

Universidade de Brasília  
Instituto de Ciências Humanas  
Departamento de Serviço Social

A feminização do cuidado de pessoas com deficiência e sua desvalorização:  
Uma análise da (des) proteção do Estado às cuidadoras de usuários (as) do Benefício de  
Prestação Continuada no Brasil

Marina Carneiro de Miranda

Brasília  
2014

**Marina Carneiro de Miranda**

**A feminização do cuidado de pessoas com deficiência e sua desvalorização:  
Uma análise da (des) proteção do Estado às cuidadoras de usuários (as) do Benefício de Prestação Continuada no Brasil**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao departamento de Serviço Social, como requisito parcial para obtenção de grau de assistente social.

Orientadora: Mestre Pollyana Moreira de Assis

Brasília, DF  
2014

Um amigo me chamou pra cuidar da dor dele, guardei a minha no bolso.  
E fui.

Clarice Lispector

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente à mestre Pollyana Moreira pelo acompanhamento, apoio e orientação para a formulação deste trabalho.

Agradeço aos professores presentes na banca de avaliação, pela disposição e interesse. É uma honra ter grandes profissionais e autores avaliando o meu trabalho.

Agradeço ao Departamento de Serviço Social e aos demais professores que fizeram parte dessa graduação e me ensinam a ser uma assistente social não só a partir das aulas, mas a partir do exemplo.

Agradeço à Aparecida Gonçalves, supervisora de campo de estágio obrigatório, que com toda a paciência me demonstrou como é estar em campo e como é importante fazer o melhor possível.

Agradeço aos meus pais, Ioni Lucia e Antonio Sergio, pela confiança em me deixarem trilhar meu caminho e pelo apoio incondicional nos momentos mais felizes e também nos difíceis. Agradeço por me amarem, me criarem e por me incentivarem a ser uma pessoa melhor.

Agradeço à minha irmã Bárbara pelo estímulo sempre presente e pela certeza de que eu poderia alcançar voos maiores, mesmo de longe, me dando exemplo e coragem.

Agradeço à família pela torcida e pela espontaneidade ao se surpreenderem com o fato de que eu já estou me formando na faculdade.

Agradeço à Shirley que possibilitou que eu estudasse, me concentrasse, cuidando de mim e de tudo que mais fosse necessário para viver com mais conforto.

Agradeço também às colegas de faculdade, especialmente à Cynthia e à Débora, que dividiram trabalhos, provas, seminários, desesperos e alegrias, inseguranças e indignações, mais do que colegas de profissão, serão para sempre amigas.

Agradeço à Thaís e à Marina, que continuaram fazendo parte de mim, e me ensinaram que é possível crescer sem se distanciar.

Agradeço ao Thales pelo apoio, torcida e por me ensinar que é possível admirar as diferenças.

E por último, mas não menos importante, agradeço à Deus pela oportunidade da vida e pelos caminhos tortos que me trouxeram até aqui. E aos amigos de trabalho no bem que me incentivaram a continuar tendo fé.

## **Dicionário de Siglas:**

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CF/88 – Constituição Federal Brasileira de 1988

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

NOB/SUAS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social

PDE – Programa de Desenvolvimento da Escola

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

PRODIDE – Promotoria de Justiça da Pessoa Idosa e da Pessoa com Deficiência

SNAS – Secretaria Nacional de Assistência Social

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

## **Lista de Gráficos e Tabelas:**

Gráfico 1: Porcentagem das idades de crianças e adolescentes, de 0 a 18 anos, beneficiários do BPC que responderam o questionário do BPC na Escola. ....25

Gráfico 2: Porcentagem da relação de parentesco entre o/a cuidador(a) responsável pela criança/adolescente beneficiário do BPC que responderam o questionário do BPC na Escola. ....25

Tabela 1: Distribuição percentual das pessoas de 16 anos ou mais de idade que realizam afazeres domésticos, total ocupadas, por sexo. ....34

Tabela 2: População ocupada de 16 anos ou mais de idade, total e proporção por sexo, segundo os ramos de atividade no Brasil no ano de 2011. ....39

Tabela 3: Média e jornada total de horas de trabalho semanais de pessoas de 16 anos ou mais de idade, no trabalho principal e em afazeres domésticos, por sexo: .....41

## Sumário

<b>Introdução .....</b>	<b>8</b>
<b>Capítulo 1 O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA COMO REFLEXO DO CONTEXTO POLÍTICO E ECONÔMICO BRASILEIRO: A FORMA DE SE TRATAR A DEFICIÊNCIA NO BRASIL.....</b>	<b>14</b>
1.1. A Assistência Social como espaço de disputa de direitos sociais e interesses hegemônicos .....	15
1.2. A deficiência das relações sociais.....	18
1.3. A execução de um benefício nestas condições: O BPC.....	23
<b>Capítulo 2 O CUIDADO COMO ATIVIDADE FEMININA E A SUA DESVALORIZAÇÃO COMO TRABALHO .....</b>	<b>30</b>
2.1. O cuidado é feminino.....	31
2.2. A construção histórica da divisão sexual do trabalho.....	38
2.3. A responsabilização da família como a responsabilização feminina.....	43
<b>Capítulo 3 CUIDAR DO OUTRO E NÃO SER CUIDADA: A VULNERABILIDADE DA CUIDADORA .....</b>	<b>49</b>
3.1. A compreensão do que são riscos e vulnerabilidade social, seus limites e potencialidades em um benefício no contexto capitalista.....	50
3.2. O BPC como tentativa de enfrentamento à vulnerabilidade, que, no entanto, viabiliza novas demandas sociais .....	54
3.3. Essa nova vulnerabilidade: das cuidadoras.....	56
<b>Considerações Finais .....</b>	<b>62</b>
<b>Referências Bibliográficas: .....</b>	<b>67</b>

## Introdução

O Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social é uma produção importante para entender que o curso, além de ser um campo que se preocupa com a aplicação de conceitos na realidade, também é, e deve ser, um espaço de construção de conhecimento para o próprio serviço social e outras áreas, para que não sejamos apenas importadores de pesquisas de outros ramos sociais, como a sociologia, antropologia e psicologia social (GIL, 2002). Para isso, a pesquisa foi organizada e idealizada como um meio de se criar conhecimento para se alcançar objetivos que sejam úteis para o curso e para a profissão.

Este trabalho tem como base o enfoque dialético, que explica o mundo de forma em que os sujeitos e fenômenos sociais se relacionem a todo o tempo de forma contraditória, consequência da forma de produção e reprodução social capitalista, ou seja, se baseia no materialismo histórico criado por Marx.

Isso significa dizer que este trabalho não se ateve apenas para os fatos isolados, mas pelo contrário, tentou relacionar as variáveis escolhidas a fim de provar que existe relação entre elas, uma vez que os usuários da política de assistência social são também fruto de relações contraditórias e complexas, que englobam fatores sociais, econômicos, históricos e culturais.

Este trabalho será exploratório e descritivo, ou seja, trata sobre um tema não muito trabalhado pela área a fim de expô-lo, criar hipóteses e demonstrar a relação entre certas variáveis para que seja possível se pensar este assunto (PEREIRA, 2005).

O trabalho aborda o problema de forma qualitativa, ou seja, interpreta os conhecimentos quantitativos, documentais e bibliográficos. Os conhecimentos utilizados neste trabalho foram obtidos a partir de pesquisas bibliográficas, com o apoio de teses, artigos e livros do serviço social e outras fontes; documental, a partir de leis, decretos e conceitos pesquisados e quantitativa a partir de dados numéricos organizados em tabelas e gráficos que comprovam a realidade pesquisada, que serão apresentados a frente.

O problema em questão foi percebido durante a experiência do estágio quando, embora não tenha sido diretamente com pessoas com deficiência, a autora pôde lidar com casos que mostraram a situação de desproteção em que mulheres cuidadoras de pessoas com deficiência se encontram em relação ao Estado e à sociedade que conside-



ram ser de responsabilidade delas essa atividade, impõem essa função de cuidadoras como natural, não as protegem nem oferecem ajuda.

Este trabalho tem o recorte das cuidadoras de pessoas com deficiência porque as demandas trazidas pela existência de uma deficiência mental, sensorial ou física já são suficientes para representar necessidades bem específicas quanto ao tipo de cuidado a ser realizado e à duração desta atenção. Optou-se por utilizar os dados do BPC pela amplitude do número de beneficiários da política e pela facilidade de acesso aos dados. Seus beneficiários são pessoas incapazes para o trabalho e de baixa renda familiar, que, portanto, têm dificuldades de exercer as atividades da vida cotidiana e precisam de acompanhamento diário. Porém, se difere do cuidado de crianças e idosos pela duração da necessidade deste cuidado, que não há momento na vida previsto de começar ou de acabar essa demanda.

Quanto à cuidadora, mesmo que os estudos de gênero apontem que o cuidado é sempre exercido por mulheres, como este trabalho também apresenta, as cuidadoras de pessoas com deficiência não têm nenhuma proteção social específica, como existe para algumas outras demandas de cuidado, como a licença maternidade para gestantes empregadas e os direitos trabalhistas para as cuidadoras de pessoas idosas que hoje é comumente realizado por uma pessoa contratada para esse fim. Além disso, a cuidadora de pessoas com deficiência vive as particularidades das dificuldades e discriminação que a pessoa com deficiência vivencia: essas mulheres cuidadoras sofrem junto ao tentar acessar transporte, locais acessíveis, serviços de saúde, assistência, dentre outros.

O objetivo geral é relacionar as questões de gênero, de trabalho e de e analisar a proposta de proteção defendida pela Política de Assistência Social, tendo como hipótese que a política não atende às demandas que as cuidadoras das pessoas com deficiência, beneficiárias do BPC, apresentam, em função das condições em que são inseridas neste papel, por ser compreendido como responsabilidade feminina, desvalorizado socialmente e desprotegido pelo Estado.

Primeiramente, foi realizado o levantamento bibliográfico. Por ser de afinidade maior da autora foi iniciado com a pesquisa de artigos, teses e livros acerca do tema da divisão sexual do trabalho, do cuidado e a feminização. Muitas fontes puderam ser encontradas na própria bibliografia do serviço social o que facilitou o acesso e o entendimento.

Em um segundo momento, também foi pesquisada, para sustentar o trabalho, a relação entre capital x trabalho proposta por Marx e a relação social dos trabalhos im-

produtivos e a formação de políticas públicas que protejam os trabalhadores que realizem esse tipo de trabalho.

Foi importante inteirar sobre o Benefício de Prestação Continuada (BPC), a lei que o regulamenta e os regimentos que o modificaram como política social de cunho familista. Para contextualizar o tema foram utilizados autores que abordam a história da Constituição Federal, suas vitórias e contradições, assim como especialistas em políticas sociais do curso de serviço social, e também as legislações originais como a Constituição Federal de 1988; a Lei Orgânica da Assistência Social, Lei 8.742/1993; a Política Nacional de Assistência Social, Resolução nº 145 Conselho Nacional de Assistência Social; e a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB SUAS), devido ao marco histórico que estes documentos representam no reconhecimento da assistência social e na sua organização quanto aos seus objetivos e formas de intervenção.

Todas essas regulamentações são importantes para compreender o contexto político e social em que estão inseridas as políticas sociais como um todo, focando na assistência social e especificando o Benefício de Prestação Continuada (BPC). São essas as regulamentações que vão estruturar os objetivos, o público, a forma e demais regras para se executar o benefício em questão, garantindo os princípios também por elas estabelecidos respeitando normas econômicas e sociais do país.

Para compreender melhor a realidade em que o benefício interfere foi necessário entrar em debates acerca do que é deficiência, trazendo conceitos mais amplos do que uma mera explicação da biologia, sem perder a noção da história dos conceitos utilizados e das merecidas críticas.

Como as legislações usadas para compreender o benefício em questão apresentam, o contexto atual das políticas sociais se volta à exigência de que serviços e atendimentos necessários aos indivíduos sejam solucionados pela família, as diferentes demandas de pessoas com deficiência recaem sobre um representante desta família: as mulheres.

Nessa mesma conjuntura, mulheres são criadas e entendidas como seres que servem, pessoas que cuidam, criaturas domesticadas para realizar aquilo que for necessário a outras pessoas, sejam elas necessitadas de ajuda, como os idosos, crianças e pessoas com deficiência, sejam pessoas autônomas e mental, sensorial e fisicamente capazes, como seus maridos (MARCONDES, 2013).

Muitas dessas hipóteses podem ser comprovadas a partir de dados quantitativos encontrados, como o “Relatório de Pesquisa sobre o Acesso a Medicamentos, Órteses e Próteses pelos Beneficiários do BPC na Escola” do Ministério da Saúde, publicado em 2012, que contém diversas informações sobre a vida escolar e pessoal dessas crianças e jovens usuárias do Benefício de Prestação Continuada.

Um dos dados apresentados, muito importante, e que confirma o enfoque desta pesquisa, é de que, dos responsáveis por essas crianças e jovens que responderam ao questionário, 75,41% eram as mães. Ou seja, dividindo espaço com os pais, as avós e avôs, demais parentes e responsáveis legais, mais de  $\frac{3}{4}$  dos responsáveis por crianças e adolescentes com deficiência são as suas mães.

