que o Estado tem para intervir na economia e nas políticas públicas” (Salvador, 2017, p. 426).

Essas medidas implicaram a destruição dos sistemas de proteção social e de proteção ao trabalho, bem como a precarização dos serviços sociais, favorecendo o capital financeiro, uma situação caracterizada por Diligenti e Araújo (2019, p. 77; 68) como um *austericídio*: “genocídio estrutural dos trabalhadores provocado pelas políticas de austeridade neoliberal, que rompe com mínimos padrões de civilidade conquistados pelas classes subalternas”, uma barbárie que restringe e caça direitos de “forma desigual e combinada no mundo”.

Sob o viés neoliberal e neoconservador, manipula-se a subjetividade dos indivíduos e ordenam-se as relações sociais sob uma lógica de mercado.

Cada sujeito foi levado a conceber-se e comportar-se, em todas as dimensões de sua vida, como um capital que deveria valorizar-se: estudos universitários pagos, constituição de uma poupança individual para a aposentadoria, compra da casa própria e investimentos de longo prazo em títulos da bolsa [...] que, à medida que ganhava terreno entre os assalariados, erodia um pouco mais as lógicas da solidariedade (Dardot; Laval, 2016, p. 201).

No Brasil, assim como em outros países, a ascensão da nova direita torna incompatível o padrão de proteção social baseado na universalidade, dada a sua racionalidade neoliberal e conservadora que associa a liberdade ao desenvolvimento de capacidades individuais e torna uma questão de moral a autoprovisão social. Uma nova era que exige mudanças na política social e no perfil do Estado em termos morais e éticos. Trata-se não mais de um Estado voltado para o “bem-estar social” enquanto cidadania, mas de um Estado “do trabalho” que abre mão da sua primazia na provisão social para delegá-la ao próprio indivíduo. Este, por meio do trabalho remunerado, deve garantir como consumidor a

cobertura de todos os riscos sociais aos quais está sujeito, já que depender de políticas públicas é moralmente condenável (Pereira-Pereira, 2020).

Moreno (2012) também faz essa análise no caso da Espanha. Salienta que a maior disparidade de renda nos países ocidentais – no final do século XX e início do século XXI – e a distribuição desigual da carga tributária para financiar o Estado de bem-estar social representam as duas faces de um mesmo projeto neoliberal voltado à redução da intervenção pública sistemática, à concentração dos grandes interesses capitalistas e à difusão de um modelo empresarial conservador, baseado no individualismo possessivo e egoísta.

Vários autores (Carneiro; Gambi, 2021; Vega; Garcia, 2016) consideram que a partir dos anos 1980, e ao longo do processo de redemocratização da Espanha, várias medidas de austeridade foram tomadas sob a alegação de crise econômica e do Estado social, ocorrendo a privatização de setores e instituições públicas, reformas para flexibilizar direitos trabalhistas, e redução da intervenção estatal por meio de políticas públicas.

Para Martínez Bujan (2019), o neoliberalismo no país impactou diretamente no cuidado, tanto no que concerne aos benefícios econômicos, que se tornaram mais residuais, quanto na sua mercantilização por meio do serviço doméstico. O mercado e as ONGs se intitucionalizaram como entidades que deveriam preencher os espaços deixados vagos pelo Estado, de modo que as fronteiras entre público e privado se confundem. A Europa do Sul, e mais especificamente a Espanha, é um exemplo importante desse processo: “[...] las fronteras que separan las experiencias comunitarias del Estado, la familia o el sector privado no están claras y los bordes se muestran difusos” (Martínez Bujan, 2019, p. 121).

Com o avanço das reformas neoliberais em países desenvolvidos e em desenvolvimento, as políticas sociais sofrem um revés no financiamento, nos investimentos, nas concepções e nos princípios que as regem. São fortemente precarizadas pelas constantes contrarreformas que visam mercantilizá-las para que se transformem em atividades reprodutivas para o mercado. Desse modo, num contexto de ampliação das demandas de cuidados, especialmente entre idosos/as, mas também entre doentes, crianças e adolescentes, desempregados e outros, a oferta via políticas públicas diminui e a responsabilidade pelo indivíduo carente é atribuída às famílias, agora menores e empobrecidas pelo desemprego e por trabalhos precários e informais.

Esse cenário, junto com o envelhecimento populacional, impulsionou questionamentos sobre a capacidade da família, do Estado e do mercado para atenderem à complexidade de cuidados específicos das pessoas idosas com níveis variados de dependência; e sobre a quem cabe o papel de cuidar numa realidade de transformações societárias, de mudanças na família, de expansão da inserção das mulheres no mercado de trabalho, de redução do número de potenciais cuidadores, além das transformações no Estado. É preciso compreender como se estrutura a proteção social no Brasil e Espanha, objeto deste estudo, sobretudo no que concerne às políticas de cuidados para pessoas idosas dependentes em domicílio, como resposta aos desdobramentos dessas transformações.

SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL E POLÍTICAS DE CUIDADOS EM DOMICÍLIO PARA PESSOAS IDOSAS DEPENDENTES NA ESPANHA E NO BRASIL: uma análise comparativa

O objetivo deste capítulo é apresentar as análises comparativas dos serviços de cuidados domiciliares para pessoas idosas no Brasil e Espanha, países com similaridades na formação tardia de seus sistemas de proteção social, dotados de características familistas e conservadoras dos seguros sociais, mas também as mudanças nestes sistemas com as “reformas” neoliberais nas últimas três décadas que reforçam o pluralismo de bem-estar social em oposição ao Estado de bem-estar social.

Contextualização histórica da inserção do envelhecimento e políticas de cuidados na agenda internacional

O envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida impuseram desafios para os países que se enquadram nessa realidade, tanto no que concerne à sustentabilidade dos sistemas previdenciários (aposentadorias e pensões) como para os sistemas de assistência social e saúde públicas, demandando de

países como Brasil e Espanha (objetos deste estudo) respostas a seus desdobramentos e consequências. Além disso, evidenciaram a fragilidade do tradicional modelo de proteção social de base familista e com forte responsabilização das mulheres pelo trabalho do cuidado das pessoas dependentes no âmbito familiar.

No contexto internacional, a inquietação com a questão ocorre de forma tardia em termos de agenda pública, embora a preocupação com os idosos dependentes remonte ao século XIX. Porém, somente no segundo pós-Guerra Mundial ocorre uma sistematização e institucionalização de serviços na Europa, com a definição de políticas específicas (Minayo *et al.*, 2020). Em 1956 a problemática do envelhecimento é incluída na agenda da Organização das Nações Unidas (ONU), e em 1982 acontece a “I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento”, em Viena, na qual é apresentado o Plano Internacional de Ação de Viena, que norteará as formulações de leis e políticas para a pessoa idosa, por meio de suas diretrizes e princípios gerais. Neste mesmo evento, se define como pessoa idosa o indivíduo a partir dos 65 anos nos países desenvolvidos e sessenta anos naqueles em desenvolvimento (ONU, 1982). Em 1991, a Assembleia Geral da ONU aprova, por meio da Resolução nº 46, princípios a favor da pessoa idosa, concernentes a independência, participação, cuidados, autorrealização e dignidade.

A preocupação com o envelhecimento se mantém, e em 2002 é realizada a “II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento”, em Madri, tendo como objetivo definir uma política internacional sobre o envelhecimento no século XXI. Assim se consolida uma Declaração Política e o Plano Internacional de Ação de Madri sobre o Envelhecimento, exigindo mudanças nas atitudes, políticas e práticas para se dar repostas coerentes com o envelhecimento

no século XXI, ocorrendo não só a revisão do plano anterior, como também a inclusão de países em desenvolvimento (ONU, 2002).

O Plano de Ação de Madri traz três recomendações prioritárias para a adoção de medidas: “os idosos e o desenvolvimento; promover a saúde e o bem-estar até a chegada da velhice; e criar ambientes propícios e favoráveis” no curso da vida e velhice (ONU, 2003, p. 31). Conforme Minayo *et al.* (2020), aos poucos as concepções dos organismos internacionais (ONU e OMS) sobre velhice como vulnerabilidade vão cedendo lugar a uma perspectiva de envelhecimento ativo, uma visão de fundamento positivista que viria influenciar até os dias atuais a formulação das políticas para a pessoa velha.

Como desdobramentos desses eventos e em decorrência do aumento crescente da população idosa, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização dos Estados Americanos (OEA) vêm mostrando preocupação com a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde e de se desenvolver políticas integrais de cuidados.

Não se pode deixar de destacar que os movimentos sociais, de profissionais da saúde, dos aposentados e de outros segmentos (como o movimento feminista, estudos feministas etc.) contribuíram de forma significativa para dar visibilidade à problemática do envelhecimento e cuidados, de modo que políticas viessem a ser criadas e implementadas em diferentes países.

Na Espanha e no Brasil, a preocupação com a problemática do envelhecimento no que toca aos idosos dependentes e às políticas de cuidado tem suas particularidades e diferenças, mas também certas aproximações. Sua compreensão requer uma contextualização sob vários aspectos, já que ambos os países possuem sistemas de proteção social de acentuado familismo,

construídos tardiamente e num período de desmonte do *Welfare State* no contexto europeu e internacional, e de ampliação das políticas de austeridade fiscal; bem como pela especificidade da Espanha de compor a UE, colocando o país em situação de vantagem em relação ao Brasil.

Analisar as políticas de cuidados para pessoas idosas dependentes em domicílio nesses países exige compreender o sistema de proteção social deles, suas bases ideológicas e os processos históricos e políticos sobre os quais se firmaram. Nesse sentido, resta saber: quais as configurações das políticas de cuidado para pessoas idosas dependentes em domicílio, considerando as especificidades desses países no que concerne ao modelo de proteção social, aspectos sociais, culturais, históricos e políticos? Como se cruzam as questões de classe, raça/etnia e gênero no que se refere às temáticas de envelhecimento e cuidados nesses países?

Estudos mostram que o Estado social, no Brasil e na Espanha, possui um caráter público e plural misto; privilegia-se a “atuação de setores não oficiais, informal, voluntário ou comercial, em detrimento do papel do Estado na proteção social” (Viana, 2007, p. 25).

O pluralismo tem suas variações. No Brasil, segue uma linha que se assemelha à de países como a Espanha, o modelo latino (Viana, 2007) ou mediterrâneo (Ferrera, 1996; Moreno, 2002), cuja característica é a transferência de responsabilidades do Estado à família (políticas familistas) e às organizações não governamentais. Assim sendo, cabe descrever e analisar como se estruturam os sistemas de proteção social desses países, para facilitar a compreensão sobre as políticas de cuidados em domicílio para pessoas idosas dependentes.

Sistema de proteção social na Espanha e as políticas de cuidados em domicílio para pessoas idosas dependentes

De modo similar a países como Grécia, Itália e Portugal, a lógica de bem-estar na Espanha tem como base o papel desenvolvido pela família. O modo de interação da família com o Estado e os agentes públicos, assim como com as organizações da sociedade civil, é o que diferencia o sistema de bem-estar da Europa do Sul. A solidariedade no âmbito da família, em termos materiais e afetivos, é fonte de satisfação dos cidadãos, sendo também tomada como autossuficiência pelos governos dos países da região que compõem a UE e tendo implicações nas políticas familiares. Esse apelo à família como recurso estruturante do bem-estar reflete no ordenamento jurídico com referência a obrigações que recaem sobre a família, e reforçam padrões tradicionais de gênero (Salido; Moreno, 2007).

A compreensão dessas peculiaridades do sistema de proteção social da Espanha passa pelo seu marco legal que é a Constituição Espanhola de 1978, por meio da qual se define o país como um Estado Social Democrático de Direito baseado em valores como a liberdade, a justiça, a igualdade e o pluralismo político (Espanha, 1978, art. 1º), mas também pelos aspectos políticos e ideológicos, já que, assim como em outros países capitalistas, na década de 1990 se iniciam, nos primeiros anos de redemocratização do país, as contrarreformas, tendo uma delas se materializado por meio do conhecido “Pacto de Toledo”, de 1995.

Esse pacto consiste num consenso entre vários partidos políticos em torno das readequações do Sistema de Previdência Pública, sob a alegação de que diante do fenômeno do envelhecimento populacional e das mudanças no mundo do trabalho, era preciso garantir a sustentabilidade do sistema. Entre

as várias questões constantes do pacto, estão a mudança na idade para aposentadoria, a separação entre as fontes de financiamento da previdência em relação a outras políticas, a promoção de mecanismos de poupanças complementares para o sistema de pensões (previdência privada) etc.

A crise internacional de 2007-2008 trouxe consequências para o Estado social espanhol. As investidas neoliberais se ampliam e afetam o sistema sanitário, forte pilar do sistema de proteção social e muito defendido pela população. Desde os anos 1980 até o início dos anos 2000, em diferentes governos, as políticas sociais de caráter universal foram desenvolvidas, chegando a se assemelhar aos países da Europa Central e a países do norte da Europa, contudo, com a globalização e o avanço do neoliberalismo, ocorre um retrocesso em termos de saúde como cidadania a ser provida pelo Estado.

Con la entrada del siglo XXI, la globalización económica y el avance de las políticas neoliberales en el mundo, junto con la privatización de los servicios sanitarios y la colisión entre recursos disponibles y gasto, ha supuesto que cada vez más se cuestione el sostenimiento del estado del bienestar”. (Aguilar Gil; Blenda García, 2020, p. 3).

Em 2006 tem início um processo de revisão da Lei Geral de Saúde (1986) e do Sistema Sanitário de Saúde, envolvendo diferentes segmentos e que se materializou no “Pacto Estatal por la Sanidad”, de 2006, no qual se propunha o entendimento do Sistema Sanitário como um dos pilares do bem-estar. Pleiteava-se a criação de uma nova lei da saúde que abordasse as seguintes questões:

cobertura sanitaria, organización territorial, financiación, régimen de personal y la provisión de tecnologías y medicamentos; pero sin olvidar que el fin de esa nueva norma habría de garantizar que

el sistema nacional de salud debe ser un instrumento de cohesión social y con la meta de prestar atención sanitaria universal e igualitaria. (Aguilar Gil; Blenda García, 2020, p. 4).

Porém, esse pacto que foi promovido predominantemente nos governos socialistas passou a ser questionado com a chegada de um governo majoritariamente conservador ao poder em 2011. Sob os argumentos das crises em curso já há alguns anos, passa-se a defender a descentralização e gestão privada dos recursos públicos, sendo então aprovada uma nova lei (Aguilar Gil; Blenda García, 2020).

Los conservadores amparándose en la crisis económica existente en esos años, plantearon nuevas actuaciones para reformar la Ley General de Sanidad, objetando fundamentalmente la descentralización de la sanidad en las Comunidades Autónomas y la sostenibilidad del sistema, y abogando por una gestión privada de los recursos públicos. (Aguilar Gil; Blenda García, 2020, p. 4).

Para Aguilar Gil e Blenda García (2020), apostou-se num modelo de atenção sanitária baseado na privatização da gestão dos recursos públicos, cujas características principais são a propriedade pública, o controle público, o financiamento público e uma gestão privada. A tentativa de contrarreformas de cunho neoliberal na área da saúde por meio do Real Decreto-lei 16/2012 e do Real Decreto-lei 7/2018, tentando afetar o princípio da universalidade, encontraram resistência dos movimentos ligados aos trabalhadores da saúde e de muitas outras organizações, sem, contudo, alterar significativamente o modelo conservador e os problemas existentes, como a ampliação da cobertura dos serviços (Aguilar Gil; Blenda García, 2020; Oliveira, Marcos; Diaz, 2021).

Os resultados sugerem que as mobilizações e ações de protesto conseguiram deter as propostas do Real Decreto-ley 16/2012. Os êxitos são considerados inspiradores, mas não suficientes. A saúde passa a ser vinculada novamente à condição de cidadania, no entanto, há reminiscências do modelo anterior e permanecem as disputas com o setor privado. (Oliveira, Marcos, Diaz, 2021, p. 375).

Nas primeiras décadas do século XXI, outras contrarreformas foram feitas. Entre elas está a de 2021 no Sistema de Previdência Social, que se seguiu em cumprimento a compromissos assumidos com a UE depois de empréstimos concedidos para o enfrentamento da pandemia de Covid-19 (Guerrero, 2022). Ocorreu também a reforma trabalhista, que foi revista de modo a dar uma melhor cobertura em termos de direitos sociais à classe trabalhadora, representando uma vitória sobre os ideais e projetos neoliberais.

No que diz respeito à Seguridade Social na Espanha, é importante destacar que o termo tem um significado diferente daquele utilizado na Constituição Federal do Brasil. Enquanto no Brasil a Seguridade Social é composta pela saúde, assistência social e previdência social (esta última contributiva), na Espanha se incluíram apenas prestações econômicas contributivas e não contributivas (caráter de assistência social).

Além da seguridade social, a Constituição espanhola prevê a assistência social, a proteção social complementar e a proteção à saúde. O conjunto das políticas saúde, seguridade social contributiva e não contributiva e proteção social complementar é denominado pela doutrina espanhola de proteção social (Pierdoná, 2015).

Assim, embora a seguridade social espanhola compreenda também prestações não contributivas, não se pode afirmar que o termo seguridade social na Espanha compreende o que para

nós é previdência e assistência. Ela compreende tudo aquilo que para o Brasil é previdência social. Além disso, compreende parte daquilo que é assistência social, a exemplo da proteção aos idosos e às pessoas com deficiência, prevista no art. 203 da Constituição brasileira. (Pierdoná, 2015, p. 10).

Segundo o Guia da Comissão Europeia (2012), o Sistema de Segurança Social da Espanha integra dois níveis ou modalidades de proteção: contributiva e não contributiva. Versa a Constituição espanhola que:

Os poderes públicos manterão um regime público de Segurança Social para todos os cidadãos que garanta a assistência e prestações sociais suficientes ante situações de necessidade, especialmente no caso de desemprego. A assistência e as prestações complementares serão livres. (Espanha, 1978, art. 41).

O regime **contributivo** contempla dois tipos: um regime geral, que cobre todos os trabalhadores (exceto os dos regimes especiais e algumas categorias de funcionários públicos); e três regimes especiais: trabalhadores independentes, trabalhadores da mineração do carvão e trabalhadores marítimos (marinheiros e pescadores). Há também o regime contributivo especial dos funcionários públicos.

No regime **não contributivo**, têm direito às prestações (benefícios) de caráter não contributivo as pessoas que enfrentam uma situação específica de carência e cujos rendimentos são inferiores a um determinado limite estabelecido por lei. Poderão ter direito a esses benefícios, ainda que nunca tenham pagado contribuições para a segurança social, ou que não o tenham feito por tempo suficiente para ter direito às prestações pagas no âmbito do regime contributivo.

As prestações (benefícios) não contributivas incluem: cuidados de saúde; pensões de reforma e invalidez; subsídio social

de desemprego (subsídio por desemprego); prestações familiares; subsídio de maternidade de carácter não contributivo (subsídio por maternidade de natureza não contributiva e não sujeito à condição de recursos).

Independentemente desses benefícios, alguns grupos específicos de pessoas podem receber outros apoios sociais por parte do Estado ou de autoridades regionais ou locais. Este apoio social é concedido principalmente a pessoas idosas e a pessoas com deficiência.

A gestão do Sistema de Segurança Social é feita pelas seguintes entidades: Tesouraria Geral da Segurança Social (TGSS), Instituto Nacional da Segurança Social (INSS), Instituto Social da Marinha (ISM) e Serviço Público de Emprego Estatal (SPEE). No que concerne aos cuidados de saúde, estes são geridos pelos serviços de saúde das Comunidades Autônomas e, nas cidades de Ceuta e Melilla, pelo Instituto Nacional de Gestão Sanitária (Ingesa).

É importante destacar, considerando o objeto de estudo desta pesquisa, que o sistema conta ainda com o Instituto de Idosos e Serviços Sociais (Instituto de Mayores y Servicios Sociales – Imserso), que gere, conjuntamente com as Comunidades Autônomas, as pensões pagas no âmbito do regime não contributivo, as prestações (benefícios) destinadas a idosos e pessoas com deficiência, e os serviços sociais conexos²⁸. Gere igualmente os regimes de cuidados de longa duração, que são financiados pelo Estado e pelas Comunidades Autônomas, com a colaboração de instituições locais e a participação dos beneficiários, quando necessário.

28 A Constituição Espanhola de 1978 prevê em seu artigo 50 dois preceitos significativos, que são a suficiência de pensões e o estabelecimento de uma rede de serviços sociais para as pessoas idosas.

Lei de promoção da autonomia pessoal e atenção às pessoas em situação de dependência (Lapad): contextualização, características e abrangência dos serviços e benefícios

Os direitos da pessoa idosa na Espanha se articulam com as determinações das normativas da UE. A Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, em seu artigo 25, que trata dos direitos das pessoas idosas, reconhece e respeita o direito dos idosos a levarem uma vida digna e independente e a participar da vida social e cultural. Tem como fundamento das suas políticas de envelhecimento os princípios e as diretrizes do envelhecimento ativo e saudável defendidos pelos organismos internacionais como a ONU e a OMS (União Europeia, 2000, art. 25).

A proteção da deficiência e da velhice na Espanha está constitucionalmente enquadrada no artigo 9.2 da Constituição (1978), quando afirma que cabe aos poderes públicos promover as condições para que a liberdade e a igualdade do indivíduo e dos grupos em que são integrados sejam reais e eficazes; remover os obstáculos que impedem ou dificultam sua plenitude; e facilitar a participação de todos os cidadãos na vida política, econômica, cultural e social.

No artigo 49, com referência às pessoas com deficiência, é estabelecido o mandato para as autoridades públicas realizarem políticas de segurança social, tratamento, reabilitação e integração de pessoas com deficiência física, sensorial e mental,

A assistência especificamente à pessoa idosa está prevista na Constituição Espanhola (1978) no seu artigo 43, no qual se reconhece o direito à proteção à saúde, e como uma responsabilidade do poder público, a tutela da saúde pública por meio de medidas preventivas e da prestação de serviços. O artigo 50 prevê que o poder público deve assegurar, por meio de pensões

adequadas e atualizadas periodicamente, a suficiência econômica dos cidadãos na velhice.

Do mesmo modo, e independentemente das obrigações familiares que se concretizam na necessidade de prestação de alimentos, nos termos do artigo 142 do Código Civil, promoverão o seu bem-estar através de um sistema de serviços sociais que atenderá às suas especificidades: problemas de saúde, habitação, cultura e lazer. Esses serviços sociais serão de tipo genérico, com acesso a serviços sociais básicos para necessidades genéricas ou pedidos de serviços como “Ajuda ao domicílio”. Também se disponibilizarão serviços sociais especializados como os dos Centros para Idosos. A regulação dos serviços sociais na Espanha é descentralizada e de responsabilidade das Comunidades Autônomas (Espanha, 1978, art. 148.1.20).

Verifica-se ainda que, na Espanha, as políticas de cuidado de longa duração (que contemplam não apenas o público idoso dependente) foram regulamentadas num contexto em que a sustentabilidade financeira dos programas de aposentadoria/pensões e a atenção sanitária ganham centralidade devido às consequências do envelhecimento populacional e ao aumento da esperança de vida, mas também porque como país-membro da União Europeia, procura atender às recomendações do Comitê de Ministros do Conselho da Europa, que realçam a necessidade de proteção às pessoas dependentes e estabelece parâmetros para as ações.

