

cede

CENTRO DE ESTUDOS SOBRE
DESIGUALDADE & DESENVOLVIMENTO

CENTER FOR STUDIES ON INEQUALITY AND DEVELOPMENT

TEXTO PARA DISCUSSÃO .146 - 2019

DISCUSSION PAPER . 146- 2019

Regime de cuidados no Brasil: uma análise à luz de três tipologias

LUANA PASSOS (UFMG)

CELIA LESSA KERSTENETZKY (UFRJ)

DANIELLE CARUSI MACHADO (UFF)

www.ie.ufrj.br/index.php/cede/home

Regime de cuidados no Brasil: uma análise à luz de três tipologias

Luana Passos (UFMG)
Celia Lessa Kerstenetzky (UFRJ)
Danielle Carusi Machado (UFF)

Resumo

O objetivo deste artigo é identificar as linhas gerais que caracterizam o regime de cuidados brasileiro. A pesquisa inicialmente apresenta as tipologias de regimes de cuidados propostas por Esping-Andersen (1999), Leitner (2003) e Saraceno e Keck (2010). A partir do levantamento das políticas de família existentes no Brasil, envolvendo serviços e transferências monetárias, o artigo procura enquadrar o país nesse referencial. Para a delimitação do país em relação aos cuidados, a metodologia utilizada é a análise descritiva de dados referentes à oferta existente e à demanda potencial. Utilizam-se as projeções populacionais do quantitativo de crianças e idosos do IBGE, a PNAD e o Censo Escolar para informação sobre o acesso à educação infantil, e o Censo do Sistema Único de Assistência Social para dados sobre políticas para os idosos. Pelas três tipologias analisadas, o Brasil se apresenta como um regime de cuidados que se apoia preferencialmente nas famílias, com uma oferta precária de políticas de cuidados, caracterizando, portanto, um “familismo por negligência”.

Palavras-Chave: Regimes de Cuidado; Estado de Bem-Estar; Familismo.

Abstract

This text discusses and categorizes the Brazilian care regime. It presents the care-regimes typologies proposed by Esping-Andersen (1999), Leitner (2003), and Saraceno and Keck (2010) for developed countries. Based on the compilation of family policies within the country, which involve services and monetary transfers, our goal is to place Brazil within this typological framework. We use a descriptive data analysis to define Brazil's care stance both in regard to potential demand and supply. We use data from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) population projections, for children and elderly counts, the National Household Sample Survey (PNAD) and the National School Census, for information on pre-school access to education, and the Unified Social Assistance System (SUAS) Census, for elderly care policies. In all three typologies, Brazil stands as a care regime which leans mainly on families, with a non-robust and non-widespread care policy, thus featuring a “familism by default”.

Keywords: Care Regimes; Welfare State; Familism

1. Introdução

O cuidado é elemento basilar nas relações sociais e na provisão de proteção social. A demanda por cuidados integra o cotidiano das pessoas, ainda que em diferentes medidas - dada a maior vulnerabilidade na infância ou velhice e, na vida adulta, as desiguais condições físicas e enfermidades (BIROLI, 2015). Em tempos recentes, as necessidades de cuidado têm se agravado com o envelhecimento populacional, em particular, o aumento do contingente de idosos dependentes, e os novos arranjos familiares (ESPING-ANDERSEN 1999; RAZAVI 2007).

O papel das mulheres na provisão de cuidados, histórica e culturalmente condicionado, não pode ser subestimado. A atribuição quase naturalizada da função de cuidado como algo feminino está por trás da retração das mulheres dos âmbitos produtivo, social e político e da limitação a sua independência financeira. Contudo, tal realidade vem se modificando, em parte por força da luta política protagonizada por movimentos de mulheres, em parte por transformações socioeconômicas, que induziram a participação da mulher na complementação da renda familiar.

Com a entrada substancial das mulheres no mercado de trabalho, o confinamento ao âmbito doméstico é mitigado; contudo, não são revistas as atribuições de reprodução da vida social (BANDEIRA; MELO, 2013).

Neste contexto em que as necessidades de cuidado se ampliam, mas as provedoras tradicionais, as mulheres, estão ampliando sua participação econômica, acumulando-a com as questões de cuidados, coloca-se em relevo a necessidade social de provisão de cuidados. Assim, a centralidade do debate das políticas de articulação entre trabalho e família dentro dos Estados de Bem-Estar contemporâneos em muito se assenta no reconhecimento quase que generalizado de uma crise de cuidados, cujos sinais são dados por tendências demográficas, econômicas, políticas e da estrutura familiar -- mas também pelas demandas por equidade de gênero

Observando as diferentes 'soluções' encontradas em diferentes contextos para o problema comum da crise de cuidados, os diferentes 'regimes de cuidados', o objetivo deste artigo é situar a questão dos cuidados no Brasil. Buscamos, por um lado, entender a estrutura de nosso regime de cuidados, nos beneficiando das tipologias desenvolvidas por Esping-Andersen (1999), Leitner (2003) e Saraceno e Keck (2010), por outro,

investigar de modo preliminar a demanda potencial de cuidados no país, com ênfase no cuidado infantil e de idosos. Para tanto, o texto se divide em quatro seções, além desta introdução e das considerações finais. Na segunda seção, são apresentados os regimes de cuidados conforme as tipologias de Esping-Andersen (1999), Leitner (2003) e Saraceno e Keck (2010). Na terceira seção, discute-se a provisão pública de cuidados para crianças e idosos no país e na quarta, a mesma é classificada à luz das tipologias. Na quinta seção é investigado o problema do aumento da demanda por provisão de cuidados no cenário brasileiro. Em síntese, com base nas tipologias, a provisão de cuidados no Brasil é classificada como um regime pautado na família, com baixa oferta pública para equacionar seja a demanda presente, seja a demanda potencial. O quadro em si é preocupante, e se agrava ainda mais frente, de um lado, a falta de sensibilidade pública ao problema, de outro, a perspectiva de congelamento por duas décadas dos gastos sociais no país.

2. Estado de Bem-Estar Social e os regimes de cuidados

A responsabilidade de prover cuidados é distribuída de modo distinto nos diferentes Estados de Bem-Estar Social (EBS). Alguns atribuem a responsabilidade primária aos membros da família, outros a delegam ao mercado, outros ainda a supõem como responsabilidade pública, ou adotam uma estratégia mista, distribuindo-a entre Estado, mercado e famílias.

Como amplamente difundido, os critérios para definir os EBS estão ligados à universalização de direitos sociais, estratificação social e combinação entre Estado, mercado e família na provisão de bem-estar. Com base nesses eixos e no estudo histórico da constituição política dos EBS, Esping-Andersen (1990) identificou três tipos: o Liberal; o Conservador/Corporativo e o Social-Democrata.

Resumidamente, o regime conservador é marcado pela subsidiariedade do papel do Estado, que atua no sentido de suprir falhas de provisão ocorridas no âmbito das famílias e da comunidade. Por seu turno, no regime liberal, o Estado assume apenas os riscos sociais decorrentes de falhas de mercado, sob a suposição de que o mercado é a principal instituição provedora de bem-estar. Finalmente, no regime social-democrata o Estado provê universalmente serviços de qualidade e transferências principalmente universais (elevado nível de “desmercantilização” do bem-estar).

A tipologia de estados de bem-estar de Esping-Andersen (1990) foi criticada por pensadoras feministas por suporem que a meta de desmercantilização implícita, típica do regime social democrata, iria de encontro ao anseio de participação das mulheres em igualdade de condições com os homens no mercado de trabalho¹. Para elas, as mulheres aspirariam por “mercantilização” – inserção plena no mercado de trabalho - como meio para alcançar a independência econômica. Acolhendo as críticas, Esping-Andersen (1999) introduz um novo eixo em sua análise: o grau de “desfamiliarização”. Este corresponde à extensão em que o bem-estar dos indivíduos não estaria vinculado à provisão familiar, isto é, em suas palavras, o grau em que o bem-estar dos indivíduos não estaria dependente de reciprocidades familiares e maritais. O autor distingue a desfamiliarização que se dá por meio de serviços de cuidado públicos daquela decorrente da prestação de serviços de cuidado pelo mercado. A desfamiliarização seria o passo antecedente à mercantilização reivindicada pelas feministas. Um sistema de bem-estar pode ser considerado familista quando a família é a principal responsável pelo bem-estar dos seus membros.