Outro levantamento relevante foi o Relatório Anual Socioeconômico da Mulher– RESEAM realizado em 2013 pela Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR) com dados do IBGE. Essa pesquisa anual, aprovada em 2010 pelo Congresso, reúne diversos dados e análises acerca da desigualdade socioeconômica das mulheres, informando indicadores que comprovam a disparidade entre homens e mulheres, e monitorando as políticas e demais projetos que se propõem a diminuir essas distinções no âmbito do trabalho.

Embora muitos dados apresentados por esta primeira edição do relatório sejam importantes, para este trabalho foram utilizadas informações que comprovem que as mulheres gastam mais horas em trabalhos doméstico que os homens, confirmando a sua responsabilidade social com esses afazeres, colaborando para a sustentação das hipóteses deste trabalho. Também optou-se por ilustrar a proporção de práticas profissionais relacionadas ao cuidado de outras pessoas que são realizadas por homens e mulheres com tabela deste mesmo relatório.

A Pesquisa de Emprego e Desemprego – PED do Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos – DIEESE, publicada em março de 2013, sobre a Inserção da Mulher no Mercado de Trabalho demonstra em gráfico que as mulheres estão mais desempregadas do que os homens, o que pode significar que elas estejam mais desprotegidas, sem auxílios e benefícios das leis trabalhistas e, provavelmente, sem renda para serem asseguradas pela previdência social.

A partir daí, com dados que corroborem com a situação problema, afirmando ser existente a sobrecarga de trabalho das mulheres em relação ao cuidado e a sua desvalorização, este trabalho irá se aprofundar em aspectos que tratam a feminização do cuidado, como entendido por Yannoulas (2013) a partir da compreensão de conceitos

como a divisão sexual do trabalho, que explica a separação de tarefas relacionadas ao cuidado como uma construção social histórica, reafirmada ainda hoje pelas relações sociais e por leis, projetos, programas e benefícios de diversas áreas do meio público e privado.

A estrutura do trabalho é dividida em capítulos e subcapítulos. No primeiro capítulo é apresentado o Benefício de Prestação Continuada e sua regulamentação, sendo necessário compreender seu espaço no universo da assistência social, assim como a vulnerabilidade na qual ele interfere: a deficiência.

O segundo capítulo trata do mundo do cuidado de pessoas com deficiência e de quem realiza esta tarefa. Apresentando diversas autoras, comprova que o cuidado é uma tarefa atribuída às mulheres, ancorada na divisão sexual do trabalho que diferencia atividades femininas e masculinas tanto no mercado de trabalho, quanto na esfera privada do convívio familiar. Mas a análise não se fixa apenas à constatação de que em certos afazeres estão mais presentes mulheres ou homens, mas também procura compreender o porquê dessa separação, a partir do conceito da feminização.

O terceiro reúne os conteúdos dos capítulos anteriores e aborda o mundo da cuidadora da pessoa com deficiência beneficiária do BPC como uma esfera em que é criada uma vulnerabilidade social que não é atendida pelas políticas e benefícios já existentes. Também apresenta o conceito do que é vulnerabilidade e sua diferença com o risco social, embora a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) não defina estes conceitos, mas se apoie na matricialidade sociofamiliar com o objetivo de atender a família como um todo entendendo que ela é foco de expressões da questão social e nela devem ser feitos os investimentos para minimizar suas repercussões.

Depois de compreender que o benefício em foco (BPC) segue esta lógica da feminização do cuidado, além de atender a demandas sociais e econômicas do Estado, responsabilizando a família, este trabalho apresenta como resultado que esse contexto contribui a vulnerabilidade de mulheres cuidadoras de pessoas com deficiência.

Isso decorre do fato de que essas mulheres têm necessidades particulares por realizarem este trabalho específico, porém desvalorizado e sem remuneração. Sem renda, elas se encontram desamparadas pela proteção ao trabalhador, a Previdência Social, por não conseguirem contribuir. O Benefício de Prestação Continuada também não as protege porque é pessoal do usuário cadastrado e intransferível. E é inexistente qualquer política que abarque as necessidades de valorização e renda pelo seu trabalho e que faci-

lite seu dia-a-dia como alvo da discriminação pela deficiência, assim como a pessoa cuidada.

Conclui-se, assim, que o Benefício de Prestação Continuada, embora tenha ampla cobertura de pessoas com deficiência e seja um benefício constitucional, não representa real participação do Estado com relação a esse público e continua reproduzindo que o cuidado das necessidades da pessoa com deficiência seja da família. ou seja, à mulher mais próxima. Isso acaba sobrecarregada com esta tarefa, impossibilitada de realizar outro trabalho, como algo remunerado, fazendo assim, com que se crie uma nova demanda de vulnerabilidade dessas mulheres desprotegidas pelo Estado.

## **Capítulo 1 O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA COMO REFLEXO DO CONTEXTO POLÍTICO E ECONÔMICO BRASILEIRO: A FORMA DE SE TRATAR A DEFICIÊNCIA NO BRASIL**

Hoje vivemos em uma sociedade baseada no sistema de produção e reprodução capitalista, e isso quer dizer que todas as relações sociais que vivemos são contraditórias, ou seja, expressam a disputa de interesses pessoais e sociais e interesses coletivos e econômicos. Sendo assim, não seria diferente com as políticas sociais, muito pelo contrário, pois estas se apresentam como espaço de real disputa entre o capital e o trabalho para a efetivação de objetivos econômicos e conquistas sociais. De acordo com Pereira (2009), a política social é uma:

[...] relação dialeticamente contraditória entre estrutura e história, portanto, de relações entre capital x trabalho, Estado x sociedade e princípios de liberdade e igualdade [...] Sendo assim, a política social se apresenta como um conceito complexo que não condiz com a ideia pragmática de mera provisão ou alocação de decisões tomadas pelo Estado aplicadas verticalmente na sociedade [...] Tal política jamais poderá ser compreendida como um processo linear, de conotação exclusivamente positiva ou negativa, ou a serviço exclusivo desta ou daquela classe (PEREIRA, 2009, p. 166).

Com base na mesma autora (PEREIRA, 2009), dentro desse universo, é possível compreender que a política social se configura em dois campos, o da academia, da construção de um conhecimento especializado e teórico, e o da prática, do agir organizado a fim de atender a necessidades no campo da intervenção. Trataremos, a princípio, do campo da prática da política social interventiva, para compreender a assistência social como tal.

O Brasil, a partir da Constituição de 1988, se tornou um país que prevê diversos direitos sociais e desenhou, a partir dos anos 90, a estrutura das políticas sociais que garantem a execução de diversos benefícios e serviços de direito. A Carta Cidadã, como ficou conhecida, foi sendo estabelecida em meio político e econômico conturbado no Brasil e, hoje, a sociedade brasileira tem diversas garantias de direitos sociais em exe-

cuções neoliberais preocupada com os gastos, o que se torna contraditório, mas é o espaço atual dessas políticas.

Este mesmo contexto político e econômico neoliberal reforça conceitos como a importância do trabalho produtivo e o estigma daquele trabalho que não gera valor de troca e também daquelas pessoas impossibilitadas de realizar atividades remuneradas, como o de pessoas com deficiência beneficiárias do BPC.

A compreensão de deficiência no capitalismo está relacionada com a impossibilidade de trabalhar, porém essa compreensão é incompleta e, hoje, se entende a deficiência não como uma infelicidade de um corpo, mas como uma relação entre esta pessoa com deficiência e a sociedade e a dificuldade dela de acolher em suas atividades e relações uma pessoa cuja forma de se locomover, comunicar ou compreender o mundo a sua volta seja diferente do que se considera “normal” (SANTOS; DINIZ; PEREIRA 2010).

Por isso é importante analisar como que o benefício que se destina a atender essas demandas, no Brasil, atua. O presente trabalho não irá aprofundar o debate quanto ao valor transferido, se é o suficiente para os gastos dessas pessoas, nem se a proteção social à pessoa com deficiência se resume a um valor monetário, mas buscará analisá-lo enquanto um benefício focalizado e restrito a uma situação não só de deficiência, mas de pobreza e que responsabiliza a família pelos custos, se puderem, e pelo cuidado com a pessoa que vivencia essa situação.

### **1.1. A Assistência Social como espaço de disputa de direitos sociais e interesses hegemônicos**

A assistência social é dever do Estado e direito do cidadão desde a CF/88, que assegurou a política como parte integrante da seguridade social, junto à previdência social e à saúde. Segundo a Carta Magna, é política não contributiva que atende a quem dela necessitar, criando uma relação que exige do Estado identificar formas de atender às necessidades populares frente ao compromisso de direito social universal. A partir daí passou por várias alterações (COLIN; JACCOUD, 2013) que demonstram como que as regulamentações sociais no Brasil, embora tenham sido previstas em 1988 só foram sendo organizadas e colocadas em prática tardiamente.

Essas autoras citadas no parágrafo anterior têm uma perspectiva mais positivista e acreditam que em 1993, com a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), deu-se início a um caminho de estruturação dessa política social afirmando a responsabilidade do Estado e formando objetivos, conceitos, princípios e demais estratégias para sua organização, gestão e execução (COLIN; PEREIRA, 2013).

Segundo Behring e Boschetti (2008), todo esse momento de redemocratização a partir da CF/88 foi importante para a ascensão dos movimentos sociais e da garantia de direitos, entretanto esses avanços enfrentaram, na década, seguintes condições econômicas internas e externas não muito favoráveis a esse momento político. Os anos 1990, e até hoje, representam um redimensionamento das conquistas sociais e recessão econômica, aumento do desemprego e consequente violência urbana (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

No Brasil o neoliberalismo criou força a partir de reformas, ou contrarreformas<sup>1</sup>, executadas pelo governo que, diante da crise mundial teve legitimidade para, indo contra aos princípios recentemente adquiridos da nova Constituição, assumir medidas de decadência dos direitos sociais, ações de privatizações e publicizações<sup>2</sup> em nome de um projeto mais moderno que adaptasse o país à lógica do capital (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

Isso teve como resultado, não a extinção das políticas sociais, mas o seu enquadramento na lógica do governo que definiu corte de gastos para o país e reformas nas áreas sociais que significaram o afastamento do objetivo de universalidade das mesmas, alcançando características de focalização, seletividade e descentralização. Ou seja, contraditório ao estruturado pela carta cidadã no que se refere à garantia de direitos sociais ao mesmo tempo em que as mesmas medidas aumentavam o desemprego e as consequentes necessidades da população (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

---

<sup>1</sup>Contra reforma é um conceito apresentado por Behring que significa dizer que o processo de reformas que o Brasil viveu na década de 90 com o governo do Fernando Henrique Cardoso foi no sentido contrário ao que havia sido regulamentado na Constituição de 1988, assumindo o caráter neoliberal que se afirmou no mundo inteiro contra as conquistas e direitos sociais e seus gastos. Sugestão de leitura: BEHRING, Elaine Rossetti. *Brasil em Contra Reforma: desestruturação do estado e perda de direitos*. Ed. Cortez. SP: 2003.

<sup>2</sup>As publicizações foram formas de desresponsabilização do Estado frente à demandas de alto custo, mas necessárias a população, durante o governo do Fernando Henrique Cardoso. Consiste em transferir os serviços ao terceiro setor, ou seja, à população, não ao mercado (privatização) nem ao Estado (público). O termo foi utilizado por Bresser Pereira, também autor do plano de reformas da época. Sugestão de leitura: BRASIL, Presidência da República. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília, 1995.



Ainda de forma muito otimista quanto à realidade da assistência social pode-se dizer que a política ganhou ainda mais composição a partir da aprovação da PNAS, em 2004, que incluiu diretrizes como a descentralização político-administrativa, a participação popular, a primazia do Estado como responsável pela execução da política e a matricialidade sociofamiliar para se construir e implementar os serviços, benefícios, programas e projetos (BRASIL, 2004). Também continuou avançando com a NOB/SUAS em 2005, revisada em 2012, que organizou o funcionamento da política no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), dividido em dois tipos de proteção, especial e básica, com ampla organização de funções e recursos humanos a fim de facilitar o acesso dos usuários e agilizar os serviços (BRASIL, 2005).

Outra característica das políticas sociais em economias neoliberais é a responsabilização do indivíduo pela manutenção da sua sobrevivência, assim como o de sua família. Esse fenômeno, melhor entendido como *familismo*, será aprofundado no próximo capítulo. Esta forma de intervenção é característica de um Estado que se distancia do provimento do bem-estar social e responsabiliza o indivíduo pela sua ascensão econômica, sendo as famílias e, principalmente, as mulheres, peças fundamentais para a efetivação das políticas (TEIXEIRA; CERQUEIRA, 2013).

Pode-se perceber que a assistência social, prevista na Constituição de 1988 e regulamentada e organizada pelas leis que seguiram, tem como objetivo garantir direitos por meio de benefícios e serviços gratuitos, estatais ou provenientes do mercado, àqueles cidadãos que necessitarem desse acompanhamento, ou seja, é de acesso universal, mas com ações focalizadas.

A assistência social, pelos interesses de bem estar da população, encaminha seus usuários aos sistemas de saúde, da previdência social, educação, habitação etc. a fim de garantir e ampliar direitos que não são da alçada da assistência social, mas são essenciais à população.