A Espanha se caracteriza como um dos países com maior tradição de proteção social à pessoa idosa, devido à alta taxa de envelhecimento populacional, motivo pelo qual existem diversas experiências relacionadas aos serviços de atenção à pessoa idosa dependente. Em 1985, nas CAs já existia o Serviço de Ajuda Domiciliar (SAD) para pessoas idosas com dependência

moderada. Dez anos depois, as demandas se intensificam e adquirem novas características, devido ao aumento da esperança de vida, às comorbidades e às mudanças na família.

Ocorrem também alterações na lente analítica profissional “em relação aos cuidados das pessoas idosas dependentes, os quais concluíram que estas necessitavam de um suporte mais qualificado, tanto no âmbito institucional como no comunitário”, ocasião em que os Centros Dia ganham destaque na oferta de assistência como serviço intermediário entre a ajuda em domicílio e as instituições de longa permanência (Mendonça, 2016, p. 143).

No período entre 1996 e 2007, intensificam-se os debates políticos e científicos sobre a dependência, o que culminou na regulamentação da Lei nº 39, de 14 de dezembro de 2006, que trata da “Promoção da Autonomia Pessoal e Atenção às Pessoas em Situação de Dependência” (Lapad), representando um marco na ampliação do Estado de bem-estar social na Espanha (Casado; Jiménez Martin, 2007).

De acordo com a HelpAge Espanha (2021), essa lei reconhece pela primeira vez no país a proteção à dependência e a prevenção para a autonomia pessoal como direitos subjetivos, ou seja, com garantias previstas em lei. Tomando como base Moreno (2012), Mendonça (2016) esclarece que “essa lei está inserida no quarto pilar do Estado de bem-estar, que é o da assistência social [...]. O quarto pilar refere-se ao acesso universal e descentralizado da rede básica de serviços, os direitos a cuidados por parte dos dependentes e à promoção da autonomia destes” (Mendonça, 2016, p. 147-148).

A Lapad vai ao encontro do reconhecimento dos direitos das pessoas em situação de dependência, colocada como relevante por organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Conselho da União Europeia. Este último

determinou em 2002 que as políticas sociais de dependência dos Estados-membros da União Europeia deveriam se fundamentar em três critérios: universalidade, alta qualidade e sustentabilidade (Casado; Jiménez Martin, 2007).

A aprovação da Lapad produziu uma reconfiguração nos serviços sociais do país com o objetivo de implantar um sistema universal de promoção e atenção às pessoas em situação de dependência (pessoas idosas e pessoas com incapacidades), por meio de serviços profissionais (domiciliares, residenciais, centro dia e ocupacionais) e benefícios financeiros para os cuidados familiares (Muyor-Rodriguez, 2019). Além disso, reconhece na sua exposição de motivos nº 2 que historicamente a família e as mulheres foram protagonistas nos cuidados das pessoas dependentes, bem como a necessidade de adequação às mudanças societárias, assim denotando a transversalidade da questão de gênero.

La atención a este colectivo de población se convierte, pues, en un reto ineludible para los poderes públicos, que requiere una respuesta firme, sostenida y adaptada al actual modelo de nuestra sociedad. No hay que olvidar que, hasta ahora, han sido las familias, y en especial las mujeres, las que tradicionalmente han asumido el cuidado de las personas dependientes, constituyendo lo que ha dado en llamarse el «apoyo informal». Los cambios en el modelo de familia y la incorporación progresiva de casi tres millones de mujeres, en la última década, al mercado de trabajo introducen nuevos factores en esta situación que hacen imprescindible una revisión del sistema tradicional de atención para asegurar (España, 2006, p. 6).

As transformações demográficas, sociais (envelhecimento populacional, queda na taxa de fecundidade e natalidade, aumento da expectativa de vida, mudanças na família e ampliação da inserção da mulher no mercado de trabalho) e epidemiológicas são elementos considerados no desenho dessa política, pois com essas mudanças ocorre uma desestabilização do modelo

tradicional de divisão de responsabilidades pelos cuidados, requerendo assim políticas públicas para a área.

Conforme Martínez-Buján (2011), o envelhecimento populacional, as mudanças nos anseios profissionais das mulheres e a perda de redes sociais de apoio aos cuidadores familiares têm desafiado o sistema de proteção social e evidenciado novas formas de atenção pessoal nos lares espanhóis. A aprovação desse marco estatal de regulação da proteção à dependência e a prevenção para a autonomia, na qual predomina a forma de transferências econômicas, garantem a liberdade na contratação do cuidador. As respostas institucionais para a provisão de cuidados de longa duração vêm modificando e reorganizando o cuidado. Ganha destaque a figura da empregada doméstica imigrante, muito embora a lei defina como políticas outros serviços, como se pode verificar a seguir.

Constitui objeto da Lapad, conforme seu artigo 1º, “regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia” (Espanha, 2006), por meio da criação do Sistema para a Autonomia e Atenção à Dependência (Saad), que responderá a uma ação coordenada e cooperativa da Administração-Geral do Estado e das 17 Comunidades Autônomas e cidades autônomas, mas também por meio de entidades locais, evidenciando assim seu caráter público e plural misto, ao abrir mão da primazia do Estado.

Estabelece ainda como titulares de direitos a serem assistidos pela referida legislação os espanhóis em situação de dependência ocasionada pela perda de autonomia, esta compreendida como:

1. Autonomía: la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir

de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

2. Dependencia: el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. (España, 2006, art. 2º).

A dependência pode ser classificada em três graus e sua avaliação é feita por uma equipe de profissionais que vão ao domicílio para avaliar a situação da pessoa. Conforme o artigo 26 da Lapad, os graus de dependência são:

a) Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

b) Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

c) Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal (España, 2006, art. 26).

A Lapad regulamenta as características básicas do Sistema para a Autonomia e Atenção à Dependência (Saad), inclusive o catálogo de serviços e benefícios, os direitos e obrigações dos beneficiários, os requisitos, os princípios do sistema, o modo de financiamento e a gestão.

Em seu artigo 3º, a Lapad define como princípios nos quais se fundamenta para a criação do Saad, entre outros: o caráter público dos benefícios; a universalidade, a igualdade efetiva e a não discriminação no acesso; a atenção integral e integrada; a transversalidade das políticas de atenção às pessoas em situação de dependência; a atenção personalizada; a prevenção, a reabilitação, o estímulo social e mental; a permanência da pessoa em situação de dependência no contexto em que vive sempre que possível; a participação; a inclusão da perspectiva de gênero etc.

Quanto aos direitos, a Lapad prevê uma vinculação aos direitos humanos ao estabelecer que todas as pessoas em situação de dependência em todo o território espanhol têm direito a acessar, de forma igual, os benefícios e serviços, além de “disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales, con pleno respeto de su dignidad e intimidad” (Espanha, 2006, artigo 3º, item 2, letra “a”). Em relação às obrigações, conforme o artigo 4º, item 4, da Lapad estão previstas obrigações para os usuários e seus familiares ou representantes e centros assistenciais:

Las personas en situación de dependencia y, en su caso, sus familiares o quienes les representen, así como los centros de asistencia, estarán obligados a suministrar toda la información y datos que les sean requeridos por las administraciones competentes para la valoración de su grado de dependencia, a comunicar todo tipo de ayudas personalizadas que reciban, a aplicar las prestaciones económicas a las finalidades para las que fueron otorgadas y a cualquier otra obligación prevista en la legislación vigente (Espanha, 2006, art. 4º.4).

Quanto aos requisitos, a Lapad reconhece como titulares dos direitos os espanhóis que se encontrarem em situação de dependência, conforme os termos da lei, com qualquer idade (salvo as particularidades estabelecidas para os menores de três anos) ou residirem em território espanhol há pelo menos cinco

anos. Nos casos dos estrangeiros residentes na Espanha, estes também poderão ser beneficiários desde que a situação esteja em conformidade com a Lei nº 4/2000, que trata das liberdades e direitos dos estrangeiros.

Configurações do financiamento, gestão e controle social democrático

A Lapad estabelece a forma de financiamento do Saad conforme seus três níveis de proteção, estes definidos no artigo 7º, da seguinte forma: nível de proteção mínima que deve ser pago integralmente pela Administração-Geral do Estado (AGE), a depender do número de pessoas em situação de dependência que estejam recebendo um benefício efetivo; nível de proteção acordado entre a AGE e cada uma das Comunidades Autônomas – o financiamento da AGE neste nível de proteção baseia-se na distribuição anual de um determinado valor que é distribuído pelas comunidades autônomas com base num conjunto de variáveis e critérios predefinidos; nível de proteção adicional – estabelecido por cada Comunidade Autônoma.

Assim, com base nesses níveis, o financiamento do sistema é feito tanto pelo Governo Central como pelas Comunidades Autônomas. Além disso está prevista a participação do beneficiário no financiamento dos benefícios de dependência como uma coparticipação, conforme o tipo de custo do serviço e sua capacidade econômica pessoal (Espanha, 2006, art. 33).

Os benefícios e serviços da Lapad estão integrados à rede de serviços sociais municipais existentes nas Comunidades Autônomas. Entretanto, há uma grande disparidade quanto aos serviços e benefícios ofertados nas diversas CAs, pois os valores destinados, por pessoa dependente, variam de comunidade para comunidade, tendo cada uma sua própria normativa para

estabelecer os valores mínimos e máximos (HelpAge Espanha, 2022).

Outra questão relevante são as medidas de austeridade adotadas em 2012. Estas impactaram nos direitos previstos na Lapad, ocorrendo um aumento no percentual de coparticipação dos usuários dos serviços e a supressão do pagamento retroativo das prestações econômicas para cuidados no âmbito da família, além de um financiamento público limitado, o que dificulta a universalização dos serviços e benefícios sem coparticipação.

Essa realidade expressa a recomposição nas políticas públicas no contexto da relação dos novos padrões de acumulação capitalista e da hegemonia do capital financeiro. Elas são estruturadas de forma setORIZADA, focalizada e com condicionalidades, o que repercute na efetivação dos objetivos dessa lei, já que se propõe a promover mudanças no sistema tradicional de cuidados caracterizados pela provisão da família e do mercado, visto que com financiamento limitado não se profissionaliza e institucionaliza a política de cuidado de forma universal e igualitária.

Conforme o instituto Help Age Internacional Espanha (2021, p. 155), a Espanha investe menos que outros países da UE em políticas de cuidados.

Según datos de la OCDE, en 2014, los países de la Unión Europea gastaban de media un 1,47% en cuidados de larga duración. Holanda era el país que más financiación dedicaba al cuidado (un 4,27% del PIB). La mayoría de países mediterráneos y del Centro-Este europeo gastaban menos del 1% del PIB en cuidados de larga duración, entre ellos España, con un 0,7% del PIB en 2014. En 2018, el gasto en España para cuidados de larga duración ascendió hasta el 0,8% del PIB.

No que se refere à gestão e controle social democrático do sistema, a Lapad prevê a cooperação das entidades locais na gestão dos serviços de atenção à dependência, assim como das Comunidades Autônomas no seu âmbito territorial, tendo entre outras atribuições a gestão, a inspeção e a avaliação dos serviços e benefícios de atenção à dependência (Espanha, 2006, artigo 12). O artigo 8º estabelece a criação do Conselho Territorial dos Serviços Sociais e do Sistema para Autonomia e Atenção à Dependência como um instrumento de cooperação para a articulação dos serviços e promoção da autonomia das pessoas em situação de dependência.

No artigo 35, a lei estabelece a participação dos usuários no controle da qualidade dos serviços prestados pelas entidades sociais por meio de um conselho territorial:

Se crea el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia como instrumento de cooperación para la articulación de los servicios sociales y la promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia. (Espanha, 2006, art. 35).

Consta ainda como instância consultiva e de assessoria o Comitê Consultivo, que tem composição tripartite, conforme versa o artigo 40:

1. Se crea el Comité Consultivo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia como órgano asesor, adscrito al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema y se ejerce la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales en el mismo. 2. Sus funciones serán las de informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento de dicho Sistema. 3. La composición del Comité tendrá carácter tripartito. (Espanha, 2006, art. 40).

Benefícios/Prestações e serviços de atenção do Saad para a autonomia e atenção à dependência

A Lapad estabelece que a política de cuidados para a promoção da autonomia e atenção às pessoas em situação de dependência dar-se-á por meio de um conjunto de serviços e de prestações econômicas. No seu artigo 13 estabelece que a atenção às pessoas em situação de dependência e a promoção de sua autonomia pessoal têm como meta o alcance da melhoria da qualidade de vida, objetivando facilitar a autonomia no meio em que vive, e de forma digna em todos os âmbitos da sua vida (pessoal, familiar e social).

O alcance desse objetivo ocorre por meio do acesso igualitário aos benefícios e serviços do Saad destinados à pessoa dependente, cuja *natureza é de serviços e de benefício econômico/remunerado*, direcionados, uma parte, à promoção da autonomia pessoal, e outra parte, ao atendimento das necessidades das pessoas com dificuldades para a realização das atividades da vida diária, por meio de uma rede de serviços sociais das respectivas comunidades autônomas ofertados por centros de serviços públicos ou privados conveniados (art. 14), assim representados:

Organograma 1 - Atenção à dependência



Benefícios/prestações econômicas

O benefício econômico tem um caráter pessoal, periódico e se vincula a uma prestação de serviço público ou conveniado de atenção e cuidado em função do grau de dependência e da capacidade econômica do beneficiário.

Excepcionalmente, quando o beneficiário está sendo atendido no âmbito familiar, e tendo as condições adequadas de convivência e habitabilidade da moradia, conforme o estabelecido pelo seu Programa Individual de Atenção (PIA), esse benefício remunerado pode destinar-se ao custeio dos serviços de cuidados no entorno familiar e ao apoio a cuidadores profissionais.

A Laad prioriza a prestação de serviços em relação ao benefício financeiro para os cuidados em ambiente familiar

e apoio a cuidadores não profissionais. Conforme Muyor-Rodriguez (2019), o benefício pode ser recebido quando não houver cobertura de serviços profissionais disponíveis, desde que o cuidador familiar possa cuidar sem prejuízo ao seu bem-estar e o da pessoa dependente.

O benefício econômico pode ser também de assistência pessoal; sua finalidade é a promoção da autonomia das pessoas em situação de dependência em qualquer um dos graus. O objetivo é contribuir com a contratação de uma assistência pessoal, durante um determinado número de horas, de modo a facilitar o acesso do beneficiário à educação e ao trabalho, assim como a ter uma vida com mais autonomia no exercício das atividades cotidianas (Espanha, 2006, arts. 14, 17, 18 e 19).

Quanto aos valores dos benefícios econômicos, estes são acordados pelo Conselho Territorial do Sistema para Autonomia e Atenção à Dependência, para uma posterior aprovação pelo Governo mediante Decreto Real.

Informações do Ministério da Igualdade e Ministério dos Direitos Sociais e Agenda 2030 apontam que o Governo Central e as CAAs em dezembro de 2022 acordaram fixar uma quantia mínima entre 100 e 200 euros para prestações de cuidados a dependentes, e um aumento dos valores máximos até 455,40 euros por mês no caso de auxílios a cuidados no ambiente familiar (Europa Press, 2022).

Em 2022, dados do Imserso apontam a variação e a média de gastos entre as CCAs com as prestações econômicas para cuidados familiares nos três graus de dependência.

Tabela 1 - Quantidade das Prestações/Benefícios Econômicas por CCA Prestações de Cuidados Familiares Situação em 31 de dezembro de 2022

ÂMBITO TERRITORIAL	GRAU I	GRAU II	GRAU II
	Média (euros)	Média (euros)	Média (euros)
Andalucía	147,6	269,9	396,2
Aragón	111,4	201,1	306,6
Astúrias, principado de	101,6	180,5	256,6
Baleares, Illes	141,5	240,6	336,3
Canarias	149,4	242,3	343,7
Cantabrias	109,0	176,7	241,2
Castilla y Lion	92,6	160,4	221,5
Castilla - La Mancha	134,2	235,9	327,6
Cataluña	151,0	253,8	350,1
Comunitat Valencianna	152,8	263,4	377,6
Extremadura	126,9	225,3	315,5
Galícia	98,7	164,4	211,2
Madri, Comunidad de	155,7	234,4	319,9
Murcia, Región de	113,3	190,7	269,1
Navarra, Comunidad de Foral de	100,1	234,5	279,9
País Vasco	163,1	227,0	363,7
Rioja, La	154,2	177,9	246,0
Ceuta y Melilla	148,1	216,9	326,1
TOTAL	139,6	240,5	334,9

Fonte: Imserso - 2022

Esses dados evidenciam as disparidades entre as comunidades autônomas em termos de cobertura de prestações econômicas para cuidados familiares. Isso pode estar relacionado à oferta de outros benefícios e à capacidade econômica dos beneficiários, bem como ao fato de algumas comunidades priorizarem o repasse financeiro em detrimento do serviço, embora a legislação preconize o último (Imserso, 2022).

Catálogo de Serviços

Quanto ao catálogo de serviços, estes compreendem os *serviços sociais de promoção da autonomia pessoal e os serviços de atenção à dependência*, assim especificados: serviços de prevenção das situações de dependência e os de promoção da autonomia pessoal; serviço de teleassistência; *serviço de ajuda em domicílio – atenção às necessidades domésticas e cuidados pessoais* (grifo nosso); serviço de Centro Dia e Noite; Serviço de Atenção Residencial. Todos são destinados às pessoas idosas dependentes e a outras pessoas incapacitadas (Espanha, 2006, art. 15).

Para os fins deste estudo, enfoca-se o serviço de teleassistência e os *serviços de ajuda em domicílio*, porque o primeiro pode ser um serviço independente ou complementar ao segundo, visando facilitar a assistência aos beneficiários.

O serviço de teleassistência atende as pessoas beneficiárias mediante o uso da tecnologia de comunicação em situações de emergência, insegurança, solidão e isolamento. Funciona por meio de um dispositivo em forma de colar ou pulseira com um botão de acionamento, que quando apertado pelo/a usuário/a dispara um alarme solicitando ajuda. Para seu funcionamento é instalado um terminal na residência do/a usuário/a conectado a uma linha telefônica.

Figura 1 - Dispositivo de teleassistência

Disponible **en colgante o pulsera**



Fonte: <http://www.cruzroja.es/principal/pt/web/provincial-lugo/teleasistencia-lugo>

Dados do Imserso (2021, p. 163) indicam que o serviço de teleassistência é o que apresenta o maior número de usuários/as. Em 31 de dezembro de 2020 esse serviço atendeu 931.076 pessoas, ou seja, 10% das pessoas idosas. É um serviço altamente feminizado: 75,5% são mulheres, e tem uma alta porcentagem de usuários/as com oitenta anos ou mais (69,5%).

Os *serviços de ajuda em domicílio* contemplam ações direcionadas à atenção pessoal na realização das atividades da vida diária e à satisfação das necessidades domésticas, sendo prestados por empresas credenciadas, com total ausência da participação do setor público na sua efetivação.

El servicio de ayuda a domicilio lo constituye el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestadas por entidades o empresas, acreditadas²⁹ para esta función, y podrán ser los siguientes:

- a) Servicios relacionados con la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria.
- b) Servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar: limpieza, lavado, cocina o otros. Estos servicios sólo podrán prestarse conjuntamente con los señalados en el apartado anterior. Excepcionalmente y de forma justificada, los servicios señalados en los apartados anteriores, podrán prestarse separadamente, cuando así se disponga en el Programa Individual de Atención. La Administración competente deberá motivar esta excepción en la resolución de concesión de la prestación. (España, 2006, art. 23).

29 Conforme acordo de creditação e qualidade: “En el ámbito del presente Acuerdo, se entiende por acreditación el acto por el que la Administración pública competente en materia de bienestar social certifica que un servicio o centro reúne especiales condiciones de calidad en la prestación de los servicios ofertados, y declara la idoneidad de su integración en la red de centros y servicios del SAAD y, en general, para desempeñar sus funciones como parte del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública” (España, 2022, p. 7).

A intensidade dos serviços se dá em função do grau de dependência determinado na avaliação multiprofissional. No que se refere ao Serviço de Ajuda Domiciliar, a intensidade pode ser assim descrita:

Serviço de Ajuda Domiciliar	
Grau de dependência	Horas/Mês
III - Grande dependência	46-70 horas/mês
II - Dependência Severa	21-45 horas/mês
I - Dependência moderada	20 horas/mês

Fonte: Sociedad Española de Geriátria y Gerontología (SEGG)/Manual Tira Dúvidas 101 da Dependência (2012, p. 38).

O número de pessoas usuárias com 65 anos ou mais do *Serviço de Apoio/Ajuda em Domicílio* corresponde a 473.028 usuários, uma cobertura de 5,08%. Destes, 131.142 (27,8%) são homens, 340.544 (72,2%) são mulheres, evidenciando que devido à cultura machista e patriarcal, demarcada pela divisão sexual do trabalho, as mulheres cuidam mais dos seus companheiros do que estes delas.

Quanto à faixa de idade, verifica-se que 150.896 (32%) se encontram na faixa que vai de 65 anos a 79 anos, e 320.790 (68,9%) possuem oitenta anos ou mais (Imsero, 2021). Desses dados infere-se que quanto maior a idade, mais elevado é o nível de dependência devido às comorbidades, aumentando a procura por este tipo de serviço, além de outros fatores como potenciais cuidadores também idosos ou no mercado de trabalho, famílias monoparentais, entre outros.

Quanto aos outros serviços de ajuda/apoio em domicílio, são disponibilizados por algumas comunidades autônomas: serviços de comida em domicílio, serviço de lavanderia a domicílio,

programa de apoio familiar e à dependência, adequação da moradia e ajuda técnica.

Dados referentes a 2020 mostram que a população com 65 anos ou mais, a que se dirigem os serviços sociais para pessoas idosas na Espanha, corresponde a 9.307.511 pessoas, 19,65% do total da população em 2020. Desse universo, 3.986.998 são usuários dos serviços da lei da dependência (Imsero, 2021). Porém a HelpAge Espanha (2021) alerta que na aplicação da lei predominam as prestações econômicas, e particularmente a prestação econômica para cuidados no entorno familiar, motivo pelo qual não se tem conseguido a profissionalização do setor. Isso resulta no reforço do papel da família e na sobrecarga das mulheres.

En la aplicación de la Ley, la prestación económica para el cuidado familiar ha prevalecido a la prestación de servicios profesionales. En España, el 57% de las personas mayores de 65 años que tienen necesidad de cuidados son atendidas en un entorno informal, frente al 14% de Países Bajos o el 24% de Francia. (Martínez-Buján, 2014 *apud* HelpAge Espanha, 2021, p. 156).

Esse dado reforça o caráter familista da política de cuidado espanhola e a mercantilização dos serviços. Como afirma Martínez-Buján (2011, p. 94): “El papel central de la familia como agencia de prestación de asistencia y la mercantilización de la atención personal mediante el servicio doméstico son los principales rasgos de la provisión de cuidados en España”.

Para Martínez-Buján (2011), os subsídios econômicos e a entrada de imigrantes irregulares favoreceram a contratação pelas famílias de empregados/as domésticos/as como alternativa para o trabalho do cuidado, criando-se um nicho para esse tipo de atividade, e reproduzindo os padrões tradicionais de gênero, já que essa mão de obra é, na sua maioria, feminina.

