

OS DILEMAS DE RUTH: CONEXÕES ENTRE SAÚDE, FAMÍLIA E CUIDADOS

MARCIA REIS LONGHI¹

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo tecer algumas reflexões sobre o cruzamento entre família e saúde tendo como realidade empírica os cuidados com idosos e as relações de parentesco. Nos propomos pensar nos diversos elementos presentes nas decisões e nas práticas de cuidado, enfocando principalmente os aspectos morais, afetivos e os recursos humanos e materiais. Também faremos algumas considerações sobre o entrelaçamento destes aspectos com as políticas públicas para idosos e a predominância das mulheres como cuidadoras, indo ao encontro da literatura sobre família, numa perspectiva feminista.

PALAVRAS-CHAVE

Envelhecimento; Cuidado; Redes familiares.

RUTH'S DILEMMAS: CONNECTIONS BETWEEN HEALTH, FAMILY AND CARE

ABSTRACT

The purpose of this study is to provide some reflections on the relationship between family and health, with empirical care being taken care of with the elderly and kinship relationships. We intend to think about the various elements present in decisions and care practices, focusing mainly on moral, affective aspects and human and material resources. We will also make some considerations about the interweaving of these aspects with the public policies for the elderly and the predominance of the women as caregivers, going to the literature on family, from a feminist perspective.

KEYWORDS

Aging; Care; Family Networks.

LES DILEMMES DE RUTH: CONNEXIONS ENTRE LA SANTÉ, LA FAMILLE ET LES SOINS

RÉSUMÉ

Le but de cette étude est de fournir quelques réflexions sur la relation entre la famille et la santé, les soins empiriques étant pris en charge avec les personnes âgées et les relations de parenté. Nous avons l'intention de réfléchir aux divers éléments présents dans les décisions et les pratiques de soins, en nous concentrant principalement sur les aspects moraux, affectifs et les ressources humaines et matérielles. Nous aborderons également certaines questions concernant l'interdépendance de ces aspects avec les politiques publiques en faveur des personnes âgées et la prédominance des femmes en tant que dispensatrices de soins, en consultant la littérature sur la famille, dans une perspective féministe.

MOTS-CLÉS

Le vieillissement; Care; Réseaux familiaux.

¹ Professora associada I do DSC/UFPB e membro permanente do PPGA/UFPB.

LOS DILEMAS DE RUTH: CONEXIONES ENTRE SALUD, FAMILIA Y ATENCIÓN

RESUMEN

El propósito de este estudio es proporcionar algunas reflexiones sobre la relación entre la familia y la salud, cuidando el cuidado empírico con los ancianos y las relaciones de parentesco. Pretendemos pensar en los diversos elementos presentes en las decisiones y en las prácticas de atención, centrándonos principalmente en los aspectos morales, afectivos y los recursos humanos y materiales. También haremos algunas consideraciones sobre el entretrejo de estos aspectos con las políticas públicas para las personas mayores y el predominio de las mujeres como cuidadoras, yendo a la literatura sobre la familia, desde una perspectiva feminista.

PALABRAS CLAVE

Envejecimiento; Cuidado; Redes familiares.

PRÓLOGO

Era sábado e como de costume vou resolver algumas coisas na rua e na volta paro em um supermercado próximo de casa para comprar alguns itens que ficaram faltando. Na fila do caixa encontro uma vizinha que conheço há muitos anos, pois nossos filhos, praticamente da mesma idade, brincaram muito juntos. Atualmente nos vemos pouco, mas sempre que nos encontramos atualizamos os últimos acontecimentos da vida de nossas "crianças", que já são adultas, independentes e não moram mais conosco. Mas neste dia as coisas correram de forma um pouco diferente...