De acordo com Colin e Jaccoud (2013), a assistência social tem seguranças alicerçadas pelo SUAS na garantia de renda e também na prestação de serviços. A garantia de renda tem como objetivo enfrentar as situações de insuficiência de recursos por meio da transferência de renda, combatendo situações de desigualdade econômica, prevenindo situações de vulnerabilidade e ampliando a capacidade de consumo dos usuários, influenciando até mesmo a economia local, porém é importante frisar que, sendo assim, ela garante com a suficiência de um sistema capitalista que seria capaz de suprir essas necessidades, sendo a transferência de renda destinada apenas aqueles não incluídos

pelo sistema de produção, e não é universal. Já a prestação de serviços objetiva garantir direitos e fortalecer vínculos a partir da intervenção do Estado, assim como incentivar potencialidades e união da comunidade, família ou usuário.

Sendo assim, este trabalho assume a perspectiva de que a assistência social, no Brasil, obteve muitos avanços quando foi regulamentada como política social, de iniciativa pública e privada, como dever do Estado e direito do cidadão. Entretanto, compreende que a regulamentação, embora seja um passo muito grande, não garantiu a sua plena execução no período de influencia neoliberal posterior. Dessa forma, há muito que se fazer, e é necessário retomar a perspectiva universalista, orientar quanto ao seu caráter de direito e não favor, organizar os serviços, benefícios e projetos e investir com orçamento e recursos humanos para que funcione de forma efetiva.

## **1.2. A deficiência das relações sociais**

Pessoas com deficiência sempre foram alvos de discriminação, seja pela diferença física facilmente perceptível ou pela diferença na forma de aprendizado, de sensibilidade e de relação com o meio a sua volta. Essa diferença entre as pessoas é natural à humanidade e isso quer dizer que todos, com os mesmos recursos, terão resultados diferentes, principalmente pessoas com deficiências. Porém, entender que a deficiência é uma relação da pessoa e a sociedade foi um passo muito grande para a busca da construção de políticas públicas mais justas (MEDEIROS; DINIZ; BARBOSA, 2010).

A discussão do que é deficiência e de como caracteriza-la e defini-la é extremamente necessária para a concessão de benefícios, nela há dois modelos principais. Talvez o modelo mais conhecido e difundido seja o biomédico, mesmo tendo variações do conceito de deficiência, esse modelo a determina como uma “disfunção do corpo”, uma questão estritamente de saúde, de que aquele corpo é incapaz de exercer certas funções, comparando-o com o que seria um corpo normal, muito atrelado à incapacidade de trabalhar (SANTOS; DINIZ; PEREIRA, 2010; SANTOS; PENALVA, 2010).

Entretanto, há também o modelo social que, a partir de estudos recentes sobre

deficiência (*disabilitystudies*<sup>3</sup>), consegue apresentá-la como uma desigualdade social, ou seja, uma relação entre a pessoa com deficiência e a sociedade (SANTOS; PENALVA, 2010). A deficiência passa, assim, a ser compreendida além de uma tragédia pessoal, mas como um contexto que merece alcançar justiça. Dessa forma, segundo este modelo, as situações discriminatórias não são causadas pela diferença de algumas pessoas, mas pela forma de interação desse indivíduo com a sociedade e dos valores da mesma, que oprimem o que não é esteticamente ou funcionalmente aceito (SANTOS; DINIZ; PEREIRA 2010).

Segundo Santos (2010), o modelo biomédico já foi um avanço, pois deslocou a deficiência dos conhecimentos religiosos que a resumiam à uma causalidade divina como castigo ou milagres. Quanto ao modelo social o autor (2010) afirma que ele é construção das ciências humanas principalmente no Reino Unido e nos Estados Unidos que chegou a estudos mais recentes que dizem que a deficiência é construção social e não individual.

De forma ampliada a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), aprovada em 2001 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e absorvida pela legislação brasileira em 2007 abrange aspectos tanto do modelo biomédico quanto do modelo social (SANTOS, 2010).

As pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, com interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2009).

Esse trecho do Decreto nº 6.949/09 da Presidência da República ilustra essa relação entre os dois modelos, uma vez que trabalha a deficiência como impedimentos físicos, mentais intelectuais ou sensoriais, mas adiciona a sua relação com a sociedade que impõem barreira às pessoas com deficiência e as impede de viver em plenas condições igualitárias, ou seja, não são elas que são diferentes a ponto de não conseguirem exercer as mesmas atividades, mas a sociedade da forma que se organiza impede que existam formas diferentes de fazer as mesmas atividades.

---

<sup>3</sup>*DisabilityStudies* é um campo de estudo acadêmico, fortemente iniciado no início da década de 90, que pesquisa e educa quanto os seus contextos políticos, econômicos, culturais e sociais. Alguns grupos promovem junto às pesquisas acadêmicas exposições de artes e manifestações a cerca do tema e da ampliação de direitos.

A principal força dos argumentos da primeira geração do modelo social é que foi sugerida analiticamente uma separação entre os corpos com impedimentos e a deficiência: a desigualdade pela deficiência surgiria pela interação do corpo com impedimento com uma sociedade que não assimila a diversidade corporal (SANTOS, 2010, p. 85).

É importante ressaltar que o modelo social surgiu em um contexto bem específico de pós II Guerra Mundial, e isso infere dizer, que foi baseado nas dificuldades que soldados de guerra que voltaram feridos enfrentavam, mas, sendo assim, pode ser considerado como uma perspectiva limitada, pois muitas vezes se resume à deficiência física. Este trabalho assume que isso não pode ser esquecido para que seus objetivos a apreensão sejam bem explanados, a fim de mostrar que este modelo também tem limitações. Ele, com certeza, foi de grande importância já que problematiza o modelo biomédico e trata a deficiência como uma questão de justiça social.

A compreensão da deficiência como uma desvantagem social transfere do indivíduo para a estrutura e atitudes sociais a causalidade da desigualdade criada a partir do corpo com impedimentos. Por exemplo, em uma comunidade essencialmente agrária com pouca valorização da educação escolar, uma criança com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) – um tipo de disfunção neurológica que pode afetar a capacidade de concentração e raciocínio que se manifesta, sobretudo, na infância (RHODE et al., 2000) – poderá apresentar um grau de desigualdade pela deficiência distinta a de uma criança com o mesmo transtorno, mas residente em uma metrópole que frequenta as aulas da escola e ainda aulas extras de inglês semanalmente (SANTOS, 2010, p. 86).

Segundo Santos (2010), após esse primeiro momento do modelo social alguns grupos materialistas históricos e feministas apresentaram críticas e temas que estão relacionados com a deficiência, mas não foram abordados pelo modelo. Os materialistas sentiram falta da relação desta desigualdade social com as relações sociais capitalistas, ou seja, dado que é este o modo de produção que reproduz as formas de relações sociais atuais, ele deveria ser considerado principalmente pelo fato de valorizar corpos sem deficiência para as suas práticas culturais. Algumas autoras feministas da época afirma-

ram que outros fatores de discriminação como gênero e raça são também questão de justiça social, além de afirmarem que a solução e o trato das pessoas com deficiência deveria ser de esfera pública e não privada, pois, assim como este trabalho afirma, fica a cargo de mulheres.

De acordo com Guimarães (2010), a segunda geração do modelo social soube adicionar demais ações que permeiam a deficiência como relação social, ampliando o conceito de desigualdade pela deficiência. Trazido por feministas, esse segundo momento considerou que para algumas pessoas, eliminar somente as barreiras físicas do ambiente, das ruas, calçadas e acessos não garantiria igualdade nem autonomia, pois há diferentes formas de deficiência, assim como há diferentes formas de necessitar de cuidados, e não restrito às pessoas com deficiência, e ser um debate de relações de gênero.

Outro ponto que não pode ser esquecido é que não se deve restringir essa compreensão de dificuldades diárias geradas pelas barreiras sociais aos corpos diferentes apenas às deficiências físicas. As deficiências mentais e intelectuais também devem ser entendidas como barreiras para a socialização dessas pessoas, pois em contato com a sociedade que não está preparada para tais diferenças, suas capacidades são ignoradas, como no processo de educação por exemplo. As pessoas com deficiência mental e intelectual também sofrem discriminação e isso se deve ao fato da sociedade partir de um comportamento aceito como normal, que não é encontrado nestas pessoas, e que deveria ser trabalhado como um problema de justiça social (SANTOS, 2010).

Ficou claro perceber que os dois modelos (biomédico e social) são bem antagônicos ao definir o que seja deficiência e tal diferenciação é extremamente importante na formulação de políticas públicas, uma vez que a forma como elas serão executadas depende do entendimento do que é deficiência para incluir ou excluir pessoas de programas, e principalmente para definir que tipo de proteção essa política pretende oferecer, a quem se deve proteger, etc. Ou seja, o modelo biomédico pode influenciar em medidas sanitárias, como medicalizações e reabilitação, ao passo que o modelo social pode procurar investir e planejar políticas de afirmação e de adequação da sociedade para a inclusão da participação de pessoas com deficiência (SANTOS; DINIZ; PEREIRA, 2010).

O que é importante é entender o enfrentamento da deficiência como a busca por uma sociedade mais justa que não descrimine nem exclua as pessoas com deficiência. Foi nessa busca pela justiça que a Constituição Federal Brasileira de 1988, e atual,

atribuiu como responsabilidade da assistência social, a proteção social às pessoas com deficiência (SANTOS; DINIZ; PEREIRA, 2010).

A partir de então, foi criado o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que vamos tratar mais profundamente no próximo tópico, regulamentado pela LOAS como um benefício individual de transferência mensal de um salário mínimo a idosos e pessoas com deficiência que não tenham como se sustentar ou ter seu sustento garantido pela família. O BPC, na sua definição na LOAS considera pessoa com deficiência, baseada no conceito da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, por

[...] aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 1993).

Desde o princípio, por ser um benefício individual destinado à pessoa idosa ou com deficiência, o BPC não se configura como uma política afirmativa que poderia interferir na relação social entre a pessoa com deficiência e a sociedade. Porém, a definição de quem é a pessoa com deficiência compreende, não só as características físicas e incapacidades de funcionalidades do modelo biomédico, mas também a relação delas com a sociedade entendendo que há discriminações e opressões, ditas como “barreiras”, que impossibilitam plena igualdade nas interações sociais.

Isso pode ampliar o grupo de pessoas com deficiência atendidas pelo benefício, uma vez que se pode entender ser necessária a transferência monetária pela constatação das dificuldades diárias nas relações sociais a partir de uma compreensão do modelo social.

O Brasil assinou em 2007 a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada pela Assembleia das Nações Unidas em 2006. Essa convenção explicita a necessidade da criação de medidas públicas que intervenham na garantia dos direitos humanos e das liberdades fundamentais das pessoas com deficiência. Entretanto, a convenção aprofunda o assunto e reconhece que a desigualdade gerada pela deficiência atinge, no geral, as mulheres, cuidadoras ou pessoas com deficiência, mas até os dias de hoje não houve nenhuma medida do governo brasileiro para modificar essa rea-

lidade, seja ampliando o BPC, ou consolidando outra política para atender a essa especificidade de gênero.

### **1.3. A execução de um benefício nestas condições: O BPC**

Como já falado, o BPC foi regulamentado pela LOAS, mas só foi implantado anos depois com o Decreto nº 1.744 em 1995 e se configura na disponibilização de uma transferência monetária para suprir situações de insuficiência financeira do usuário lhe garantindo independência e autonomia. No caso, as pessoas idosas e com deficiência que comprovem que não têm, sozinhas ou com o apoio da família, como prover sua manutenção, a partir de laudos médicos e perícia (em caso de deficiência) e da comprovação de que a renda *per capita* da família é inferior a um quarto do salário mínimo (BRASIL, 1993).

O BPC foi o primeiro benefício assistencial da seguridade social desvinculado da contribuição a partir da proposta de um pagamento no valor de um salário mínimo todo mês à pessoa com deficiência que não conseguisse manter-se financeiramente. Antes dele havia uma transferência da Previdência Social destinada às pessoas com mais de 70 anos de idade ou consideradas “inválidas”<sup>4</sup> que não tinham atividade remunerada e comprovassem não ter renda familiar superior a 3/5 (60%) do salário mínimo da época, chamado Renda Mensal Vitalícia – RMV (BRASIL, 1974).

A partir da solicitação da Emenda Popular, nº PE00077-6, o Benefício de Prestação Continuada foi incorporado à Carta, sendo um avanço da RMV, uma vez que desvinculava o benefício da obrigação da contribuição (FREITAS; SOUZA; MARTINS, 2013).

Alguns marcos regulatórios foram importantes na trajetória do benefício. A Lei 10.741/01 que dispõem sobre o Estatuto do Idoso influenciou muito o benefício que, além de pessoas com deficiência, atende a pessoas idosas. Uma das mudanças desta lei que mais impactou o BPC foi a decisão do capítulo VIII que decidiu sobre aos benefícios da assistência social, sendo que teriam direito ao BPC idosos com idade igual ou maior do que 65 anos, e que o valor de algum membro da família que já recebe o bene-

---

<sup>4</sup>Termo utilizado na época para designar pessoas com deficiência que comprovassem não poderem trabalhar.

fício não pode ser computado no cálculo da renda per capita para a concessão do benefício ao segundo idoso, possibilitando mais usuários (BRASIL, 2003).