Ello ha supuesto un cambio en el régimen de cuidados español, donde la reorganización de los cuidados no pasa por una división sexual y generacional más equilibrada en las tareas asistenciales, sino en la mercantilización de estos trabajos. La aceleración de llegadas de población inmigrante, feminizada y en situación irregular, ha propiciado que este sector de cuidados dentro del servicio doméstico se convierta en un nicho laboral para las personas extranjeras. (Martínez-Buján, 2011, p. 93).

As políticas de cuidado em domicílio para a pessoa idosa dependente estão previstas também na política de saúde do país, assim como no Brasil, mas na modalidade de Atenção Domiciliar. O sistema de saúde espanhol é operacionalizado de forma descentralizada nas 17 comunidades autônomas, porém sob as diretrizes gerais do Ministério da Saúde, sediado em Madri, que estabelece como se deve dar a gestão e a provisão dos serviços.

Conforme a Lei nº 14/1986, artigo 18, o sistema de saúde da Espanha se estrutura por meio da *Atenção Primária Integral de Saúde* (ações curativas, de reabilitação, promoção da saúde e prevenção de doenças) e da *Assistência Sanitária Especializada* (assistência domiciliar, hospitalização e reabilitação).

A atenção em saúde às pessoas idosas envolve as ações de promoção e prevenção; identificação, acompanhamento e atenção às pessoas idosas em risco, de acordo com suas características de idade, saúde e situação sociofamiliar; *assistência domiciliar* a idosos imobilizados, incluindo informações, conselhos de saúde, aconselhamento e apoio às pessoas ligadas ao doente, em especial o cuidador principal³⁰.

Há no país uma forte centralidade nos profissionais de enfermagem na atenção domiciliar na área da saúde. Arnedo

30 Informações disponíveis em: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/AP-ServiciosEspecificos.htm>

e Lombardo (2015), ao abordarem o papel da enfermagem nos cuidados de saúde em domicílio, destacam que a Atenção Domiciliar não é uma prestação da carteira de serviços, mas uma modalidade de aplicação da atividade assistencial determinada assim por ser o domicílio o lugar de atenção, de prestação de assistência, no qual se proporciona uma atenção integral ao usuário e ao cuidador/família.

Destacam os autores que há uma diferença entre atenção sanitária e atenção domiciliar, embora estejam intimamente relacionadas. A atenção domiciliar se refere aos serviços que permitem aos usuários continuarem vivendo em seu lar e no entorno familiar. Contempla os serviços de apoio social, de ajuda para as atividades da vida diária, teleassistência e aquelas instrumentais (lavar roupa, preparar alimentos, limpar a casa etc.), ou seja, aqueles previstos na Lapad (Arnedo; Lombardo, 2015).

Na Espanha, a assistência domiciliar se relaciona com a política de saúde propriamente dita e inclui a assistência sanitária nas residências de pessoas idosas e de pessoas incapacitadas, ficando este serviço a cargo dos centros de saúde e, portanto, das enfermeiras comunitárias.

Outra modalidade é a hospitalização domiciliar, ou seja, de pessoas em condições de saúde suscetível de ocupar leitos em hospitais de cuidados graves, que continuam hospitalizadas em casa sob os cuidados e o acompanhamento de profissionais da saúde (Arnedo; Lombardo, 2015). É um modelo semelhante ao Programa Melhor em Casa, do Ministério da Saúde do Brasil, como se verá adiante. Na Espanha, os cuidados para pessoas idosas dependentes têm como política de referência a assistência social, e como marco legal a Lapad, mas esse serviço ocorre de forma integrada ao serviço de assistência domiciliar em saúde.

A aprovação da lei da dependência em 2006 representa um avanço nas políticas dirigidas às pessoas idosas na Espanha, mas também apresenta problemas de funcionamento, agravados no contexto de pandemia de Covid-19, que requerem a tomada de medidas estruturais, urgentes e a médio prazo. Diante disso, acolhendo propostas do Ministério dos Direitos Sociais e da Agenda 2030 da UE, foi elaborado o “Plan de Choque para el impulso del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia”; este traz um diagnóstico inicial que identifica que cerca de 390 mil pessoas estão na lista de espera, incluindo aquelas pessoas com solicitação de benefício/serviço pendente (Davey, 2021).

O “Plano de Choque” se estrutura em três eixos importantes: i) melhorar as prestações/benefícios e serviços dos quais se beneficiam as pessoas dependentes, reforçando os direitos que lhes são reconhecidos na Lapad; ii) melhorar e simplificar a gestão do SAAD; iii) aumentar significativamente o financiamento do Estado ao Saad.

O fato é que a Lei de Promoção da Autonomia Pessoal e Atenção às Pessoas em Situação de Dependência (Lapad) representa um avanço no que concerne às políticas de cuidado, para a melhoria do sistema existente anteriormente e para o reconhecimento da proteção ante a dependência como um direito, mas no contexto de austeridade neoliberal, pôs sobre a mesa uma nova ordem de prioridades políticas que questiona seu sistema de financiamento. Este hoje se coloca como um grande desafio para a superação do caráter residual dessas políticas que deixa à margem do sistema os grupos mais vulneráveis do país.

A criação da Lapad visava gerar novas possibilidades de provisão do cuidado, para além da família e do mercado, por meio da profissionalização e da institucionalização, porém o financiamento público limitado, a ênfase no repasse de prestações

econômicas em detrimento dos serviços e a insuficiente cobertura de serviços inviabilizaram o cumprimento desses objetivos.

Sistema de proteção social no Brasil e as políticas de cuidados em domicílio para a pessoa idosa dependente

O Brasil não tem uma política nacional de cuidados, mas já iniciou as discussões para a sua formulação. As políticas de seguridade social preveem serviços de cuidados, seja na assistência social ou na saúde, que serão aqui retratadas e comparadas na oferta de cuidados.

O bem-estar na América Latina e no Brasil: regulamentação social tardia e retrocessos

Como se trata de um estudo comparativo entre Espanha e Brasil, assim selecionado pelas semelhanças nos seus sistemas de políticas públicas de cunho social, tanto anteriores como posteriores às contrarreformas neoliberais, faz-se necessário delimitar o rol de políticas e serviços que serão analisados também na realidade brasileira, descrevendo e problematizando o sistema de seguridade social brasileiro e as políticas de cuidados em domicílio para pessoas idosas a partir de uma perspectiva histórica.

Assim como no Sul da Europa (região mediterrânea), na América Latina a regulação social ocorre por meio de processos históricos e políticos diferentes em relação aos países desenvolvidos da Europa Central, mas mantendo as bases estruturais do capitalismo, que promovem desigualdades inerentes ao próprio sistema. “As condições nacionais atribuem aos sistemas de proteção social características e particularidades que os distinguem

sem, contudo, suprir sua morfologia estruturalmente capitalista” (Boschetti, 2016, p. 25).

Conforme Sposati (2003), o Brasil, assim como outros países da região, só toma conhecimento dos direitos sociais e humanos no último quarto do século XX, após lutas sangrentas contra ditaduras militares. Enquanto nos países da Europa Central ocorre o pacto do *Welfare State*, fundamentado nos pressupostos keynesianos e beveridgianos, a regulação social no Brasil não estará vinculada a um pacto democrático de universalização da cidadania, e muito menos ao pleno emprego ou à formalização do trabalho.

No Brasil, os direitos sociais são reconhecidos tardiamente. Para Carvalho (2005), a pirâmide de Marshall foi invertida no Brasil, vindo primeiro os direitos sociais (1930), implantados num período de supressão dos direitos políticos e restrição dos direitos civis, tendo-se aí um Estado com características de clientelismo e paternalismo social. Enquanto os países desenvolvidos viviam os efeitos da crise do capital desencadeada na década de 1970, somente nos anos 1980/1990 os países da América Latina darão início ao processo de criação dos seus sistemas de proteção social (Behring; Boschetti, 2011; Carvalho, 2005; Kerstenetzck, 2012; Lourenço; Lacaz; Goulart, 2017).

Nos estertores do regime de arbítrio sob o comando militar, e num quadro de agravamento da questão social, sobretudo a partir dos anos 1980, o Brasil enfrentou várias transformações sociais, políticas e econômicas, levando a sociedade a retomar as lutas populares com vistas a oxigenar a vida política nacional, na busca da construção de um regime democrático. Como resultado dessa luta veio a Constituição Federal Brasileira (CFB) de 1988, representando a promessa de afirmação e extensão dos direitos

sociais, em consonância com as transformações sociopolíticas ocorridas no país durante o processo de transição democrática.

Mudanças no sistema de proteção social brasileiro, na perspectiva de direitos, justiça social e equidade, só ocorrem com a CFB de 1988 (Brasil, 1988), ao instituir a seguridade social, composta pelas políticas de previdência social, saúde e assistência social – a primeira de caráter contributivo, e as demais não contributivas.

No que tange à previdência social, a CFB inova ao estabelecer o piso previdenciário de um salário mínimo, ao incluir os trabalhadores rurais na categoria de segurados especiais e ao inserir idosos e pessoas com deficiência como beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC) no valor de um salário mínimo (Lourenço; Lacaz; Goulart, 2017, p. 468). A inclusão desses segmentos, sem necessidade de contribuição, ampliou o conceito de previdência social para além da ideia de seguro, denotando assim uma perspectiva clara de seguridade social.

Embora a CFB/88 tenha avançado ao estabelecer a segurança social como pilar daquelas políticas públicas, o Estado, orientado pelo enfoque neoliberal que se seguiu aos primeiros respiros do processo de democratização, propõe a redução da capacidade de resposta ante as expressões da questão social, priorizando a operacionalização de políticas públicas focalizadas e seletivas. Sob a pressão de organismos internacionais, o Estado brasileiro desenvolve, a partir dos anos 1990, uma série de contrarreformas tendo como alvo principal a previdência social e a apropriação do fundo público pelo capital financeiro, como se verá a seguir.

As contrarreformas no Brasil e suas implicações para a vida do/a (velho/a) trabalhador/a

É importante situar, para uma melhor compreensão, o contexto no qual se criam bases para a expansão desse movimento de contrarreforma, assim denominado por Silva (2018), que se alastra por diferentes países e ganha força a partir dos anos 1990 na América Latina e no Brasil.

Desde a crise estrutural do capitalismo, desencadeada a partir de meados dos anos 1970 e agravada com a de 2008, que vêm se intensificando as “reformas” que restringem direitos (por isso denominada de contrarreformas). É comum na literatura de viés crítico e considerem as contrarreformas como intrinsecamente relacionadas aos processos de endividamento dos Estados-nação e à crise do capital, que sob a pressão de organismos internacionais promovem ataques às conquistas da classe trabalhadora, afetando a Seguridade Social e mais especificamente a previdência social, uma realidade compartilhada por vários países, inclusive o Brasil (Lourenço; Lacaz; Goulart, 2017; Mustafa; Bueno, 2020; Silva, 2018).

Conforme Silva (2018, p. 131), “os Estados-nação subordinam-se às pressões das finanças, que, associadas a grupos empresariais transnacionais, comandam, no contexto da crise, a acumulação [...] e disputam ferozmente o fundo público³¹”, de tal modo que espaços antes ocupados pelo Estado passam a ser dominados pelo grande capital financeiro. Essas tensões se situam num contexto de reação do capital ante a crise estrutural do

31 “O fundo público ocupa um papel relevante na articulação das políticas sociais e na sua relação com a reprodução do capital, sendo uma questão estrutural do capitalismo [...]. Envolve toda a capacidade de mobilização de recursos que o Estado tem para intervir na economia e nas políticas públicas” (Salvador, 2017, p. 426).

sistema capitalista, exigindo uma redefinição do papel do Estado e impactando nas políticas sociais, a exemplo da previdência social (Behring; Boschetti, 2011).

Vários são os argumentos utilizados para a viabilização das contrarreformas previdenciárias, como os argumentos demográficos (envelhecimento populacional e aumento da expectativa de vida); custos do trabalho; déficit previdenciário; desigualdade entre trabalhadores públicos e aqueles de outros regimes; valor das pensões e aposentadorias, entre outros.

Conforme Silva (2018), o movimento de contrarreforma forjou uma imagem de inviabilidade da previdência pública sobre o regime de repartição, promoveu renúncias tributárias a favor do capital, sobrecarregando os trabalhadores, e colocou na conta da previdência social a responsabilidade pelo aumento da dívida pública e pelos desequilíbrios no orçamento.

Para Lourenço, Lacaz e Goulart (2017), uma série de medidas de cunho neoliberal foi implantada no Brasil desde 1990, tais como a abertura das fronteiras econômicas; a eliminação das regulações e dos subsídios às empresas locais; privatizações; o fim da taxa de produtos estrangeiros; a flexibilização das relações de trabalho; a redução de investimento do gasto público na área social e a transferência da responsabilidade pela gestão e efetivação das políticas sociais para a sociedade civil. Essas medidas implicaram restrições nos sistemas de proteção social e de proteção ao trabalho, bem como ampliaram a precarização dos serviços sociais, favorecendo a privatização direta ou indireta, ou seja, o capital, especialmente o financeiro.

Com as medidas implantadas a partir dos anos 1990 e sobretudo com aquelas após os anos 2000, “trabalhadores mais bem aquinhoados pagam, em conjunto com as empresas onde trabalham, plano de seguro-saúde e convênios médicos,

escolas particulares, e agora investem em previdência privada”, configurando um sistema de proteção social dual, que causa desigualdades entre a própria classe trabalhadora (Lorenço; Lacaz; Goulart, 2017, p. 470).

Nesse contexto, o Estado assume um papel de instrumento de acumulação do capital, à medida que promove as contrarreformas sob o argumento de tornar a previdência social pública superavitária. Em verdade, cria condições para o avanço da previdência privada, a fim de gerar excedente para os bancos e os serviços da dívida.

O papel do Estado a serviço do capital se evidencia nas contrarreformas e na tomada de medidas como a criação do Fundo Social de Emergência (FSE) em 1995, e em 1997 o Fundo de Estabilização Fiscal (FSE), que dariam origem, em 2000, à Desvinculação das Receitas da União (DRU). Em 2016, por meio de Emenda Constitucional (EC 95), a DRU é prorrogada até 2023 e aumenta-se o percentual de retirada de recursos da Seguridade Social de 20% para 30% do Orçamento da União.

Para Salvador (2017), a DRU é um importante instrumento para a retirada das fontes tributárias exclusivas da seguridade social, retratando uma incoerência com o discurso do déficit da previdência para justificar a restrição de direitos, à medida que faz uso desses mecanismos (Salvador, 2017).

No que concerne às contrarreformas previdenciárias, elas vêm se desenvolvendo desde a década de 1990 por meio de um receituário neoliberal. Seu início se processa no Governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998; 1999-2002), como requisição do capitalismo globalizado e financeirizado, visando aumentar as taxas de acumulação. Assim, alega-se crise fiscal (baixo crescimento econômico, desemprego, queda na arrecadação e desequilíbrios nas contas públicas); necessidade

de controle da dívida pública; estabilidade econômica; confiança dos investidores estrangeiros; e desigualdade entre servidores públicos e demais trabalhadores. Ocorrem as primeiras medidas de desmonte da previdência pública a favor do capital.

Por meio da Emenda Constitucional (EC) nº 20/1998, estabelecem-se regras comuns para os regimes RGPS e RPPS; aumento do tempo de contribuição e retardamento do acesso à aposentadoria para ambos os regimes; cria-se o fator previdenciário; extingue-se a maioria das aposentadorias especiais (ficando apenas professor universitário e trabalhadores em atividades insalubres); abole-se a aposentadoria integral por morte; entre outras medidas.

Esse conjunto de medidas obrigou o trabalhador a permanecer mais tempo no mercado de trabalho; aumentou o superávit previdenciário e valorizou o caráter securitário, e não de seguridade social, como definido na CFB/1988. Ademais, tem implicações sociais, pois desconsidera as desigualdades entre os trabalhadores e que a grande massa dos trabalhadores se encontra em condições precárias de trabalho e sem garantias, em decorrência da reestruturação produtiva.

Nos governos de Luís Inácio Lula da Silva (2003-2006; 2007-2010), que se apresenta como representante da esquerda e da classe trabalhadora, ampliam-se as contrarreformas e o uso do fundo público para pagamento da dívida pública, favorecendo o capital financeiro. Argumenta-se serem medidas de justiça social devido aos “privilégios” dos trabalhadores públicos em relação aos do setor privado; a necessidade de se criar uma renda complementar (para o trabalhador) e poupança interna para o país, de modo a favorecer o crescimento econômico; estimulasse a adesão aos planos de previdência privada (Lourenço; Lacaz; Goulart, 2017; Silva, 2018).

Por meio das EC nº 41/2003 e nº 47/2005, realiza cortes em direitos, atingindo principalmente os trabalhadores públicos. Aprova medidas que não foram aprovadas no governo FHC, como definição de um teto para a aposentadoria para os regimes geral e próprio, e assim fortalece a previdência privada. Em decorrência dessas “reformas” há um favorecimento do capital financeiro por meio dos fundos de pensão com a mercantilização do sistema previdenciário, uma afronta à CFB/1988 e ao princípio da solidariedade (Lourenço; Lacaz; Goulart, 2017).

No governo de Dilma Rousseff (2011-2014; 2015-2016), os argumentos se repetem e mais uma vez os ataques se direcionam aos servidores públicos e trabalhadores assalariados. Por meio da Lei nº 12.618/2012 se cria a previdência complementar para o servidor público federal (Executivo, Legislativo e Judiciário), obrigando-o à adesão imediata quando do ingresso no serviço público. Com a Lei nº 13.135/2015 faz-se a desoneração das empresas e amplas mudanças no acesso às pensões por morte, auxílio doença, reclusão e defeso, abono salarial e seguro desemprego (redução de valores e tempo de usufruto, aumento do tempo de contribuição), bem como é terceirizada a perícia médica do INSS, dificultando ainda mais o acesso do trabalhador aos benefícios. A Lei nº 13.183/2015 adiciona ao fator previdenciário o somatório de idade e tempo de contribuição (Silva, 2018; Lourenço; Lacaz; Goulart, 2017).

Essas medidas adotadas no governo Dilma contribuíram para que o trabalhador pagasse mais que as empresas; geraram insegurança quanto às coberturas de riscos; dificultaram o acesso aos benefícios previdenciários e ao seguro desemprego; reduziram os gastos sociais, tornando as políticas sociais mais seletivas e focalizadas. De um modo geral, os governos sob a sigla do Partido dos Trabalhadores favoreceram a acumulação

capitalista, incentivando o consumo e empréstimos consignados, causando endividamento de trabalhadores públicos, aposentados e pensionistas.

Com o “golpe pelo alto” de 2016, o país passa a ter como presidente Michel Temer (2016-2018). Este, que tão logo assumiu, viabilizou contrarreformas que atingiram a seguridade social como um todo e outras políticas sociais por meio da EC nº 95/2016, que estabelece o congelamento dos gastos públicos por vinte anos. Via PEC 287/2016 (criou bases para a EC nº 103/2019) propôs uma reforma previdenciária que rompe com os princípios da solidariedade social e proteção aos trabalhadores por meio da sua mercantilização (Mustafa; Bueno, 2020).

O governo Temer ainda conseguiu aprovar a (contra)reforma trabalhista que amplia a precarização do trabalho, permite a flexibilização das relações de trabalho e redundante na perda de direitos sociais. Como consequência das suas medidas, ocorre uma naturalização da barbárie no mundo do trabalho, uma ampla perda de direitos e o desamparo dos trabalhadores e de seus familiares, bem como a ampliação da pobreza e da miséria.

No período do governo Bolsonaro (2019-2022), mais medidas restritivas são implementadas por meio da EC nº 103/2019, alegando-se mais uma vez déficit na previdência devido aos valores dos benefícios, ao envelhecimento populacional e a “privilégios” dos trabalhadores públicos. Soma-se a isso a necessidade de atrair investidores. Há ainda: aumento da idade e tempo de contribuição para homens e mulheres (62/65); aumento do tempo mínimo de contribuição, que passa de 15 para vinte anos; novas regras de transição e aumento da alíquota.

Apesar das investidas, consegue-se barrar a capitalização e manter o BPC. Como implicações, assim como nas reformas anteriores, o acesso aos benefícios se coloca cada vez mais num

horizonte distante, ampliando-se a pobreza e a miséria, e mais uma vez afrontando a CFB/1988 e o princípio da solidariedade e da proteção social, tudo em favor do mercado (Mustafá; Bueno, 2020).

Tanto no Brasil como na Espanha, as contrarreformas atingem brutalmente a classe trabalhadora de um modo geral, e mais especificamente aqueles segmentos atravessados por outros marcadores de desigualdades (raça, cor, etnia, geração, gênero e outros), como é o caso do/a velho/a trabalhador/a. Isso porque a velhice é um processo heterogêneo, em que as condições de existência do/a velho/a trabalhador/a (classe social, o gênero, a cor, raça/etnia, as condições de trabalho, o acesso a bens e serviços, e outros marcadores de desigualdades) determinam seu modo de envelhecer e sua velhice.

No que concerne às contrarreformas, afirma Boschetti:

As análises são unânimes em mostrar que as tendências das “reformas” até meados da década de 1990 priorizaram a redução de direitos no âmbito do sistema público de aposentadorias, por meio, sobretudo, do aumento da idade legal mínima para acesso, aumento do montante das contribuições sociais e redução relativa dos valores dos benefícios, mas com manutenção do sistema por repartição (Boschetti, 2012, p. 791).

Isso se evidencia nas reformas do governo FHC, mas se altera nos anos 2000, pois os neoliberais, insatisfeitos e ainda querendo reforçar a acumulação do capital, passam a pressionar com os planos privados e/ou complementares de aposentadoria, financiados por capitalização, tal como implementado nos governos Lula e Dilma.

As contrarreformas operadas desde FHC até o governo Bolsonaro representam uma afronta à CFB, à lógica da solidariedade e de seguridade social, porquanto cortam direitos

e usam o fundo público para pagamento da dívida pública – uma estratégia de acumulação do capital após a crise estrutural do capitalismo desencadeada a partir de meados dos anos 1970.

Ademais, as contrarreformas têm impactos na vida do/a velha/a trabalhador/a, pois dificultam o acesso aos benefícios por meio do aumento da idade, tempo e valor da contribuição, desconsideram os marcadores de desigualdades (diferenças regionais, tipo de trabalho, questões de gênero, raça, cor, etnia e outros) e ampliam a pobreza e a miséria.

Há uma incoerência e inconsistência dos argumentos apresentados. Estudos³² mostram que não há déficit da previdência social; que os planos de fundo privado não geram crescimento econômico, mas sim insegurança; que a média de aposentadorias e pensões da previdência social pública no Brasil é de dois salários mínimos. Uma verdadeira reforma seria acabar com os privilégios de determinados segmentos; reduzir gastos com juros; tributar grandes riquezas e fortunas; combater a sonegação e ampliar o leque de políticas públicas universais e emancipatórias, inclusive para pessoas idosas.

A regulação social nos diferentes países possuem especificidades e particularidades nacionais, mas de um modo geral vincula-se a uma estrutura capitalista, e por assim ser, não promove a emancipação humana nem elimina as desigualdades causadas pelo sistema.

Políticas Sociais para a Pessoa Idosa no Brasil

A abordagem sobre as políticas e os direitos da pessoa idosa está associada à luta de classes, tanto no cenário internacional como no Brasil. Conforme Benedito (2017), devido às péssimas

32 Citam-se aqui Salvador (2017) e Boschetti (2016).

condições de trabalho, a classe trabalhadora tornou a melhoria dessas condições em pauta das suas reivindicações, o que contribuiu para a conquista de direitos sociais importantes até os dias atuais.