Como de costume, pergunto pelas "crianças". Imediatamente, como quem só precisava de uma letra para transbordar, começa a falar de seu momento atual. Uma irmã, que (em suas palavras) sempre foi sozinha e morou sozinha, no dia 30 de dezembro levou um tombo e foi parar no hospital. Lá, fizeram uma série de exames e descobriram que ela estava com câncer no pulmão e no cérebro e que diante da gravidade do quadro, não havia mais nada a ser feito. Teve alta hospitalar e desde então está em sua casa. Ruth (nome fictício) conta que a irmã precisa de ajuda para se alimentar, para ir ao banheiro, para tomar banho, para tudo. Sua vida tem sido cuidar dela e, em suas palavras, não conta com mais ninguém da família. As irmãs e os irmãos nem aparecem. Tem uma cuidadora que ajuda, mas que só fica durante o dia; às noites é só com ela. Quase não dorme, pois, a irmã pode ter convulsão e qualquer barulho, já acorda. Continua narrando a situação, visivelmente angustiada: *"No hospital uma (irmã) ficou dois turnos, a outra mais dois, mas depois ninguém mais foi. E desde então ninguém nem vem visitar"*. Comento que eles poderiam dividir com ela, afinal são todos irmãos, mas Ruth diz que não quer saber de confusão. E continua *"a gente nunca sabe o que pode acontecer; um dia tá tudo bem, no outro, pode mudar tudo. Minha vida agora é cuidar dela. Eu que era próxima de todos, agora eles nem ligam. Minha filha falou para colocar na justiça, mas eu não tenho coragem. Ela sempre foi sozinha, não queria saber de ninguém e agora, também não tem ninguém. Eu ia colocar numa casa de saúde, estava tudo certo, mas quando saiu do hospital não tive coragem e trouxe para casa. Se soubesse que seria assim, teria deixado. Agora, do jeito que está, ninguém mais vai querer aceitar... Eu acho que a gente colhe o que fez na vida. Ela era professora, recebe dois mil reais de aposentadoria. Só para a menina, é mil reais. E todas as outras coisas? Se não fosse eu, não sei como seria"*. Pergunto a idade dela; *"64 anos; eu tenho 62; mas desde menina ela fumava. Fumou a vida toda. Eu não sei não como vai ser... Fiz tudo direitinho na minha vida; minha filha fala que eu fui um manual; vivi para cuidar dos meus filhos e agora isso... não sei não; minha filha agora está voltando (ela atualmente mora em outro estado), mas ela disse que se não aguentar, vai morar sozinha; hoje estou podendo sair porque a funcionária vem no sábado e fica até o começo da tarde. Gostaria que cada irmão ficasse uma semana, mas não tem jeito... Pelo menos o vereador para quem ela trabalhava ficou de dar a cadeira de rodas. Ainda bem, é um gasto a menos..."*

Nesta hora já havíamos pago nossas contas; ofereço carona, mas ela diz que prefere ir andando. Não insisto... achei que ela realmente preferia ir andando... Alguns meses depois nos encontramos por acaso e ela conta que a irmã faleceu...e nosso assunto volta a ser "as crianças"...

(Anotações do diário de campo - fevereiro de 2016)

O texto acima narra um episódio que aconteceu no período que estava fazendo pesquisa de campo numa comunidade da região metropolitana de João Pessoa e apesar de não ter acontecido no campo, incluí no meu diário, pois continha muitos elementos pertinentes ao que eu estava pesquisando. Agora, o incluo aqui, pois a história em questão nos remete ao tripé que sustenta minha argumentação: família, cuidado e saúde... Ao longo do paper trarei para a discussão passagens da pesquisa de campo que dialogam com os pontos que ganharam destaque na cena descrita.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo fazer algumas reflexões sobre o cruzamento entre família e saúde tendo como realidade empírica os cuidados com idosos e as relações de parentesco. Inevitável falarmos de políticas públicas, serviço de saúde, cuidados e rede de apoio familiar, se queremos contextualizar o campo que estas relações acontecem. Indo ao encontro de inúmeras publicações nacionais e internacionais, os dados encontrados evidenciam as relações entre cuidados, família e gênero, já que as mulheres continuam sendo as grandes responsáveis pelos cuidados no espaço doméstico. Mas cabe aqui uma contextualização...

SOBRE FAMÍLIA E CUIDADOS

Estamos vivendo um momento em que a discussão sobre a instituição Família está na ordem do dia. Por um lado, o termo 'FAMÍLIA' está no nome de uma das pastas ministeriais², o que indicaria sua relevância para a manutenção ou instalação da ordem social, na perspectiva do atual governo. Por outro, várias configurações familiares, legítimas juridicamente, têm sido alvo de ataques sutis ou mesmo extremamente violentos, o que tem ativado inúmeras manifestações de repúdio por grupos defensores dos direitos humanos e do respeito à diversidade, mas também trazido insegurança para aqueles que são vistos por alguns segmentos como transgressores, como os LGBTs e as camadas mais empobrecidas da sociedade. Não é difícil perceber que FAMÍLIA é um termo polissêmico, que atua como um classificador social (LENOIR, 2005) e que pode representar diferentes agrupamentos, humanos e não humanos, atribuídos de maior ou menor valor.

Maria Lígia Quartim de Moraes, no texto *A nova Família e a Ordem Jurídica*, faz uma rica discussão sobre as transformações jurídica que a instituição Família vem sofrendo desde a constituição de 1988, e nos lembra que "as leis institucionalizam as normas sociais, que, por sua vez, dizem respeito às regras de convivência social existentes na prática, especialmente relacionadas entre as classes, entre os sexos e entre adultos e crianças" (MORAES, 2011, p. 411). Ainda falando da perspectiva do direito, afirma que na atualidade "é família quem cuida" (p. 418).