Outra modificação foi a introdução da Avaliação Social para a aceitação ou recusa da transferência monetária do benefício nas alterações da LOAS, ou seja, a entrada de assistentes sociais no momento de avaliar as condições de necessidade do usuário e de sua família. Esta mudança, além de aproximar o benefício de conceitos mais amplos de deficiência e ampliar o público alvo, retirando a avaliação biomédica como o único conceito de aprovação para o benefício, aproximou a profissão do serviço social deste benefício socioassistencial organizando as ações, técnicas, dificuldades e potencialidades da atuação do profissional na área (CFESS, 2013).

Assim como, a fim de cumprir com os fins da CF/88 e a partir das diretrizes do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), foi assinada a Portaria Normativa Interministerial<sup>5</sup> nº 18 do dia 24 de abril de 2007 que criou programa BPC na Escola, que tem como objetivo garantir a permanência de crianças e jovens com deficiência, usuários do BPC, nas escolas, evitando a evasão a partir de políticas de assistência social, educação, saúde e direitos humanos com o apoio e adesão dos estados, municípios e do Distrito Federal. Para alcançar esse objetivo é necessária a coleta de dados desses usuários e famílias, acompanhamento dos CRAS e intervenções dos demais setores (BRASIL, 2007).

De acordo com o “relatório de pesquisa sobre o acesso a medicamentos, órteses e próteses pelos beneficiários do BPC na Escola”, realizado em 2012 pelo Ministério da Saúde, 19.223 usuários do benefício foram contabilizados via Ouvidoria Geral do Sistema Único de Saúde, dentre crianças e adolescentes incapazes para vida independente, Desse número, 28,77% responderam os questionários da pesquisa em questão, 6% tinham até 06 anos; 42% tinham de 7 a 12 anos e a maioria, 52%, tinham de 13 a 18 anos, como o gráfico abaixo<sup>6</sup> mostra:

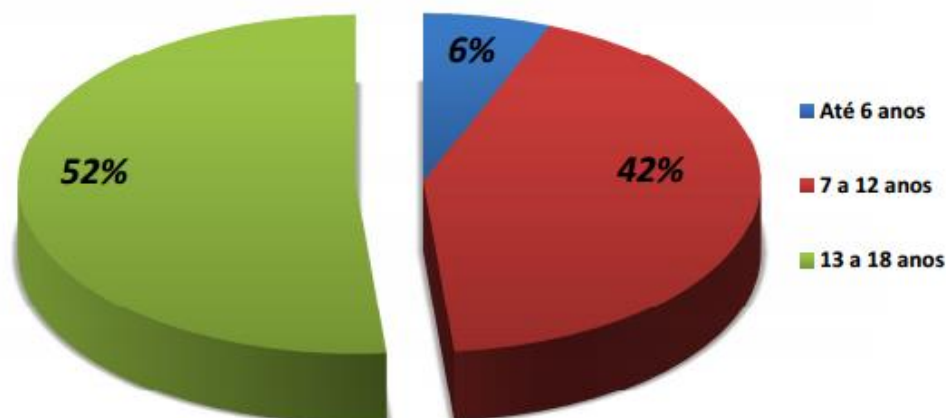
---

<sup>5</sup> Envolve o Ministério da Educação, o ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, o Ministério da Saúde e o Secretário Especial dos Direitos Humanos.

<sup>6</sup> “Gráfico 4” do “relatório de pesquisa sobre o acesso a medicamentos, órteses e próteses pelos beneficiários do BPC na Escola” feita pelo Ministério da Saúde em 2012. Referente às idades das crianças e adolescentes beneficiários do BPC retirado do relatório. Fonte: Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/SGEP/MS.



**Gráfico 1: Porcentagem das idades de crianças e adolescentes, de 0 a 18 anos, beneficiários do BPC que responderam o questionário do BPC na Escola.**

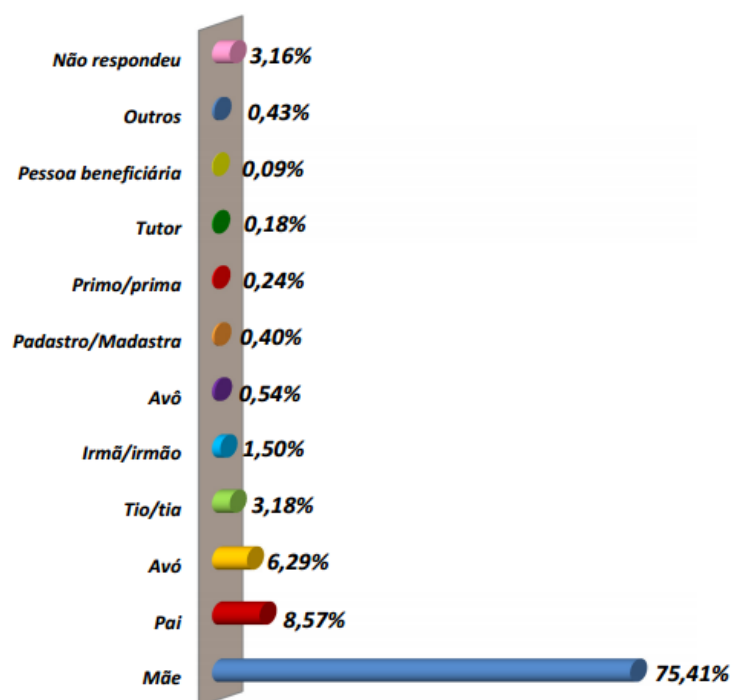


FONTE: Ministério da Saúde, 2012.

Um dado muito relevante desta mesma pesquisa é que tais entrevistas foram feitas com os responsáveis pelas crianças e/ou adolescentes beneficiários do BPC, pois eles são menores de idade e, dos que responderam 75,41% dos responsáveis pelos beneficiários eram as mães. Isso significa comprovar que a maioria das responsáveis e cuidadoras dessas crianças e desses adolescentes com deficiência são mulheres, suas mães. É válido ressaltar que as informações mostram que dos demais responsáveis (menos de 25%), outras mulheres são responsabilizadas, como a avó em 3º lugar, segundo a imagem<sup>7</sup> a seguir ilustra:

**Gráfico 2: Porcentagem da relação de parentesco entre o/a cuidador(a) responsável pela criança/adolescente beneficiário do BPC que responderam o questionário do BPC na Escola.**

<sup>7</sup>“Gráfico 5” do “relatório de pesquisa sobre o acesso a medicamentos, órteses e próteses pelos beneficiários do BPC na Escola” feita pelo Ministério da Saúde em 2012. Referente ao controle dos responsáveis pelas crianças e adolescentes beneficiários do BPC que responderam o questionário. Fonte: Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/SGEP/MS.



FONTE: Ministério da Saúde, 2012.

O BPC é um benefício socioassistencial, parte da política da assistência social, e tem como principal função a proteção social básica a partir de transferência monetária, para garantir a segurança de renda, autonomia e independência com qualidade de vida de pessoas com deficiência e/ou idosas que por decorrência da deficiência e do ciclo de vida, somado à situação de pobreza da família, não têm condições de se sustentar, além de acessar programas como o BPC na Escola, de permanência no ensino fundamental e médio, e o BPC Trabalho, de capacitação do usuário para o retorno ao mercado (COLIN; PEREIRA, 2013).

O benefício é individual, não vitalício e intransferível, ou seja, pretende manter a independência financeira de apenas uma pessoa, com deficiência ou idosa, cuja família não tenha condições para isso. Há, ainda, a requisição de confirmação, a cada dois anos, da necessidade do benefício e que não pode ser transferido para ninguém, nem mesmo depois da morte do beneficiário.

Como apontado, além do usuário não poder se sustentar, mesmo sendo este benefício individual, o cálculo feito para possibilitar a transferência do valor considera a renda familiar, uma vez que, antes do Estado, a família e a sociedade são responsáveis pelo indivíduo.

Assim, como já abordado, as políticas sociais atuais cada vez mais responsabilizam os indivíduos e seus familiares pela manutenção de sua vivência e melhoria econômica, social e cultural. O caso do BPC tem especificidades na compreensão do que seja família e de como isso interfere nas condições necessárias para obter o benefício.

Família, para a concessão do BPC, é constituída por: o beneficiário, ou o requerente do benefício, seu cônjuge, filhos e irmãos, se não emancipados ou maiores de 21 anos ou inválidos, seus pais, madrasta e padrasto, que morem sob o mesmo teto.

Esse entendimento do que é família está muito mais semelhante ao conceito da previdência social, necessário para repasse justo de pensão pós-morte aos segurados e bem distante da noção de família da assistência social, de “unidade mononuclear, vivendo sob o mesmo teto, cuja economia é mantida pela colaboração de seus integrantes” (BRASIL, 1993). A escolha por essa definição afasta o benefício dos demais programas da assistência social e parece não ter razão que justifique a diferença, pois tal conceito pode excluir ou incluir pessoas, comparando caso se compreendesse família como determina a LOAS (MEDEIROS; BARROS; NETO, 2010).

Tal aproximação caracteriza o BPC como um programa social que muitas vezes se confunde com os benefícios da previdência, contudo é importante ressaltar que tal equívoco deve ser desmistificado, pois apesar do repasse ser via o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), as políticas da previdência e a assistência social têm características orçamentárias diferentes. A previdência social é a parte contributiva da Seguridade Social e, segundo as autoras Mendes e Wunsch (2009), tem se assemelhado cada vez mais ao seguro social, tendo cada vez menos contribuintes, dado o trabalho informal e o desemprego, sem ampliação e criação de direitos sociais, responsabilizando o indivíduo pela sua reinserção no mercado de trabalho como superação de suas demandas sociais como forma de pressão de um Estado mínimo neoliberal. A assistência social ainda garante o caráter da proteção social mais abrangente e não contributiva, ampliando cada vez mais os números de usuários e os programas assistenciais.

Dessa forma, para inscrever a pessoa idosa ou com deficiência no benefício, nem a família, nem o beneficiário precisa ter contribuído para a previdência, mas devem receber *per capita* e por mês um valor inferior a um quarto de salário mínimo. Sendo assim, o benefício não se restringe apenas às pessoas idosas ou com deficiência, mas às que, além disso, também sejam, e tenham família, pobres.

O Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) é responsável por gerir o programa, via a Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) que

coordena, regula, financia e monitora a avaliação do benefício que é operacionalizado pelo INSS. Os recursos vêm da seguridade social, sem ter contribuição direta do usuário. Segundo dados do ministério, a última avaliação, em 2012, contabilizou 3,6 milhões de usuários do benefício, sendo destes mais da metade, 1,9 milhões, pessoas com deficiência (BRASIL, 1993).

É contraditório criar um benefício monetário individual, justificado pela dificuldade dessa pessoa se auto prover, seja devido à idade ou à deficiência e suas implicações com a sociedade, mas que conta com a renda familiar para ser efetivado. O fato da família também não poder ter condições de cuidar dos gastos da pessoa com deficiência para ter direito à transferência monetária do governo reforça que primeiramente a responsabilidade da pessoa com deficiência é da família e somente dela, cabendo ao Estado a interferência apenas em situações extremas.

De acordo com Nussbaum (2010), todos necessitam de cuidado, uns mais que outros, pois “algumas fazes da vida, e algumas vidas, geram dependência mais profunda que outras” (NUSSBAUM, 2010, p. 35) e, sendo assim, cabe ao Estado organizar formas de cuidado dessas necessidades de extrema dependência. Sem esquecer que a deficiência traz modificações e influencia não só à vida da pessoa em questão, mas também de outras, principalmente daquelas que assumem o papel de assegurar sua dependência de cuidado (MEDEIROS; DINIZ; BARBOSA, 2010).

Isso implica dizer que o benefício deve considerar o contexto familiar da pessoa com deficiência e entender que as pessoas a sua volta influenciam e são influenciadas por essa diferença física, mental, intelectual ou sensorial, também sofrendo a desigualdade pela deficiência, mesmo sem serem pessoas com deficiência.

Entretanto, não é apenas uma questão financeira, do custeio dos gastos gerados por essas diferenças e demais orçamentos previstos, cria-se uma relação de dependência e cuidado muito íntima que muda a rotina de todos os cuidadores, que deveriam ser considerados pela política social como indivíduos que também necessitam de proteção, pois são alcançados pela deficiência, como injustiça e desigualdade social, assim como o beneficiário (Nussbaum, 2010).

A autora Guimarães (2010) aborda a importância de “estabelecer uma estrutura para uma política voltada às pessoas deficientes que leve em consideração as relações de dependência” (GUIMARÃES, 2010, p. 204 - 205), ou seja, a partir daí é possível inferir a importância de se incorporar na política social destinada às pessoas com defici-

ência as necessidades daqueles de quem dependem, pois são estes os alicerces para a manutenção da vida do beneficiário.

## **Capítulo 2 O CUIDADO COMO ATIVIDADE FEMININA E A SUA DESVALORIZAÇÃO COMO TRABALHO**

É preciso compreender que demandar por cuidado não é uma especificidade da pessoa com deficiência, muito pelo contrário, todos os seres humanos irão precisar de cuidado em alguma fase da vida, seja quando criança ou idoso, ao menos (NUSSBAUM, 2010). Entretanto, o que é considerado regular é que a figura de quem cuida é na maioria das vezes a mesma: uma mulher (MARCONDES, 2013).