A inclusão da dimensão de desfamiliarização na análise dos estados de bem-estar significou a visibilização da dimensão dos cuidados, que sobrecarregam desproporcionalmente as mulheres, na investigação mais geral dos modos de provisão de bem-estar social. Nessa dimensão, o grupo de países do regime social-democrata se destaca devido às amplas políticas de licença parental, provisão pública de creches, escola em tempo integral, e cuidados formais para idosos dentro e fora do lar. Nos países do regime liberal, em contraste, como a desfamiliarização ocorre principalmente através do mercado, beneficiando os que têm renda para tal, não se assegura igualdade no nível de proteção. Já os países do regime corporativo/conservador configuram um sistema familista, ocorrendo a responsabilização primária da família na provisão de cuidados para crianças e idosos. Grosso modo, esse regime é marcado pelo modelo “homem provedor” e “mulher cuidadora”².

Contudo, Leitner (2003) faz duas observações críticas a respeito da revisão da tipologia original, feita por Esping-Andersen (1999). Em primeiro lugar, a provisão de

¹ O'Connor (1996) faz uma revisão de várias dessas críticas.

² Essa classificação é feita de modo relativo, destacando ênfases mais do que exclusividades. É de se notar que países como Alemanha (especialmente), Holanda e França vem ampliando o escopo de suas políticas de desfamiliarização nos últimos anos. Ver Hemerijck 2017.

cuidados pelo mercado torna a desfamiliarização segmentada por classes de renda³. A qualidade da desfamiliarização também varia consideravelmente com a renda. Em segundo lugar, mesmo em países onde prevalece o regime social-democrata, a família segue sendo o agente mais importante na prestação de cuidados. E esta situação conta com apoio público sob a forma de transferências monetárias às famílias, por exemplo. Portanto, a simples ausência de serviços de cuidado externos, públicos ou privados, não é critério suficiente para definir regimes de bem-estar familistas, sendo necessária uma distinção analítica que considere também a presença de subsídios financeiros para o cuidado no lar.

Segundo Leitner (2003), a partir da análise de diferentes políticas em 15 países membros da União Europeia, podem-se distinguir quatro tipos de familismo no campo dos cuidados infantis: (i) familismo opcional, com ampla disseminação de cuidados formais e pagamentos para cuidar das crianças no seio da família; (ii) familismo explícito, com níveis baixos de cuidado formal para as crianças, mas pagamentos transferidos para a família; (iii) familismo implícito, com níveis baixos de cuidados formais e sem subsídio financeiro para cuidar das crianças no seio da família e; (iv) desfamilismo, com ampla disseminação de cuidado formal, mas ausência de pagamentos no âmbito familiar.

Nessa tipologia, o regime de bem-estar social-democrata é classificado como familismo opcional, já que oferece serviços e subsídios monetários. Bélgica e França, países que integram o regime de bem-estar conservador, devido à tradição de oferta de serviços de cuidado infantil e transferências visando a esses cuidados, também são classificados como familismo opcional. O regime corporativo/conservador comportaria países com familismo explícito (Itália) e familismo implícito (Portugal, Espanha, Grécia). Apenas a Irlanda e o Reino Unido, que integram o regime liberal, são classificados como desfamilismo (LEITNER, 2003).

No que se refere ao auxílio à família no cuidado de idosos, Leitner (2003) sugere a tríade familismo forte, familismo fraco e desfamilismo. Indicativa de forte familismo é a existência de transferências monetárias pagas à família para cuidar dos idosos. O fraco familismo seria caracterizado pela ausência dessas transferências. Já o desfamilismo pode ser medido pelo percentual de idosos que precisam de cuidados e que os têm por meio de cuidados formais: quanto maior o percentual, mais consistente é a política desfamilista.

³ Esping-Andersen (2009) identifica a estratificação de bem-estar entre mulheres em diferentes faixas de renda, em sua análise da “revolução incompleta” das mulheres.

Para a autora, os três países escandinavos Dinamarca, Suécia e Noruega apresentam um considerável grau de cobertura, bem como de apoio domiciliar e transferências diretas, para o cuidado de idosos na família, configurando um familismo do tipo opcional. Grécia, Holanda, Portugal, Espanha são países de baixo apoio domiciliar e sem subsídios monetários. Itália tampouco fornece quaisquer pagamentos. Esses países, portanto, se encaixariam no familismo implícito quanto aos cuidados a idosos. Nos demais países (Finlândia; Reino Unido; França; Bélgica; Áustria; Irlanda; Alemanha; Luxemburgo; e Holanda), a combinação de transferências diretas com baixa cobertura de apoio domiciliar indicaria um familismo explícito no domínio dos cuidados aos idosos (LEITNER, 2003).

Em termos dos três regimes de bem-estar, o regime social democrata é classificado como familismo opcional, em sintonia com o sistema adotado para os cuidados infantis. Similarmente, em paralelo ao já observado no âmbito dos cuidados infantis, o mundo corporativo/conservador é subdividido em familismo explícito (Áustria, Bélgica, França, Alemanha e Luxemburgo) e implícito (o Sul da Europa, juntamente com a Holanda). O mundo liberal se subdividiria entre familismo implícito e explícito, com o Reino Unido sendo classificado como familismo explícito (LEITNER, 2003).

Outro prisma sobre os regimes de cuidados é sugerido por Saraceno e Keck (2010). As autoras propõem uma distinção ao longo do eixo familismo-desfamiliarização: (1) familismo por negligência⁴, quando são baixos tanto a provisão pública de serviços quanto o apoio financeiro para cuidados; (2) familismo apoiado, quando existe auxílio público, em geral através de transferências financeiras; (3) desfamiliarização, quando ocorre a individualização dos direitos sociais, com redução das dependências e responsabilidades familiares. Na comparação com a tipologia anterior, as formas (1) e (2) correspondem aos familismos implícito e explícito, enquanto a forma (3) englobaria o familismo opcional e o desfamilismo de Leitner, já que a ênfase recai sobre direitos sociais e redução de dependências familiares⁵.

Utilizando como medida para o grau de desfamiliarização (alta, média ou baixa) a provisão de serviços infantis para a faixa etária inferior a três anos e para a subsequente, de 3 a 6 anos, Saraceno e Keck (2010) distinguem quatro grupos de países. O primeiro

⁴ A expressão em inglês é *familism by default*, indicando ausência de políticas públicas.

⁵ É possível que esta escolha se deva a uma visão mais restritiva sobre o âmbito da responsabilidade pública no que respeita o domínio familiar. Enquanto Leitner considera relevante enxergar em que medida a ação pública promove certas concepções de vida boa (por exemplo, a escolha por cuidar), as autoras se limitam a observar em que medida a ação pública externaliza os cuidados, garantindo direitos sociais.

(composto pelos países escandinavos, Bélgica e França) apresenta acentuado grau de desfamiliarização, através de provisão pública de serviços. O segundo grupo (composto pelos países da Europa Central e Oriental) é caracterizado pelo pagamento de longas e generosas licenças parentais, típicas do familismo apoiado. O terceiro grupo apresenta algum grau de familismo por negligência, com baixo nível de provisão pública de cuidados, especialmente para crianças menores de três anos de idade. Há uma grande heterogeneidade nesse grupo, que inclui países como Grécia, Polônia e Portugal, com baixas taxas de cobertura para crianças abaixo e acima de três anos, e países como Chipre, Itália, Holanda e Espanha, que têm provisão quase universal de cuidados de crianças a partir dos três anos de idade. O quarto grupo é composto por Áustria, Letônia, Luxemburgo, Eslováquia, Eslovênia, e Reino Unido. Esses países possuem cobertura média de provisão pública para cuidados de crianças com idade inferior a três anos e, com exceção da Eslováquia, também apresentam média provisão para crianças de idades entre 3 e 6 anos (SARACENO; KECK, 2010).