Tradicionalmente, na sociedade moderna, os cuidados com as crianças, com os idosos e com as pessoas dependentes sempre foram responsabilidade da família. Dentro de uma lógica binária, a distribuição das tarefas era baseada no gênero: os homens eram

² No governo Bolsonaro, o que antes era o Ministério de Direitos Humanos, passa a ser chamado de Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos; uma das alterações mais criticada foi a retirada da comunidade LGBT da carta de diretrizes de Direitos Humanos, do ministério anterior, dando a entender que o termo família se restringe ao modelo heteronormativo.

responsáveis pelo provimento material e pela representatividade da família no espaço público e as mulheres assumiam todas as tarefas domésticas vistas como necessárias para garantir o bom funcionamento do lar e os cuidados com todos os integrantes do grupo. Esta lógica de divisão de papéis perdura ao longo do tempo e não é por acaso. Este modelo, que faz da família nuclear o centro da manutenção da estabilidade social, é, na perspectiva feminista, responsável pela manutenção de uma lógica androcêntrica e patriarcal (PALOMO, 2008; SCOTT, 2010; FRASER, 2016, entre outros).

No entanto, nas últimas décadas transformações de diferentes ordens vêm promovendo alterações significativas na sociedade e provocando 'abalos' na 'ordem social' pré-estabelecida. No que diz respeito a dinâmica familiar podemos falar do ingresso da mulher de forma maciça e permanente no mercado de trabalho; do ponto de vista demográfico, vemos o mundial e irreversível envelhecimento populacional juntamente com a queda da taxa de natalidade; na política, a luta pelos direitos sociais e também os direitos das mulheres, bandeira do movimento feminista, avançou significativamente em suas conquistas; na ciência, descobertas que desatrelam vida conjugal e reprodução, como a pílula, as novas tecnologias reprodutivas, o teste de DNA, também mexeram com as concepções de família e abriram espaço para novas configurações. Podemos afirmar que o entrelaçamento de todos estes fatores trouxe, por sua vez, consequências significativas. Assistimos, entre outras coisas, relações mais igualitárias; uma crescente tendência, em alguns segmentos sociais, para maior divisão do trabalho doméstico; diferentes modelos de casamento, maior número de divórcios, famílias com menor número filhos; crescimento dos números de mulheres chefes de família, mulheres adentrando aos espaços políticos, mesmo que ainda de forma tímida.

No entanto, algumas tensões permanecem e a mulher, apesar de conquistar novos espaços fora do âmbito do privado, continua, muito acentuadamente, se responsabilizando e sendo responsabilizada pelos cuidados. O que a literatura mostra e o campo confirma é que ou a mulher acumula as responsabilidades tendo que dar conta de uma dupla ou até tripla jornada de trabalho, ou conta com o apoio de outras mulheres, que fazem parte da família extensa ou que são remuneradas para realizar as atividades as quais ela não dá conta. Uma grande demanda diz respeito aos cuidados com as crianças, mas tem aumentado, significativamente, o número de idosos que apresentam algum grau de dependência, decorrente do envelhecimento populacional e do aumento da expectativa de vida.

No Brasil, apesar de existirem tanto no caso das crianças como no caso dos idosos leis protetivas consistentes e internacionalmente respeitadas³, a família permanece sendo a principal responsável quando consideramos o tripé Estado, Família e Mercado. No que diz

³ Estamos nos referindo ao ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) e ao Estatuto do Idoso.

respeito aos idosos, existem diferentes graus de dependência. É importante dizer que muitas idosas são, com frequência, cuidadoras e cuidadas simultaneamente e esta é uma realidade que precisa ser melhor estudada. Por outro lado, encontramos um grande número de trabalhos que enfocam os cuidados paliativos e a necessidade de apoio na realização das atividades da vida diária (AVD). Ficam os questionamentos: As políticas públicas reproduzem as desigualdades de gênero? (FAUR, 2014) e, os cuidados com os idosos e os cuidados com as crianças participam da mesma lógica? Certamente não temos as respostas, mas as pesquisas antropológicas, dispostas a entender o ponto de vista do nativo, podem nos ajudar a pensar.

Mas antes de voltarmos para os dados empíricos, vamos contextualizar, de forma breve, a discussão acadêmica atual sobre a categoria cuidado.

CONTEXTUALIZANDO A CATEGORIA CUIDADO

Na América Latina são inúmeras as pesquisas, principalmente no âmbito das ciências sociais, que reforçam a afirmação de que as mulheres permanecem sendo as principais cuidadoras dos grupos etários que não são totalmente autônomos (FAUR, 2014; IZQUIERDO, 2004; PALOMO, 2008; SOLER, 2013; entre outros). Os estudos também mostram que diferentes gerações de mulheres constroem uma rede de apoio mútuo para dar conta das necessidades de cuidado, realidade que vem se acentuando diante da crise mundial e da tendência neoliberal dos novos governos. As Políticas Públicas, apesar de existirem e guardarem suas especificidades dependendo do país em questão, não são suficientemente eficazes e incluem em seus textos a participação das famílias, o que quer dizer, na prática, das mulheres, para dar conta não só das crianças, mas também da nova geração de idosos, que têm vivido mais, graças aos avanços científicos, mas têm também demandado maior estrutura de apoio. O que os estudos deixam claro é que se debruçar sobre as práticas de cuidado é, também, se debruçar sobre o núcleo da organização social. Fraser (2016) pontua que o cerne da "crise dos cuidados" está na polarização entre produção e reprodução. Para Izquierdo (2004), "a divisão sexual do trabalho é um modo de produção e também um modo de socialização que segue pautas de gênero" (p. 2), o que já foi apontado anteriormente.