Isso acontece devido à separação de atividades entre feminino e masculino e pelo entendimento do que sejam essas categorias. Às mulheres ficaram reservadas as tarefas do mundo privado, ou seja, da esfera domiciliar, do cuidado dos filhos, do marido, da casa etc. aos homens foram destinadas as atividades do mundo público, ou seja, do trabalho fora de casa, da possibilidade de ir e vir em qualquer espaço, dentre outros. (MARCONDES, 2013).

Por mais que essa construção não seja mais tão engessada hoje em dia e que haja a possibilidade das mulheres irem trabalhar fora de casa livremente e dos homens terem assumido algumas tarefas domiciliares em muitas famílias, o costume ainda é de atribuir as funções domésticas às mulheres e o abastecimento financeiro do lar aos homens. Isso se deve ao fato de que é construído que ser cuidadosa, carinhosa, delicada, organizada e ter demais atitudes importantes para cuidar dos outros são características femininas o que, a partir do momento que as mulheres saem para trabalhar fora de casa, cria a dupla jornada de trabalho (YANNOULAS, 2003).

No cuidado de pessoas com deficiência a realidade se mantém, como os gráficos da pesquisa do Ministério da Saúde demonstraram: a maioria das pessoas que realizam essa função de cuidadora é de mulheres e os estudos reunidos neste Trabalho de Conclusão de Curso apontam que elas são motivadas a cumprir com essa tarefa devido à construção de que esse papel é delas, mesmo que para isso elas tenham que abdicar das suas vidas, estudos, emprego e demais conquistas e atribuições pessoais.

Ao mesmo tempo em que recaem todas essas atividades sobre as mulheres, não há valorização de seu trabalho, pois ele é considerado improdutivo aos olhos da produção capitalista por não produzir diretamente valor de troca (MARX, 2004b).

Essa realidade não é só forçada por um consenso social, mas também é reafirmada pelas políticas sociais atuais no Brasil, de cunho familista, como algumas iniciativas da assistência social, que responsabilizam a família pela manutenção do bem estar de todos os seus integrantes. Porém, dado que as responsáveis pela família são as mulheres, recai sobre elas a demanda de bem estar de todos, que deveria ter mais participação do Estado.

## **2.1. O cuidado é feminino**

Cuidado é uma palavra que denota uma relação entre alguém que cuida e alguém que é cuidado. Esse pode ser um conceito de cuidado, entretanto é muito amplo.

Segundo a autora Guimarães (2010), o cuidado primeiramente foi entendido como um ato de amor nas teorias feministas. Isso denotava que houvesse alguém que exercia o cuidado e outro que o recebia, mas que não fossem duas pessoas quaisquer: que sentissem carinho, benevolência e paciência para com a outra pessoa. E o cuidado como forma de amor seria uma ação cotidiana, que todos teriam com todos, de preocupação e atenção a todos, intrínseca ao ser humano e não aprendida culturalmente. Esse conceito foi denominado de Abordagem Feminina do Cuidado.

A própria abordagem feminista questionou e criticou esse entendimento ao longo de sua trajetória, passando a tratar do cuidado como uma demanda de direito, ou seja, saindo das relações familiares e de pessoas conhecidas e ocupando o espaço das relações sociais da esfera pública. O cuidado do ser humano com ele mesmo, com as outras pessoas e até com o meio ambiente (GUIMARÃES, 2010).

Dessa forma, o feminismo aponta que para todas as pessoas existem momentos de maior dependência e menor dependência, e que, podendo ser agravados pela idade ou por condições de deficiência, ou não, todos vão necessitar de cuidado em algum momento da vida. Ou seja, o valor do cuidado é um processo de percepção das necessidades de outras pessoas, a fim de buscar o bem estar próprio e dos demais (NUSSBAUM, 2010).

Além de colaborarem para a construção do conceito social de deficiência, já explicitado, a corrente feminista também apresentou que é imprescindível discutir a divisão sexual do trabalho ao tratar das relações de cuidado, pois é um fato cultural,

historicamente construído, que a prática de cuidar seja das mulheres e a divisão sexual do trabalho apresenta a separação de atividades segundo os papéis que homens e mulheres exercem socialmente, sendo este baseado em nenhum fator biológico, mas na reclusão de atividades da esfera pública e produtiva aos homens e de atividades da esfera privada e de reprodução social às mulheres (MARCONDES, 2013).

[...] entendemos o cuidado como uma prática social que, ancorada na divisão sexual do trabalho tem como objetivo atender às necessidades humanas concretas, mas também emocionais e psicológicas, pressupondo a interação face a face entre quem cuida e quem é cuidado e uma relação de interdependência. Trata-se de um trabalho essencial para a reprodução social da vida humana (MARCONDES, 2013, p. 258).

Dessa forma, o cuidado é uma relação essencial para a vida das pessoas que, em momentos específicos de suas vidas, vão ter necessidades de serem cuidadas ou de cuidar de outro. Entretanto, socialmente, essa prática não é realizada por todas as pessoas de forma igual, e sim majoritariamente pelas mulheres. A prática do cuidado está relacionada ao feminino, uma vez que historicamente, às mulheres é conferida a responsabilidade das tarefas de cuidado da casa e da família, sem serem remuneradas ou valorizadas de qualquer outra forma. Isso não é diferente quando há necessidade de um cuidado específico, como por exemplo, no acompanhamento de uma pessoa com deficiência na família.

Essa relação, de quem cuida e quem é cuidado, é uma relação de poder onde, mesmo que o padrão ideal seja de um homem independente e autossuficiente, aquele que detém poder é cuidado, criando àquele que cuida uma situação de subserviência. “Apesar de ser uma atividade essencial para a sustentabilidade da vida humana, o cuidado e quem cuida são desvalorizados” (MARCONDES, 2013, p. 251).

Marcondes nesse texto (2013), explica que há dois tipos de relação de ética entre as pessoas. A primeira, da esfera pública, é basicamente uma ética pautada na justiça, da democracia, racionalidade, civilidade em que o que é aparentemente bom para a maioria segue como modelo, entendendo esta maioria como, na realidade, aqueles que detêm poder: homens brancos, jovens e da classe média alta. A segunda, da esfera privada, é uma ética do cuidado, baseada na relação interpessoal dos seres e na efetivação de atividades coletivas em família, domésticas, em domínio privado.



Entender essas duas categorias se faz necessário para poder ampliar o debate de quais são as competências socialmente destinadas aos homens e às mulheres. Não é difícil deduzir que a ética da justiça é feita para homens e que a ética do cuidado é feita para as mulheres.

É a partir daí que se subentende que “naturalmente” as mulheres são cuidadoras, amorosas e têm a função social de cuidar dos outros indivíduos, como se isso fosse instintivo e nascesse com elas, quando, na verdade, é construído socialmente, reafirmado por diversas leis, políticas e benefícios, e reproduzido diariamente de inúmeras maneiras.

Seja em casa, nos hospitais ou nas escolas, as mulheres cuidam. Desde a infância até se tornarem idosas, as mulheres cuidam de crianças, idosos, deficientes e mesmo de homens adultos. A existência social feminina se realiza a medida que elas cuidam (MARCONDES, 2013, p. 251).

Segundo Marcondes (2013), o cuidado foi historicamente construído como uma função feminina e hoje se configura como uma necessidade do feminino, como uma característica que antecede o que é ser feminino, relacionando todas as mulheres ao cuidado, à sensibilidade, ao carinhoso e delicado. Dessa forma, as mulheres nascem e crescem em uma sociedade que relaciona sua existência com o atendimento às necessidades de outras pessoas, que precisam de ajuda para realizá-las, ou não.

Guimarães (2010) comprova em seu artigo que são mesmo as mulheres que se responsabilizam pelos cuidados das pessoas com deficiência, especificamente, pois ela faz uma pesquisa quanto às denúncias que chegam à Promotoria de Justiça da Pessoa Idosa e da Pessoa com Deficiência do Distrito Federal (PRODIDE) e apresenta que mais de 40% das denúncias que chegam são de mulheres não deficientes, cuidadoras de alguém com deficiência. Segundo a autora, no Ministério Público é frequente a procura de mulheres, sem deficiência, por informações sobre acesso a medicamentos, consultas, direitos às pessoas com deficiência e também para reclamações em relação à acessibilidade, condições de saúde e nos serviços. Esse número é mais um dado que demonstra que são as mulheres que representam a responsabilidade do cuidado das pessoas com deficiência.

Essas mulheres se tornam cuidadoras sempre que uma pessoa apresenta uma demanda por dependência. É papel delas, socialmente construído a partir da divisão sexual do trabalho, que elas assumam essa atividade. E se tratando de uma pessoa com deficiência a dependência é ainda maior, exigindo atenção totalmente voltada a isso, à alimentação desta pessoa, higiene, suas consultas médicas, educação etc. quando ainda não se adicionam à manutenção da casa, da alimentação, higiene e cuidado dos outros filhos e companheiro, que também são atribuições historicamente femininas. Esta tabela A tabela a seguir feita com dados do IBGE a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios em 2011, divulgada pelo Relatório Anual Socioeconômico da Mulher em 2013, comprova que são as mulheres que realizam as atividades domésticas de cuidado da casa e dos familiares, uma vez que elas representam maioria, 68% do total de pessoas que tem esses afazeres e 58% que dividem essa tarefa com outras ocupações.

**Tabela 1: Distribuição percentual das pessoas de 16 anos ou mais de idade que realizam afazeres domésticos, total ocupadas, por sexo.**

Grandes Regiões	Distribuição (%) das pessoas de 16 anos ou mais de idade que realizam afazeres domésticos, total e ocupadas, por sexo (1000 pessoas)					
	Total			Ocupadas		
	Total	Mulheres	Homens	Total	Mulheres	Homens
<b>Brasil</b>	<b>100</b>	<b>68</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	<b>58</b>	<b>42</b>
Norte	8	65	35	8	53	47
Nordeste	26	71	29	24	60	40
Sudeste	43	68	32	43	59	41
Sul	16	63	37	18	55	45
Centro-Oeste	7	68	32	8	59	41

**Fonte:** IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Rio de Janeiro-RJ, 2011.

Fonte: Relatório Anual Socioeconômico da Mulher, 2013.

Sendo assim, o Relatório Anual Socioeconômico da Mulher divulgado em 2013 demonstra que ainda não há equidade na divisão de tarefas domésticas entre homens e mulheres. Atividades domésticas são também trabalho de cuidado, de manutenção da casa e da família, e estes dados confirmam que são elas as responsáveis por estas tarefas.

Como já exposto, vivemos em um sistema econômico capitalista e este determina as nossas relações sociais que, a partir dele, se constroem. Esse sistema, básica-

mente, se sustenta a partir da existência de dois grupos antagônicos: trabalhadores e capitalistas. Dentro da relação do mercado os primeiros possuem sua força-de-trabalho, para vender aos capitalistas, e fazem parte do mercado consumidor das mercadorias produzidas, os segundos possuem os meios de produção. (MARX, 2004a).

Segundo Marx (1983), o trabalho é um processo de transformação da natureza pelo ser humano no intuito de se apropriar do material natural de forma útil à sua vida. Esse processo de transformação da natureza é o mesmo processo de transformação do ser humano e da sociedade, uma vez que a realização do trabalho modifica as necessidades sociais e o conhecimento da sociedade alcançado pelo ser humano, sendo o processo de trabalho encerrado quando o produto está pronto.

Ao contrário do processo de trabalho natural da transformação da natureza exposto acima, como obtenção de um objeto com valor de uso e a consequente transformação social no sentido de evolução dos meios de produção e das relações sociais, o processo de trabalho capitalista, de acordo com Marx, demonstra características particulares. Primeiramente “o trabalhador trabalha sob o controle do capitalista a quem pertence seu trabalho” (MARX, 1983: 154); além disso, “o produto é propriedade do capitalista e não do produtor direto, o trabalhador” (MARX, 1983: 154).

Marx (1983) afirma que os trabalhadores que vendem a sua força de trabalho e os capitalistas que a procuram para vender, neste momento da negociação, têm o mesmo valor jurídico. Segundo o autor, o sistema tem como objetivo a mais-valia e sua apropriação pelos capitalistas. A produção tem objetivo além de produzir uma mercadoria com valor de uso, ou seja, com utilidade, ela deve ter valor de troca, um valor monetário que seja maior do que o gasto pela produção, que incluem o valor com a mão de obra, com os materiais e meios de produção.

Dessa forma o capitalista tende a querer um valor de uso que tenha valor de troca, sendo este o valor de troca com mais-valia (MARX, 1983). Para isso, utiliza-se da apropriação do trabalho contratado para a criação de um produto e ao vender tal mercadoria, repassa-se apenas uma pequena quantia aos trabalhadores produtores e o capitalista, sozinho, soma o montante que sobra, a mais-valia, a fim de empregar mais dinheiro na produção, contratando mais força de trabalho ou investindo em máquinas e, principalmente, enriquecer (MARX, 2004a).