Quanto à provisão de cuidados para as pessoas idosas, devido seja às condições de dependência física ou mental, seja à insuficiência de renda, apenas os países nórdicos apresentam elevada cobertura de serviços domiciliares e institucionais. A Dinamarca e a Noruega são *outliers* no grau de desfamiliarização; são seguidos, contudo à grande distância, por Holanda, Suécia, Finlândia, Bélgica e França. Em boa parte da Europa Central e do Leste Europeu, e ainda na Grécia, na Itália e na Espanha, a provisão pública de cuidados para idosos é ínfima, o que denota um elevado grau de familismo por negligência (SARACENO; KECK, 2010). O Quadro 1 sintetiza as tipologias.

Quadro 1
Síntese das tipologias

Autores	Classificação	Países (política infantil)	Países (política idosos)	Políticas de cuidados (crianças e idosos)
Esping-Andersen (1999)	Familista	Países do regime conservador	Países do regime conservador	Cuidado realizado primariamente pela família
	Desfamiliarizador	Países nórdicos Países liberais (via mercado)	Países nórdicos Países liberais (via mercado)	Licença parental, provisão pública e privada de creches e de escola em tempo integral, cuidados formais para idosos
Leitner (2003)	Familismo opcional	Países nórdicos Bélgica França	Países nórdicos	Ampla disseminação de cuidados formais e pagamentos para cuidar no seio da família
	Familismo explícito	Itália	Áustria Bélgica França Reino Unido Alemanha Irlanda Luxemburgo	Níveis baixos de cuidado formal, mas pagamentos para cuidar dentro da família

	Familismo implícito	Portugal Espanha Grécia	Grécia Holanda Portugal Espanha Itália	Níveis baixos de cuidados formais, e, falta de apoio em dinheiro para cuidar no seio da família
	Desfamilismo	Irlanda Reino Unido	-	Ampla disseminação de cuidado formal, mas falta de pagamentos para cuidar no seio da família
Saraceno e Keck (2010)	Familismo por negligência	Grécia Polónia Portugal Chipre Itália Holanda Espanha	Grécia Itália Espanha Europa Central Leste europeu	Diminuta provisão pública de cuidados e de apoio financeiro para cuidar no seio da família
	Familismo apoiado	Estónia República Tcheca Hungria Lituânia Bulgária	Não foi possível classificar	Existência de auxílio público para função de cuidar, em geral, através de transferências financeiras
	Desfamiliarização	Países nórdicos Bélgica França	Países nórdicos Bélgica França Holanda	Individualização dos direitos sociais, com redução das dependências e responsabilidades familiares

Fonte: Elaboração Própria.

A despeito de semelhanças entre as tipologias, o enquadramento de países nem sempre é idêntico, o que pode se dever à distância temporal entre as mesmas. No intervalo entre uma e outra, países podem ter alterado alguns elementos de suas políticas de cuidados. Em todo caso, para efeito deste artigo, nos interessa principalmente operar essas tipologias como ferramenta auxiliar para elucidar o regime de cuidados brasileiro. Cabe ressaltar ainda que a análise se valeu da experiência de países desenvolvidos, sobretudo em função da ausência de propostas sistematizadas para a compreensão das configurações de cuidados na América Latina. O trabalho de Batthyány (2015) sugere que na região imperam regimes próximos ao familismo, na medida em que instituições econômicas, sociais e políticas continuam fincadas em rigorosa divisão sexual do trabalho, que reserva às mulheres o cuidado na família. Com as distinções propostas pelas tipologias apresentadas esperamos qualificar esse juízo para o caso brasileiro.

3. Provisão de cuidado no Brasil: uma problemática a ser equacionada

Nesta seção, descrevemos as principais iniciativas públicas de cuidados infantis e aos idosos e buscamos enquadrá-las nas tipologias apresentadas na seção anterior, de modo a responder preliminarmente nossa questão básica de pesquisa, qual seja, qual o regime de cuidados atualmente existente no país.

3.1. A política de cuidados às crianças

3.1.1. Cuidado formal

O reconhecimento da educação infantil como instituição pública teve seu marco na Constituição de 1988. Com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1996 se definiu que a educação infantil deveria ser oferecida em creches, para crianças na faixa etária de 0-3 anos de idade, e em pré-escola, para crianças de 4-6 anos. Mas, é apenas com a Emenda Constitucional 59/2009 que a educação a partir dos 4 anos passou a ser obrigatória.

Apesar de o acesso à educação infantil ter se intensificado na última década, a frequência de crianças de 0-3 anos em creches ainda é baixa, por volta de 26%, quando contrastada com a frequência de crianças de 4-6 anos em pré-escola, por volta de 89%, em 2015. Ainda nesse ano, cerca de 98% das pessoas entre 7 e 15 anos frequentavam a escola, já entre as pessoas nas idades de 16 a 19 anos, este percentual ficou em 63%. O Brasil tem desperdiçado oportunidades socioeconômicas advindas de políticas para a infância; ademais, já que em muitos casos o cuidado é exercido pelas mulheres na família, principalmente as mães, há reflexos negativos importantes sobre a autonomia e independência financeira dessas mulheres.

Importante pontuar que o não acesso a creches e pré-escolas atinge de forma heterogênea a população, sendo influenciado pelo estrato de renda da família. Conforme a PNAD de 2015, a frequência à creche para as crianças cujas famílias encontravam-se no primeiro decil de renda foi de 15%, enquanto no último decil, foi de 42%. Na pré-escola, foi de 86% entre os 10% mais pobres e de 94% entre os 10% mais ricos. Esses dados não apenas confirmam a estratificação do acesso à rede de educação infantil, como corroboram as experiências diversificadas das mulheres no acesso a políticas de cuidado para seus filhos. As mulheres mais ricas, por terem acesso a creches principalmente privadas para manterem seus filhos, ampliam seu leque de oportunidades profissionais em comparação com as mulheres de famílias mais pobres.

De forma ainda pontual, o Governo Dilma Rousseff tentou enfrentar essa assimetria, no âmbito do Plano Brasil sem Miséria, através da expansão de vagas em creches públicas para crianças cujas famílias fossem beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF). Apesar do ainda tímido acesso - em 2015, apenas 21,6 % das crianças do

PBF, de 0 a 48 meses, estavam matriculadas em creche -, a taxa de crescimento de matrículas desse grupo de crianças foi da ordem de 191,89%, entre 2011 e 2015⁶.