Apesar da significativa ampliação do volume de publicações realizadas nas últimas décadas, não existe um consenso com relação a definição de cuidado, principalmente pelo seu caráter polissêmico, que tanto pode ser pensando enquanto prática, como também disposição moral (HIRATA; GUIMARÃES, 2012). Esta característica, de dizer respeito a diferentes aspectos e ser relacional, tem levado muitas autoras a fazerem o uso do termo *care*, que comporta a complexidade e abrangência do termo 'cuidado' (GUIMARÃES; HIRATA; SUGITA, 2011; MOL, 2006).

Uma das definições de cuidado, na perspectiva feminista, mais utilizadas é a formulada por Berenice Fisher e Joan Tronto (1990):

"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".

Em publicações mais recentes Tronto (2007) problematiza a relação entre democracia e cuidado e reflete sobre afeto, trabalho e desigualdades aprofundando a discussão sobre o caráter político do cuidado.

Palomo (2008), estudiosa dos cuidados afirma que:

"A especificidade dos cuidados está no fato de se encontrar em um território transfronteiriço, especialmente quando se prestam no seio das relações familiares, muitas vezes dentro das casas, sem remuneração em troca, sob forte conteúdo moral e afetivo" (p. 33)

A autora defende que os cuidados vêm sendo estudados a partir de 3 eixos, que muitas vezes estão inter-relacionados, que apresentaremos de forma resumida abaixo. O primeiro eixo parte da afirmação que cuidado é trabalho e os estudos buscam problematizar a divisão do trabalho entre público e privado e procuram, através de métodos científicos, dimensionar os trabalhos não remunerados. Nesta perspectiva, existem muitas pesquisas que se propõem mensurar o tempo utilizados nas atividades não remuneradas, explicitando sua (não) valorização econômica.

O segundo eixo se detém mais fortemente nos aspectos relacionais e as consequências da divisão sexual do trabalho e das relações de poder presentes nas mesmas. Nesta perspectiva, busca-se evidenciar o lugar invisibilizado e muitas vezes desqualificado que a mulher ocupa e as inevitáveis consequências para sua participação no mercado de trabalho.

Por último, uma terceira linha de investigações se propõe pensar os cuidados a partir do investimento emocional. Para além do trabalho propriamente dito, pensar nos aspectos afetivos e morais presentes nestas relações.

Ficam algumas questões: afinal, porque é tão difícil alterarmos esta lógica? Por que, mesmo as mulheres estando no mercado de trabalho, assumindo responsabilidades no espaço público, continua sendo tão difícil mexer com atividades que dizem respeito à manutenção da vida? Os estudos sobre família amparados pelas teorias feministas apontam algumas pistas.

Alguns pontos merecem ser destacados. Um deles diz respeito ao conceito de autonomia que a sociedade ocidental desenvolveu para amparar a sua criação mais cara: o indivíduo. Para que o indivíduo, produto da sociedade moderna, sobreviva é necessário que se acredite no ideal da autonomia, o qual, só pode existir se houver a divisão entre público e privado e que o privado, onde ocorre a manutenção da vida de seus integrantes, permaneça

sendo um espaço de invisibilidade (FRAZER, 2016). Acredita-se que o espaço doméstico é necessário para a manutenção da vida das crianças e dos outros integrantes que são, total ou parcialmente, dependentes. No entanto, na realidade, todos os integrantes são, em diferentes medidas e momentos da vida dependentes de cuidados, inclusive para se manterem 'autônomos'. O que algumas autoras têm defendido é que devemos alçar o cuidado para o espaço público como uma demanda política (ZIRBEL, 2016). Se o cuidado é necessário para a manutenção da vida de todos e todas, deveria existir uma política do cuidado. No entanto, reconhecer isso seria reconhecer que estamos falando de uma nova ordem social, amparada numa lógica coletiva e igualitária, o que desequilibraria o pensamento que mantêm a hierarquia social, seja de gênero, seja de classe, seja de raça.