Assim, o trabalho se torna “produtivo” para o capital quando garante que os seus interesses sejam alcançados, ou seja, quando agrega diretamente valor de troca ao objeto e gera a mais-valia na sua venda sob a exploração do trabalhador. Sendo assim, o

trabalho, para o capital, é considerado “improdutivo” quando não agrega valor de troca diretamente ao produto, ou seja, não é visível como útil nenhuma atividade que apenas favoreça o processo de acumulação e não o faça diretamente (MARX, 2004b).

Entretanto, trabalhos, como serviços, mesmo que não estejam fabricando a mercadoria que terá valor de uso, de troca e mais-valia, fazem parte do processo de produção capitalista e tal distinção nominal não significa, em nenhum momento, dizer que um seja necessário ou desnecessário ao capitalismo e suas relações sociais, muito pelo contrário, ambos são necessários. A nomeação de trabalho produtivo e improdutivo serve apenas para descrever a forma com que esses trabalhos produzem valor, direta e indiretamente.

O trabalho de cuidado é considerado, no sistema capitalista de produção, um trabalho improdutivo, por não gerar valor diretamente, não cria nenhum produto, mesmo não se tratando de pessoas cuidadoras que exercem essa atividade como profissão, as mulheres que se tornam cuidadoras, sem serem reconhecidas como tal, cumprem o papel desse serviço de cuidados, mesmo sem estarem contratadas por ninguém.

Dizer que o cuidado não profissional é improdutivo não significa dizer que ele não seja importante, muito pelo contrário, o cuidado é extremamente importante para a reprodução social, pois é ele que possibilita o suprimento das necessidades básicas de quem está sendo cuidado para que estes também possam trabalhar e todos reproduzam certos conceitos e comportamentos importantes para a reprodução do sistema.

Entretanto, mesmo sendo tão necessário quanto o trabalho produtivo, não produzir valor de troca já é o suficiente para que as atividades de trabalho improdutivo são desvalorizadas socialmente por, mesmo não sendo, parecerem inferiores, algo que não precisa de mão de obra especializada, por exemplo, que pode ser facilmente substituído por outro trabalhador, ou no caso, outra trabalhadora.

É interessante demonstrar a partir de exemplos, segundo os casos apresentados por Regan, Ardore e Hoffmann (1993) e em Guimarães (2010), que mesmo sendo desvalorizada, a demanda do cuidado de seus filhos, uma criança ou jovem, com deficiência gera tanto trabalho (dispêndio de tempo e atenção) que as mães deixam sua carreira, profissão, emprego, faculdade, entre outras atividades, para se dedicarem estritamente ao cuidado dessas pessoas.

Regan, Ardore e Hoffmann (1993), apresentam no resultado do acompanhamento do Grupo de Mães da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

de São Paulo (APAE SP)<sup>8</sup>, que pode-se perceber em diversos relatos, que as mães se sentiram influenciadas a deixar de trabalhar para assumir a maioria das responsabilidades do cuidado com o filho com deficiência, além dos cuidados da casa, mesmo com a presença de um companheiro.

Quando casamos, embora eu trabalhasse fora, toda a responsabilidade da casa recaía sobre mim [...] Após o nascimento de Eduardo, a situação se agravou e embora eu deixasse de trabalhar para me dedicar a ele, não estava conseguindo dar conta de todos os afazeres (REGAN; ARDORE; HOFFMANN, 1993, p 45).

Os relatos de cuidadoras de pessoas com deficiência tratam de necessidades que elas passam a ter quando se tornam cuidadoras, principalmente dos filhos e demais parentes, pois assumem essa função como uma responsabilidade natural delas, sem ajuda de mais ninguém, abandonam seus outros afazeres para se dedicar ao cuidado.

Isso se refere a outra possível categorização do trabalho em duas esferas, a do mercado de trabalho e a do mundo do trabalho<sup>9</sup>. A esfera do mercado de trabalho consiste na venda da força de trabalho e sua consequente remuneração, seja de trabalho produtivo, de montagem de um carro, por exemplo, ou de um trabalho improdutivo, no atendimento de serviços. A outra esfera, que engloba a do mercado de trabalho e a supera, é a do mundo do trabalho, que abriga todos os tipos de trabalho, que têm um tipo de contrato, da venda da mão de obra e sua remuneração, ou não, incluindo assim o trabalho com a manutenção da casa, tomada de decisões acerca da família e claro, o cuidado dos filhos, pessoas idosas e de pessoas com deficiência.

As mães entrevistadas para a pesquisa de Guimarães (2010) quanto às denúncias que chegam à PRODIDE expõem, ainda, que as dificuldades da pessoa com deficiência se estendem a elas, pela dificuldade que é o cuidado dessa pessoa, principalmente sem a garantia de políticas públicas e sem a devida valorização. Ou seja, o trabalho de cuidadora é também afetado pela restrição de direitos das pessoas com deficiência, pois

---

<sup>8</sup>O livro é a conclusão de um trabalho de pesquisa de psicólogas no grupo de mães da APAE de São Paulo que teve como objetivo observar a dinâmica familiar após a chegada de uma criança com deficiência. Reúne relatos de mães, principalmente, e expõem temas, preocupações e situações que elas têm em comum e analisa a partir de uma perspectiva da psicologia. Entretanto, os relatos foram muito importantes para exemplificar situações para este trabalho.

<sup>9</sup>Informação fornecida por Silvia Yannoulas, em palestra proferida na disciplina de Relações Sociais, Família e Serviço Social. Universidade de Brasília, Brasília, em 01 nov. 2014.

assim também são restringidos direitos dessas mulheres, ainda mais quando não há proteção social específica para a realidade delas.

Sendo assim, o cuidado das mães com seus filhos com deficiência é entendido por esta pesquisa como trabalho, pois exige tempo e dedicação para ser realizado, integrando o mundo do trabalho e, segundo a classificação de Marx, um trabalho improdutivo. Mas, além disso, o trabalho do cuidado é historicamente feminino, pois na divisão sexual do trabalho às mulheres restou o papel de fornecer a todos que com elas se relacionam as melhores condições de vida, via conforto, saúde, alimentação, higiene e demais atividades, a partir de características socialmente construídas como femininas como o carinho, atenção, paciência, delicadeza entre outros adjetivos.

## **2.2. A construção histórica da divisão sexual do trabalho**

De acordo com Yannoulas (2013), existem duas formas de mensurar a inserção das mulheres no mercado de trabalho: a feminilização e a feminização. O primeiro conceito, de feminilização, quantifica a entrada de mulheres em atividades remuneradas, saindo do espaço privado e alcançando a esfera pública. A outra, da feminização, qualifica esse movimento procurando enxergar o porquê que as mulheres ocupam certas atividades, quais as condições de localização desses empregos e qual o nível de segurança, higiene e precarização desses trabalhos.

A autora apresenta que nem todos os autores que utilizam dessa nomenclatura atribuem diferença entre os termos ou fazem crítica sobre os processos, inclusive aponta que há autores que invertem os significados de cada uma delas. Dessa forma, estes conceitos que serviram de base para esta pesquisa não são consenso na própria abordagem feminista. Para fim de realização deste trabalho, concorda-se com os conceitos e sentidos apresentados por Yannoulas (2013).

Sendo assim, a feminização não contrapõe a feminilização, apenas a completa, trazendo aos números de inserção das mulheres no mercado de trabalho uma contextualização de como, onde e porque é feita essa inserção. Lembrando que por ser qualitativa, a feminização é mutável de acordo com a cultura local e o momento histórico, além de seu conceito ser passível de interpretação.

É importante trabalhar o conceito de feminização, pois é ele que vai dar nome ao processo histórico de atribuição a atividades de cuidado às mulheres, em todo o mundo

do trabalho. Dessa forma, a feminização explica a entrada paulatina das mulheres como provedoras do sustento da família, possibilitando maior independência financeira, mas ao mesmo tempo atribuindo funções ao papel das mulheres, sem retirar nenhuma atividade já destinada à elas. Ou seja, os aspectos negativos da feminilização são explicados pela feminização que expõem que os postos de trabalhos alcançados têm diversos problemas (YANNOULAS, 2013).

As mulheres possuem atribuições culturalmente exigidas de seu desempenho de gênero. O cuidado é especificamente uma atividade feminilizada, ou seja, feita por mulheres, tanto na esfera privada, da família, realizado pelos papéis de mãe, avó, tia, irmã etc. quanto na esfera pública, que passa a ser ocupada por mulheres, mas em profissões e atividades bem específicas.

Elas assumem tarefas no mercado de trabalho que são extensão das suas atividades familiares, uma das provas disso é que o primeiro espaço cativado pelas mulheres no Brasil foi a de ensino básico e infantil, trabalho este que quanto mais se exige de carinho, paciência e cuidado, mais se entende que deve ser realizado por mulheres, pois essas características são construídas como femininas (YANNOULAS, 2013).

A tabela a seguir, com dados do IBGE, da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2011, divulgada pelo Relatório Anual Socioeconômico da Mulher em 2013, aponta a separação das atividades entendidas socialmente como femininas e masculinas e prova que trabalhos relacionados ao cuidado, como por exemplo: “educação, saúde e serviços sociais”; “serviços domésticos” e; “outros serviços coletivos, sociais e pessoais” são realizados por mulheres.

**Tabela 2: População ocupada de 16 anos ou mais de idade, total e proporção por sexo, segundo os ramos de atividade no Brasil no ano de 2011.**

Ramos Atividade	População ocupada de 16 anos ou mais de idade, por sexo (1000 pessoas)					
	Total			Proporção		
	Total	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino
<b>Total</b>	<b>91.915</b>	<b>38.911</b>	<b>53.004</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Agrícola	13.933	4.252	9.681	15,2	10,9	18,3
Outras atividades industriais	721	96	624	0,8	0,2	1,2
Indústria de transformação	11.665	4.299	7.366	12,7	11,0	13,9
Construção	7.753	204	7.548	8,4	0,5	14,2
Comércio e reparação	16.365	6.850	9.515	17,8	17,6	18,0
Alojamento e alimentação	4.461	2.405	2.055	4,9	6,2	3,9
Transporte, armazenagem e comunicação	5.097	664	4.433	5,5	1,7	8,4
Administração Pública	5.075	2.059	3.015	5,5	5,3	5,7
Educação, saúde e serviços sociais	8.608	6.605	2.004	9,4	17,0	3,8
Serviços domésticos	6.530	6.045	485	7,1	15,5	0,9
Outros serviços coletivos, sociais e pessoais	3.495	2.190	1.305	3,8	5,6	2,5
Outras atividades	8.084	3.208	4.876	8,8	8,2	9,2
Atividades mal definidas	129	33	97	0,1	0,1	0,2

**Fonte:** IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro-RJ, 2011.

Fonte: Relatório Anual Socioeconômico da Mulher, 2013.

Estes dados puderam comprovar que a relação do cuidado e da atenção ao próximo, do trato com pessoas e com assuntos e tarefas de manutenção de pessoas é relacionadas às mulheres, não só nas tarefas domiciliares, como a Tabela 1, anterior, demonstrou, mas também no mercado de trabalho. Transportando a divisão sexual de tarefas da esfera privada para a pública.

Essa perspectiva auxilia a justificar o porquê de serem mulheres, principalmente as mães, que assumem a responsabilidade total da manutenção da vida de pessoas com deficiência, principalmente se forem seus filhos, mesmo que haja outros familiares por perto capazes de cuidar.

No geral as atividades ocupadas por mulheres, na família ou em seus empregos, são trabalhos não valorizados e precários, quanto à remuneração, ao espaço físico, carga horária, intensidade, além de possíveis abusos e preconceito. É comum associar o traba-



lho das mulheres com características socialmente entendidas como femininas, como confirma a tabela acima, embora tais não sejam restritas a alguém que nasce com o sexo feminino nem excludente aos homens. Yannoulas (2013) dá o exemplo das professoras e escritoras, mas podemos acrescentar empregadas domésticas, psicólogas, assistentes sociais, enfermeiras, cuidadoras de idosos, de pessoas com deficiência, dentre outras especificidades das atividades citadas na tabela. A maioria desses trabalhos é de baixa remuneração, alta dedicação e socialmente depreciados.

A autora apresenta algumas diferenças ainda existentes no mundo do trabalho sobre a divisão sexual do trabalho. Segundo ela, os empregos e atividades ocupadas por mulheres são em localizações ruins, dando o exemplo do trabalho doméstico, enquanto aos homens destinam-se os locais bons e prestigiados como prédios de engenharia, arquitetura, direito e outros. Independente do setor, as mulheres ainda têm remuneração mais baixa comparada a homens do mesmo cargo e tendem a permanecer com esse salário por mais tempo. As mulheres estudam mais tempo e têm qualificação melhor para serem atribuídas a cargos menos competitivos entre os homens. Além do número de horas trabalhadas, pois, as mulheres ao entrarem no mercado de trabalho não abandonaram nem dividiram as tarefas domésticas de manutenção e cuidado da casa, chegando à esfera privada, depois do trabalho da esfera pública, e tendo que continuar trabalhando (YANNOULAS, 2013, p. 33 - 37), como confirma esta tabela a seguir que mostra que mesmo trabalhando menos horas na esfera pública, somando as horas de trabalho doméstico, as mulheres trabalham mais que os homens.