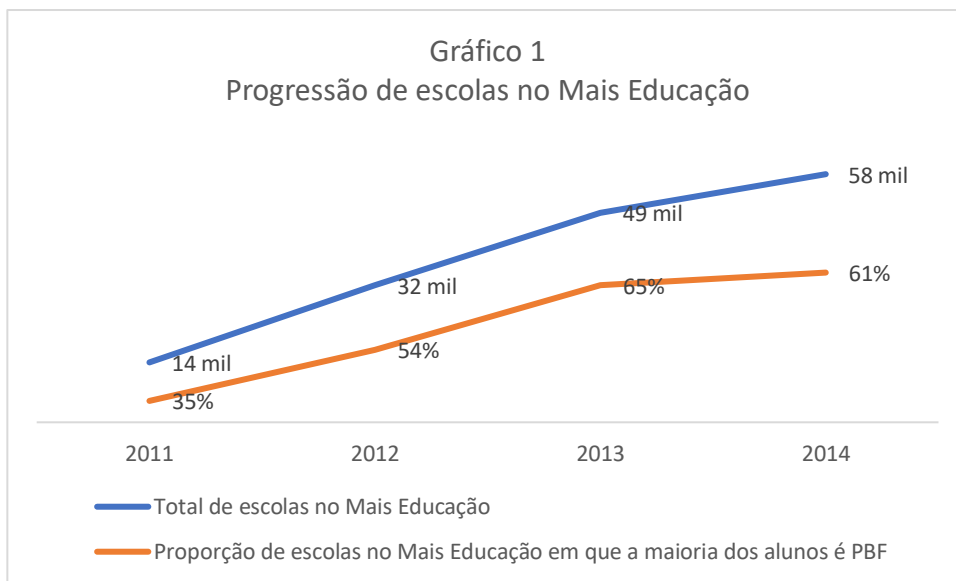
A partir de 2016, a tônica da primeira infância no Governo Michel Temer foi o Programa Criança Feliz. Esse programa, instituído pelo Decreto nº 8.869/16, tem caráter intersetorial, visando ao desenvolvimento integral das crianças na primeira infância, sobretudo via o fortalecimento dos vínculos familiares e do papel de cuidadora da família⁷. A forma pela qual o programa vem sendo operacionalizado – por meio de “visita social” -, sinaliza um reforço do familismo, em particular do papel de cuidadora da mãe, em sentido inverso à demanda por desfamiliarização do cuidado que possibilitaria a ampliação de sua participação econômica. O risco evidente é que a expansão das políticas infantis por meio de creches perca espaço na agenda pública.

Convém sublinhar que o gargalo brasileiro não se apresenta apenas na tímida oferta de educação infantil, mas também na jornada escolar. Os dados do Censo Escolar da Educação Básica, de 2013-2017, mostram que prevalece para quase todas as categorias o ensino de tempo parcial, sendo que à exceção das creches, com cobertura de mais de 50% em tempo integral, os outros níveis educacionais não ultrapassam 30%.

Embora escolas em tempo integral ainda não tenham proeminência no país, desde 2007, com as ações do Programa Mais Educação, há um esforço no sentido de estendê-las para o ensino fundamental. Com foco nas escolas de baixo Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), o Programa ampliou a jornada nas escolas públicas para, no mínimo, sete horas diárias. No âmbito do Plano Brasil sem Miséria, o empenho foi no sentido da efetivação do ensino integral para a população mais carente. Ampliou-se a oferta de jornada estendida nas escolas públicas onde a maioria dos alunos (mais de 50%) fosse beneficiária do Programa Bolsa Família (Gráfico 1). Em que pesem essas iniciativas, o alcance ainda é limitado: em 2014, o Mais Educação alcançava apenas uma pequena parcela do quantitativo de escolas públicas (Gráfico 1).

⁶ Informações extraídas do Relatório de Gestão da Senarc. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/acao_informacao/auditoria/relatorio_gestao_2015/Relatorio%20de%20Gestao%20SENARC.pdf

⁷ Maiores informações sobre o Programa Criança Feliz podem ser acessadas em Ipea (2018)



Fonte: MEC/MDS

Elaboração: Decon/ Senarc/ MDS. Disponível em:

http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/ acesso_informacao/relatorios_gestao/2014/relatoriogestao_senarc.pdf

3.1.2. Licença para o cuidado

A licença-maternidade introduzida no Brasil, em 1943, no âmbito da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), concedeu às mulheres o direito a uma licença plenamente remunerada de três meses, sendo um mês antes do parto e dois meses em seguida a ele. Para os homens, o direito limitava-se à “falta justificada” de um dia no decorrer da primeira semana do nascimento de um filho. A Constituição de 1988 ampliou a licença-maternidade para 120 dias e criou a licença paternidade de cinco dias.

A despeito do ainda limitado período subsidiado, a direção assumida desde 1943 tem sido no sentido da extensão da licença para cuidar. De fato, em 2008, a Lei Federal nº 11.770 cria o Programa Empresa Cidadã, que confere incentivos fiscais para as empresas estenderem a licença-maternidade por mais 60 dias, totalizando 180 dias de benefício. Quando sancionada a lei, o programa era destinado apenas à licença-maternidade. Todavia, a Lei 13.257 publicada em 8 de março de 2016, que trata das políticas públicas para a primeira infância, acrescentou ao Programa a extensão da licença paternidade por mais 15 dias, além dos 5 já previstos no § 1º do art. 10 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição de 1988.

Apesar dos avanços, a licença para cuidar de crianças no Brasil ainda é marcada por três problemáticas principais. Em primeiro lugar, a assimetria de gênero, uma vez que

é direito/dever quase exclusivo da mulher cuidar do filho⁸; em segundo, a estratificação do direito à maternidade ou paternidade conforme a inserção no mercado de trabalho, uma vez que a licença contempla apenas as pessoas que contribuem para o Regime Geral de Previdência Social ou Regime Próprio da Previdência Social; em terceiro lugar, o fato de o direito à licença de 180 dias e o de 20 dias aos pais ser garantido às trabalhadoras e aos trabalhadores do Regime Próprio, enquanto no Regime Geral é prerrogativa da empresa conceder ou não esses prazos estendidos.

De modo geral, a legislação trabalhista brasileira não reconhece de modo adequado a necessidade dos trabalhadores de compatibilizar atividades produtivas e reprodutivas. Ainda que a CLT permita ao trabalhador se ausentar do serviço sem perda salarial em eventos específicos (matrimônio, nascimento de filho, e morte seja de cônjuge, ascendente, descendente, irmão ou pessoa sob sua dependência econômica), não contempla adequadamente a demanda de conciliação entre trabalho e vida familiar (MOSER; PRÁ, 2016).

3.1.3. Subsídio ao cuidado

O Brasil conta com um importante programa de transferência de renda, o programa Bolsa Família, para atender a população extremamente pobre e a população pobre com crianças, jovens ou nutrizes. Apesar de insuficiências relatadas na literatura (p.ex., Kerstenetzky 2013), desde a sua criação, o programa vem contribuindo para o fortalecimento do sistema de proteção brasileiro, com extensão do público atendido, do valor do benefício e da interlocução com outras iniciativas públicas. No ano de 2018, o programa alcançou um público de 13,9 milhões de famílias, com benefício médio de R\$ 188,20 e um gasto total de R\$ 2,6 bilhões.

Embora a finalidade do programa seja o enfrentamento da pobreza, o benefício monetário tem efeitos indiretos sobre os arranjos familiares de cuidados infantis. Passos e Waltenberg (2016), por exemplo, observam que o Programa Bolsa Família (PBF), provavelmente em razão de condicionalidades inscritas em seu desenho, está associado ao aumento do tempo de trabalho doméstico das mulheres e, em contrapartida, à redução do tempo de trabalho remunerado. Esse fato sinalizaria que o programa funcionaria, apesar das intenções de seus formuladores, como um subsídio monetário à função de

⁸ Dado que não há licença parental, que possa ser livremente compartilhada por mães e pais, apenas licença maternidade e poucos dias de licença paternidade.

cuidar. Dessa forma, o programa seria marcado por um viés feminino, já que, como destacam os autores, há uma redução do tempo de trabalho doméstico dos homens nos domicílios beneficiados.

Mesmo sendo o seu objetivo principal o alívio à pobreza e, a partir de 2010, também a eliminação da miséria (com o Plano Brasil sem Miséria), e portanto não sendo desenhado como um programa voltado aos cuidados, o PBF pode estar indiretamente contribuindo para reforçar normas de gênero arraigadas socialmente nos arranjos familiares de cuidado, endossando uma forma de familismo implícito, à Leitner (op.cit.).