Uma outra tensão existente nesta discussão se localiza nos novos estudos sobre interseccionalidade, trazido pelo chamado feminismo negro, pós-colonial, que problematizam a questão quando afirmam que existe uma opressão entre mulheres, na medida que são as mulheres mais simples, de estratos sociais economicamente carentes que passam a ser as cuidadoras dos entes de famílias com maior poder aquisitivo e, segundo estudos, estas cuidadoras são geralmente mal remuneradas e dispõem das piores condições de trabalho, reproduzindo a lógica da desigualdade (GUIMARÃES, HIRATA, SUGITA, 2011; DEBERT, 2016; TRONTO, 2007).

Esta discussão nos remete para uma outra tensão que é sobre a qual queremos nos debruçar.

CUIDADO, AFETO, MORAL

Izquierdo (2004) afirma que em todas as relações somos simultaneamente cuidadores e objeto de cura, nos provocando a pensar no aspecto de subjetividade presente nestas relações. Para a autora, o cuidar, através do processo de subjetivação, torna-se uma fonte de realização e de atribuição de valia.

Pensando na especificidade do cuidado na família, muitos trabalhos etnográficos têm partido de três aspectos: material (que diz respeito aos recursos econômicos, materiais, humanos e as capacidades envolvidas na distribuição do cuidado); moral (que remete ao sentimento de dever e responsabilidade) e o afetivo (que enfoca questões ligadas a preocupação com o outro e a qualidade da relação) (PALOMO, 2008). Esta abordagem permite pensarmos nas tensões, negociações e estratégias existentes no cotidiano e, ao mesmo tempo, nos permite pensar como estas avaliações vão sendo construídas num permanente diálogo entre as dinâmicas cotidianas na perspectiva micro, com questões macro, como divisão de classes e as políticas públicas disponíveis.

Volto agora para o trecho narrado no início do trabalho que nos auxiliará a iluminar algumas questões encontradas na literatura e no trabalho de campo.

CONFLITOS, ESTRATÉGIAS, CONCEPÇÕES MORAIS E RECIPROCIDADE: OS DILEMAS DE RUTH...

Ruth, na sua fala, deixa claro seus conflitos, suas angústias, suas concepções morais. Mas ela também nos dá dicas de como a estrutura social e o senso comum norteiam seus pensamentos, julgamentos, ações. A forma como inicia a conversa já deixa claro que a situação que ela se encontrava não fazia parte do seu campo de possibilidades. Ela não esperava, naquele momento da vida, ter que cuidar de uma irmã gravemente doente. Mas seu discurso nos permite fazer algumas ponderações sobre o caminho que ela segue para construir seu pensamento.

Ruth nos remete a lógica da reciprocidade. Logo no início afirma "*ela sempre foi sozinha, morava sozinha*" e mais adiante reforça "*ela não quis saber de ninguém, agora não tem ninguém*". De certa forma, fica subentendido que outra pessoa, mais próxima, deveria cuidar da irmã, mas esta pessoa não existe. Sendo assim, existiriam critérios que definiriam quem deve cuidar de quem. Esta ideia de que o cuidar está relacionado ao afeto, que por sua vez está associado a algo que é construído ao longo da vida através do cultivo de certo tipo de relação tem sido discutido na literatura (TRONTO, 2007). Problematisa-se o fato de se atrelar cuidado e amor, pois neste caso só poderia cuidar quem nutrisse algum afeto pela pessoa que se encontra em condição de vulnerabilidade, o que colocaria em cheque o *care* como trabalho e toda uma gama de atividades profissionais dirigidas para este fim. Além disso, restringiria a responsabilidade do mesmo a algumas pessoas, vinculadas por laços de afinidade e consanguinidade, prejudgando a qualidade do cuidado. (TRONTO, 2007).

Este raciocínio também esteve presente durante a pesquisa de campo. Era muito comum discursos de desconfiança quando diante de uma situação de grande gravidade, era preciso recorrer aos serviços de uma Instituição de Saúde. Afinal, "ninguém" trataria seu ente querido melhor do que aqueles que o amam. Isso foi percebido quando uma senhora conta os malabarismos que foi obrigada a fazer, que envolveram pedir dinheiro emprestado, conseguir carona, comprar materiais de higiene, entre outros para dar conta das necessidades do marido, que estava em coma, internado em um hospital público. Na visão dela não tinha outra opção, pois duvidava que o hospital teria o cuidado necessário, já que ele estava em coma e não teria como reclamar e comunicar suas necessidades. Seu temor era que o deixassem sujo e maltratado. Em outra situação, durante uma conversa com mulheres da comunidade, escutei que não colocariam a mãe numa casa-dia para idosos (que existia concretamente e ficava próxima a comunidade) pois achavam que lá elas ficavam meio '*largadas*'. Estes exemplos reforçam a ideia de que o cuidado tem que ser realizado por

alguém próximo e que nutra sentimento de afeto pela pessoa adoecida. No entanto, para que isso aconteça 'com naturalidade', um longo caminho de trocas e reciprocidade deve ser construído. Neste sentido o cuidado (principalmente os dirigidos às pessoas idosas) é visto como merecimento, como dádiva e não como direito.