A luta da classe trabalhadora resultou na melhoria das condições de trabalho e de vida. Assim, no curso do desenvolvimento das forças produtivas, viabilizou-se o prolongamento da vida e o envelhecimento. Entretanto, ressalta a autora:

O “bom” envelhecer, com dignidade e qualidade de vida não era e continua a não ser uma realidade de todos. A qualidade de vida foi ampliada para boa parte da população, mas não se distribuiu pelo seio de toda a sociedade na mesma proporção. O envelhecer de quem usurpa a riqueza produzida não é semelhante ao daquele que produz a riqueza (Benedito, 2017, p. 35).

No complexo contraditório das relações sociais capitalistas emergem as políticas sociais que resultam das lutas de classe, muitas vezes levando o Estado, numa estratégia como mediador dos interesses das classes dominantes, a se antecipar às reivindicações da classe trabalhadora. É nesse contexto que surgem e se desenvolvem os sistemas de proteção social.

A política de previdência social foi a primeira a ser adotada, resultante das lutas trabalhistas, da difusão em outros países capitalistas desta modalidade de proteção social que incluía renda para os trabalhadores idosos/as na velhice. Posteriormente, os idosos/as e as organizações não governamentais, nacionais e internacionais, baseadas nos dados demográficos, lutam e demandam políticas específicas para o segmento.

Há de se destacar que as políticas sociais contemporâneas para as pessoas velhas se inserem num contexto em que, devido ao envelhecimento populacional, um fenômeno mundial, viram o foco de atenção dos Organismos Internacionais, por meio dos

quais a problemática do envelhecimento ganha visibilidade, com políticas que buscam o envelhecimento saudável, com direitos e com dignidade (Benedito, 2017).

Com o advento da Constituição Federal Brasileira (1988), na esteira das proposições de eventos internacionais e em resposta ao conjunto dos movimentos sociais, consolidam-se na forma de leis e normativas, políticas públicas que contemplam pessoas idosas, tais como: Lei Orgânica da Assistência Social – Loas (Lei nº 8742/1993, posteriormente alterada pela Lei nº 12.435/2011), Política Nacional do Idoso – PNI (Lei nº 8.842/1994), Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003) e Política Nacional de Saúde da pessoa Idosa – PNSPI (Portaria MS/GM 2.528/06).

Esse conjunto de leis e normativas estabelece como direito da pessoa idosa o acesso aos serviços de saúde; a prevenção e a manutenção da capacidade funcional; a prevenção e o combate à violência e aos maus-tratos; moradia adequada; participação na comunidade e assistência social (incluindo-se o BPC). Os serviços são ofertados pelos Centros Dia, Instituições de Longa Permanência (ILPs), Cras, Creas, Unidades Básicas de Saúde, Programas de Moradia etc.

Ampliam-se os espaços de participação e controle social (por meio de fóruns e conselhos). Há forças, por um lado, que defendem a ampliação da democracia e, por outro, há forças amparadas pela ideologia neoliberal, que defendem a redução do papel do Estado na garantia dos direitos sociais.

Este estudo visa analisar as políticas de cuidado em domicílio para pessoas idosas dependentes. Por isso não se fará uma discussão sobre todo o sistema de seguridade social, composto pelo tripé saúde, previdência e assistência social, mas se focalizará apenas nas políticas de saúde e assistência social.

A opção por um estudo centrado nas políticas de saúde e assistência social relaciona-se com o entendimento de que uma série de aspectos do cuidado concerne à questão da saúde, porém, como o conceito de cuidado “é multidimensional e transversal”, requer também que se analise a transversalidade do cuidado em outras políticas, como a de assistência social (Hirata, 2012, p. 285).

Ainda que não exista no Brasil uma Política Nacional de Cuidados regulamentada, justifica-se a escolha pelo fato de essas duas políticas terem legislações que versam sobre o cuidado em domicílio. A operacionalização delas requer uma integralidade das ações entre si e com outras políticas. A própria PNSPI estabelece a necessidade de articulação das ações de saúde para a pessoa idosa dependente com a Política de Assistência Social, por meio do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio e do Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias.

Política de Assistência Social: centralidade na família e regulação do cuidado sem a operacionalização integrada e efetiva

A Política de Assistência Social como integrante do Sistema de Seguridade Social do Brasil, conforme a CFB/1988, “será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social” (Brasil, 1988, art. 203), sendo regulamentada, posteriormente, pela Lei Orgânica da Assistência Social (Loas, 1993)³³. Tanto o Suas quanto a Política Nacional de Assistência Social – PNAS (2004) estabelecem a centralidade na família no que concerne à concepção e à implementação dos

33 Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, Lei Orgânica da Assistência Social - Loas, posteriormente alterada pela Lei nº 12.435/2011.

benefícios, serviços, programas e projetos da assistência social, a serem operacionalizados através do Suas.

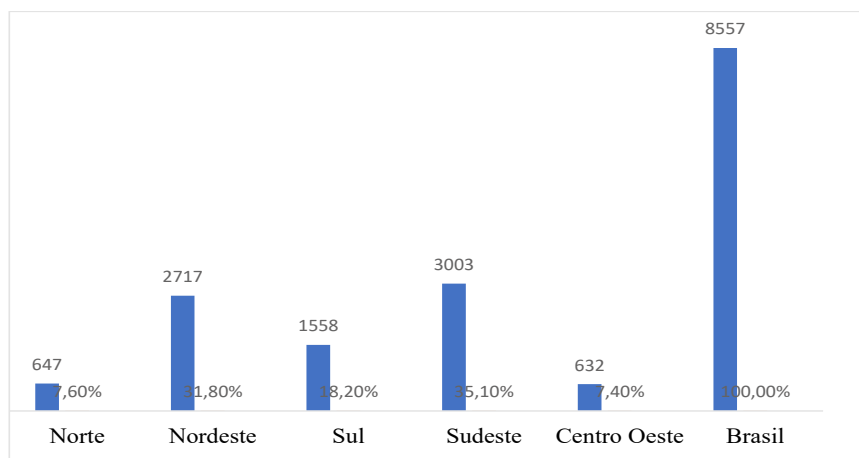
O Suas possui um caráter público não contributivo, descentralizado e participativo, com o objetivo de promover a proteção social, a vigilância socioassistencial e a defesa dos direitos. Enquanto sistema único, compõe um conjunto articulado e integrado de serviços, projetos, programas e benefícios, de forma unificada e com a mesma organização em todo o território nacional, a partir da sua diretriz estruturante: a *matricialidade sociofamiliar*.

O sistema é operacionalizado e hierarquizado em Proteção Social Básica e Especial, conforme níveis de complexidade, sendo suas ações desenvolvidas, respectivamente, através dos Centros de Referência de Assistência Social (Cras) e dos Centros de Referência Especializado em Assistência Social (Creas).

O Cras tem como função a gestão territorial da rede socioassistencial de proteção básica e a oferta dos serviços oferecidos pelo Programa de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif), Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) e Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiências e Idosos, conforme tipificação nacional dos serviços socioassistenciais, consistindo no trabalho com as famílias de forma integrada a outros serviços e políticas.

Quanto à quantidade de Cras, dados referentes ao Censo Suas/2022 apontam:

Gráfico 13 - Quantidade de Cras por região



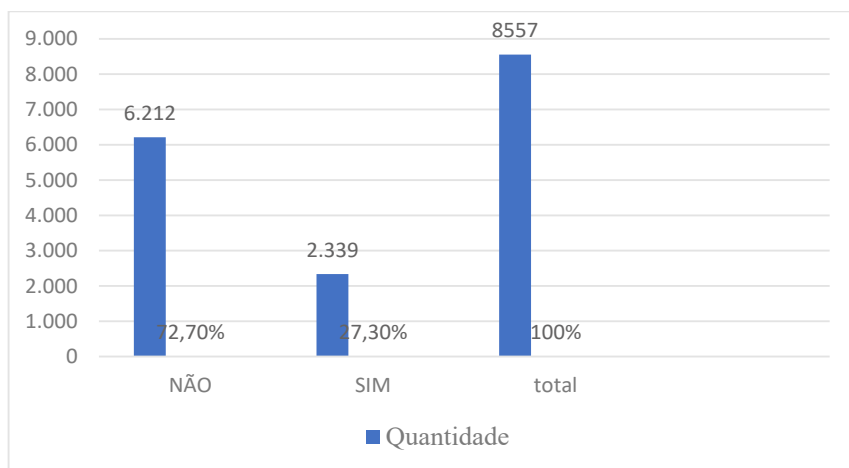
Fonte: Censo Suas/2022

Cabe à proteção social e ao cuidado em domicílio no nível básico “desenvolver estratégias e ações que possam contribuir para que as famílias, cidadãos e territórios ampliem suas capacidades protetivas” (Brasil, 2017, p. 85). Devem “contribuir para orientar e apoiar os esforços da família no desenvolvimento de atividades de proteção e cuidados que favoreçam os vínculos protetivos, autocuidado, autonomia e participação social dos usuários”. Reconhece-se que “a proteção e o cuidado da família, em princípio, é a melhor opção, seja para as pessoas independentes ou com algum grau de dependência de cuidados de terceiros”, ficando evidente o caráter familista dessa política, bem como sua visão idílica de família.

A legislação estabelece que o serviço ocorrerá de forma planejada. Assim, deve haver a elaboração do Plano de Desenvolvimento do Usuário (PDU), contemplando atividades diversas, como encaminhamento para o acesso a programas, serviços e benefícios, capacitação de cuidadores, entre outras ações (Brasil, 2017, p. 86).

Mas quando se analisa a quantidade de Cras no Brasil e a quantidade deles que implementa o serviço em domicílio, o abismo é gigantesco, pois menos de 30% destes Cras o fazem. Os municípios que aderem devem arcar com a contratação das equipes de trabalho, incluindo cuidadores sociais e técnicos de referência.

Gráfico 14 - Oferta dos serviços de PSB no domicílio para pessoas com deficiência e idosas



Fonte: Censo Suas/2022

A Proteção Social Especial divide-se em média e alta complexidade. Na média complexidade, são ofertados e operacionalizados, pelos Creas, o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos (Paefi) e o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias, entre outros serviços³⁴.

34 A Tipificação dos Serviços é normatizada pela Resolução nº 109/2009.

Tabela 2 - Quantidade de Creas municipais e regionais

Região	Creas Municipal		Creas Regional	
	Quantidade	Percentual	Quantidade	Percentual
Norte	277	9,9	1	3%
Nordeste	1062	37,8	28	84,8%
Sudeste	789	28,1	4	12,1%
Sul	439	15,6	-	-
Centro-Oeste	245	8,7	-	-
Total	2.812	100%	33	100%

Fonte: Censo Suas/2022

No que tange aos Serviços de Proteção Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias, está previsto “um conjunto de atividades de cuidados diários”, que se classificam em:

Atividades básicas - relacionam-se a apoios nas tarefas de autocuidado, como arrumar-se, vestir-se, comer, fazer higiene pessoal, locomover-se e outros;

Atividades instrumentais - são os apoios para atividades importantes para o desenvolvimento pessoal e social [...]. Relacionam-se com tarefas como fazer refeições, limpar a residência, fazer compras, pagar contas, manter compromissos sociais, usar meio de transporte, comunicar-se, cuidar da própria saúde e manter a sua integridade e segurança. (Brasil, 2017, p. 71).

Verifica-se, entretanto, com base nos dados do Censo Suas/2022, que a oferta dos Serviços de Proteção Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias é muito tímida, sobretudo aqueles prestados exclusivamente no âmbito do domicílio, tanto no que concerne aos Creas municipais quanto aos regionais: respectivamente, 3,3% e 15,2%. Em relação à oferta

do serviço em diferentes espaços, 51,7% dos Creas municipais afirmam ofertar o serviço, e 81,8% dos regionais.

Tabela 3 - Serviços de Proteção Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias nos Creas

Espaços da oferta dos serviços	Creas Municipal		Creas Regional	
	Quantidade	Percentual	Quantidade	Percentual
Exclusivamente no Domicílio	92	3,3%	5	15,2%
Exclusivamente na Unidade	32	1,1%	1	3%
Em ambos os espaços	1312	46,1%	21	63,6%
Em outro espaço	19	7%	-	-
Total	1455	51,7%	27	81,8%

Fonte: Censo Suas/2022

A assistência social, ao tempo que se fundamenta no princípio da universalidade no grupo focalizado, elabora e implementa serviços e programas de caráter focalista e seletivo, tendo como alvo a pobreza e a mulher. Nessa perspectiva, também contraditoriamente, visa à proteção da família, mas promove o controle e a responsabilização desta, incentivando suas funções protetivas, já que estabelece como objetivo dos procedimentos de trabalho com as famílias “proteger direitos, apoiá-las no desempenho de sua função de proteção e socialização dos seus membros” (Brasil, 2012c, p. 12) e “fortalecer a função protetiva da família” (Brasil, 2009, p. 6).

Segundo Vieira (2020), ao discutir a perspectiva metodológica do serviço, como disposto no eixo I, a referência é para a proteção e o cuidado social no domicílio, compreendendo,

no desenho organizacional, ações que vão desde: 1) a acolhida no domicílio; 2) a elaboração do Plano de Desenvolvimento do Usuário – PDU; 3) a visita para orientação e suporte profissional aos cuidados familiares no domicílio; e 4) a realização de rodas de diálogo com a família no domicílio. Estas, segundo o Caderno de Orientações Técnicas,

[...] não substituem as responsabilidades mútuas, entre os membros da família, nem os cuidados familiares, nas suas múltiplas dimensões (física, material, emocional, espiritual, relacional). Muito pelo contrário, devem contribuir para orientar e apoiar os esforços das famílias no desenvolvimento de atividades de proteção e cuidados que favoreçam vínculos protetivos, autocuidado, autonomia e participação social dos usuários, considerando inclusive a perspectiva do reconhecimento e da valorização da rede de parentesco, vizinhança e solidariedade. Considera-se que a proteção e cuidado da família, em princípio, é a melhor opção, seja para as pessoas independentes ou com algum grau de dependência de cuidados de terceiros. (Brasil, 2017, p. 86).

Sobre o familismo na política de assistência social, destaca-se a compreensão de Santos (2017) sobre o circuito familista presente na sua condição de política de seguridade social, assim caracterizado pelo compartilhamento da promoção da proteção social entre o Estado e a família, legalizando a transferência das reponsabilidades para a família quando da ausência do Estado.

[...] a assistência não recepciona todas as rupturas com o passado. Isso se deveu ao processo de amadurecimento da política de assistência social como direito de seguridade social a partir de 1988, que só foi possível porque a responsabilidade de provisão social aos cidadãos foi compartilhada entre o Estado e as famílias. Em um circuito complexo de dependências e compartilhamento de responsabilidades entre o Estado e as famílias, denominado aqui de circuito familista na assistência social, as necessidades, privações, vulnerabilidades e riscos são

superados por uma interdependência complexa entre a atuação do Estado e das famílias (Santos, 2017, p. 390).

O familismo encontra-se transversalmente presente na operacionalização dessa política, que transfere para a família papéis que deveriam ser assumidos pelo Estado, na medida em que reforça suas funções protetivas, funções essas que recaem mais sobre as mulheres. Dessa forma, como bem afirmam Carloto e Mariano (2010), a matricialidade é confundida com a maternagem, motivo por que os papéis tradicionais de gênero são reforçados, pois se baseiam no mito do amor materno (Badinter, 1985).

Considera-se um avanço a previsão da proteção social e do cuidado em domicílio na política de assistência social, mas a sua efetividade ainda é mínima, pois a maioria dos municípios não a desenvolve. Dados do Censo Suas/2018 indicam que 2.576 municípios declaram ofertar o serviço, menos da metade dos municípios brasileiros (5.570, incluídos dois distritos).

Os dados mostram que até agosto de 2018, o montante de pessoas atendidas por esse tipo de serviço foi de 47.563, predominando a modalidade de visita mensal. Informa ainda que há oferta desses serviços nos Cras em 2.251 municípios; 325 municípios declaram ofertar o serviço com equipe vinculada à gestão e às entidades, 67 municípios declaram ofertar em parceria com entidades e 168 municípios declaram ter uma equipe específica para o serviço (Brasil, 2018).

Esses dados reforçam o entendimento de que essa política ocorre de forma pontual, não sistemática e não integral, dependendo mais da iniciativa local, ou seja, da gestão municipal. Possivelmente pela falta de investimentos, já que o orçamento da assistência social é considerado menor no âmbito da seguridade social, estando previsto para o ano de 2023 o valor de R\$ 268,67

bilhões, sendo a maior parte investida em assistência comunitária, assistência à pessoa idosa (R\$ 37.136.916.095,11) e assistência à pessoa com deficiência (R\$ 46.309.874.363,74), boa parte destinada para pagamento de benefícios mensais. Portanto, não há investimento em serviços socioassistenciais, que geralmente ocupam apenas em torno de 10% do recurso total da assistência social.

Política de Saúde e cuidados: desintegração e responsabilização dos agentes primários

Na área da saúde, os direitos e as políticas dirigidas à pessoa idosa articulam-se com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), este de caráter universal e integral, criado e estruturado por meio das Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080/90 e nº 8.142/90). O atendimento integral, integrado e em domicílio acha-se previsto no arcabouço das legislações e normativas como a Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/1994), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Lei nº 1.395/1999) e o Estatuto do Idoso (2003).

Em fevereiro de 2006, foram publicadas, por meio da Portaria nº 399/GM, as Diretrizes do Pacto pela Saúde, que contemplam o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso está entre as prioridades pactuadas pelas três esferas de governo, com a adoção de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

Em termos de Política de Cuidados para Pessoas Idosas, o Brasil não possui uma política institucionalizada e integralizada, assim como na área da assistência social; o que existe são programas e alguns serviços desenvolvidos por alguns estados e

municípios, embora em consonância com a legislação existente a nível federal.

O Programa Melhor em Casa é um exemplo dessa realidade. Ele não é especificamente para pessoas idosas, mas contempla esse público. Foi regulamentado pela Portaria/MS nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, num contexto de redefinição da atenção domiciliar no SUS, em que este serviço passa a substituir a modalidade Internação Domiciliar (Mioto; Dal Prá, 2015, p. 158).

O Programa Melhor em Casa caracteriza uma mudança de direção na política social. Conforme Mioto e Dal Prá (2012, p. 6), isso “acontece ao explicitar oficialmente a incorporação das famílias na gestão do cuidado em saúde, atribuição precípua dos serviços de saúde”, embora esteja previsto o acompanhamento da equipe da Atenção Domiciliar. O objetivo seria reduzir a demanda hospitalar e o tempo de internação e humanizar a atenção em saúde, otimizando os recursos (Brasil, 2016, art. 3º).

A Portaria 825/2016 do Ministério da Saúde, que substitui a Portaria/MS 2.527/2011, redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece em seu artigo 2º que os serviços prestados em domicílio se denominam de Atenção Domiciliar (AD) nos níveis I, II e III. É uma

modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados (Brasil, 2016).

Consta ainda no Manual Instrutivo do Melhor em Casa o caráter integral da atenção domiciliar:

A atenção domiciliar consiste numa modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada

por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de saúde (Brasil, s/d, p. 3).

A casa e a família são pensadas como lugares ideais para humanizar os cuidados, por se diferenciarem do caráter técnico das unidades hospitalares. “O ambiente familiar e as relações familiares aí instituídas, que diferem da relação estabelecida entre equipe de saúde e paciente, tendem a humanizar o cuidado, (re) colocando o usuário no lugar mais de sujeito do processo e menos objeto de intervenção” (Brasil, 2012, p. 3).

Imbuído de um caráter familista, o programa, instrumentaliza as famílias para a realização do cuidado. Tendo como pressuposto a humanização do cuidado, termina por homogeneizar todas as famílias como um núcleo de proteção, segurança, harmonia e bem-estar. Desconsidera, portanto, a complexidade dessa instituição social e das relações que se estabelecem no seu âmbito, que muitas vezes são de conflito, assim como sobrecarrega seus membros com um rol de responsabilidades, inclusive técnicas e operacionais, para as quais não possuem formação.

As políticas e programas familistas reiteram padrões tradicionais de família e de gênero, bem como transferem para a família o bem-estar dos seus membros, de forma alheia aos conflitos que permeiam a família no que concerne à conciliação do trabalho remunerado com a vida familiar. Tornam a família responsável pelo cuidado, e através das suas equipes operacionais, criam expectativas em torno delas, projetando “na família o protagonismo no acompanhamento e cuidado do usuário” (Mioto, 2015, p. 708-709).

É justamente nesse campo que ocorrem, no cotidiano dos serviços, os deslizamentos em torno de atribuições de

responsabilidades na provisão do bem-estar. Sob a égide do cuidado se articulam diferentes estratégias de imposição ou transferência dos custos do cuidado para as famílias. Tais custos situam-se tanto no arco dos custos financeiros, como emocionais e de trabalho. (Mioto; Dal Prá, 2015, p. 150).

Ainda conforme a Portaria nº 825/2016, na modalidade Atenção Domiciliar, o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) deve ser organizado a partir de uma base territorial, articulado com os demais serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS), especialmente a Atenção Básica, envolvendo, além das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (Emad) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (Emap), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os ambulatórios de especialidades e os centros de reabilitação (Brasil, 2016).

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) se caracteriza como:

Serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). (Brasil, 2016, art. 2º, Inciso II).

O cuidador aparece como um agente fundamental na oferta do cuidado juntamente com as equipes multiprofissionais para aqueles pacientes inseridos no Programa:

Cuidador: pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar. (Brasil, 2016, art. 2º, Inciso II).

A capacitação do(a) cuidador(a) está prevista na Portaria como uma responsabilidade das equipes nos três níveis de

modalidade (AD1, AD2, AD3)³⁵: “identificar, orientar e capacitar o(s) cuidador(es) do usuário em atendimento, envolvendo-o(s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o(s) como sujeito(s) do processo” (Brasil, 2016, art. 7º, Inciso II). Contudo, o que ocorre é um deslocamento da responsabilidade técnica e dos custos com insumos para as famílias, como explicam Grah; Dal Prá e Wiese (2020, p. 160): “[...] nas situações de internação domiciliar, são vislumbradas necessidades que tendem a gerar sobrecarga para a pessoa que a presta, como também gastos com insumos quando os serviços públicos não alcançam essas necessidades demandadas”.

Dados referentes a 2021, do Ministério da Saúde³⁶, mostram que com 1.657 equipes multiprofissionais (11 mil médicos, enfermeiros(as), fisioterapeutas, assistentes sociais) em todo o país, cada equipe atende, em média, de trinta a sessenta pacientes

35 AD 1: destina-se aos usuários que, tendo indicação de AD, requeiram cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores;

AD2: destina-se aos usuários que, tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente: I - afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação; II - afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal; III - necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou IV - prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.

AD3: destina-se aos usuários que o com qualquer das situações listadas na modalidade AD 2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.

36 <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/novembro/ha-10-anos-programa-201cmelhor-em-casa201d-cuida-da-saude-e-da-qualidade-de-vida-a-brasileiros-com-doencas-cronicas>.

por mês. O Distrito Federal e 25 Estados aderiram ao Programa, que está ativo em mais de setecentos municípios.