Outra forma indireta de subsídio monetário aos cuidados no Brasil se dá via gastos tributários com os dependentes, articulação ainda pouco investigada no país. A classe média tradicional e os mais ricos recebem subsídio do Estado ao deduzir do Imposto de Renda de Pessoa Física as despesas com bens e serviços de saúde e educação de crianças. Segundo estimativas em Silveira e Passos (2018), esses benefícios fiscais alcançam em média valores superiores aos benefícios variáveis do PBF: R\$ 80,00 mensais versus R\$ 64,00. Para os autores, o estrato mais rico da população contaria com um PBF “escondido” nas deduções do imposto de renda.

* * *

Ao que parece, os esforços empreendidos no Brasil para assegurar políticas de cuidados às crianças ainda se encontram aquém do que se almeja em prol da redução de desigualdades nas relações de gênero e nas relações entre distintos grupos de trabalhadores e classes sociais. Ademais, ainda que buscando resguardar-se de estratificações via ênfase na pobreza, as iniciativas públicas não atentaram para o fato de os sistemas de cuidado mais bem-sucedidos, em vários âmbitos – participação econômica de mulheres, desenvolvimento infantil, redução de desigualdades e equidade de gênero -, se destacarem por seu universalismo.

3.2. Política de cuidados aos idosos

A legislação brasileira, que inclui a Constituição de 1988, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso, atribui à família a responsabilidade primária pelos cuidados aos idosos, e, portanto, ao Estado e às políticas públicas, função meramente subsidiária. Não obstante, algumas iniciativas públicas devem ser destacadas com vistas ao entendimento de nosso regime de cuidados relativo a esse estrato populacional.

3.2.1 Cuidado formal

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma iniciativa que visa reorientar a assistência à saúde no país, dando centralidade à atenção básica e seu potencial preventivo e promotor de qualidade de vida.

O PSF poderia ser considerado uma forma auxiliar de atenção ao idoso, já que um dos objetivos do programa é a oferta de cuidados dentro do domicílio. No entanto, na prática, ainda é diminuto o atendimento domiciliar, e mesmo o que é ofertado não atende as necessidades da população idosa dependente, pois não há acompanhamento regular. Segundo Camarano e Mello (2010), não há diretrizes específicas para o atendimento ao idoso, seja dentro da família ou de forma institucionalizada. No presente, como mostram Schwartz et al. (2010), as ações do PSF estão prioritariamente direcionadas à saúde materno-infantil. Para Pasinato e Kornis (2009), o programa deveria ser expandido de modo a oferecer serviços de cuidados profissionalizados e apoio aos cuidadores informais familiares.

Uma perspectiva da cobertura genérica desse programa pode ser obtida por meio dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. Estes indicam que apenas 56,8% dos domicílios brasileiros foram atendidos pelo PSF, em 2013. Levando-se em conta exclusivamente os domicílios com ao menos um idoso, a proporção foi levemente superior (58,09%). Em relação ao número de vezes que os domicílios com idosos foram visitados pelo PSF, apenas 47,05% receberam visitas mensalmente nos 12 meses anteriores à pesquisa.

Ainda no âmbito do Ministério da Saúde, as demandas do envelhecimento populacional têm recebido alguma atenção, com a valorização do cuidado domiciliar e a qualificação do cuidador. Em 1999, foi promulgada a Portaria Interministerial nº 5.153 instituindo o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos. Este visava a formar pessoas capazes de ofertar um cuidado adequado à população idosa, em especial aos idosos dependentes, sendo alvo da qualificação tanto cuidadores familiares quanto institucionais. Não obstante, apenas em 2008 foi efetivamente lançado e pouco se sabe a respeito de seu alcance e relevância.

O que se tem de mais institucionalizado para a população idosa são as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e, ainda que em menor escala, os centros-dia, os centros de convivência e espaços de convívio social para idosos nas universidades (GUEDES, 2014).

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) são entidades governamentais ou não governamentais (filantrópicas ou privadas) destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem apoio familiar. No ano de 2009, foram identificadas 3.548 ILPIs no território nacional, sendo a maioria (65%) de cunho filantrópico e apenas 5,2% públicas (CAMARANO; MELO, 2010). Essas instituições têm maior presença, por volta de 53%, em municípios de 100 mil ou mais habitantes (CAMARANO; BARBOSA, 2016). Pelas quantidades mencionadas é possível observar não apenas a insuficiência de cobertura como sua desigual distribuição.

Nos espaços conhecidos como centros-dia são oferecidos serviços de cuidados aos idosos que possuem vínculos familiares - cursos variados, atividades de esporte e lazer, e atenção à saúde -, com o retorno dos idosos as suas casas à noite. Para Camarano e Mello (2010), essa modalidade de serviço é entendida como alternativa mais adequada que a residência institucional, em se tratando de idosos semi-dependentes e independentes que possuem laços familiares. Os centros-dias apresentavam, contudo, uma oferta pequena: apenas 1.345 equipamentos em todo o território nacional, em 2016 (Censo SUAS). Já os centros de convivência, que não requerem cuidadores especializados, sendo, portanto, menos custosos, eram mais numerosos, contando com 8 mil unidades em 2016 (Censo SUAS). Eles oferecem atividades diversas que proporcionam vida social aos idosos não dependentes, com duração de 4 a 8 horas na semana. E os espaços para idosos nas universidades oferecem oficinas variadas (aulas de inglês, português, espanhol, hidroginástica, pilates, natação, teatro, etc.).

Em síntese, cuidados aos idosos dentro e fora do domicílio, especialmente aos idosos dependentes, ainda são incipientes, sugerindo o caráter subsidiário dos serviços formais públicos.

3.2.2. Subsídio ao cuidado

Em contraste com o sistema formal de serviços de cuidados, no quesito renda, a proteção social do contingente populacional idoso tem sido expressiva. A combinação entre benefícios contributivos, semi-contributivos e não contributivos coloca o Brasil entre os países da América Latina com o mais elevado grau de proteção social aos idosos (PAIVA et al, 2016).

Em 2015, segundo dados da PNAD, a maioria dos idosos brasileiros era composta por aposentados ou pensionistas (83%). Além das aposentadorias e pensões, o país conta com um benefício assistencial que protege a velhice, assim como pessoas com deficiências, da pobreza extrema, o Benefício de Prestação Continuada (BPC). O BPC é um benefício não contributivo, com status de direito, no valor de um salário mínimo que em 2018 foi concedido a 2 milhões de idosos.

De forma similar ao Bolsa Família, o BPC, poderia ser considerado um subsídio do Estado ao cuidado no domicílio. Contudo, enquanto o PBF incentivaria o cuidado familiar, o BPC abriria outras possibilidades. Ao ser um benefício individual no valor de um salário mínimo, o BPC possibilita a compra no mercado privado de serviços de cuidado (mas também a presença de um membro da família nessa função e seu afastamento do mercado de trabalho), favorecendo a individualização do sustento dos idosos. Estudo de Paulo, Wajnman e Oliveira (2013) estima que o benefício aumenta a probabilidade de idosos viverem sozinhos.

Em suma, o quadro é de escassa provisão de serviços formais aos idosos dependentes e subsídios monetários desenhados principalmente para a mitigação da pobreza, antes que para o apoio aos cuidados⁹.

4. Regime brasileiro de cuidados

Podemos agora nos aproximar do enquadramento das políticas de cuidados mencionadas nas tipologias apresentadas na seção 2.

Com base na conceituação binária proposta por Esping-Andersen (1999), as políticas de cuidados no Brasil se identificariam com o regime familista, uma vez que a família é o agente principal de provisão de cuidados e bem-estar, como atestado na breve revisão que fizemos da oferta de cuidados a crianças e idosos. Seja pela oferta pouco disseminada dos serviços de cuidados, seja pela noção disseminada de que os dependentes em especial as crianças estarão mais bem amparados no seio da família (ARAÚJO;

⁹ Pela lei 8231/1991, artigo 45, o idoso que necessite de assistência permanente teria direito a acréscimo de 25% sobre sua aposentadoria. Contudo, a mesma lei estabelece que apenas o aposentado por invalidez, idoso ou não, tem direito a esse benefício. A questão tem sido judicializada para se estender o direito a todo idoso aposentado que necessite de assistência permanente; as agências do INSS, contudo, seguem se atendo à lei. De todo modo, a política foi desenhada visando exclusivamente o aposentado por invalidez, sem levar em conta a necessidade de assistência permanente que acomete idosos prolectos ou vítimas de doenças incapacitantes após o momento da aposentadoria.