Ainda com relação a aspectos de ordem moral, a história de Ruth nos faz pensar... Ela dá a entender que não teve coragem de deixar sua irmã numa casa de saúde. Podemos pensar que neste momento aspectos afetivos e morais se misturam. Ela realmente estava preocupada com a irmã e queria o melhor para a mesma (e acreditava que só alguém da família poderia fazer isso), mas também deixa no ar a preocupação com o julgamento alheio. Dá mesma forma que apareceu na comunidade, Ruth também demonstra achar que colocar um doente em uma instituição é uma forma de abandono. Novamente os discursos nos levam a intuir que a prática do cuidado envolve elementos que vão além da atividade profissional. Como mostramos anteriormente, a atenção e a preocupação são dimensões do cuidado. Longe de querer estabelecer o que é o melhor, ou o que está certo ou errado nas situações relatadas, o objetivo aqui é refletir e perceber a gama de elementos que norteiam as decisões sobre cuidados com a saúde.

É muito interessante o momento em que ela fala que "*fez tudo certo em sua vida*" e atrela a isso o cuidado com os filhos. Usa a expressão da filha, que diz que ela foi 'um manual', para reforçar a ideia de que se dedicou muito a eles quando crianças, de acordo com o socialmente esperado. Na sua percepção, sua responsabilidade era cuidar dos filhos e isso ela fez muito bem feito. Cuidar da irmã parece sair do *script*.

Podemos supor que neste momento ela estava verbalizando algo que está no imaginário social: a mãe é responsável pelos cuidados dos filhos e fazer isso lhe dá a garantia de já ter cumprido sua cota de cuidados e mantido a roda da reciprocidade em movimento. No entanto, diante da demanda que a vida lhe apresenta ela se vê em um dilema. Por ter sido sempre sozinha, a irmã não tem filhos ou marido para cuidar dela. Por outro lado, é alguém da sua família e não "seria correto" deixá-la sendo cuidada por estranhos.

No entanto, Ruth traz a irmã para sua casa, mas os outros irmãos e irmãs não se colocam disponíveis, o que visivelmente gera uma tensão, pois neste caso a responsabilidade 'deveria' ser dividida entre eles (isto é sugerido em sua fala e reforçado na fala da filha). Fica clara a hierarquia construída a partir do grau de parentesco, já que sua filha não se coloca no rol das pessoas que teriam esta obrigação e Ruth também não espera isso dela. Situações similares foram observadas na comunidade pesquisada. Lá, também foi possível perceber que o cuidador ou a cuidadora (predominantemente a cuidadora) era o resultado, dinâmico e fluido, da combinação de alguns elementos. Geralmente a 'eleita' era aquela que tinha o grau de parentesco mais próximo, mas a escolha poderia variar dependendo da tarefa em questão e de algumas variáveis que norteavam os vetores da reciprocidade. Isso ficou claro quando

uma moradora relata o fato de uma avó ter criado a neta e agora, apesar de ter filhas, todas olham com naturalidade o fato de a neta ir diariamente dar um apoio para a avó e vêem isso como uma forma de agradecimento. O fato da jovem, apesar de casada, não ter filhos, também conta na matemática que 'avalia' como a questão vai ser equacionada.

O que podemos perceber é que a prática do cuidado é resultado de negociações permanentes e amparada não apenas pelo afeto, mas também por valores morais, pela lógica da reciprocidade, pelas habilidades necessárias e pela disponibilidade de tempo e recursos. Também é possível afirmar que o cuidado continua sendo visto como uma atribuição feminina e familiar, o que é reforçado pelas políticas públicas⁴. Esta questão merece uma maior atenção.

Minha vizinha deixou clara sua revolta pelos irmãos e irmãs não participarem dos cuidados, mas em momento nenhum se queixou da falta de alternativas ou apoio vindas do serviço de saúde. Na comunidade, as cuidadoras informais eram sempre pessoas da família extensa. Ali também escutei, em situações específicas, culpabilizações quando algum integrante do núcleo não participava da assistência aos idosos da forma esperada. Todavia, não escutei ninguém responsabilizar o Estado pela falta de aparatos públicos para suprirem esta demanda. O que se percebe, é que os cuidados ainda são vistos como algo do âmbito do privado e as políticas públicas contribuem com esta percepção.