O custeio do programa é feito pelo Ministério da Saúde, que repassa, por mês, R\$ 50 mil para o custeio das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar Tipo 1 (Emad 1), R\$ 34 mil para o custeio das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar Tipo 2 (Emad 2) e R\$ 6 mil para as equipes de apoio (Emap). Os repasses do Ministério não excluem a possibilidade de aporte de recursos pelos gestores locais, sendo transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais ou estaduais de saúde, incorporados ao Teto de Média e Alta Complexidade – MAC³⁷.

Dados do portal da transparência³⁸ referentes a 2017 mostram que o orçamento para essa modalidade de atendimento foi de R\$ 397,78 milhões, o equivalente a 0,02% dos gastos públicos, uma quantia irrisória. Em 2021, segundo o Ministério da Saúde, o montante de investimento se ampliou, passando para R\$ 540 milhões, muito aquém dos investimentos da Espanha.

O Serviço de Atenção Domiciliar, cujo principal programa é o Melhor em Casa, também não tem cobertura em todos os municípios brasileiros, pois os municípios que a ele aderem devem contratar as equipes de atendimento e infraestrutura de visitas domiciliares, e para isso não contam com aportes do governo federal, o que inviabiliza a adesão de muitos municípios brasileiros de pequeno porte.

Tanto a política de Saúde quanto a de Assistência Social têm centralidade na família enquanto unidade primeira de proteção

37 <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/atencao-domiciliar/servico-de-atencao-domiciliar-melhor-em-casa>.

38 <https://portaldatransparencia.gov.br/programas-de-governo/03-melhor-em-casa?ano=2017>.

social. Na área da saúde, o serviço de Atenção Domiciliar se estrutura a partir das equipes de Estratégia de Saúde na Família (ESF), envolvendo a equipe da atenção básica nos cuidados e na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário.

Na Assistência Social, na Proteção Social Básica e na Especial em Domicílio para pessoas idosas, o foco também é na família, em articulação com os programas Paif e Paefi, que visam ao fortalecimento da função protetiva da família. Na política de saúde, o serviço se caracteriza mais como um atendimento domiciliar para a realização de uma ação específica, enquanto na assistência social se vislumbra o cuidado domiciliar, que visa auxiliar no desenvolvimento das atividades da vida diária.

Muitos estudos – Mioto; Dal Prá (2015); Grah; Dal Prá; Wiese (2020) – na área têm demonstrado que o desenho dessas políticas possui um caráter familista, pois prioriza os cuidados no ambiente domiciliar e familiar, voltando-se para o fortalecimento das funções protetivas da família como núcleo prioritário de proteção social.

As políticas de caráter familista repassam mais atribuições e sobrecarregam a mulher, já que se fundamentam em padrões tradicionais. Com a ampliação da inserção da mulher no trabalho (na esfera da produção), a necessidade de conciliar cuidado e trabalho remunerado gera conflitos em face dos questionamentos institucionais quanto à existência de negligência, exclusão e abandono da pessoa idosa.

As políticas e programas sociais do Estado, sobretudo aquelas dirigidas às famílias e focalizadas na mulher, têm efeitos nas relações familiares e/ou pessoais e de gênero, seja para reforçar, seja para reproduzir as desigualdades, ocasionando tensões no interior dessas famílias e obscurecendo o papel do Estado na garantia dessa proteção social.

Apesar de as estatísticas oficiais (IBGE – PNS/2015) mostrarem que 30,1% da população idosa em situação de dependência ou incapacidade funcional está sob os cuidados da família, ainda não há, no Brasil, uma política de cuidados em domicílio regulamentada, de modo a atender esta população vulnerável: pessoas velhas dependentes. O que se verifica é a existência de alguns programas/projetos voltados ao cuidado da pessoa dependente. Conforme Minayo *et al.* (2020), são exemplos de boas práticas que atendem aos requisitos da atenção integral, mas não se constituem uma política que contemple a federação.

Localizado no município de São Paulo, o PAI é dirigido aos maiores de sessenta anos em situação de fragilidade clínica, vulnerabilidade social, com isolamento ou exclusão social devido à insuficiência de suporte familiar ou social. O programa consiste no cuidado domiciliar realizado por profissionais e acompanhantes de idosos no que diz respeito ao apoio e ao suporte nas chamadas atividades de vida diária (AVD), com o objetivo de promover assistência integral à saúde e desenvolver o autocuidado, a autonomia, a independência e a melhoria do estado de saúde.

Em Belo Horizonte funciona o Programa Maior Cuidado, que objetiva apoiar as famílias no cuidado com os idosos e aumentar a qualidade de vida. Os cuidadores realizam atendimento domiciliar a pessoas idosas dependentes e semidependentes. Ademais, uma equipe multiprofissional atende os idosos em domicílio, em dias e horários definidos.

Reconhece-se que o Brasil avançou em termos de legislação no tocante aos cuidados da população idosa, mas a sua efetivação se mostra bem distante do que seria uma cobertura integral, integrada e universal, pois ainda não há uma política institucionalizada e efetivada.

No Brasil foi instituído, por meio do Decreto nº 11.460/2023, o Grupo de Trabalho Interministerial, com a finalidade de elaborar a proposta da Política Nacional de Cuidados e a proposta do Plano Nacional de Cuidados. A coordenação dos trabalhos ficará a cargo do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS). O grupo de trabalho terá também como missão a formulação do diagnóstico sobre a organização social dos cuidados no país, identificando as políticas e os programas e serviços existentes, para subsidiar a elaboração da Política e do Plano Nacional de Cuidados.

A Política Nacional de Cuidados tratará sobre a garantia dos direitos das pessoas que necessitam de cuidados e das que cuidam, com especial atenção às desigualdades de gênero, raça, etnia e territoriais, além de promover as mudanças necessárias para uma divisão mais igualitária do trabalho de cuidados.

Tal política é imperiosa numa realidade como a brasileira, marcada por desigualdades estruturais. As particularidades classe, raça/etnia e gênero devem ser levadas em conta na formulação da Política Nacional de Cuidados, já que as estatísticas mostram que o cuidado ainda é realizado predominantemente por mulheres, na sua maioria, mulheres negras e de baixa renda.

CONCLUSÃO

Pelo processo investigativo e pelas abordagens feitas até aqui sobre envelhecimento e políticas de cuidado em domicílio para a pessoa idosa dependente no Brasil e na Espanha, no contexto do capitalismo contemporâneo, marcado pela redução do papel do Estado na prevenção e enfrentamento dos riscos sociais; pela globalização econômica, política e cultural; pela exacerbação das desigualdades de classe, “raça”/etnia e gênero e pela subtração dos direitos sociais devido aos ideais neoliberais, serão feitas algumas inferências à guisa de conclusões, sobre envelhecimento e cuidados a partir da lente analítica da totalidade social.

Embora desde a Antiguidade já houvesse questionamentos sobre a senescência (manifestação da velhice), somente com as transições demográficas e epidemiológicas, somadas às mudanças na família e às transformações no mundo do trabalho, o meio acadêmico e as instituições internacionais despertaram para o debate sobre envelhecimento e velhices, tornando-se um campo de estudos tensionado por diferentes perspectivas de análise desse processo.

Porém, a velhice da classe trabalhadora, dos povos negros, dos indígenas, das etnias marginalizadas e daqueles que perderam

sua capacidade funcional ainda é pouco estudada. Ainda predomina o interesse em se estudar a velhice ativa, saudável e bem-sucedida; a velhice com perda de capacidade fica restrita ao âmbito da família (Bernardo, 2019).

O estudo indica que a emergência da velhice como categoria social situa-se num contexto de profundas transformações da sociedade moderna, de modo a tornar-se objeto de estudos de determinadas disciplinas e especialidades, sobretudo a medicina, da qual se originaria a geriatria e a gerontologia como saberes específicos da senescência.

Ao longo dos anos, diferentes concepções sobre o fenômeno do envelhecimento se colocaram como referência, predominando por muito tempo a perspectiva biologizante. A legitimação da categoria velhice está também relacionada à estruturação dos sistemas de pensão e aposentadoria como direitos sociais, estes baseados em dados demográficos.

A demografia foi determinante no processo de socialização da velhice, de novos modelos de gestão da velhice, contribuindo para a criação da categoria “terceira idade”, uma resignificação da velhice, até então vista como declínio biológico, incapacidade e recolhimento da vida social, para se consolidar como uma faixa etária consumidora, ativa e saudável, nos moldes defendidos pelos organismos internacionais.

Essas perspectivas de viés ideológico positivista e neoliberal têm influenciado organismos internacionais (OMS, ONU e outros) e o conjunto das políticas para pessoas idosas, sobretudo daqueles países que compõem a União Europeia (UE), com desdobramentos nos países periféricos e dependentes, que por meio do próprio Estado vêm fazendo ajustes e (contra)reformas nos sistemas de proteção social para atender às determinações do grande capital e dos países centrais mais poderosos.

O modelo de envelhecimento ativo, saudável e bem-sucedido alicerça-se no entendimento de que manifestações características da velhice podem ser modificadas, inclusive seus aspectos mais negativos, a depender do estilo de vida, hábitos e comportamentos de cada indivíduo, mediante as políticas públicas destinadas às pessoas idosas.

Ocorre um apelo à iniciativa e à responsabilização individual, velando os determinantes sociais e materiais da senescência, sem diferenciar os efeitos próprios da velhice (declínio biológico) daqueles que decorrem das particularidades classe, “raça”/etnia, gênero, das condições materiais de existência, pois o foco é o indivíduo e não os aspectos estruturais da sociedade. São concepções identificadas com a proposição das diferentes políticas voltadas à pessoa idosa, incluindo as políticas de cuidados, tanto no Brasil como na Espanha.

Presume-se que a ideia essencial de envelhecimento ativo e saudável e da categoria “terceira idade” seja a formação de um mercado consumidor, este garantido pela ideologia da velhice, que adentra velhos, via políticas, programas e projetos, e favorece a manutenção desse nicho consumidor (Haddad, 2016). A verdade é que não se pode analisar a velhice numa perspectiva meramente biológica e demográfica, pois isso inviabiliza o entendimento da velhice como um problema social.

Os dados demográficos, embora importantes para a formulação de políticas públicas, não são suficientes para a compreensão dos determinantes de base material e ideológica que incidem sobre a velhice, especialmente porque tendem a apresentar os/as idosos/as de forma homogeneizadora e universal, pelo critério da idade ou das características fisiológicas do envelhecimento. Nem todas as classes e suas frações, assim como aqueles grupos marginalizados, têm uma velhice ativa e saudável,

porque ao longo da vida a produção social das suas velhices foram permeadas por desigualdades.

O envelhecimento da classe trabalhadora deve ser pensado numa perspectiva de totalidade social, na qual classe, “raça” /etnia e gênero constituem categorias mediadoras (particularidades) nas análises sobre esse objeto concreto em suas múltiplas determinações. Sob essa lógica, apenas as frações mais excluídas desta classe vivenciam uma problemática social na velhice. Suas velhices são perpassadas por inúmeras expressões da questão social, esta entendida como uma manifestação das desigualdades oriundas das contradições, exploração, dominação e correlações de forças entre capital e trabalho.

A classe trabalhadora não se apropria dos frutos da produção social coletiva. Sua caracterização nesses termos não se dá em decorrência do declínio biológico e da perda das funcionalidades, do crescimento da população idosa e longeva, mas das condições de existência, de trabalho e do modo como a classe trabalhadora tem sua força de trabalho expropriada e explorada pelo capitalismo.

Ressalta-se o impacto que a dinâmica econômica tem sobre as estruturas familiares (Teixeira, 2009). Nesse sentido, pensar o envelhecimento como problema social, ou “velhice trágica” (Haddad, 2016), como uma das expressões da questão social, é conferir centralidade à relação capital/trabalho e às lutas sociais. Dessa correlação de forças resultam as vulnerabilidades sociais, mas também as garantias sociais.

Infere-se que o envelhecimento é um processo heterogêneo com múltiplas variações que dependem de questões territoriais, culturais, sociais e religiosas, de características individuais que determinam a trajetória de vida de cada uma, sem esquecer que nas diferenças existem homogeneidades. As homogeneizações

existem por frações de classe e grupos, condições de gênero, “raça”/etnia etc.

Esses elementos proporcionam heterogeneidades, diferenças e desigualdades sociais, mas também homogeneizações. As particularidades classe, gênero e “raça”/etnia interferem no modo de envelhecer, gerando realidades comuns e distintas entre os grupos e frações de classes, possibilitando uma velhice com adoecimentos, baixa renda, solitária e dependente de cuidados de terceiros para muitos/as trabalhadores/as.

A compreensão sobre envelhecimento e políticas de cuidados para este segmento não pode se dar desconectada do modelo atual de acumulação do capital, pois este imprime uma lógica perversa de exploração dos países periféricos e menos desenvolvidos pelos mais ricos, afetando os sistemas de proteção social e as condições de vida e existência da classe trabalhadora e, por conseguinte, sua velhice.

São padrões de proteção social caracterizados pelo pluralismo de bem-estar, em que o Estado transfere para setores não oficiais suas reponsabilidades, inclusive para a família, ocorrendo uma reprivatização da velhice devido ao familismo impregnado nas políticas para as pessoas idosas.

Sob esse padrão de acumulação, a internacionalização da reprodução social – trabalho doméstico e do cuidado – mobilizam as questões de classe, “raça”/etnia e gênero, de modo a promover e ampliar as desigualdades, entre e sobre classes e frações de classe, grupos étnicos e de mulheres. Essa simbiose torna o cuidado desigual não só na sua realização, como também no acesso, assim como gera demandas diferentes, conforme demonstrado pelos dados estatísticos relacionados a Brasil e Espanha.

Analisar o envelhecimento numa perspectiva de totalidade social é ir além da gerontologia social tradicional, embora se

reconheçam suas contribuições na transformação da velhice em problemática social e pública, despertando para a importância dos fatores de promoção da saúde e da necessidade de políticas públicas nessa área, estas, também decorrentes da luta de classes. Contudo, a gerontologia tradicional, baseada numa perspectiva cronológica, universalista e biomédica, mascara a complexidade desse fenômeno que se expressa de forma diferente e desigual, não apenas individualmente, mas conforme a classe, “raça”/etnia e gênero, embora no âmbito desses grupos haja certas especificidades.

A problemática do envelhecimento do trabalhador deve ser pensada na ordem da sociedade capitalista e das lutas de classe. Estas últimas problematizam necessidades não satisfeitas, a serem atendidas por meio de políticas públicas, assim como para a compreensão da velhice do trabalhador como expressão da questão social, o que requer diferenciar os efeitos biológicos da velhice daqueles oriundos das condições materiais de existência.

Constata-se pela pesquisa que a longevidade tem alcançado as diferentes classes e frações de classe, no entanto, de forma assimétrica. Há uma disparidade na qualidade dos longevos, na quantidade de comorbidades e nos níveis de autonomia, independência/dependência e de capacidade/incapacidade funcional. As explicações para essa problemática estão além das de caráter biomédico, pois a produção social das velhices é determinada por particularidades (classe, “raça”/etnia, gênero), tipo e condições de trabalho, acesso à saúde, à educação, ao saneamento básico etc.

O aumento da população idosa e longeva denota desigualdades resultantes das contradições estruturais e da redução do papel do Estado, sob a forte influência do neoliberalismo, que preconiza a focalização e a seletividade das políticas públicas,

a perda da primazia do Estado na implementação destas, a responsabilização individual e das famílias, a precarização das condições de trabalho, a redução e até mesmo o desmonte de direitos.

A longevidade dos grupos mais vulneráveis caracteriza-se por uma maior propensão a depender de cuidados de terceiros, devido a um envelhecimento precoce, doentio, com falta de informações e instrução – uma velhice expressa como problemática social, na qual estão presentes dificuldade de locomoção, isolamento social, comorbidades ou multimorbidades e outros problemas.

O Brasil tem 17,3 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência. Em 2019, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 17,3 milhões de pessoas com dois anos ou mais de idade (8,4% dessa população) tinham alguma das deficiências investigadas, e cerca de 8,5 milhões (24,8%) de idosos estavam nessa condição, evidenciando a demanda pela provisão de cuidados como política pública.

A pesquisa mostrou também que velhice e longevidade não estão associadas necessariamente a doenças e dependência. Muitas pessoas podem passar pela velhice sem desenvolver morbidades ou incapacidades funcionais, principalmente quando têm acesso a uma boa alimentação, educação, saneamento básico, serviços de saúde, renda, e quando não são vítimas de racismo, machismo e violência.

O pertencimento de classe é um dos determinantes desse processo e torna as velhices com diferenças abismais. Um verdadeiro hiato separa estas velhices. Mas as classes não são internamente homogêneas e comportam diferenças relevantes (cor da pele, origem étnica etc.).

As análises apontaram que tanto no Brasil como na Espanha, as diversas desigualdades sociais, raciais e de gênero, acentuadas

pelo racismo, sexismo e capitalismo, tornam a velhice da classe trabalhadora e de suas frações mais empobrecidas bem mais problemática, pois têm maior possibilidade de desenvolver algum tipo de dependência – uma situação que ganhou visibilidade no contexto da pandemia da Covid-19, expondo também a fragilidade de um sistema que ainda transfere para a família responsabilidades do Estado, e claramente evidenciada pelos dados estatísticos apresentados na tese.

Os modos de envelhecer e viver a velhice das populações vulneráveis envolvem situações de opressão, exploração e sofrimento, diferentemente daquelas mais privilegiadas em termos econômicos e com acesso ao poder. As disparidades estão na expectativa de vida, nas taxas de mortalidade neonatal e de mortes prematuras, e no acesso às políticas públicas.

Esses grupos são estereotipados por terem características distintas do padrão europeu – branco, cabelos lisos e olhos claros –, em diferentes espaços sociais como o mercado de trabalho e nas instituições públicas, por meio dos seus serviços, materializando-se em preconceito e discriminação. O envelhecimento deles não é vivido com dignidade, justiça e em conformidade com o envelhecimento ativo. Este se constitui num “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. O acesso às políticas públicas é limitado na era neoliberal, já que predominam políticas seletivas e focalistas (OMS, 2005, p. 13).

O estudo possibilitou identificar que os temas envelhecimento e cuidados se desenvolveram e ganharam visibilidade por meio dos estudos feministas e movimentos das mulheres. O trabalho tomado como categoria central e fundante do ser social possibilitou compreender o processo de produção e

reprodução social e mostrou como se entrecruzam os marcadores de desigualdades sociais no que concerne à questão do cuidado e ao lugar que ocupa o/a velho/a trabalhador/a no contexto da sociedade capitalista.

É na esfera da reprodução social que se multiplicam visões de mundo cujo objetivo é a manutenção das relações sociais desiguais capitalistas, inclusive no âmbito do trabalho do cuidado. A divisão sexual do trabalho, fundamentada em ideologias classistas, patriarcais e racistas, contribui para a materialidade das assimetrias não só de gênero, como também de “raça”/etnia, visando à manutenção e à ampliação da acumulação capitalista.

Com a emergência do capitalismo, dá-se uma mudança nas esferas produtiva e reprodutiva no contexto da sociedade moderna, que transformou o cuidado numa atividade desvalorizada, inferiorizada e ainda como uma dimensão do trabalho doméstico. Essas mudanças nas duas esferas são delineadas pela divisão sexual do trabalho.

A divisão social do trabalho visa ampliar a acumulação do capital por meio do trabalho especializado. No complexo das relações sociais decorrentes dessa divisão, ocorre a divisão sexual do trabalho, que define o que cabe a homens e mulheres, conformando historicamente os homens na esfera da produção (pública) e as mulheres na esfera da reprodução social (privada).

Tal separação, imprescindível para o capital, delega à mulher o trabalho relativo ao cuidado, como meio de garantir a reprodução social sem custo para o capital. Por ser funcionalmente interessante para o sistema, cria-se também uma divisão racial do trabalho como um meio de estratificação social e formação de mão de obra marginal, situação expressa nas estatísticas aqui apontadas, que mostram o predomínio de mulheres negras na realização de trabalhos domésticos, de cuidados e em outras formas

de trabalho precarizadas e desvalorizadas. Essas divisões resultam em separações, hierarquias, preconceitos e desigualdades.

Depreende-se pelo processo investigativo que o “cuidado” é uma necessidade ontológica inerente às necessidades humanas, de sobrevivência e perpetuação da espécie. No curso da vida, o ser humano, em diferentes momentos, precisa de cuidados ou *care* (mercantilização do cuidado). Esses visam promover o bem-estar de pessoas em situação de dependência ou não.

Mesmo quando não remunerado, é uma atividade que exige habilidades, competências e modos de fazer. É visto como um trabalho inerente à condição humana, mas historicamente foi tido na vida cotidiana como uma responsabilidade da mulher, realizada na esfera da reprodução social. Constitui-se, portanto, como um trabalho doméstico, “enquanto trabalho realizado sem remuneração”, ou trabalho reprodutivo, que engloba ambas as dimensões (Hirata, 2012, p. 285).

Quanto à sua forma, o cuidado pode ser formal ou informal, remunerado ou não remunerado. Tendo pessoas como objeto da ação, dele decorrem relações sociais. Pode também englobar aspectos éticos, morais e afetivos no processo de cuidar e ser cuidado, pois é relacional e sua dimensão ética envolve a preocupação com o bem-estar do outro, obrigações e responsabilidade. Contudo, entende-se que o cuidado não é só responsabilidade da família, mas também da sociedade, mediante financiamento e oferta de serviços pelo Estado, e até do mercado, para a venda do serviço àqueles que podem pagar.

Na contemporaneidade, o cuidado ou *care* está conectado à globalização e às políticas de ajustes neoliberais, dos quais decorrem alguns elementos importantes a se destacar: a centralidade na família com uma reprivatização dos cuidados (neofamilismo); a refilantropização dos cuidados; a mercantilização do cuidado por

meio de ONGs e do setor privado; e a exploração da mão de obra migrante.

A simbiose de classe, “raça”/etnia e gênero se materializa em todos esses elementos, caracterizando-se pelas seguintes questões: sobrecarga das mulheres; exploração da mão de obra imigrante, de mulheres pobres, negras e/ou de etnias vulneráveis; inexistência ou redução da oferta de serviços; exploração de determinados grupos de mulheres por outras mais abastardas; empobrecimento das famílias mais marginalizadas.

O neoliberalismo impactou fortemente nas políticas sociais, inclusive nas de cuidados. Tanto no Brasil como na Espanha, com o avanço das contrarreformas neoliberais, as políticas sociais sofreram um revés no financiamento, nos investimentos, nas concepções e princípios que as regem, de modo que pelo pluralismo de bem-estar se converte num substituto do Estado de bem-estar social, como reforço do familismo por meio das políticas públicas e parcerias público-privadas.

As políticas sociais são fortemente precarizadas pelas constantes contrarreformas que visam mercantilizá-las a fim de que se constituam em atividades reprodutivas para o mercado. Desse modo, em contexto de ampliação das demandas de cuidados, especialmente entre idosos/as e outros segmentos, a oferta via políticas públicas diminui e a responsabilidade é atribuída às famílias.

O mercado e as ONGs se intitucionalizam como entidades para ocupar o espaço vazio deixado pela ausência do Estado, de modo que as fronteiras entre o público e o privado se confundem, caracterizando-se como um modelo de bem-estar plural ou misto.

A hegemonia das políticas neoliberais, o envelhecimento populacional, a queda na taxa de fecundidade, a ampliação da inserção da mulher no mercado de trabalho e as mudanças

da família com a redução do número de potenciais cuidadores trouxeram questionamentos sobre a capacidade da família, do Estado e do mercado para atenderem à complexidade de cuidados específicos das pessoas idosas, com comorbidades e níveis variados de dependência, bem como sobre a quem cabe o papel de cuidar, em meio a tantas mudanças societárias.