SCALON, 2006), o cuidado, em boa medida, permanece como uma questão privada, e das mulheres, no Brasil.

Contudo, como já discutido, a classificação de Leitner (2003) permite a identificação de variantes de familismo, algo especialmente útil para detectar em que medida o familismo é de fato promovido ou simplesmente reforçado. Desse ponto de vista, as políticas brasileiras se destacariam mais por um familismo implícito, uma vez que provêm baixos cuidados institucionais para crianças e idosos, e, ao mesmo tempo, são praticamente inexistentes as políticas que subsidiem de modo deliberado o cuidado na família -- à exceção, como já mencionado, das licenças maternidade e paternidade. Aventou-se a hipótese de o Bolsa Família, as deduções de gastos com dependentes e o BPC serem compreendidos como políticas que, em certa medida, subsidiam a família no apoio às crianças e aos idosos. Não obstante, esses benefícios estão restritos à população em situação de pobreza extrema como complementos à renda familiar ou, alternativamente, como no caso dos gastos tributários, são apropriados exclusivamente pelos estratos mais ricos da população, não chegando a configurar apoio explícito ao cuidado familiar. Portanto, mesmo que se considerem esses benefícios, o Brasil estaria mais próximo de um familismo implícito, isto é, de um apoio público incipiente aos cuidados, dirigindo sua responsabilidade principalmente às famílias.

De modo similar, em termos da tipologia de Saraceno e Keck (2010), o Brasil estaria mais próximo do familismo por negligência, na medida em que é baixo o auxílio público para a função de cuidar. Quanto ao subsídio monetário para apoiar os cuidados, como já mencionado, há as licenças maternidade e paternidade, para os primeiros meses ou dias de vida das crianças, respectivamente, além de limitado apoio financeiro para crianças e idosos que, como vimos, visa diretamente ao alívio da pobreza extrema. Cabe frisar que o que se tem de forma relativamente mais disseminada, ainda que não universal, são os serviços institucionais para as crianças em creches públicas, pré-escolas e escolas públicas (em tempo parcial e integral), e, para os idosos, as ILPIs, os centros-dias e os centros de convivência. Como a oferta seja de serviços seja de subsídios financeiros não é substancial, o familismo por negligência se destaca.

Pelas três tipologias analisadas, o Brasil se apresenta como um regime de cuidados fortemente apoiado na família. As tipologias nos permitem qualificar esse familismo como familismo implícito (Leitner) ou por negligência (Saraceno & Keck). Estes se caracterizam mais pela incipiência (quando não ausência) de políticas para as famílias, do que propriamente por um esforço de promoção ativa de um modelo de cuidados

familista, característico do familismo explícito ou familismo apoiado dessas autoras. A incompletude de nosso sistema de bem-estar social é compensada pela forma tradicional de se resolver problemas de bem-estar, isto é, no seio das famílias e por estratégias desenhadas por elas.

Quadro 2
Classificação do Brasil nas tipologias de Esping-Andersen (1999), Leitner (2003), e Saraceno e Keck (2010)

Classificação	Tipologia	Políticas de cuidados (crianças e idosos)
Familista	Esping-Andersen (1999)	Cuidado de crianças e idosos de responsabilidade primária da família.
Familismo implícito	Leitner (2003)	Níveis baixos de cuidados formais, e, falta de apoio em dinheiro para cuidar no seio da família.
Familismo por negligência	Saraceno e Keck (2010)	Existência diminuta de auxílio público para função de cuidar.

Elaboração Própria.

No Brasil, como em boa parte do mundo, dentro das famílias, as mulheres assumem a responsabilidade primária pela provisão de cuidado, o que faz do familismo (não opcional) um regime que dificulta o seu desenvolvimento profissional. Contudo, a associação entre o regime familista e a sobrecarga de trabalho e limitação profissional na vida das mulheres não é automática. As dificuldades enfrentadas pelas mulheres para avançar profissionalmente são também função do não compartilhamento equânime entre homens e mulheres da provisão de cuidados no âmbito dos lares.

5. A crise de cuidados vem por aí...

Nesta seção, apresentamos algumas projeções populacionais que permitem antever o agravamento da crise de cuidados e a inadequação, nesse cenário, da opção familista brasileira. De fato, embora ainda não tenha ganho centralidade nos debates e na formulação das políticas públicas, a crise de cuidados já começa a dar sinais no Brasil. Nesta seção, buscamos documentar tais sinais por meio de três movimentos distintos. Em primeiro lugar, parece haver uma tendência de estabilização da oferta privada não remunerada de cuidados, como contrapartida da permanência das taxas atuais de participação feminina no mercado de trabalho. Em segundo lugar, prevê-se o incremento da demanda por cuidados seguindo o envelhecimento populacional. Em terceiro lugar, prevê-se, ainda, a queda relativa e absoluta do quantitativo de crianças, acompanhando a queda nas taxas de fecundidade. Evidentemente, que os movimentos (1) e (3) acima

podem sofrer alterações, inclusive por força de políticas públicas. É justamente a ausência de atenção pública para essas dinâmicas demográficas o que preocupa.

Em relação ao primeiro movimento, o Gráfico 2 abaixo mostra que há duas décadas a taxa de participação econômica das mulheres de 16 anos ou mais não alcança 60%. Logo, é possível inferir que desde 1995 há uma estabilização na taxa de ofertantes potenciais de cuidado nos lares, as mulheres inativas.



Fonte: PNAD, 1995-2015

Elaboração: IPEA, Retrato da desigualdade de gênero e raça (<http://www.ipea.gov.br/retrato/>)

Nota: A taxa de participação representa o percentual de indivíduos que se encontram na força de trabalho na semana de referência da pesquisa em relação aos indivíduos que estão em idade de trabalhar.

Cabe, contudo, lembrar que as mulheres economicamente ativas são também ofertantes de cuidados. Como mostra a Tabela 1, essa categoria de mulheres, além das 35 horas médias gastas no mercado de trabalho, dedicaram 21 horas de trabalho doméstico, onde se incluem os cuidados, perfazendo uma jornada total de 56 horas semanais, em 2015. Já os homens, embora tenham uma jornada de trabalho remunerado maior, apresentaram, em 2015, uma jornada total de 5 horas a menos que as mulheres, dado sua menor dedicação aos afazeres domésticos.

Tabela 1

Uso do tempo de pessoas de 16 anos ou mais, economicamente ativas, Brasil-2015

	Homem	Mulher
Jornada média de horas trabalhadas	41	35
Jornada média de afazeres domésticos	10	21
Jornada total	51	56

Elaboração Própria com base nos microdados da PNAD, 2015.

Todavia, o equacionamento dos cuidados nas famílias em que as mulheres estão no mercado de trabalho é mais complexo. Este envolveria uma combinação entre o cuidado despendido pela própria mulher trabalhadora e outros membros do domicílio e demais arranjos informais e formais de provisão de cuidados. Uma consequência previsível, no Brasil assim como em muitos outros países, é que, pressionada pela tensão

entre trabalho e família, muitas mulheres adiam ou evitam a maternidade, o que resulta em queda nas taxas de fecundidade.

Com relação ao segundo movimento, projeções do envelhecimento populacional realizadas pelo IBGE (Quadro 3) apontam para mais que a duplicação do quantitativo de idosos - com ênfase na evolução da taxa de crescimento dos idosos com 80 anos ou mais - em 20 anos no Brasil.