Voltando à história de Ruth, a ideia de fazer algo 'certo' nos faz pensar. Quando pergunto a idade da irmã, ela, junto com a resposta, traz algumas outras informações extras. Comenta ser apenas dois anos mais nova que a irmã...isto é, ambas já haviam entrado na terceira idade, de acordo com os critérios oficiais. Em seguida complementa, dizendo que a irmã fumou a vida toda, o que parece denotar uma certa responsabilização da mesma pelo estado que se encontrava, avaliação reforçada pela mídia e por campanhas do Ministério da Saúde, altamente críticas ao tabagismo. Resultado do cruzamento de inúmeros fatores, o brasileiro tem incorporado os perigos do fumo⁵ e ao falar sobre isso, Ruth sugere que a irmã não se cuidou como deveria. Esta discussão nos remete a outra, já discutida anteriormente, sobre a política de envelhecimento ativo preconizada pela OMS e incorporada pelo Brasil em suas políticas voltadas para as pessoas acima de 60 anos (LONGHI, 2018).

⁴ A discussão sobre políticas públicas e desigualdade de gênero não será aprofundada no presente texto, mas fazemos algumas sugestões de leitura: Georges e Santos (2016); Godinho e Silveira (2004).

⁵ O Brasil tem uma eficiente política ante tabagismo, resultado de uma longa caminhada que começa com os movimentos sociais na década de 70. Em 1985 o Ministério da Saúde cria Comitê Assessor para Controle do Tabagismo; em 1989 é criado o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. A partir da década de 90 são feitas parcerias com as secretarias municipais e estaduais de saúde e em 99 foi criada a ANVISA. Com a função de coordenar o sistema de vigilância sanitária articulou rede nacional em estados e municípios para a fiscalização do cumprimento das leis relacionadas também ao controle do tabaco.

SOBRE ENVELHECIMENTO ATIVO E CUIDADOS...ALGUNS IMPASSES

Em 2005, a OMS elabora o documento "Envelhecimento ativo: uma Política de Saúde". No Brasil, em 2009, na 2ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa no Brasil, é estabelecido o pacto pelo *Envelhecimento Ativo e Saudável*. De acordo com Siqueira (2014) "o Envelhecimento Ativo" tornou-se o eixo central da política de saúde brasileira. A proposta afirma que todos os segmentos da sociedade (família, Estado, sociedade civil e o próprio indivíduo) devem ser participantes ativos na implementação desta política. No entanto, na prática, alguns aspectos ganham maior relevância do que outros e o indivíduo acaba sendo o grande 'responsável' pela forma que envelhece. Além disso, a palavra 'ativo' implica em manter-se independente e autônomo, e conseqüentemente não precisar ser cuidados (LONGHI, 2018).

A política do envelhecimento ativo e a forma como ela é apropriada no senso comum, favorece que se acredite que somos responsáveis pela forma que envelhecemos, levando a uma auto-responsabilização. Existe um lado positivo, pois as pessoas são estimuladas a se cuidarem, mas mais uma vez exime-se o estado de algumas responsabilidades, reforçando a ideia de que os cuidados são algo do âmbito do privado e que deve ser resolvido ali.

ALGUMAS REFLEXÕES FINAIS

Para encerrar, gostaria de abordar uma última questão que me parece relevante e merecedora de atenção na discussão sobre família, saúde e compartilhamento de cuidados com idosos. Conforme já foi apontado no texto, a população (de modo geral) está envelhecendo e esta nova realidade no que diz respeito a pirâmide demográfica mundial tem suscitado intensos debates nas agências internacionais e nos Estados, tanto no que toca às conseqüências relativas ao sistema previdenciário, quanto às diretrizes para dar conta do contingente populacional que irá, em breve, demandar cuidados de longa duração. Não é um debate simples, considerando que existe uma matemática difícil de ser resolvida: por um lado, aprofunda-se o desequilíbrio demográfico entre jovens e idosos e por outro, aumenta a demanda de assistência às pessoas que passam a ter diferentes graus de dependência. Com relação aos cuidados, vemos que as soluções se apoiam no tripé Estado, Família e Mercado. No entanto, principalmente nos países ditos em desenvolvimento, o peso com frequência pende para a família.

No Brasil, de acordo com as políticas para idosos e o estatuto do Idoso a responsabilidade é do Estado e da Família, mas o Estado só assume a responsabilidade quando a família não existe ou comprovadamente não tem condições de assumir os cuidados

do idoso em questão. Sendo assim, a lógica das políticas públicas reforça, o que já foi colocado anteriormente, a crença de que é no âmbito do privado que os cuidados devem acontecer.

No entanto, o que se observa na prática, é que as mulheres idosas são muitas vezes as principais cuidadoras, sendo, muitas vezes, responsáveis pelos mais jovens, as crianças e pelos integrantes da família mais idosos, que pode ser o cônjuge, os pais ou mesmo outro parente, não tão próximo. Podemos então falar de dimensões de cuidado que, permanecem sendo equacionados no espaço doméstico e praticado pelas mulheres. Esta lógica reforça a invisibilidade de alguns cuidados, em detrimento de outros, mais prementes. Uma das consequências desta dinâmica é o adoecimento invisível destas mulheres 'intermediárias', que acabam sendo duplamente responsabilizadas. Esta é uma questão que merece um maior aprofundamento teórico e maior atenção dos formuladores de políticas públicas.