A tabela que segue relaciona o total de horas gastas por homens e mulheres em afazeres públicos e privados, ou seja, fora e dentro de casa. A discussão fica mais subjetiva, pois com a ida da mulher para o mercado de trabalho, por vezes, pode-se compreender que as atividades foram mais bem distribuídas e os homens estejam participando mais dos cuidados domésticos, assim como as mulheres participam mais de atividades externas. Contudo a tabela a seguir mostra que não só as mulheres não trabalham fora a mesma quantidade de horas que os homens, como os homens não trabalham a mesma quantidade de horas em tarefas domésticas.

**Tabela 3: Média e jornada total de horas de trabalho semanais de pessoas de 16 anos ou mais de idade, no trabalho principal e em afazeres domésticos, por sexo:**

Grandes Regiões	Média de horas semanais no trabalho principal, média de horas gastas em afazeres domésticos e jornada total das pessoas de 16 anos ou mais de idade das pessoas ocupadas na semana de referência, por sexo								
	Média de horas no trabalho principal			Média de horas gastas em afazeres domésticos			Jornada total		
	Total	Mulheres	Homens	Total	Mulheres	Homens	Total	Mulheres	Homens
<b>Brasil</b>	<b>39,8</b>	<b>36,2</b>	<b>42,5</b>	<b>17,3</b>	<b>22,3</b>	<b>10,2</b>	<b>57,1</b>	<b>58,5</b>	<b>52,7</b>
Norte	38,5	33,9	41,5	16,3	21,7	10,1	54,8	55,6	51,6
Nordeste	37,4	33,2	40,3	19,2	24,7	11,0	56,6	57,9	51,3
Sudeste	40,9	37,7	43,3	17,0	21,8	10,0	57,9	59,5	53,4
Sul	40,8	37,1	43,7	16,1	21,3	9,6	56,9	58,4	53,3
Centro-Oeste	41,0	37,1	43,9	16,3	20,6	10,2	57,3	57,7	54,1

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro-RJ, 2011.

Fonte: Relatório Anual Socioeconômico da Mulher, 2013.

Mesmo assim, a jornada total não está bem distribuída nem em horas de trabalho gastos, pois a mulher trabalha mais horas em todos as regiões do país, e nem em atividades pois os afazeres domésticos continuam recaindo sobre as mulheres como responsabilidade delas apenas.

Pode-se perceber que o estigma do cuidado está diretamente relacionado às mulheres e à sua desvalorização que abrange todas as características esperadas do gênero feminino e todas as atividades por elas normalmente feitas, seja no âmbito público ou privado. Não há valorização do cuidado também porque ele é uma atividade dada como natural às mulheres, que elas devem fazer, independente de seus planos serem ou não esses, elas devem ser amáveis, carinhosas, delicadas, pacientes, caprichosas e cuidar sempre, de todos que necessitam, como pessoas com deficiência, e que não necessitam, como o marido saudável que não divide as tarefas de casa.

A feminização então explica que, dado que a sociedade entende o gênero feminino com essas características e espera que as mulheres as apresentem, tal cultura se estende às atividades que as mulheres exercem quando ingressam ao mercado de trabalho. Dessa forma, o ingresso das mulheres em empregos remunerados não rompe com a prerrogativa do cuidado, e na verdade a expande para profissões assim construídas, além de gerar uma dupla jornada de trabalho às mulheres que trabalham fora e dentro de casa, agora sustentando o lar sem deixar de ter de mantê-lo limpo, organizado e feliz.

Logo, as mulheres exercem o papel de cuidado de conhecidos e desconhecidos, e são desvalorizadas em todas as esferas. As mulheres que cuidam de seus filhos ou parentes com deficiência, além de desvalorizadas por serem mulheres e exercerem função

socialmente feminina, são desvalorizadas pelo trabalho que fazem, improdutivo, pela forma que o fazem, sem remuneração, entendendo pela política existente (o BPC) que sua dedicação é natural, nada além do que sua atribuição como mulher e, normalmente mãe, que não merece a atenção de uma política de proteção específica.

### **2.3. A responsabilização da família como a responsabilização feminina**

Observa-se que a feminização significa a transformação e aceitação de atividades, profissões e ocupações como predominantemente femininas, não no sentido da quantidade de mulheres nelas inseridas (feminilização), mas quanto aos motivos que levaram as mulheres a atuarem nesses setores, assim como as consequências que essa entrada traz devido aos contextos históricos, econômicos e culturais de cada região (MARCONDES, 2013).

A desvalorização do trabalho de cuidado pode ir além da valorização de trabalhos produtivos para a produção capitalista e além também de uma simples atribuição social dessas atividades às mulheres. A desvalorização do cuidado se intensifica a partir do entendimento e da reprodução via políticas sociais, de que essa função é da família.

Conforme Yannoulas (2013), a família se modificou e, principalmente após a chegada da acumulação flexível<sup>10</sup>, hoje é mais comum ter mulheres trabalhando fora de casa, assumindo filhos sem abandonarem seus empregos, muitas vezes sem a participação do pai da criança, inclusive. Esping-Andersen (2000) apresenta que as famílias têm diminuído, com menos filhos, por vezes só com um responsável e com a presença dos avós de volta à rotina familiar.

Entretanto, o autor (2000) expõe que a divisão sexual do trabalho doméstico se mantém, tendo as mulheres, mesmo ingressadas no mercado de trabalho, mais horas gastas com as atividades da casa que os homens, e Yannoulas (2013) confirma, dizendo que essas mudanças não acabaram com a dinâmica da divisão de tarefas e profissões

---

<sup>10</sup>A acumulação flexível é um modelo de produção, também conhecido como Toyotismo, que, utilizando da intensificação do trabalho conseguiu aumentar a produtividade sem aumentar o número de trabalhadores. Consiste em produzir de acordo com a demanda, garantindo o menos desperdício possível, para isso algumas características do trabalhador mudam, pois ele passa a ter mais de uma função ao mesmo tempo, controlar mais de uma máquina ao mesmo tempo, trabalhar em equipes, ser responsável pela produção do grupo, incentivado a bater as metas etc. Sugestão de leitura sobre o tema: ROSSO, Sadidal. *Mais Trabalho!* São Paulo: Boitempo Editorial, 2008.

hierarquizadas entre mulheres e homens, e pelo contrário, as aumentou, criando uma dupla jornada de trabalho, do mercado de trabalho somada ao trabalho não remunerado referente ao seu papel socialmente construído de mãe, esposa e cuidadora.

Não é novidade dizer que vivemos hoje em uma lógica econômica e social neoliberal. Isso significa que se construiu uma forma específica de organização da sociedade depois das crises econômicas sociais e ambientais do século XX devido ao modo de produção fordista que acumulou produtos que não tiveram o destino esperado das vendas. Entretanto, o neoliberalismo não é apenas um conjunto de regras que resolveu o problema da produção em grande escala, ele é uma lógica que interfere em todas as áreas de conflitos políticos e econômicos do mundo.

O neoliberalismo trouxe mudanças que, devido à necessidade das modificações no mercado de trabalho e atenção do Estado, transformaram as políticas sociais. Segundo Teixeira e Cerqueira (2013):

As mudanças ocorridas no campo da política social, sob a influência do modelo neoliberal, entre outras mudanças, têm implicado na transferência das responsabilidades estatais para a sociedade, e particularmente para a família que, revaloriza, emerge como sujeito ativo e fundamental na provisão de bem-estar. (TEIXEIRA; CERQUEIRA, 2013. p. 222)

As autoras (2013) afirmam que a luta por igualdade e construção de políticas públicas contra a discriminação de gênero tem paulatinamente obtido resultados, porém, nesse contexto neoliberal e do modelo de produção da acumulação flexível, as políticas sociais, sobretudo a assistência social, têm focalizado suas ações na família, de forma a reafirmar<sup>11</sup> que a responsabilidade da solução dos problemas é dessa esfera privada.

As políticas sociais, nos países que atingiram o estado de bem estar, foram modificadas com a crise (ESPING-ANDERSEN, 2000). Segundo o autor (2000), a família passa a ser cada vez mais fundamental para a manutenção do bem estar de seus indivíduos a partir de um crescente afastamento do Estado perante a essas demandas, e

---

<sup>11</sup>As autoras na citação utilizam do termo “transferência das responsabilidades” e embora o sentido seja o de eximir o Estado e sobrecarregar a família, o termo transferir infere que esta responsabilidade já tenha sido do Estado alguma vez e ele esteja passando ela para a família atualmente, quando na verdade essa responsabilidade sempre foi da família e agora está sendo reafirmada por políticas neoliberais.

isso quer dizer que a responsabilidade e os gastos por todos os cidadãos recaem à família, sem ajuda do Estado.

Sendo assim, ele apresenta duas formas de ter a família como foco das políticas sociais. A primeira, da *desfamalização*, consiste em um grau menor da responsabilização da família pela manutenção de seus indivíduos, e isso pode ser alcançado pela absorção dessas demandas pelo Estado ou pelo mercado. A segunda é o *familismo*, que exige das famílias a total, ou majoritária, responsabilização pelo bem estar de seus integrantes (ESPING-ANDERSEN, 2000).

Na prática, políticas mais próximas da desfamalização tendem a dividir os gastos, via repasse de transferência monetária, e universalizar serviços, como da saúde, para diminuir a tensão pela solução dos problemas da família. Isso não significa dizer que as famílias não sejam o foco da política, pois são, mas de forma a compreender a sua importância de convívio, amparo e proteção, e não de caminho para alcançar o bem estar social. Enquanto políticas sociais mais próximas do familismo tendem justamente a cobrar da família essas saídas para as dificuldades e ampliação dos direitos de seus membros (ESPING-ANDERSEN, 2000).

De acordo com as autoras Teixeira e Cerqueira (2013), as mudanças no mundo econômico tendem a responsabilizar os indivíduos pelo provimento de bem-estar para conseguir diminuir os gastos do governo com as despesas sociais. Políticas de forma familista servem para diluir as atribuições coletivas, públicas, e trazê-las para o ambiente privado, da família, são características de um Estado que se distancia do provimento do bem-estar social e responsabiliza a maternidade, incorporando as mães como peças fundamentais para a efetivação dos programas e projetos.

Dessa forma, entendendo que as atividades do provimento do bem estar das pessoas em uma família são atividades femininas, realizadas pelas mulheres e principalmente as mães, o familismo acaba por centralizar as mulheres como peça principal na execução das políticas sociais, pois elas devem prover a melhoria nos demais integrantes da casa que a política social proporciona, mas sem elas não executaria (TEIXEIRA; CERQUEIRA, 2013).

Logo as responsabilidades de bem estar intrafamiliares são funções das esposas, mães, empregadas e demais mulheres e a permanência da função de manutenção do bem-estar na família significa eximir o Estado de sua responsabilidade sobrecarregando as mulheres.

De acordo com Esping-Andersen (2000), políticas sociais que sejam atreladas à desfamíliação garantem a entrada das mulheres no mercado de trabalho, uma vez que compreende que a responsabilidade pelo bem estar dos membros da família, quando são atrelados a ela, recai sobre o trabalho doméstico e as atividades realizadas por mulheres aos outros indivíduos, principalmente pela mãe. Dessa forma, políticas que desconectam essa demanda da família e levam ao Estado ou ao mercado, dão a possibilidade das mulheres terem mais tempo e disposição para trabalhar fora de casa.

Yannoulas (2003) informa que as mudanças no mundo do trabalho decorrentes do neoliberalismo e da flexibilização do trabalho afetaram todos os setores de trabalhadores, porém, as mulheres sofreram o maior impacto. Mesmo com a crescente feminilização dos postos de trabalho, a cultura de que as mulheres são responsáveis pelas atividades domésticas deixaram-nas ainda mais responsáveis pela promoção do bem estar de todos, criando ineditamente uma natural dependência financeira do trabalho das mulheres, mas somando aos trabalhos domésticos, pois ocorreu sem desatrelar das suas obrigações sociais da esfera privada.

O Estado neoliberal, se resumindo a fiscalizar e não mais prover muitas das necessidades sociais, repassou essa responsabilidade às mulheres, seja no âmbito do cuidado, historicamente atribuído a elas, e seja no âmbito do fornecimento de garantias materiais de sobrevivência, campo este em processo de dominação das mulheres (YANNOULAS, 2003).

Isso significa dizer que no Brasil e com políticas sociais *familistas*, como o BPC, como prevê Esping-Andersen (2000), o encargo de cumprir com a superação das necessidades de todos, e no caso, da pessoa com deficiência, recai sobre a família e, especificamente, sobre as mulheres. Ou seja, a entrada no mercado de trabalho não garante que as atividades domésticas sejam desatreladas às mulheres, principalmente com o fortalecimento que as políticas familistas imprimem de que essa obrigação é da família e, conseqüentemente, da figura feminina mais próxima.

Essa atitude pode ser percebida facilmente no Benefício de Prestação Continuada porque para a sua completa efetivação, de oferecer autonomia para os usuários, é necessário que o idoso ou a pessoa com deficiência tenham acompanhamento frequente. Essa necessidade recai em alguém da família, por serem pessoas de baixa renda e, como a pesquisa do Ministério da Saúde já apresentada comprova, as mães de beneficiários menores de idade totalizam mais de 75% dos responsáveis pelas crianças e adolescentes usuárias do BPC e cadastradas no BPC na Escola. São elas as destinadas para essas

atividades de reprodução social e total efetivação da autonomia e independência da pessoa com deficiência, que são objetivos do benefício.