Quadro 3					
Projeções populacionais por grupo de idade (idosos), 2016-2036					
Idade	Anos				
	2016	2021	2026	2031	2036
60 anos ou mais	24.933.461 (12%)	30.474.291 (14%)	36.663.810 (17%)	42.745.129 (19%)	48.869.205 (22%)
70 anos ou mais	10.719.866 (5%)	13.339.717 (6%)	15.998.555 (7%)	20.783.217 (9%)	25.147.609 (11%)
80 anos ou mais	3.458.279 (2%)	4.304.062 (2%)	5.337.993 (2%)	6.878.015 (3%)	8.836.454 (4%)
Total da população	206.081.432	213.440.458	219.408.552	223.904.308	226.917.266

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica-IBGE (<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>)

O envelhecimento demanda a conjunção de serviços de cuidado e saúde que sejam capazes de lidar com as múltiplas doenças crônicas e as situações de dependência típicas da idade avançada.

Finalmente, no que concerne ao terceiro movimento, a demanda por cuidados infantis, em via contrária à de idosos, deve se atenuar nos próximos 20 anos. As projeções populacionais, mostradas no Quadro 4, apontam para a redução, em 20 anos, de 9,9 milhões de crianças de 0 a 14 anos. Para a faixa etária que demanda mais cuidados, crianças de 0 a 4 anos, a redução deverá ser de 2,8 milhões. Este movimento, como já mencionado, segue a tendência internacional de menor disposição das mulheres a terem filhos, em parte por conta das difíceis condições de conciliação do trabalho com as exigências e encargos familiares.

Quadro 4					
Projeções populacionais por grupo de idade (crianças), 2016-2036					
Idade	Anos				
	2016	2021	2026	2031	2036
0-4	14.545.488	13.684.541	12.936.538	12.261.572	11.726.815
5-9	15.551.873	14.517.525	13.661.389	12.916.774	12.245.142
10-14	16.672.044	15.534.788	14.502.730	13.648.345	12.904.522
Total	46.769.405	43.736.854	41.100.657	38.826.691	36.876.479

Fonte: IBGE.

Elaboração: Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica-IBGE.

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>

Considerando, em conjunto, as faixas etárias infantil de 0 a 4 anos e de idosos de 80 anos ou mais, para quem a necessidade de apoio é maior, pode-se projetar uma majoração da demanda de cuidados, dado que a elevação do quantitativo de idosos, de 5,4 milhões, deverá suplantar a redução, de 2,8 milhões, no número de crianças. Essa conta simplificada serve apenas para sinalizar que é razoável se esperar um incremento líquido da demanda por cuidados no Brasil no futuro próximo. Cabe, contudo, ressaltar ser ilusório o aparente alívio à demanda de cuidados devido à redução no quantitativo de crianças – pode-se prever que sua “ausência” diminuirá no futuro a oferta de cuidados necessários a uma população cada vez mais longeva.

Na contramão desse cenário está a programação do gasto social brasileiro para os próximos 20 anos. Além de não priorizar a provisão de cuidados, o futuro é de cortes orçamentários. A partir da promulgação da Emenda Constitucional no. 95, os gastos primários do governo federal estarão congelados, em termos reais, nos valores de 2016, o que interditará maiores investimentos em políticas sociais para lidar com as crescentes demandas de saúde e de cuidado que acompanham o envelhecimento populacional. Dado o financiamento insuficiente do SUS frente à promoção do direito universal à saúde (VIEIRA; BENEVIDES, 2016) e a precariedade das políticas voltadas para a população idosa (BERZINS; GIACOMIN; CAMARANO, 2016), o cenário que se desenha para o futuro é preocupante. Estimativas revelam perdas bilionárias para as políticas sociais¹⁰. Confirmando-se essas previsões, a tônica no Brasil será de uma velhice desprotegida.

O cenário em tela, de aumento da demanda por cuidado, prováveis retrocessos nas políticas sociais e estabilidade da participação econômica feminina, sugere que dificilmente as mulheres poderão continuar a ser as responsáveis primárias pela reprodução social. Estando definitivamente no mercado de trabalho, as mulheres encontrarão muitas dificuldades para articular a vida profissional com o cuidado dos membros familiares dependentes, ainda mais nesse contexto no qual muitas lidarão com novas formas de dependência, como a dependência simultânea de filhos e idosos, a

¹⁰ Na área da assistência social, por exemplo, Paiva et al (2016) estimam perda de financiamento da ordem de R\$ 868 bilhões, nos 20 anos. Na área da saúde, Vieira e Benevides (2016) projetam que, em cenário com taxa de crescimento real do PIB de 2,0% ao ano, a perda acumulada alcançará R\$ 415 bilhões.

chamada “Geração Sanduíche” (GRUNDY & HENRETTA 2006; JESUS & WAJNMANN 2016).

Tal problemática se exacerba para as mulheres pobres, o grupo que mais se ressentem da incipiência das alternativas públicas para os cuidados. A crise do emprego que acompanha a crise econômica e a precarização das relações laborais compõe o quadro de dificuldades ao qual se agregam as demandas prementes de cuidados. O cenário prospectivo para elas, que têm menor acesso à educação e qualificação profissional, será de diminuto espaço no mundo laboral, como já é perceptível nas diferentes taxas de participação econômica – 47% entre as mulheres pobres frente a 75% entre as não pobres, em 2015¹¹ -- com reflexos na potencialização de sua pobreza e na pobreza infantil.

Nesse contexto, se destacam as mulheres negras. O primeiro elemento a ressaltar é que o atributo racial comparece como definidor de espaços sociais e econômicos. De fato, as mulheres negras brasileiras compõem o grupo populacional mais desfavorecido no Brasil. Sua presença na pobreza supera a das mulheres brancas - em 2015, 73% das mulheres negras estavam nos domicílios 20% mais pobres contra 26% das mulheres brancas. Elas deverão vivenciar de forma mais acentuada os problemas do aumento da demanda de cuidados e da crise no emprego, em consequência do contexto atual; em 2015, já apresentavam taxa de atividade econômica 4 pontos percentuais abaixo daquela das mulheres brancas¹².

Dado que a ação de cuidar garante a reprodução da sociedade, se torna imperativo o debate sobre como solucionar a demanda por cuidados e apoiar os cidadãos no percurso para um maior equilíbrio entre trabalho e família. Passos e Guedes (2018) sugerem a formulação de uma Política Nacional de Cuidados, com reflexos diretos sobre as relações de gênero e, de modo geral, sobre aqueles que não têm recursos para viabilizar os cuidados e permanecerem ativos. Esta envolveria ações integradas e intersetoriais de promoção de bem-estar via rede abrangente e articulada de cuidados formais e informais.

Considerações Finais

Regimes de cuidado familistas se pautam em um contrato intergeracional que reserva à família, em geral, à mulher na família, a provisão de cuidados (GUEDES 2014).

¹¹ Foram utilizados os dados da PNAD e consideradas como mulheres pobres as que se encontravam nos domicílios 20% mais pobres e ricas as nos domicílios 20% mais ricos. A amostra se restringiu a pessoas de 16 a 60 anos.

¹² Dados da PNAD de 2015.

Nesses regimes, os serviços externos de cuidados são incipientes, o que é reforçado por concepções culturais de que crianças e idosos estão mais bem amparados no seio da família. O Brasil é um bom exemplo, uma vez que são pouco expressivas as formas de articulação entre trabalho e família, seja via provisão pública, seja via oferta privada de serviços de cuidados, destacando-se os arranjos informais especialmente para o estrato populacional de baixa renda e os serviços domésticos remunerados especialmente para os estratos de renda mais elevada.