Finalizo com uma ponderação de Joan Tronto (2007). Segundo a autora...

O modelo dual do cuidado não é apenas impreciso, é também um modelo normativo de cuidado não muito bom. O cuidado, assim como outros aspectos da vida humana, se beneficia ao ser praticado por muitas pessoas. Mesmo que haja um limite para o quanto um dado círculo de cuidados possa se expandir, há maneiras de tentar garantir que esses círculos sejam grandes o suficiente para garantir uma boa qualidade de cuidado (TRONTO, 2007 p. 301)

Nesta perspectiva é importante enfatizarmos que Família, Estado (serviço de saúde, programas sociais, instituições de longa duração, entre outros) e Mercado (casas de repouso, Organizações não Governamentais, organizações religiosas, profissionais autônomos), podem e devem integrar uma grande teia de cuidados, possibilitando maior abrangência e dinamismo neste aspecto de sustentação da vida.

REFERÊNCIAS

DEBERT, Guita. Migrações e o Cuidado do Idoso. **Cadernos Pagu**, n. 46, p. 129-149, 2016.

FAUR, Eleonor. **El cuidado infantil en el siglo XXI: Mujeres malabaristas en una sociedad desigual**. 1º ediccion Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 2014.

FISHER, Berenice; TRONTO, Joan. Toward a Feminist Theory of Caring. In: ABEL, E.; NELSON, M. **Circles of Care**, Albany, NY: SUNY Press, 1990. p. 36-54.

FONSECA, Claudia. Família e Parentesco na Antropologia Brasileira Contemporânea. In: MARTINS, Carlos Benedito; DUARTE, Luis Fernando Dias (Org.) **Horizontes das Ciências Sociais no Brasil**, São Paulo: ANPOCS, 2010. p. 123-154.

FRASER, Nancy. Las Contradicciones del capital y los cuidados. **New Left Review (edición española)**, n. 100, septiembre/octubre, 2016, p. 111-132.

GEORGES, Isabel; SANTOS, Yumi Garcia dos. **As novas políticas públicas sociais na saúde e na assistência: produção local do serviço e relações de gênero**. Belo Horizonte: Fino Traço, 2016.

GUIMARÃES, Nadya A.; HIRATA, Helena; SUGITA, Surumi. Cuidado e cuidadoras: o trabalho de *care* no Brasil, França e Japão. **Sociologia&Antropologia**, n. 01, v.01, p. 151-180, 2011.

HIRATA, Helena; GUIMARÃES, Nadya. "Introdução". In: HIRATA, Helena; GUIMARÃES, Nadya (Org). **Cuidado e Cuidadoras: As várias faces do trabalho do Care**. São Paulo: ATLAS, 2012.

IZQUIERDO, María Jesús. **Del sexismo y La mercantilización del cuidado a su socialización: Hacia una política democrática del cuidado**. Sare, 2004.

LENOIR, R. La genealogia de la moral familiar. **Política y Sociedad**, n. 42, v. 3, p 209-225, 2005.

LONGHI, Marcia Reis. "Eu tô fazendo certo, tô não? Envelhecimento, Políticas e Saúde e Relações de Cuidado. In: MALUF, Sonia W.; SILVA, Érica Quinaglia (Org.). **Estado, Políticas e Agenciamentos Sociais em Saúde: etnografias comparadas**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2018.

MORAES, Maria Lygia Quartim de. A nova Família e a Ordem Jurídica. **Cadernos Pagu**, n. 37, p. 407-425, 2011.

MOL, AnneMarie. **The logic of care: health and the problem of patient choice**. London: Routledge, 2006.

PALOMO, Maria Teresa Martín. Los cuidados y las mujeres en las familias. **Política y Sociedad**, v. 45, n. 2, p. 29-47, 2008.

SCOTT, Parry. **Famílias brasileiras: poderes, desigualdades e solidariedades**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, Série Família e Gênero, n. 14, 2010.

SIQUEIRA, Monalisa D. **"Vivendo bem até mais que 100!" Envelhecimento, saúde e políticas públicas para idosos no Brasil**. Tese defendida no programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

TOBÍO SOLER, C. Estado y familia en el cuidado de las personas: sustitución o complemento. **Cuadernos de Relaciones Laborales**, v. 31, n. 1, p. 17-38, 2013.

TRONTO, Joan. Assistência Democrática e Democracias Assistenciais. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 285-308, 2007.

ZIRBEL, Ilze. **Uma Teoria Político-Feminista do Cuidado**. Tese defendida no Programa de Pós-Graduação em Filosofia na Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

Recebido em 2 de abril de 2019.

Aprovado em 24 de julho de 2019.