Tanto Brasil como Espanha vivem esse desafio em face da complexidade das demandas resultantes dessas mudanças e, sobretudo, pelo seus regimes bem-estar social plural, misto e de *mix* público-privado, na oferta de serviços, desde os serviços de ONGs, do mercado e da família até a interação e a complementação entre eles.

Por meio deste estudo foi possível identificar essas similitudes, assim como também as aproximações e diferenças no que concerne à proteção social e às políticas de cuidados em domicílio para a pessoa idosa dependente, dadas as demandas decorrentes do envelhecimento populacional e do déficit de cuidados.

Brasil e Espanha possuem sistemas de proteção social de acentuado familismo, de caráter público e plural misto, que privilegiam a atuação de setores não oficiais em detrimento do papel do Estado na proteção social. São sistemas construídos tardiamente, num período de desmonte do *Welfare State* ou Estado Social, no contexto europeu e internacional, e de ampliação das políticas de austeridade fiscal.

A Espanha ainda guarda uma especificidade, que é fazer parte da UE, o que coloca o país em situação de vantagem em relação ao Brasil. Mas para esta inclusão e a fim de obter financiamento, deve adotar a austeridade neoliberal.

Na Espanha, o conjunto das políticas de saúde, seguridade social contributiva e não contributiva e proteção social complementar é denominado pela doutrina espanhola de proteção

social. Já no Brasil a Seguridade Social é composta pela saúde, assistência social e previdência social (esta última contributiva). Na Espanha há apenas prestações econômicas contributivas e não contributivas.

Diferentemente do Brasil, a Espanha possui uma política de cuidados consolidada, integralizada e regulamentada. A Lei de Promoção da Autonomia Pessoal e Atenção às Pessoas em Situação de Dependência (Lapad) regulamenta a política de cuidados para pessoas com dependência, inclusive pessoas idosas. Constitui um marco para a política de cuidados do país; objetiva prevenir a perda de autonomia e prestar assistência às pessoas em situação de dependência.

A aprovação da Lapad produziu uma reconfiguração nos serviços sociais do país, com o objetivo de implantar um sistema universal de promoção e atenção às pessoas em situação de dependência (pessoas idosas e pessoas com incapacidades), por meio de serviços profissionais (domiciliares, residenciais, Centro Dia e ocupacionais) e benefícios financeiros para os cuidados familiares.

Contudo, embora a Lapad priorize a prestação de serviços em relação ao benefício financeiro, para os cuidados em ambiente familiar e apoio a cuidadores não profissionais, os dados oficiais mostram que predomina a oferta de prestações econômicas. Essa inversão da lei trouxe como consequência a baixa profissionalização do setor, a responsabilização da família e a sobrecarga da mulher, reforçando os papéis tradicionais de gênero. Também possibilitou que a empregada doméstica imigrante se tornasse figura central no processo de cuidados, pois os recursos são utilizados para o pagamento delas, que além do trabalho doméstico passam a exercer a função de cuidadora.

Outro achado importante são os impactos das medidas de ajuste neoliberais implantadas em 2012, que impactaram no aumento dos valores da coparticipação dos usuários no acesso aos serviços de cuidados, bem como a perda do direito a receber valores retroativos, limitando a ampliação da oferta de serviços, o que mina o caráter público e universal dessa política.

O orçamento limitado para o Saad e as variações de investimentos por parte das comunidades autônomas são um grande problema a ser resolvido, pois impacta na ampla oferta de serviço, hoje deficitário, e no pagamento de um valor mais condizente com as necessidades dos usuários. Atualmente, a Espanha investe menos que outros países da UE em políticas de cuidado, embora supere o Brasil, já que este possui apenas ações pontuais e não uma política de Estado definida.

Entre os vários serviços, destaca-se aqui o de teleassistência e o de ajuda em domicílio, que podem ser utilizados simultaneamente. A teleassistência é usada majoritariamente por mulheres, a maioria com mais de oitenta anos. Os serviços de ajuda em domicílio contemplam ações voltadas à atenção pessoal na realização das atividades da vida diária e à satisfação das necessidades domésticas. Os serviços são prestados por empresas credenciadas, com total ausência da participação do setor público na sua efetivação, evidenciando o pluralismo de bem-estar.

Outra questão importante a se destacar é que os relatórios oficiais do Governo da Espanha não dão visibilidade para algumas questões importantes na análise desses dados, como as especificidades das comunidades autônomas, as desigualdades na prestação dos serviços sociais e benefícios econômicos, o impacto da presença ou da falta dos serviços na vida dos usuários e o recorte de classe e raça/etnia.

Essas informações são extremamente necessárias para a adequação dessas políticas, considerando que a desigualdade na Espanha se ampliou com a pandemia de Covid-19. Dados do INE (2021) indicam que em 2021, o risco de pobreza ou da exclusão social na Espanha é mais elevado (27,8%) em relação a países da mesma região, como Portugal (22,4%), estando ambos acima do percentual estimado para o conjunto da UE. Em 2021, a Espanha registou a taxa de desemprego mais elevada da União Europeia (14,8%).

A desigualdade brasileira, com base nas pesquisas domiciliares como a PNAD, é uma das mais altas do mundo, sendo o Brasil conhecido como o país da desigualdade. Conforme o observatório das desigualdades, mais de 7,5 milhões de brasileiros vivem com menos de R\$ 150,00 por mês.

O Brasil ocupa a segunda pior posição no estudo sobre mobilidade social com dados de trinta países-membros da OCDE, divulgado em 2018 e intitulado “*A Broken Social Elevator? How to Promote Social Mobility*”. Na média da OCDE, se uma família tem rendimento duas vezes maior que o de outra, o filho com pais mais ricos terá renda 40% mais alta que a criança da família mais pobre. No caso do Brasil, essa renda é 70% maior.

Para ilustrar o abismo da desigualdade, o estudo estimou que um brasileiro nascido entre os 10% mais pobres da população levaria nove gerações, o equivalente a 180 anos, para alcançar a renda média do país. O resultado iguala ao da África do Sul e só perde para a Colômbia, onde se levariam duas gerações a mais³⁹ (Nery, 2023). Essas estatísticas impactam nos modos de envelhecer e no acesso aos cuidados, demandando um olhar

39 Informação disponível em: brasildefato.com.br/2023/08/31/classe-media-teve-a-renda-mais-afetada-entre-os-brasileiros-nos-ultimos-anos.

do Estado para essa problemática, mas com um recorte das desigualdades conexas.

Quanto à proteção social, na América Latina, região da qual faz parte o Brasil, assim como no Sul da Europa (região mediterrânea), a regulação social ocorre por meio de processos históricos e políticos diferentes em relação aos países desenvolvidos da Europa Central, porém mantendo as bases estruturais do capitalismo que promovem desigualdades inerentes ao próprio sistema.

No Brasil, os direitos sociais foram reconhecidos tardiamente. Somente com a Constituição Federal de 1988, após sangrentos anos de ditadura militar, ocorrem mudanças no sistema de proteção social brasileiro, na perspectiva de direitos, justiça social e equidade.

Desde a década de 1990, o Brasil vem sofrendo pressões de organismos internacionais e cedendo à adoção de medidas de ajustes neoliberais materializadas por meio de (contra)reformas na seguridade social, o que inviabilizou até os dias atuais a universalização dos direitos sociais e uma política nacional de cuidados efetiva.

Essas contrarreformas estão intrinsecamente relacionadas aos processos de endividamento dos Estados, que sob a pressão de organismos internacionais, promovem cortes e refrações às conquistas da classe trabalhadora, afetando sobremaneira a Seguridade Social.

No caso das contrarreformas previdenciárias, predominam os argumentos relacionados ao envelhecimento, como aqueles de cunho demográfico (envelhecimento populacional e aumento da expectativa de vida) ou de orçamento (déficit previdenciário; valor das pensões e aposentadorias), entre outros. Tal redução de gastos vai na contramão da necessidade de ampliação dos investimentos,

considerando os desdobramentos sociais das transições demográficas e epidemiológicas. Resta clara a intencionalidade de transformar o que é público em privado, ocorrendo um deslocamento do princípio da solidariedade e proteção social em favor do mercado.

A pesquisa evidenciou que na esteira da CFB/1988 muitas políticas sociais foram regulamentadas, inclusive políticas específicas para as pessoas idosas, a partir do que já estabelecia a Constituição e as leis orgânicas da seguridade social e outras. Entre elas destacam-se a Política Nacional do Idoso – PNI (Lei nº 8.842/1994), o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI (Portaria MS/GM nº 2.528/06), que preveem o acesso da pessoa idosa que não tenha como se manter ao BPC, assim como o cuidado domiciliar tanto na saúde como na assistência social.

Na assistência social, o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiências e Idosos e Serviços de Proteção Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias concede suporte para a realização das atividades básicas e instrumentais, como previsto na Lapad (Espanha).

A falta de regulamentação da profissão de cuidador no país é um obstáculo para a efetivação do cuidado no âmbito domiciliar, que muitas vezes é realizado por empregados domésticos ou profissionais da saúde, a exemplo de técnicos/as de enfermagem.

O Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) no âmbito do Sistema Único de Saúde, cujo carro chefe é o programa “Melhor em Casa”, é operacionalizado por uma equipe multidisciplinar para pessoas idosas ou não, portadoras de doenças agudas e crônicas em nível grave. É um serviço que se caracteriza mais pela instrumentalização das famílias para desenvolver as habilidades relacionadas ao cuidado em saúde no seio familiar e domiciliar.

Essa instrumentalidade oferecida às famílias é uma forma de ensinar-lhes a gerir os riscos, sendo monitoradas pelas equipes. Caracteriza-se, portanto, como uma política familiarista que se preocupa mais com a redução da demanda hospitalar, do tempo de internação e em otimizar recursos, sob o argumento de humanizar a atenção à saúde.

O que se tem no país são experiências pontuais, mas exitosas – importantes referências para uma futura política nacional de cuidados como o “Programa de Acompanhamento de Idosos”, de São Paulo – SP, e o “Maior Cuidado”, de Belo Horizonte – MG. São iniciativas que beneficiam os/as idosos/as e suas famílias, contribuindo para o bem-estar dos cuidadores familiares, que com este suporte podem desenvolver outras atividades. No bojo das ações estão: acompanhamento em consultas; ajuda para banhar-se, vestir-se, alimentar-se, administrar medicamentos e outras.

O Brasil avançou em termos de legislação no que concerne aos cuidados da população idosa, mas a sua efetivação anda distante do que seria uma cobertura integral, integrada e universal, pois ainda não há uma política institucionalizada e efetivada.

Contudo, no atual governo o envelhecimento vem ganhando visibilidade. O Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania criou o “Programa Envelhecer nos Territórios”, por meio da Portaria nº 561, de 4 de setembro de 2023, com o objetivo de promover o direito de envelhecer a todas as pessoas e garantir os direitos humanos das pessoas idosas no Brasil⁴⁰.

Ainda, foi instituído, por meio do Decreto nº 11.460/2023, o Grupo de Trabalho Interministerial, com a finalidade de elaborar

40 Fonte: agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2023-09/governo-cria-programa-para-que-politicas-publicas-cheguem-aos-idosos#:~:text=O%20Ministério%20dos%20Direitos%20Humanos,-no%20Diário%20Oficial%20da%20União.

a proposta da Política Nacional de Cuidados e do Plano Nacional de Cuidados. A coordenação dos trabalhos ficará a cargo do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), numa conquista dos movimentos sociais ligados às pessoas idosas.

A realidade brasileira exige uma política de cuidados que considere as diferenças regionais, as desigualdades sociais, o racismo e o machismo estruturais. Segundo a PNAD/IBGE, em 2021, 30% das mulheres em idade ativa deixaram de procurar emprego devido às suas responsabilidades com filhos, outros parentes ou com os afazeres domésticos; entre os homens, esta proporção era de 2%. Essa realidade atinge mais duramente as mulheres negras: 32% delas estavam nessa situação, enquanto entre as brancas essa porcentagem era de 27% (Brasil – IBGE/PNAD, 2021).

O trabalho de cuidados remunerados também é fortemente marcado pelas desigualdades de raça e gênero. No Brasil, quase 75% do total de postos de trabalho no setor de cuidados é ocupado por mulheres. Isso equivale a aproximadamente 18 milhões de mulheres exercendo funções de trabalhos domésticos – cuidadoras, professoras até o ensino fundamental, pessoal da enfermagem, médicas, fisioterapeutas, assistentes sociais, entre outras. São bens e serviços contratados pelas famílias com níveis de renda mais elevados (MDS, 2023).

O trabalho de cuidados remunerados não é apenas predominantemente feminino; ele é, particularmente, um espaço de mulheres negras. Em 2019, 45% de todos os postos de trabalho do setor eram ocupados por mulheres negras, 31% por mulheres brancas e 24% se dividiam entre homens brancos e negros. A principal categoria ocupacional do setor de cuidados é a de trabalhadoras domésticas.

Os dados mais recentes indicam que 93% da categoria é formada por mulheres; destas, 61% são mulheres negras. Esses dados com recorte de raça/etnia não foram identificados nas fontes oficiais do governo espanhol, colocando-se, portanto, como um dos limites da pesquisa, mas ao mesmo tempo evidenciando a invisibilidade dos grupos racializados por parte do Estado.

No Brasil e na Espanha, os serviços institucionais de cuidado em domicílio são ainda em sua maioria não governamentais e se dão na perspectiva da “gestão do risco social”, ensinando e orientando as famílias para que façam os serviços no domicílio, ancorados na solidariedade intergeracional e nas parcerias, cuja cobertura ainda é baixa, dada a quantidade de população idosa dependente que há nesses países.

Muitas famílias e seus entes não recebem auxílios monetários; tampouco é considerado o tempo trabalhado para efeitos da aposentadoria, e é baixa a capacidade de atendimentos das necessidades dos cuidadores. A institucionalização de uma política de cuidados no Brasil e a universalização dessa política na Espanha, com mais investimentos, poderão contribuir para eliminar as desigualdades de provisão e acesso, bem com as de classe, “raça”/etnia e gênero.

Nos termos de Saffioti (2015), o par antagônico da igualdade social é o da desigualdade, e não a diferença; a igualdade exige respeito à diferença. Saffioti (2015, p. 121) destaca que “o poder pode ser democraticamente partilhado, gerando liberdade, como também exercido discricionariamente, criando desigualdades”.

Porém, nas sociedades capitalistas, a igualdade se configura no nível da formalidade, da lei, sendo as desigualdades naturalizadas pelo discurso (neo)liberal. Dessa forma, não se pode pensar em igualdade de classe, “raça”/etnia e gênero numa

sociedade desigual. Para se alcançar isso, é imperioso um projeto de transformação da ordem societária vigente.

Opta-se aqui pela perspectiva gramsciana que trabalha o poder a partir das categorias hegemonia e subalternidade. Conforme Christine (1990), a hegemonia é a busca da dominação visando obter legitimidade através do consenso; portanto, envolve uma dimensão política e cultural. Segundo Yazbek (2014, p. 684), hegemonia e subalternidade estão “dialeticamente interligadas pela política na relação com o Estado e a sociedade civil”.

A subalternidade representa a condição daqueles que são dominados e explorados social, cultural, econômica e politicamente. Supõe o “exercício do domínio ou da direção por meio de relações político-sociais em que predominam os interesses dos que detêm o poder econômico e de decisão política”.

É imprescindível a adoção dessa visão ampliada de Estado, pois no que concerne à problemática social da velhice, as políticas dirigidas à classe trabalhadora podem ter como objetivo a busca do consenso, a subalternização e a homogeneização, como ocorre com as políticas do “Envelhecimento Ativo” que responsabilizam os indivíduos e a família – sobrecarregando as mulheres – pelo bem-estar dos seus membros, assim como tomam o envelhecimento populacional como uma justificativa para medidas de austeridade junto ao sistema de proteção social, reduzindo ou até mesmo cortando direitos.

Infere-se que a regulação social nos diferentes países possui especificidades e particularidades nacionais, mas que de um modo geral se vinculam a uma estrutura capitalista, e por assim ser, não promovem a emancipação política, nem eliminam as desigualdades causadas pelo sistema.

Da mesma forma se pensa a resistência, com base em Gramsci, que diz respeito à construção de uma nova hegemonia,

a contra-hegemonia. Conforme Simionatto (2009, p. 42), para Gramsci o uso da categoria subalternos não se destina apenas à análise de fenômenos sociais, políticos e culturais; “deve recuperar os processos de dominação presentes na sociedade”, de maneira a evidenciar as “operações político-culturais da hegemonia que escondem, suprimem e marginalizam a história dos subalternos” (Buttigieg, 1999 *apud* Simionatto, 2009, p. 42).

Sair da subalternidade envolve uma dimensão política (espaço de contradição e resistência) para a construção de uma nova hegemonia, novos modos de pensar para além do senso comum. Para Yazbek (2014, p. 681-682), construir hegemonia envolve “a produção conflitiva do consenso”, processo que permitirá “modificar lugares de poder demarcados tradicionalmente, e, portanto, de abertura para construir outros”.

Urge construir políticas de envelhecimento que combatam as desigualdades simbióticas de classe, “raça”/etnia, gênero e outras, que tornam o envelhecimento não somente diferente, mas também desigual, bem como o acesso aos cuidados.

As políticas de cuidados em domicílio para a pessoa idosa dependente devem ter o recorte de classe, étnico-racial e de gênero, de modo a impactar a vida das mulheres nas condições de vida, na carga de trabalho, na participação no mercado de trabalho, no autocuidado, no lazer e na cidadania, entre outras frentes. As suas premissas devem estar além da conciliação, como ocorre na Espanha, e se consolidar como um direito para quem recebe o cuidado e para quem cuida.

É imperiosa a necessidade de regulamentação da profissão de cuidador; a concessão de benefícios para quem cuida; a incorporação do tempo em que passou desenvolvendo a atividade do cuidado na contagem do tempo para a aposentadoria; a oferta do serviço de teleassistência; a criação de sistemas de

monitoramento e controle da qualidade dos serviços ofertados; a profissionalização e a capacitação de cuidadores remunerados ou não. Isso tudo só é possível com uma política de cuidados integral, integrada e universal, que não se limite exclusivamente à focalização e à inclusão social, mas que viabilize o pleno exercício da cidadania e da dignidade humana.

REFERÊNCIAS

AGUILAR GIL, Marta; BLEDA GARCÍA, José Maróa. Crise econômica e política neoliberal no Sistema Nacional de Saúde Espanhol. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 25, n. 82, 2020. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cgpc/article/view/81182>. Acesso em: 29 mai. 2023.

AKOTIRENE, Carla. **O que é interseccionalidade?** Belo Horizonte: Letramento: Justificando, 2018.

ARENT, Hannah. **A condição humana**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

ARIÉS, Philippe. **História social da criança e da família**. São Paulo: Guanabara Koogan, 1978.

ARNEDO, Carmen Ferrer; LOMBARDO, Francisco Cegri Lombardo. Informe de FAECAP sobre la atención domiciliaria em España: **el liderazgo de enfermería comunitária**. FAECAP, España, 2015.

ARRETCHE, Marta. Emergência e desenvolvimento do *Welfare State*: teorias explicativas. **BIB**, n. 39, p. 3-40, 1995.

ARRUDA, Fernanda Tavares. **A pós-graduação stricto sensu brasileira em gerontologia**: aproximações à concepção ideopolítica. – 2019. 82 f. Orientador: Edilson Fernandes Souza. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Recife, 2019.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Tradução Waltensir Dutra. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BAPTISTA, M. V. A produção do Conhecimento no Serviço Social. **Serviço Social e Contemporaneidade**, Revista do Departamento de Serviço Social, Ano 6, n. 6, Teresina: EDUFPI, 2008, p. 154-164.

BASTOS, Núbia Maria Garcia. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 5. ed. Fortaleza: Nacional, 2012.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2018.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social**: fundamentos e história. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BENEDITO, Jonorete de Carvalho. Reflexões acerca da proteção social para os Velhos do Brasil. *In*: COSTA, J. S.; DEL MASSO, M. C. S.; SOARES, N.; CAMPELO E PAIVA, S. (org.). **Aproximações**

e ensaios sobre a velhice. Franca: Cultura Acadêmica, 2017. p. 34-50.

BERNARDO, Maria Helena de Jesus. **Envelhecimento da classe trabalhadora, dependência e cuidados familiares:** desafios para a proteção social no município do Rio de Janeiro. 2019. 300f. Tese. (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

BOSCHETTI, Ivanete. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. *In:* BOSCHETTI, Ivanete. **Serviço Social: Direitos Sociais e competências profissionais.** Brasília: CFESS, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete. A insidiosa corrosão dos sistemas de proteção social europeus. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: n. 112, p. 754-803, 2012.

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência Social e trabalho no capitalismo.** São Paulo: Cortez, 2016.

BOUTIQUE, Nanci Catharina; SANTOS, Rosa de Lourdes Azevedo. Aspectos socioeconômicos do envelhecimento. *In:* PAPALÉO NETTO, Matheus. (org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.** São Paulo: Atheneu, 1996.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

Diário Oficial da União: seção 1. Brasília, DF, p. 18769, 08 dez. 1993.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** seção 1. Brasília, DF, p. 77, 5 jan. 1994.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** seção 1. Brasília, DF, p. 1, 3 out. 2003.

BRASIL. Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. **Diário Oficial da União:** seção 1. Brasília, DF, p. 1, 7 jul. 2011.

BRASIL. **Lei nº 12.618, de 30 de abril de 2012.** Institui o regime de previdência complementar para os servidores públicos federais titulares de cargo efetivo... **Diário Oficial da União:** seção 1. Brasília, DF, p. 2, 2 maio 2012.

BRASIL. **Lei nº 13.135, de 17 de junho de 2015.** Altera as Leis nº 8.213, de 24 de julho de 1991, nº 10.876, de 2 de junho de 2004, nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e nº 10.666, de 8 de maio de 2003, e dá outras providências. Brasília: 2015. **Diário Oficial da União:** seção 1. Brasília, DF, p. 1, 18 jun. 2015.

BRASIL. **Lei nº 13.183, de 4 de novembro de 2015.** Altera as Leis nºs 8.212, de 24 de julho de 1991, e 8.213, de 24 de julho de 1991, para tratar da associação do segurado especial em

cooperativa de crédito rural... **Diário Oficial da União**: seção 1. Brasília, DF, p. 1, 4 nov. 2015.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS**. Brasília, MDS/SNAS, 2005.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Censo SUAS/2018**. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/portal-censo/>. Acesso: 2 jun. 2020.

BRASIL. Câmara dos Deputados **Projeto de Emenda Constitucional (PEC) nº 287/2016**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2119881>. Acesso: 2 set. 2021.

BRASIL Senado Federal. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. <https://legis.senado.leg.br/norma/540698>. Acesso: 2 set. 2021.

BRASIL. **Emenda Constitucional (EC) nº 20, de 15 de dezembro de 1998**. Modifica o sistema de previdência social e estabelece regras de transição. Brasília, 1998.

BRASIL. **Emenda Constitucional (EC) nº 41, de 19 de dezembro de 2003**. Modifica a Constituição Federal e dispositivos da EC nº 20. Brasília, 2003.

BRASIL. **Emenda Constitucional (EC) nº 45, de 30 de dezembro de 2004.** Modifica o regime de previdência, aposentadorias e pensões. Brasília, 2004.