O acesso limitado a creches e pré-escolas públicas, em especial de ensino em tempo integral, a ausência de cuidados formais domiciliares públicos para idosos, a diminuta oferta de serviços institucionalizados para idosos e a quase ausência de subsídios financeiros de apoio ao cuidado revelam o quanto a provisão de cuidados no Brasil ainda é precária. Neste artigo, caracterizamos o regime de cuidados brasileiro como “familismo implícito” ou “familismo por negligência”, dado o caráter de *reforço*, antes que de *promoção* apoiada, das obrigações familiares, típico da atenção pública aos cuidados no país.

Em regimes não familistas (ou desfamiliarizadores), por contraste, o Estado, em geral, assume a responsabilidade da provisão de cuidados, seja por meios institucionais, seja por transferências monetárias que facultem às famílias a opção de cuidar dentro do lar, ou ambos. Essas ações ampliam o leque de escolhas das mulheres e podem favorecer sua atuação profissional, na medida em que as apoiam na articulação trabalho-família, muito dificultada, ademais, por conta da baixa participação dos homens nas atividades vinculadas à vida doméstica.

Entendendo que a entrada das mulheres no mercado de trabalho não é um fenômeno efêmero e que a dinâmica demográfica conduz ao envelhecimento das sociedades, o emergente déficit de cuidados demanda investimento público. Todavia, no Brasil, a problemática dos cuidados capturou apenas marginalmente a atenção pública e o espaço para tal vem se estreitando significativamente, com o estrangulamento financeiro da política social. Se a solução para o aumento da demanda de cuidados se der no âmbito estritamente doméstico, e dada a atual estrutura de atribuição de papéis de gênero, as possibilidades de autonomia e independência das mulheres serão comprimidas, com efeitos lesivos do ponto de vista da longa história de luta feminina por desenvolvimento profissional. Esse quadro se agrava substancialmente para as mulheres pobres. Nesse cenário, o risco de retrocesso na busca por equidade nas relações sociais e de gênero parece iminente.

Se a agenda propriamente de cuidados era ainda exígua no familismo por negligência que coabitava com nosso estado de bem-estar, a continuidade do “EBS-em-construção” brasileiro tem sido diretamente ameaçada pelo avanço acelerado de agenda conservadora e restritiva de direitos pós 2016. A ela se somou uma forte recessão e a muito recente, e apenas lenta, retomada da atividade econômica. Se longo é o percurso em direção à desfamiliarização dos cuidados, dado o familismo culturalmente arraigado e refletido em iniciativas públicas inconsistentes, a previsão é que a crise econômica e fiscal imponha substancial retrocesso às políticas sociais existentes. Reformas já aprovadas, como a PEC do teto do gasto e a reforma trabalhista, apontam nessa direção: congelamento do gasto social, mercado de trabalho precarizado. Finalmente, como triste complemento ao cenário nada animador, o novo Governo, iniciado em janeiro de 2019, tem declarado preferência por orientações familistas e maternalistas no âmbito das relações de gênero, aparentemente em sintonia com o que pensa boa parte do eleitorado brasileiro.

Referências bibliográficas

ARAÚJO, C.; SCALON, C. Gênero e a distância entre intenção e gesto. *RBCS*, v. 21 n°. 62, 2006.

BANDEIRA, L.; MELO, H. P. A divisão sexual do trabalho: trabalho doméstico remunerado e a sociabilidade das relações familiares. *Gênero*. Niterói, v.13, n.2, p. 31-48, 1. sem. 2013.

BATTHYÁNY, K. El cuidado infantil en Uruguay y sus implicancias de género: Análisis a partir del uso del tiempo. *Revista de Ciencias Sociales*, v° 27, 2010, p. 20 - 32.

_____. Las políticas y el cuidado en América Latina Una mirada a las experiencias regionales. *Série Assuntos de Género* n° 124, Cepal, 2015.

BERZINS, M. A. V.; GIACOMIN, K. C.; CAMARANO, A. A. A assistência social na política nacional do idoso. In: ALCÂNTARA, A.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. (Orgs). *Política nacional do idoso: velhas e novas questões*. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

BIROLI, F. Responsabilidades, cuidados e democracia. *Revista Brasileira de Ciência Política*, n. 18. Brasília, p. 81-117, 2015.

CAMARANO, A. A.; BARBOSA, P. Instituições de Longa Permanência para idosos no Brasil: do que se está falando?. In: ALCÂNTARA, A. O; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (Orgs). Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA, 2016, pp. 479-513.

CAMARANO, A. A.; MELLO, J. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010, pp. 145-162.

ESPING-ANDERSEN, G. *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton: Princeton University Press, 1990.

_____. *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford University Press, 1999.

_____. *The Incomplete Revolution: adapting to women's new roles*. Cambridge: Polity Press, 2009.

GRUNDY, E.; HENRETTA, J. Between elderly parents and adult children: a new look at the intergenerational care provided by the 'sandwich generation'. *Ageing and society*, 26, 2006.

GUEDES, G. P. Benefícios econômicos e sociais dos serviços de cuidado aos idosos para o Brasil. Dissertação (Mestrado em Economia), Programa de Pós-Graduação em Economia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014.

HEMERIJCK, A. *The uses of social investment*. Oxford: Oxford University Press. 2017. IPEA. *Políticas Sociais: acompanhamento e análise* (BPS). Brasília: Ipea, n. 25, 2018.

JESUS, J. C.; WAJNMANN, S. Geração sanduíche: uma análise em contexto de coexistência e coresidência no Brasil, 2008. *Relap*, v. 18, p. 43-61, 2016.

KERSTENETZKY, C. Aproximando intenção e gesto: Bolsa Família e o futuro. In. *Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania*. Organizadores: Tereza Campello, Marcelo Côrtes Neri. – Brasília: IPEA, 2013.

LEITNER, S. Varieties of familialism: the caring function of the family in comparative perspective. *European Societies*, v 5, n. 4, 2003, pp. 353–375.

MOSER, L.; PRÁ, K. R. D. 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.

O’CONNOR, From women in the welfare state to gendering welfare state regimes, Special Issue of *Current Sociology*, 44/2. 1996.

PAIVA; A. B; MESQUITA, A. C. S.; PASSOS, L. O Novo Regime Fiscal e suas implicações para a política de Assistência Social no Brasil. Brasília: Ipea, 2016. (Nota Técnica Ipea nº 27).

PASSOS, L.; GUEDES, D. R. Participação feminina no Mercado de trabalho e a crise de cuidados da modernidade: conexões diversas. *Planejamento e Políticas públicas*, v.1, n, 50, 2018.

PASSOS, L.; WALTENBERG, F. Bolsa Família e assimetrias de gênero: reforço ou mitigação? *Revista Brasileira de Estudos de População (REBEP)*, Rio de Janeiro, v.33, n.3, p.517-539, set./dez.2016.

PAULO, M. A; WAJNMAN, S.; OLIVEIRA, A, M. A relação entre renda e composição domiciliar dos idosos no Brasil: um estudo sobre o impacto do recebimento do Benefício de Prestação Continuada. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Rio de Janeiro, v. 30, p. S25-S43, 2013.

RAZAVI, S. The political and social economy of care in a development context. Conceptual issues, research questions and policy options. *Gender and Development Programme*. Geneva: UNRISD, 2007. (Paper Number 1).

SARACENO, C.; KECK, W. Can we identify intergenerational policy regimes in Europe? *European Societies*, v.12, n.5,2010, pp. 675-696.

SCHWARTZ, T. D.; BERTULOZO, J. T.; MACIEL, E. L. N. M.; LIMA, R. de C. D. L. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). *Ciência & Saúde Coletiva*, v.15, n. 4,2010, pp.2145-2154.

SILVEIRA, F. G.; PASSOS, L. Renúncias fiscais e tributação da riqueza: as capturas pelas elites econômicas e classe média tradicional. In: FAGNANI, E. (Org.). *A reforma tributária necessária: diagnóstico e premissas*. 1ed.Brasília: ANFIP; FENAFISCO, 2018, p. 705-738.

VIEIRA, F. S; BENEVIDES, R. P. S. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*, v. 10, n.3, 2016.