BRASIL. **Emenda Constitucional (EC) nº 47, de 5 de julho de 2005.** Dispõe sobre a Previdência Social. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Política Pacto pela vida. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.** Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009.** Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília: MDS, 2009.

BRASIL. **Pesquisa nacional de saúde 2013:** acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências – Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999.** Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. **Censo SUAS 2022** – Resultados Nacionais, Centro de Referência da Assistência Social CRAS. Brasília, Coordenação-Geral de Planejamento, Vigilância Socioassistencial e Gestão da Informação do SUAS. Secretaria Nacional de Assistência Social.

Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Janeiro 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2016**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.527, de 27 de outubro de 2011**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 21 mai. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações técnicas**: Proteção Social Básica para pessoas com deficiência e idosos. Brasília, DF: MDS, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2017.

BRASIL. **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Ana Amélia Camarano (Org.). – Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=6614&catid=10&Itemid=9. Acesso em: 21 nov. 2019.

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013:** percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. 180 p. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/29540-2013-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados>. Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL.(IBGE/PNS/2019). **Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)**. Disponível em:<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados>

BRASIL. (IBGE). **Um em cada quatro idosos tinham algum tipo de deficiência em 2019**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/31447-um-em-cada-quatro-idosos-tinha-algum-tipo-de-deficiencia-em-2019>. Acesso em: 6 jan. 2023.

BRASIL. **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil**. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. IBGE, n. 48. 2. edição, 2022.

BRASIL. **Estudo aponta para profundas desigualdades na mortalidade de crianças no Brasil.** Disponível: <https://portal.fiocruz.br/print/177347> 1/3 Publicado pelo Portal Portal Fiocruz (<https://portal.fiocruz.br>) Início> Estudo aponta para profundas desigualdades na mortalidade de crianças no Brasil. Acesso em: 6 jan. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 11.460, de 30 de março de 2023.** Institui Grupo de Trabalho Interministerial com a finalidade de elaborar a proposta da Política Nacional de Cuidados e a proposta do Plano Nacional de Cuidado.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº1/2023 MDS/SNCF.** Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/MDS/Secretarias/SNCF/Arquivos/Nota%20Informativa%20N1%2022.03.23.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviço de Atenção Domiciliar – Melhor em Casa.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/atencao-domiciliar/servico-de-atencao-domiciliar-melhor-em-casa>. Acesso em: 6 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar. v. 1.** Brasília, Ministério da Saúde, 2012. (2 volumes). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf. Acesso em: 3 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Há 10 anos o Programa Melhor em Casa cuida da saúde e dá qualidade de vida a brasileiros com doenças crônicas.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/>

pt-br/assuntos/noticias/2021/novembro/ha-10-anos-programa-201cmelhor-em-casa201d-cuida-da-saude-e-da-qualidade-de-vida-a-brasileiros-com-doencas-cronicas. Acesso em: 6 ago. 2023.

BROWN, Wendy. **Nas ruínas do neoliberalismo:** a ascensão da política antidemocrática no ocidente. São Paulo: Editora Filosófica Politeia, 2019.

CALDAS, Aline Diniz Rodrigues *et al.* Mortalidade infantil segundo cor ou raça com base no Censo Demográfico de 2010 e nos sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 33, nº 7. Rio de Janeiro, jul. 2017, p. 1-13.

CAMARANO, Ana Amélia. Os idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2022. p. 21-22. (Textos para Discussão; n. 89)

CAMARANO, Ana Amélia. **Cuidados para a população idosa:** demandas e perspectivas. Banco Mundial, 2017 (mimeo).

CAMARANO, Ana Amélia. Vidas idosas importam, mesmo na pandemia. **Políticas sociais:** acompanhamento e análise, nº 28, 2021.

CAMARANO, Ana Amélia. Os dependentes da renda dos idosos e o coronavírus: órfãos ou novos pobres? **Nota Técnica nº 81**, Brasília: Ipea, p. 1-20, 2020.

CAMARANO, Ana Amélia; MELLO, Juliana Leitão e. Introdução.
In: CAMARANO, Ana Amélia (org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa:** um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

CAMPELO E PAIVA, Sálvea de Oliveira. **Envelhecimento, Saúde e trabalho no tempo do capital.** São Paulo: Cortez, 2014.

CAMPELO E PAIVA, Sálvea de Oliveira. Envelhecimento e Saúde.
In: TEIXEIRA, Solange Maria; CAMPELO E PAIVA, Sálvea de Oliveira; SOARES, Nanci. (org.). **Envelhecimento e políticas sociais em contexto de crises e contrarreformas.** Curitiba: CRV, p. 217-233, 2019.

CAMPELO E PAIVA, Sálvea de Oliveira; SOARES, Nanci; SANTOS, Maria Florência dos. O serviço social e a gerontologia social: elementos para pensar a pesquisa e a instrumentalidade.
In: TEIXEIRA, Solange Maria (org.). **Serviço Social e envelhecimento.** Teresina: EDUFPI, 2020. p. 74-103.

CAMPOS, Marta Silva; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Política de Assistência Social e a posição da família na política social brasileira. **Ser Social**, Brasília, n. 12, p. 165-190, 2003.

CAMPOS, Marta Silva; TEIXEIRA, Solange Maria. Gênero, família e proteção social: as desigualdades fomentadas pela política social. **Katálisis**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 20-28, 2010.

CARBONELLE, Sylvie. **Penser les vieilles.** Paris: Selin Arslan Ed., 2010.

CARLOTO, Cássia Maria; MARIANO, Silvana Aparecida. No meio do caminho entre o privado e o público: um debate sobre o papel das mulheres na política de assistência social. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 451-47, jan./jun. 2010.

CARNEIRO, André Pereira; GAMBI, Thiago Fonteles Rosado. Diálogo social e neoliberalismo: um estudo comparado da origem dos Conselhos Econômicos e Sociais na Espanha, em Portugal e no Brasil. **Revista Catarinense de Economia**, v. 5, n. 1, p. 111-124, 2021.

CARRASCO, Cristina; BORDERÍAS, Cristina; TORNOS, Teresa (ed.). **El Trabajo de cuidado**: historia, teoría y políticas. Madrid: Catarata, 2011.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. 7. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

CARVALHO, Maria Irene. **Serviço Social no Envelhecimento**. Lisboa: Pactor, 2013.

CARVALHO, Maria Irene; ALMEIDA, Maria João. **Contributo para o desenvolvimento de um modelo de proteção social na velhice em Portugal**, 2014. Disponível em: <http://www.app.com.pt/wp-content/uploads>. Acesso em: 25 set. 2019.

CASADO, David; JIMÉNEZ-MARTIN, Sergi. Introducción de dependencia y cuidados de larga duración en España: una panorâmica general. In: JIMÉNEZ-MARTIN, Sergi (org.). **Aspectos económicos de la dependencia y el cuidado informal em España**. UPF, España, 2007.

CEDRE. Consejo para la Eliminación de la Discriminación Racial o Étnica (CEDRE). **Estudio sobre la percepción de la discriminación por origen racial o étnico por parte de sus potenciales víctimas en 2020**. Disponível em: <https://igualdadynodiscriminacion.igualdad.gob.es/destacados/estudiopercepcion.htm>

CENDRA, Dolors Comas-d'Argemir. Hombres cuidadores: barreras de género y modelos emergentes. **Psicoperspectivas**, v. 15, n. 3, p. 10-22, 2016.

CHAUI, Marilena. **Participando do debate sobre mulher e violência**: Perspectivas Antropológicas da Mulher. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1985. p. 23-62.

CHESNAIS, François. O capital portador de juros: acumulação, internacionalização, efeitos econômicos e políticos. *In*: CHESNAIS, François. **A finança mundializada**. São Paulo: Boitempo, 2005.

CHRISTINNE, Buci-Gluckmann. **Gramsci e o Estado**. Tradução de Angelina Peralva. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

CIDALIA. **Inclusión, gestión de la diversidad y lucha contra el racismo y la xenofobia**: actuaciones de las Comunidades Autónomas y las Administraciones Locales. Madrid: Observatorio Español del Racismo y la Xenofobia, 2020. Disponível em: https://www.inclusion.gob.es/oberaxe/ficheros/documentos/PDF-1-INFORME-LARGO-CCAA-AC-03112020_OK.pdf. Acesso em: nov. 2021.

CONNEL, Raewyn; PEARSE, Rebecca. **Gênero**: uma perspectiva global. Tradução de Marília Moschkovich. São Paulo: Versos, 2015.

CRENSHAW, Kimberle. The Intersection of Race and Gender. *In*: CRENSHAW, Kimberle; GOTANDA, Nell; PELLER, Gary; THOMAS, Kendall (ed.). **Critical Race Theory**: The Key Writings That Formed the Movement. New York: New Press, 1995.

CRENSHAW, Kimberle. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativa ao gênero. **Estudos Feministas**, Santa Catarina: Florianópolis, v. 7, n. 12, p. 171-188, jan. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2021.

CRENSHAW, Kimberle. A interseccionalidade na discriminação de raça e de gênero. *In*: CRENSHAW, Kimberle. **Cruzamento**: raça e gênero – Painel 01 - 2007. Disponível em: <https://static.tumblr.com/7symefv/V6vmj45f5/kimberle-crenshaw.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2021.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DAVEY, Vanessa. Situación en España de la evaluación de sistemas de atención a personas mayores en situación de dependencia. **Informes envejecimiento en red**, Madrid, nº 28, 2021.

DAVIS, Angela. As mulheres negras na construção de uma nova utopia – Angela Davis. **Portal Geledés**, 12 jul. 2011. Disponível

em: <https://www.geledes.org.br/as-mulheres-negras-na-construcao-de-uma-nova-utopia-angela-davis/>. Acesso em: set. 2023.

DAVIS, Angela. **Mulheres Raça e Classe**. Tradução Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016.

DEBERT, Guita Grin. Migrações e o cuidado do idoso. **Cadernos Pagu**, Campinas, SP, n. 46, p. 129-149, 2016. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8645389>. Acesso em: 4 jan. 2022.

DEBERT, Guita Grin; PULHEZ, Mariana Marques (org.) **Desafios do cuidado**: gênero, velhice e deficiência. 2. ed. Campinas, SP: Unicamp/IFCH, 2019. 152 p.

DEBERT, Guita Grin. **A reinvenção da velhice**: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento. São Paulo: Fapesp, 2020.

DILIGENTI, Marcos Pereira; ARAÚJO, Ricardo Souza. Nova Previdência: o austericídio neoliberal sob a ótica da teoria marxista da dependência. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 67-77, jan./jun.2019. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/fass/article/view/33891/18803>. Acesso em: out. 2021.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva; GIACOMIN, Karla Cristina. Política Nacional do Idoso: lacunas da lei e a questão dos cuidadores. *In*: ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia;

GIACOMIN, Karla Cristina (org.). **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: IPEA, 2016. p. 455-477.

ESPAÑA. Gobierno Central. **Constituição Federal da Espanha**, 1978.

ESPAÑA. Gobierno Central. **Real Decreto-Ley nº 16, de 20 de abril de 2012**, trata de medidas urgentes para garantizar la responsabilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

ESPAÑA. Gobierno Central. **Real Decreto-Ley nº 7, de 27 de julio de 2018**, trata do acceso universal al Sistema Nacional de Salud.

ESPAÑA. Gobierno Central. **Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero**, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social..

ESPAÑA. Gobierno Central. **Resolución de 28 de julio de 2022**, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

ESPAÑA (Ministério da Saúde). Atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos. Informações disponíveis em: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/>

ContenidoCS/2AtencionPrimaria/AP-ServiciosEspecificos.htm.
Acesso em: 13 jul. 2023.

ESPAÑA. (MDS/MI). **Hoja de ruta de la estrategia estatal de los cuidados**. Disponível em: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/docs/estrategia-estatal-de-cuidados-v8.pdf>.
Acesso em: 10 set. 2023.

ESPAÑA. Instituto Nacional de Estadística (INE). **Esperanza de vida 2021**.
https://www.ine.es/buscar/searchResults.do?searchString=esperanza+de+vida&Menu_botonBuscador=&searchType=DEF_SEARCH&startat=0&L=0.
Acesso em: 10 set. 2023.

ESPAÑA. Instituto Nacional de Estadística (INE). **Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD) – 2020**. Nota de prensa, 19 de abril de 2022. Acesso em: 10 set. 2023.

ESPAÑA. **Percepción de la discriminación por origen racial o étnico por parte de sus potenciales víctimas en 2020**. Disponível em: https://igualdadynodiscriminacion.igualdad.gob.es/destacados/pdf/08-percepcion_discriminacion_racial_nav.pdf.
Acesso em: 10 set. 2023.

ESPAÑA. Ministério do Desenvolvimento Social. **Derechos Sociales, población gitana, estrategia nacional para la inclusión de la población gitana**. Disponível em: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/poblacion-gitana/>

estrategia-nacional/estrategia-nacional-para-la-inclusion-social-de-la-poblacion-gitana2012-2020.htm. Acesso em: 10 set. 2023.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. **As três economias políticas do Welfare State**. São Paulo: Lua Nova, 1995. n. 24, p. 85-116.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. Economias Globales, nuevas tendencias demográficas y familias en transformación: actual caballo de troya del Estado de Bienestar? In: ESPING-ANDERSEN, Gosta. **Dilemas del Estado de Bienestar**. Madrid: Fundación Argentaria, 1996.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. **Social Foundation of Postindustrial Economies**. Nova York: Oxford, 1999.

EUROPAPRESS. Gobierno y CCAA acuerdan fijar una cuantía mínima de entre 100 y 200 euros para las personas en situación de dependencia. **Europa Press**, Madrid, 21, dic. Disponível em: <https://www.europapress.es/epsocial/igualdad/noticia-gobierno-ccaa-acuerdan-fijar-cuantia-minima-100-200-euros-personas-situacion-dependencia-20221221172353.html>. Acesso em: 20 ago. 2023.

FALQUET, Jules. Repensar as relações sociais de sexo, classe e “raça” na globalização neoliberal. **Mediações**, Londrina, v. 13, n. 1-2, p. 121-142, 2008. DOI: <https://doi.org/10.5433/2176-6665.2008v13n1/2p121>

FARIA, Carlos A. P. de. Uma genealogia das teorias e modelos do Estado de bem-estar social. **BIB**, n. 46, p. 38-72, 1998. Disponível em: <http://www.anpocs.com/index.php/>

edicoesanteriores/bib-46/489-uma-genealogia-das-teorias-e-modelos-do-estado-de-bem-estarsocial/file. Acesso em: 5 jan. 2020.

FERNANDES, Eliane Severo da Silva. **Gênero, trabalho e cuidados**: perfil das candidatas de um curso para cuidadoras de pessoa idosa. Orientadora: Márcia Cavalcanti Raposo Lopes. 2020. 64f. Dissertação de Mestrado. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2020.

FERRERA, M. The “southern model” of welfare in social Europe. **Journal of European Social Policy**, London, v. 6, n. 1, p. 17-37, 1996.

FIOCRUZ. Covid-19: pesquisa analisa impacto da pandemia no trabalho e renda da pessoa idosa. **Fiocruz**, 03 jun. 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-pesquisa-analisa-impacto-da-pandemia-no-trabalho-e-renda-da-pessoa-idosa>. Acesso em: 2 out. 2020.

FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz. Idosos negros têm menos acesso ao auxílio de cuidadores contratados. **Fiocruz**, 06 jul. 2020. Disponível em: [https://www.icict.fiocruz.br/content/idosos-negros-tem-menos-acesso-ao-auxilio-de-cuidadores-contratados?fbclid=IwAR1mWrFM5a8kx2umPysF3K3jDJR_Y8wSK9ZVmshEadclZ14rxXXmr8IWHpw#:~:text=Entre%20os%20que%20se%20declararam,se%20declararam%20pretos%20\(10%25\)](https://www.icict.fiocruz.br/content/idosos-negros-tem-menos-acesso-ao-auxilio-de-cuidadores-contratados?fbclid=IwAR1mWrFM5a8kx2umPysF3K3jDJR_Y8wSK9ZVmshEadclZ14rxXXmr8IWHpw#:~:text=Entre%20os%20que%20se%20declararam,se%20declararam%20pretos%20(10%25)). Acesso em: 10 jan. 2021.

FOESSA. VIII Informe sobre **Exclusão e Desenvolvimento Social na Espanha**. Madrid: Fundação Foessa, 2019. Disponível em: <https://www.foessa.es/viii-informe/>

GAMA, Andréa de Sousa. **Trabalho, Família e Gênero**: impactos dos direitos do trabalho e da educação infantil. São Paulo: Cortez, 2014.

GIL, Antônio Carlos. **Método e técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GILLIGAN, Carol. Uma voz diferente: psicologia da diferença entre homens e mulheres da infância à idade adulta. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 1982.

GONZALEZ, Lélia. Cultura, etnicidade e trabalho: Efeitos linguísticos e políticos da exploração da mulher. *In*: RIOS, F.; LIMA, M. (org.). **Por um feminismo afro-latino-americano**. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GRAH, Bruno; DAL PRÁ, R. K.; WIESE, Michelly. Atenção domiciliar e os custos do cuidado: a realidade das famílias catarinenses inseridas no Programa Melhor em Casa. *In*: TEIXEIRA, Maria Solange; CARLOTO, Cássia Maria (org.). **Família, Cuidado e Políticas Sociais**. Campinas: Papel Social, 2020. p. 143-166

GROISMAN, Daniel. A velhice, entre o normal e o patológico. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 61-78, jan./abr. 2002.

GROISMAN, Daniel. **O cuidado enquanto trabalho:** envelhecimento, dependência e políticas para o bem-estar no Brasil. Orientadora: Myriam Moraes Lins Barros. 2015. 210. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Escola de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Rio de Janeiro, 2015.

GUERRERO, Fernando Elorza. La reforma de la cotización a la seguridad social en España: Del pacto político a la realidad legislativa. **Revista Brasileira de Economia Social e do Trabalho**, Campinas, v. 4, e022008, p. 1-43, 2022.

GUIMARÃES, Cátia. Um país mais velho: o Brasil está preparado? Entrevistadas: Yeda Duarte, Karla Giacomini. **Fiocruz**, 01 jul. 2022, 09:40. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/um-pais-mais-velho-o-brasil-esta-preparado#:~:text=Era%20para%20ser%20o%20primeiro,de%20vida%20das%20pessoas%20idasas>.

GUIMARÃES, Nadja Araújo. Casa e mercado, amor e trabalho, natureza e profissão: controvérsias sobre o processo de mercantilização do trabalho de cuidado. **Cadernos Pagu**, n. 46, p. 59-77, 2016.

GUIMARÃES, Nadja Araújo; HIRATA, Helena; SUGITA, Kucumi. Cuidado e cuidadoras: o trabalho de *care* no Brasil, França e Japão. **Revista Sociologia e Antropologia**, v. 1, p. 151-180, 2011.

GUIMARÃES, Nadja Araújo; HIRATA, Helena S. **O Gênero do Cuidado:** desigualdades, significações e identidades. São Paulo: Ateliê Editorial, 2020.

HABERMAS, Jürgen. **Mudança Estrutural da Esfera Pública:** investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa. Tradução Flávio R. Kotche. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

HADDAD, Eneida Gonçalves de Macedo. **A ideologia da velhice.** São Paulo: Cortez, 2016.

HAREVEN, Tamara K. Changing images of aging and the social construction of the life course. *In*: FEATHERSTONE, Mike; WERNICK, Andrew (org.). **Images of aging:** cultural representations of later life. London: Routledge. 1995.

HARVEY, David. **Condição Pós-Moderna.** São Paulo: Edições Loyola, 1992.

HARVEY, David. **O neoliberalismo: história e implicações.** São Paulo: Loyola, 2008.

HARVEY, David. **O novo imperialismo.** São Paulo: Edições Loyola, 2014.

HELPAJE ESPAÑA: **El derecho a los cuidados de las personas mayores.** Colección los derechos humanos de las personas mayores em España: La igualdad de trato y la no discriminación por razón de edad. Madrid: Fundación HelpAge International España, 2021 Disponível em: https://www.helpage.es/wp-content/uploads/2021/10/HelpAgeEspana_El-derecho-a-los-cuidados-de-las-personas-mayores-2021.pdf. Acesso em: 2 jan. 2023.

HIRATA, Helena. O desenvolvimento das políticas de cuidado em perspectiva comparada: França, Brasil e Japão. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís: n. esp., p. 283-290, out. 2012.

HIRATA, Helena; GUIMARÃES, Nadya Araújo (Org.). **Cuidado e cuidadoras**: as novas *faces do trabalho do care*. São Paulo: Ed. Atlas, 2012, 248 p.

HIRATA, Helena; KERGOAT, D. Divisão sexual do trabalho profissional e doméstico: Brasil, França, Japão. *In*: COSTA, Albertina de Oliveira; SORJ, Bila; BRUSCHINI, Cristina; HIRATA, Helena (org.). **Mercado de trabalho e gênero**: comparações internacionais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008. p. 15-34.

HOLMSTROM, Nancy. Como Karl Marx pode contribuir para a compreensão do gênero? *In*: CHABAUD, Danielle *et al.* (org.). **O gênero nas Ciências Sociais**: releituras críticas de Max Weber a Bruno Latour. Tradução de Lineimar Pereira Martins. São Paulo: Editora Unesp; Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, p. 341-357, 2014.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

IMSERSO (2021). **Servicios sociales dirigidos a las personas mayores en españa** (Informe a 31/12/2020) Disponível em: https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/ssppmm_esp/2020/index.htm. Acesso em: 04 jan. 2022.

IMSERSO (2022). **Autonomía personal y dependencia.**

Disponível em: <https://imserso.es/autonomia-personal-dependencia/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/financiacion-saad/convenios-nivel-acordado-2022>. Acesso em: 15 de dezembro de 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.

População cresce, mas número de pessoas com menos de 30

anos cai 54% de 2012 a 2021. 2021. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.

Em média, mulheres dedicam 10,4 horas por semana a mais que os homens aos afazeres domésticos ou ao cuidado de

pessoas. 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/27877-em-media-mulheres-dedicam-10-4-horas-por-semana-a-mais-que-os-homens-aos-afazeres-domesticos-ou-ao-cuidado-de-pessoas>. Acesso em: 31 mar. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (SIM)

2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9126-tabuas-completas-de-mortalidade.html?=&t=resultados>.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Os desafios do passado no trabalho doméstico do século XXI: reflexões para o caso brasileiro a partir de dados do PNAD

contínua. **Texto para discussão**. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2019. Disponível em:
https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9538/1/td_2528.pdf. Acesso em: 21 fev. 2021.

JACCOUD, Luciana. **Proteção Social no Brasil**: debates e desafios. Concepção de gestão de proteção social no Brasil. Brasília: MDS/Unesco, 2009. p. 57-88.

KATZ, Steven Disciplining old age: the formation of gerontological knowledge. Charlottesville: University Press of Virginia. 1996.

JONES, Camara Phyllis. Confronting Institutionalized Racism. **Phylan**, v. 50, n. 1, p. 7-22, 2002.

KERGOAT, Danièle. Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux. *In*: DORLIN, E. (org.). **Sexe, classe, race**. Pour une épistémologie de la domination. Paris: PUF, 2008.

KERGOAT, Danièle. Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. **Novos estudos**, 86, p. 93-103, mar. 2010.

KERGOAT, Danièle. Le rapport social de sexe – De la reproduction des rapports sociaux à leur subversion. **Les rapports sociaux de sexe, actuel Marx**. Paris: Presses Universitaires de France, n. 30, 2001, p. 85-100.

KERSTENETZKY, Celia Lessa. **O Estado do Bem-Estar Social na Idade da Razão**: a reinvenção do Estado Social no mundo contemporâneo. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

KOSÍK, Karel. **Dialética do concreto**. Tradução de Célia Neves e Aldorico Toríbio. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

KUHNEN, Tânia Aparecida. A ética do cuidado como teoria feminista. *In*: SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 3., 2014. **Anais [...]**. Universidade Estadual de Londrina, 2014. Disponível em: http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT10_T%C3%A2nia%20Aparecida%20Kuhnen.pdf. Acesso: 15 mar. 2023.

LAMOUREUX, Diana. Hannah Arendt: agir o dado. *In*: CHABAUD, Danielle *et al.* (org.). **O gênero nas Ciências Sociais: releituras críticas de Max Weber a Bruno Latour**. Tradução de Lineimar Pereira Martins. São Paulo: Editora Unesp; Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 2014. p. 537-551.

LEHNER, Paula. Los cuidados familiares y los desafíos para pensar las políticas públicas. *In*: TEIXEIRA, Solange Maria; PAIVA, Sálvea de Oliveira Campelo e; SOARES, Nanci (org.). **Envelhecimento e políticas sociais em contexto de crises e contrarreformas**. Curitiba: CRV, 2019. p. 175-194.

LESSA, Sérgio. **O processo de produção e reprodução social: trabalho e sociabilidade**. Brasília: CEAD-UnB, 2006.

LESSA, Sérgio. **Para compreender a ontologia de Lukács**. Maceió: Coletivo Veredas, 2016.

LOPES, Andrea. **A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e os desafios da Gerontologia no Brasil**. 2000. Orientador: Guita Grin Debert. Dissertação (mestrado) –

Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, SP, 2000.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; LACAZ, Francisco Antonio de Castro; GOULART, Patrícia Martins. Crise do capital e o desmonte da Previdência Social no Brasil. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 130, p. 467-486, set./dez. 2017.

LUKÁCS, Georg. **Estética**: Tres categorías básicas de lo estético. Barcelona: Grijalbo, 1967.

LUKÁCS, Georg. **Introdução a uma Estética Marxista**. Tradução Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

LUKÁCS, Georg. **História e consciência de classe**: estudos de dialética marxista. Tradução Telma Costa. Porto, Escorpião, 1974.

LUPATINI, Márcio. Crise do Capital e dívida pública. *In*: SALVADOR, Evilásio *et al.* **Financeirização, Fundo Público e Política Social**: São Paulo: Cortez, 2012.

MACHADO, Bárbara Araújo. Interseccionalidade, consubstancialidade e marxismo: debates teóricos e políticos. *In*: COLÓQUIO INTERNACIONAL MARX E O MARXISMO, 2017, Niterói. **Anais** [...]. Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre Marx e o Marxismo (NIEP-Marx), Niterói, 2017. p. 1867-1917.

MANDEL, Ernest. **A crise do capital**: os fatos e sua interpretação marxista. São Paulo: Editora Ensaio, 1990.

MARCONDES, Mariana Mazzini. O dia deveria ter 48 horas: práticas sociais do cuidado e demandas das mulheres brasileiras por políticas públicas para a sua democratização. *In*: ÁVILA, Maria Betânia; FERREIRA, Verônica. **Trabalho remunerado e trabalho doméstico no cotidiano das mulheres**. Recife: SOS Corpo, Instituto Patrícia Galvão, ONU Mulheres, 2014.

MARCONDES, Mariana Mazzini. Cuidados: práticas sociais e ideologias. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 11; WOMEN'S WORLDS CONGRESS, 13., 2017, Florianópolis, **Anais** [...]. Florianópolis, 2017. Tema: Transformações, conexões, deslocamentos. Disponível em: https://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1497658939_ARQUIVO_MazziniMarcondes_Cuidado_fazendogenero.pdf. Acesso em: 22 abr. 2023.

MARINI, Rui Mauro. Dialética da Dependência. *In*: MARINI, Rui Mauro. **Ruy Mauro Marini**: vida e obra. São Paulo: Expressão Popular, 2005.

MARTÍNEZ BUJÁN, Raquel. La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional. **Cuadernos de Relaciones Laborales**, v. 29, n. 1, p. 93-123, 2011.

MARTÍNEZ BUJÁN, Raquel. Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares. **Revista Española de Investigaciones Sociológicas**, p. 99-126, 2014.

MARTÍNEZ BUJÁN, Raquel. Cuidados con “sentido común”: desafíos, vacíos y contradicciones. **Investigaciones Regionales**, v. 44, n. 2, p. 111-124, 2019.

MARTÍNEZ BUJÁN, Raquel; GORFINKIEL, Magdalena Díaz. Mujeres migrantes y trabajos de cuidados: transformaciones del sector doméstico en España. **Revista Panorama Social**, n. 27, 2018.

MARTINO, Mônica de. Programas de transferência condicionadas, famílias e gênero: aproximações a alguns dilemas e desencontros. *In*: MIOTO, Regina Célia Tamaso; CAMPOS, Marta Silva; CARLOTO, Cássia Maria (org.). **Familismo, direitos e cidadania**: contradições da política social. São Paulo: Cortez, 2015.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política: Livro I: o processo de produção do capital. Tradução de Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

MARX, Karl. 1818-1883 Grundrisse: manuscritos econômicos de 1857-1858: esboços da crítica da economia política. Tradução Mario Duayer, Nélio Schneider (colaboração de Alice Helga Werner e Rudiger Hoffman). São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2011.

MARX, Karl; ENGELS, F. **O manifesto do Partido Comunista**. São Paulo: Martin Claret, 2002. (Coleção a Obra-prima de cada autor).

MENDONÇA, Jurilza Maria Barros de. **Idosos no Brasil:** políticas e cuidados. Curitiba: Juruá, 2016.

MÉSZÁROS, István. **Para além do capital:** rumo a uma teoria da transição. São Paulo: Boitempo, 2011.

MILL, John Stuart. **A Liberdade:** Utilitarismo. Tradução Eunice Ostrensky. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JÚNIOR, Carlos E. A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. *In:* MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JÚNIOR, Carlos E. A. (org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 11-24.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; MENDONÇA, Jurilza Maria Barros; SOUSA, Girliani Silva de; PEREIRA, Telma Freitas da Silva; MANGAS, Raimunda Matilde do Nascimento. Políticas de Apoio aos idosos em situação de dependência: Europa e Brasil. **ScieloPreprints**, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1280>. Acesso em: 2 fev. 2022.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família, trabalho com família e serviço social. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 12, n. 2, p. 163-176, jan./jun. 2010.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. A família como referência nas políticas públicas. *In:* LENY, A. B. (Org.). **Família**

Contemporânea e Saúde: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. cap. 2, p. 51-66.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Política social e trabalho familiar: questões emergentes no debate contemporâneo. **Serviço Social e Sociedade**, nº 124, São Paulo, p. 699-720, out./dez. 2015.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; DAL PRA, Keli Regina. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL/ENPESS, 13., 2012. **Anais [...]**.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; DAL PRA, Keli Regina. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira. *In*: MIOTO, Regina Célia Tamasso; CAMPOS, Marta Silva; CARLOTO, Cássia Maria (org.). **Familismo, direitos e cidadania:** contradições das Políticas Sociais. São Paulo: Cortez, 2015.

MORENO, Luis. España y el bienestar mediterráneo. **Unidad de Políticas Comparadas**. Guadalajara: 2006. p. 11-13.

MORENO, Luis. **Bienestar mediterráneo y “supermujeres” 2002**. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/28099918_Bienestar_mediterraneo_y_supermujeres/link/02e7e53b5623d89eac000000/download. Acesso em: 5 out. 2020.

MORENO, Luis. **La Europa asocial**. ¿Caminamos hacia un individualismo posesivo? Barcelona: Ediciones Península, 2012.

MOSER, Liliâne; DAL PRÁ, Keli Regina. Os desafios de conciliar trabalho, família e cuidados: evidências do “familismo” nas políticas sociais brasileiras. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 382-392, ago./dez. 2016. DOI: 10.15448/1677-9509.2016.2.21923

MUSTAFA, Patrícia Soraya; BUENO, Bruna. A atual (2019) contrarreforma da previdência social sob a égide do capital financeiro: análises críticas. **Serviço Social Rev.**, Londrina: v. 23, n. 1, jul./set. 2020.

MUYOR-RODRIGUEZ, Jesús. El cuidado del familiar dependiente: análisis de género en la política social. **Prospectiva. Revista de Trabajo Social e intervención social**, n. 27, p. 83-105, enero/junio, 2019.

NASCIMENTO, Silva. Recém-nascidos negros têm três vezes mais chances de morrer quando cuidados por médicos brancos, diz pesquisa. **Mundo Negro**, 19 ago. 2020. Disponível em: <https://mundonegro.inf.br/recem-nascidos-negros-tem-tres-vezes-mais-chances-de-morrer-quando-cuidados-por-medicos-brancos-diz-pesquisa/>. Acesso em: 10 fev. 2023.

NERY, Marcelo. Classe média teve a renda mais afetada entre os brasileiros nos últimos anos. Entrevista/Reportagem de Clívia Mesquita. **Brasil de fato**. Rio de Janeiro (RJ) 31 de agosto de 2023. Disponível em: <https://brasildefato.com.br/2023/08/31/classe-media-teve-a-renda-mais-afetada-entre-os-brasileiros-nos-ultimos-anos>. Acesso: 12 de outubro de 2023.

NUBILA, Heloisa B. V. Di. Uma introdução à CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 122-123, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/Q3sQhqznjP4nXZCrpqrzCkz/?lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2023.

OLIVEIRA, Rosiska Darcy de. **Reengenharia do tempo**. Rio de Janeiro: Roco, 2003.

OLIVEIRA, Andréia; MARCOS, Jorge Marcos; DÍAZ, Carlos Alavarez-Dardet. Lutas sociais contra a privatização da saúde na Espanha. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 375-385, maio/ago. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e77994>.

OLMO, B. **Análise da capacidade funcional dos idosos nos sistemas de informação em saúde no Brasil**. Orientadora: Dalila Romero Montilla. 2013. 136f. Dissertação (Mestrado em Informação, Comunicação e Saúde) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento. Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento**. Viena: ONU, 1982.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002**. Comisaria del Comitê Organizador Español de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madri: ONU, 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Resolução nº 46, de 16 de dezembro de 1991**. Disponível em: https://idoso.mppr.mp.br/arquivos/File/Direitos_dos_Idosos_-_Principios_das_Nacoes_Unidas_para_o_Idoso.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Década do envelhecimento saudável**: Relatório de base da OMS (2021). Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-baseline-report#>. Acesso em: 03 de maio de 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: OMS, 2005.

OXFAM. **Bilionários do mundo têm mais riqueza do que 60% da população mundial**/. 2020a. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/noticias/bilionarios-do-mundo-tem-mais-riqueza-do-que-60-da-populacao-mundial/> Acesso em: 12 dez. 2021.

OXFAM. **O trabalho de cuidado uma questão também econômica**. 2020b. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/blog/trabalho-de-cuidado-uma-questao-tambem-economica/>. Acesso em: 12 dez. 2021.

PALOMO, María Teresa Martín. Domesticar el trabajo: una reflexión a partir de los cuidados. **Cuadernos de Relaciones Laborales**, v. 26, n. 2, p. 13-44, 2008.

PASSOS, Raquel Gouveia. **Trabalho, gênero e saúde mental**: contribuições para a profissionalização do cuidado feminino. São Paulo: Cortez, 2018a.

PASSOS, Raquel Gouveia. **Teorias e filosofias do cuidado:** subsídios para o serviço social. Campinas: Papel Social, 2018b.

PAULO NETTO, José. **Introdução ao estudo do método de Marx.** São Paulo: Expressão Popular, 2011.

PAULO NETTO, José; BRAZ, Marcelo. **Economia Política:** uma introdução crítica. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

PEREIRA, Camila Potyara. Nova Direita, corporocracia e política social. *In:* PEREIRA-PEREIRA, Potyara Amazoneida (org.). **Ascensão da nova direita e colapso da soberania política:** transfigurações da política social. São Paulo: Cortez, 2020.

PEREIRA-PEREIRA, Potyara Amazoneida. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. *In:* SALES, Mione Apolinário; MATOS, Maurílio Castelo; LEAL, Maria Cristina (org.). **Política social, família e juventude:** uma questão de direitos. 6. ed. São Paulo: Cortez, p. 25-42, 2010.

PEREIRA-PEREIRA, Potyara Amazoneida. Reestruturação perversa dos fundamentos éticos da política social: do ethos solidário à moral egoísta. *In:* PEREIRA-PEREIRA, Potyara Amazoneida. **Ascensão da Nova Direita e colapso da soberania política:** transfigurações da política social. São Paulo: Cortez, 2020.

PERROT, Michelle. **Os excluídos da História:** operários, mulheres, prisioneiros. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PIERDONÁ, Zélia Luiza. O sistema de seguridade social espanhol: análise comparada em relação ao brasileiro, 2015. *In*: CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI, 23., 2014, Florianópolis. **Anais** [...]. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=0fade5febcb3e4a>. Acesso em: 15 ago. 2023.

PINTO, Nilton César Pereira. O impacto da crise econômica espanhola na mão de obra migrante. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 7-23, jan./abr. 2015.

PISCITELLI, Adriana. Gênero: a história de um conceito. *In*: ALMEIDA, Heloísa Buarque *et al.* (org.). **Diferenças, igualdades**. Sociedade em foco. São Paulo: Berlendis, 2009. p. 116-148.

REDE PESSAM. **2º Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil** Disponível em: <https://pesquisassan.net.br/2o-inquerito-nacional-sobre-inseguranca-alimentar-no-contexto-da-pandemia-da-covid-19-no-brasil/>. Acesso em: 15 fev. 2023.

RODRIGUES, Thaysa Andréia de Miranda. Cuidado e trabalho doméstico: o contexto das imigrantes latinoamericanas na Espanha. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 11; WOMEN'S WORLDS CONGRESS, 13., 2017, Florianópolis, **Anais** [...]. Florianópolis, 2017. Tema: Transformações, conexões, deslocamentos. Disponível em: http://www.en.www2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499487526_ARQUIVO_CUIDADOETRABALHODOMESTICO.pdf. Acesso em: 24 fev. 2022.

RTVE. **Esclavitude em Espanha, episódio oculto en nuestra historia**. 2020. Disponível em: <https://www.rtve.es/noticias/20200119/esclavitud-espana-episodio-oculto-nuestra-historia/1995828.shtml#:~:text=Pese%20a%20que%20Espa%C3%B1a%20fue,Media%20que%20de%20tiempos%20modernos.>

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2015.

SALIDO, Olga; MORENO, Luis. Bienestar y políticas familiares en España: Welfare and Family Policies in Spain. **Revista Política y Sociedad**, v. 44, n. 2, p. 101-114, 2007.

SALVADOR, Evilásio da Silva. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal. **Serviço Social & Sociedade**, n. 130, p. 426-446, 2017.

SALVADOR, Evilásio *et al.* **Financeirização, Fundo Público e Política Social**: São Paulo: Cortez, 2012.

SÃO JOSÉ, J. What are we talking about When w talk about care? A conceptual review of the literature. **Sociologia: Problemas e Práticas**, n. 81, p. 57-74, 2016.

SANTOS, Wanderlei Guilherme dos Santos. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

SEBRAE. Rendimento médio dos negros donos de negócios é 32% inferior ao de empresários brancos. **ASN Nacional**, 06 fev. 2023,

10:21. Disponível em: <https://agenciasebrae.com.br/dados/rendimento-medio-dos-negros-donos-de-negocios-e-32-inferior-ao-de-empresarios-brancos/>

SILVA, Alexandre da. **Determinantes da incapacidade funcional de idosos da cidade de São Paulo na perspectiva étnico-racial**. Orientador: José Leopoldo Ferreira de Antunes. 2017. 79f. Tese (Doutorado em Ciências), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

SILVA, Alexandre da. Pelo direito de envelhecer: racismo e população negra. **SciELO em Perspectiva Humanas**, 24 jun. 2020, 15:00. Disponível em: <https://humanas.blog.scielo.org/blog/2020/06/24/pelo-direito-de-envelhecer-racismo-e-populacao-negra/#.Y-pNZnbMLIU>. Acesso em: 13 fev. 2023.

SILVA, Luna Rodrigues Freitas. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 155-168, jan./mar. 2008.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. Contrarreforma da previdência social sob o comando do capital financeiro. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: n. 131, p. 130-154, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/fLK4MYFSknq8TVPBYkmswQf/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 22 fev. 2023.

SIMIONATTO, Ivete. Classes subalternas, lutas de classe e hegemonia: uma abordagem gramsciana. **Katálysis**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2009.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (SEGG). **100 Recomendaciones básicas para la mejora continua del diseño y funcionamiento del servicio de atención a domicilio.** Grupo de Trabajo de Calidad. Disponible en www.segg.es Año 2007.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (SEGG). **Manual Tira Dúvidas 101 da Dependência.** Espanha: SEGG, 2012.

SPOSATI, Aldaíza. Regulação social tardia: características latino-americanas na passagem entre o segundo e terceiro milênio. **Revista intervenção social.** n. 27. Porto Alegre: 2003, p. 63-88.

TARTUCE, Gisela Lobo. Resenha. **Cadernos de pesquisa,** v. 43, n. 148, p. 366-377, jan./abr. 2013. Resenha da obra de: HIRATA, Helena; GUIMARÃES, Nadya Araújo (org.). Cuidado e cuidadoras: as novas faces do trabalho do care. São Paulo: Atlas, 2012, 236 p.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Envelhecimento no tempo do capital:** implicações para a proteção social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.

TEIXEIRA, Solange Maria. Envelhecimento do trabalhador e as tendências das formas de proteção social na sociedade brasileira. **Argumentum,** Vitória, v. 1, n. 1, p. 63-67, jul./dez. 2009.

TEIXEIRA, Solange Maria. Envelhecimento e a proposta de “reforma” da previdência social: implicações para os velhos e as velhas trabalhadoras. *In:* TEIXEIRA, Solange Maria; PAIVA, Sálvea

de Oliveira Campelo e; SOARES, Nanci (org.). **Envelhecimento e políticas sociais em contexto de crises e contrarreformas.**

Curitiba: CRV, 2019. p. 175-194.

TEIXEIRA, Solange Maria. Sistema de Proteção Social Contemporâneos e a Política de Assistência Social: a reatualização do familismo. *In*: TEIXEIRA, Solange Maria (org.). **Política de Assistência Social e temas correlatos.** Campinas, SP: Papel Social, 2016.

TEIXEIRA, Solange Maria. Trabalho social com famílias: a hegemonia da “gestão do risco social”. *In*: TEIXEIRA, Solange Maria; CARLOTO, Cássia Maria (org.). **Família, Cuidado e Políticas Sociais.** Campinas, SP: Papel Social, 2020. p. 319-335.

TONET, Ivo. **Método Científico:** uma abordagem ontológica. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

TONHATI, Tânia, MACEDO, Marília. Imigração de mulheres no Brasil: movimentações, registros e inserção no mercado de trabalho formal (2010- 2019). **PÉRIPILOS:** Revista de Pesquisa sobre Migrações, v. 4, n. 2, p. 125-155, 2020.

TRONTO, Joan. Assistência Democrática e Democracias Assistenciais. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 285-308, maio/ago. 2007.

UNIÃO EUROPEIA. **Carta dos direitos fundamentais da União Europeia (2000/c 364/01).** Jornal Oficial das Comunidades Europeias. 2000. Disponível em: https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_pt.pdf. Acesso em: 15 jul. 2020.

UNIÃO EUROPEIA. Emprego, Assuntos Sociais e Inclusão: os seus direitos de segurança social em Espanha. **Guia do Sistema de Segurança Social, 2012**. Disponível em: https://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Spain_pt.pdf. Acesso em: 5 jan. 2022.

VEGA, Cristina; RODRÍGUEZ, Encanación Gutiérrez. Nuevas aproximaciones a la organización social del cuidado. Debates latino-americanos Presentación del Dossier. **Revista de Ciencias Sociales**, Equador, n. 50, p. 9-26, sept. 2014.

VEGA, Yenny Paola Sanchez; GRACÍA, Silvia Patricia Patiño, S. P. (2016). **Políticas y crisis sociales: reformas neoliberales en España a partir del proceso de integración europea entre 1992 y 2014**. Disponível em: https://ciencia.lasalle.edu.co/negocios_relaciones/16. Acesso em 12 de outubro de 2023.

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

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LEVCOVITZ, Eduardo. Proteção Social: introduzindo o debate. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; ELIAS, Paulo Eduardo M.; IBAÑEZ, Nelson. (org.). **Proteção Social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 15-55.

VIANA, Maria José de Faria. **Assistência social no contexto do pluralismo de bem-estar prevalência da proteção plural ou mista, porém não pública**. Orientadora: Profa. Dra. Potyara Amazoneida P. Pereira. 2007. 358f. Tese (Doutorado em Serviço Social), Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

VIEIRA, Nayara de Holanda. **O envelhecimento e as especificidades do cuidado na política de assistência social:** análise do desenho do serviço em domicílio da proteção social básica. Orientadora: Solange Maria Teixeira. 2020. 131 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas), Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2020.

WERLE, Berenice Maria. **Impactos da pandemia.** [Entrevista cedida a] Lisiani Morosini. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, set./2020. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/reportagem/vidas-idosas-importam>. Acesso em: 28 set. 2020.

WOLF, Paulo José Whitaker; OLIVEIRA, Giuliano Contento de. Os Estados de bem-estar da Europa Ocidental: tipologias, evidências e vulnerabilidades. **Revista Economia e Sociedade**, Campinas, SP, v. 25, n. 3, p. 661-694, dez. 2016. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ecos/article/view/8648335>. Acesso em: 2 dez. 2023.

YAZBEK, Maria Carmelita. A dimensão política do trabalho social do assistente social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 120, p. 677-693, out./dez. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.004>

ZOLA, Marlene Bueno. O trabalho de cuidado e o *care* social. In: TEIXEIRA, Solange Maria (org.). **Política de assistência social e temas correlatos.** Campinas: Editora Papel Social, 2016.

Com as transformações demográficas, societárias e no papel do Estado, o debate sobre envelhecimento e cuidados vem ganhando centralidade, demandando pesquisas e políticas públicas condizentes com essa realidade, inclusive sobre os serviços em domicílios que ainda são pouco explorados.

Nesse sentido, a presente obra, faz uma análise comparativa das configurações das políticas de cuidados em domicílio para a pessoa idosa dependente no Brasil e na Espanha, no contexto dos modelos ou regimes de bem-estar desses países e no imbricamento das desigualdades de classe, raça/etnia e gênero, já que esse enfoque tem sido negligenciado, predominando análises que reforçam a individualização dos cuidados e a naturalização das responsabilidades familiares.

Ao problematizar o envelhecimento como determinado pelas condições materiais de existência, o cuidado como uma necessidade ontológica e um direito, fazendo mediações com as categorias classe, raça/etnia e gênero o estudo subverte as análises meramente descritivas e naturalizantes sobre as temáticas abordadas. Assim, o livro leva o/a leitor/a a refletir de modo crítico sobre os desafios que o envelhecimento populacional impõem à sociedade civil, família, mercado e Estado, enquanto principais instâncias de proteção social.