Segundo Yannoulas (2013), a feminização, como já abordado, é um fenômeno da inclusão de mulheres em certos trabalhos e empregos devido à associação social de que algumas tarefas são femininas, como a enfermagem, o serviço social, psicologia, pedagogia, serviço doméstico, artesanato, e outras atividades, ou seja, trabalhos em relação ao cuidado, que precisam de paciência e delicadeza para melhor execução.

Dentro do ambiente familiar essas atribuições não são diferentemente atribuídas, ou seja, as mulheres presentes assumem os trabalhos de cuidado, paciência, delicadeza, dentre outras características. Dessa forma, o cuidado das crianças é mais responsabilidade da mãe do que do pai.

Tratando-se de usuários do BPC que são atendidos pelo BPC na Escola, estamos apresentando um grupo de pessoas com deficiência que tenham de 0 a 18 anos, ou seja, que têm necessidades ainda mais específicas de cuidado por serem crianças e adolescentes.

É fácil perceber que as mães são responsabilizadas pelo cuidado dos filhos, mesmo que sem deficiência, com o exemplo da licença maternidade. Hoje no Brasil, como mostra o artigo 392 da Lei nº 10.421/2002 da CLT, “a empregada gestante tem direito à licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias, sem prejuízo do emprego e do salário” (BRASIL, 2002). E depois da aprovação da Lei Nº 11.770/2008, a CLT ainda incentiva empregadores a garantirem 180 (cento e oitenta) dias, dois meses a mais, para mães que realizarem parto, adotarem uma criança com até um ano ou sofrerem aborto espontâneo após a 23ª semana de gestação (BRASIL, 2008).

Enquanto isso, a licença paternidade passou de 1 (um) dia, previsto na CLT, para 5 (cinco) dias a partir do artigo 7º, XIX da Constituição Federal de 1988 (CF-88). Dessa forma é fácil perceber a diferença dos dias concedidos a homens e mulheres na mesma situação de acordo com o consenso de quem seja o responsável pelo acompanhamento e cuidado dos filhos (BRASIL, 1988).

Não há explicação legal para tal diferenciação, entretanto há o consenso, no diálogo comum, de que os cinco dias destinados ao pai da criança, se destinam aos cuidados burocráticos do nascimento, como o registro em cartório, resultado de exames, alta do hospital e demais decisões do tipo, voltando rapidamente para o trabalho a fim de prover a manutenção da renda da família. Enquanto à mãe compete os cuidados com o bebê e/ou criança (em caso de adoção) como a rotina da casa, alimentação, banho,

troca de fraldas, cochilos, possíveis doenças, além do cuidado da casa, que muitas vezes se acumulam, como a alimentação dos demais familiares, limpeza da casa, das roupas, por exemplo, ao mesmo tempo em que se recupera de um parto ou cirurgia, em caso de filhos biológicos.

Isso demonstra que, no âmbito familiar e principalmente quando se trata dos filhos, as mulheres são as pessoas destinadas para a manutenção do bem-estar e superação das necessidades diárias. Quando se trata de pessoa com deficiência suas demandas são maiores e em maior quantidade, pois por vezes a deficiência gera uma dependência intensa de alguém para suas atividades do dia-a-dia. Entretanto, a execução da superação dessas necessidades não é dividida com outros familiares e sobrecarregam ainda mais a mesma pessoa: a mãe ou a mulher mais próxima.

Portanto, o Benefício de Prestação Continuada atribui à família o cuidado da pessoa com deficiência e, também, parte da execução da política e garantia do alcance dos objetivos do benefício de autonomia e independência do usuário, como as políticas de familismo fazem. Como já exposto, não é a família como um todo que abraça essa necessidade, mas as mulheres e elas não são reconhecidas por esse trabalho. O cuidado, como trabalho improdutivo e feminizado, já é extremamente desvalorizado, e não havendo política de proteção dessas mães, a vulnerabilidade se intensifica frente a um Estado e uma sociedade que entendem que é obrigação delas, como mulheres e mães, que todas as demandas da pessoa com deficiência sejam resolvidas por elas e frente a benefícios que intensificam esta compreensão.



### **Capítulo 3 CUIDAR DO OUTRO E NÃO SER CUIDADA: A VULNERABILIDADE DA CUIDADORA**

Depois de compreender melhor as particularidades de conceitos de deficiência, cuidado, feminização, trabalho, e situando essas categorias no contexto da política do BPC, considerando o momento político e econômico em que as políticas sociais em geral se encontram, pode-se aprofundar o debate quanto à vulnerabilidade.

É preciso entender que a vulnerabilidade é um estado em que um indivíduo ou um grupo de pessoas, a família, por exemplo, se encontra, dada uma exclusão social, uma ruptura de vínculos, a restrição de direitos e demais situações que diminuem as chances de recuperações ou prevenções de situações de risco(JANCZURA, 2012).

Dessa forma, pode-se entender que algumas fases da vida ou algumas formas de vida, como a infância, a velhice e pessoa com deficiência, são formas de vulnerabilidade social dado o jeito como são tratadas pela sociedade e também pelas políticas públicas e sociais. Ou seja, são especificidades da vida que são compreendidas como vulnerabilidades por demandarem uma atenção que um jovem adulto, masculino e saudável não precisa (JANCZURA, 2012).

Após a compreensão de que a deficiência é uma relação entre o corpo diferente de um padrão e a sociedade, é possível inferir que ela não é propriamente uma situação de vulnerabilidade isoladamente, mas se torna, a partir da forma que a sociedade se organiza, sem levar em consideração suas particularidades, excluindo esta pessoa de um convívio comunitário, cultural, educacional, de trabalho e de outros que consequentemente formam uma conjuntura de vulnerabilidade (SANTOS; DINIZ; PEREIRA 2010).

Sendo assim, percebe-se que as formas como algumas políticas sociais são construídas não atingem diretamente a situação de vulnerabilidade, pois, como já tratado, o BPC, por exemplo, não se propõe a modificar a estrutura social de exclusão de uma pessoa com deficiência, mas espera que a transferência monetária supra algumas necessidades, apenas.

Além disso, a análise deste trabalho, aprofundado nas condições das cuidadoras dessas pessoas com deficiência, aponta que a política do BPC, como política familista que reproduz a responsabilização da família pelo cuidado das demandas de seus mem-

bros, e dentro de uma sociedade patriarcal em que a divisão sexual do trabalho é desigual, essas ações caem sobre a mulher mais próxima, gera outra situação de vulnerabilidade: a desproteção de direitos dessas mulheres como cuidadoras.

### **3.1. A compreensão do que são riscos e vulnerabilidade social, seus limites e potencialidades em um benefício no contexto capitalista**

Janczura (2012) apresenta algumas análises sobre os termos de “vulnerabilidade” e “risco” social a partir da leitura e exposição dos conceitos e entendimentos de vários autores de alguns saberes sociais e econômicos.

Uma das conclusões que a autora aponta é que, embora seja comum confundilos, ambos os termos não podem ser entendidos como sinônimos, mas podem estabelecer uma relação estreita. Segundo ela, uma boa distinção entre riscos e vulnerabilidade é que o primeiro conceito trata de situações de grupos, e o segundo deve ser usado para a situação fragilizada de indivíduos. (JANCZURA, 2012)

Compreende-se também, a partir dos autores expostos por Janczura (2012), que os riscos são as situações pelas quais grupos de pessoas estão sujeitos a passar, dada uma conjuntura ampla de sociedade e condições mundiais de saúde, segurança, além de contextos menos globais de saneamento básico, poder econômico, cultura, educação etc. enquanto a vulnerabilidade se torna uma condição mais individual, pois, dada a situação de risco, a relação da pessoa com esse momento e a sua capacidade de superação vai depender da sua vulnerabilidade. Ou seja, todos estão expostos aos riscos, entretanto, a aptidão de um sujeito, ou uma comunidade específica, para resolver este risco depende da sua situação de vulnerabilidade.

Enquanto a vulnerabilidade seria uma maior dificuldade de resolver ou até se prevenir de situações de risco social. Para melhor entender os conceitos e a relação entre vulnerabilidade e risco social, Janczura trata a:

[...] vulnerabilidade como exposição a riscos e baixa capacidade material, simbólica e comportamental de famílias e pessoas para enfrentar e superar os desafios com que se defrontam. Portanto, os riscos estão associados, por um lado, com situações próprias do ciclo de vida das pessoas e, por outro, com condições das famílias, da comunidade e do ambiente em que as pessoas se desenvolvem (JANCZURA, 2012, p. 304).

Monteiro (2011) aponta que inicialmente existia uma ideia de que o fator econômico era o que mais influenciava na existência da vulnerabilidade social devido ao fato de que a redução de oportunidades interfere diretamente nas possibilidades de acesso a bens e serviços e essa restrição de oportunidades econômicas seria a maior vulnerabilidade atual, ou seja, a principal causa da dificuldade dos indivíduos lidarem com os riscos sociais.

Após um longo caminho em outros setores e saberes, a vulnerabilidade passa a conotar um sentido mais amplo, de exposição a riscos de diferentes naturezas que, para serem enfrentados, requerem a superação de desafios. A autora afirma que o termo vulnerabilidade pode ser substituído por “força” ou “resistência” no sentido de ser algo que o indivíduo, ou grupo, tem que enfrentar como uma barreira, um empecilho, no momento de solucionar ou prevenir-se dos riscos sociais (MONTEIRO, 2011).

Ou seja, não se resume à pobreza, doenças e dificuldades gerais, as quais todos os indivíduos estão expostos, pois para superar essa condição, caso exista, há um conjunto de resistências diferentes a cada pessoa ou grupo, que dificultam a solução de problemas e o enfrentamento bem sucedido desses riscos sociais (MONTEIRO, 2011).

A partir dos estudos percebe-se que são considerados múltiplos os condicionantes da vulnerabilidade social, constituindo um conjunto complexo e multifacetado de fatores emergentes do contexto, devido à ausência ou precarização de recursos materiais capazes de garantir a sobrevivência (variáveis de exclusão social que impedem que grande parte da população satisfaça suas necessidades) (MONTEIRO, 2011, 33 -34).

A autora Janczura (2012) apresenta que os riscos podem ser prevenidos e a vulnerabilidade das pessoas pode ser reduzida com uma ampla proteção social. Sendo assim, dentro das limitações sociais e econômicas de uma sociedade capitalista, os riscos são passíveis de serem reduzidos via ampliação da garantia de direitos e distribuição de renda, por exemplo, para diminuir a desigualdade econômica. E a vulnerabilidade, como da pessoa com deficiência, pode ser reduzida a partir de intervenções que desconstruam socialmente estas barreiras, não só criando um enfrentamento ao risco social, pobreza, mas à dificuldade de superação deste risco, como a adaptação da comunidade às diferenças de uma pessoa com deficiência.

É importante ressaltar que, por vezes, entendendo a pobreza como um risco social, pode-se considerar que ela seja natural e não construída por um modo de produção específico. Entretanto não é esta a análise que esse trabalho se propõe a fazer, pelo contrário. Sabendo que a pobreza é estrutural à produção capitalista, ela realmente se torna um risco social neste modelo, ou seja, uma conjuntura que todos estão propensos a sucumbir, pois é inerente, cada vez atinge mais pessoas, e não será extinta enquanto houver esta forma de exploração do trabalho.

Segundo Castel (2005) os indivíduos devem estar assegurados pelo Estado da probabilidade de riscos, sendo que, se isso não for efetivado, a capacidade de o indivíduo garantir o que lhe cabe para ter independência social é comprometida, ou seja, restringir a proteção social aumenta a potencialidade dos riscos sociais, e o indivíduo sem proteção está em vulnerabilidade ainda maior, dificultando seu enfrentamento a estes riscos.

O autor contextualiza essa perda de proteção social entre um momento de intervenção socioeconômica do Estado, até os anos de 1970, para a década seguinte em que os sistemas de proteção à sociedade são restringidos, diminuindo o poder de segurança contra riscos sociais e o poder de controlá-las, a vulnerabilidade. Esping-Andersen (2000) entende este mesmo período como uma crise do Estado social e modificação das políticas sociais a terem cada vez mais a forma do familismo (ESPING-ANDERSEN, 2000; CASTEL, 2005).

De acordo com Monteiro (2011), os estudos sobre vulnerabilidade social são acentuados na década de 90 devido ao esgotamento do entendimento da pobreza como consequência restrita às questões econômicas, sendo incorporados inclusive pela Organização das Nações Unidas (ONU), o Banco Mundial e demais organismos internacionais para justificar e orientar a criação de políticas sociais.

Sendo assim, a sociedade pós-industrial capitalista é uma comunidade que, uma vez que tem uma ideologia globalizada de redução da produção social e responsabilização dos indivíduos e da família pela situação de vulnerabilidade, aumenta a força e a abrangência dos riscos sociais (JANCZURA, 2012).

No Brasil, a assistência social, em sua regulamentação, a LOAS, não tipifica o que seja vulnerabilidade social ou risco social, mas trabalha com as duas vertentes como alvos da política, ou seja, como objetivos de serem ambos reduzidos a partir de sua intervenção.

O Benefício de Prestação Continuada não apresenta em seu espaço na lei sequer as palavras “vulnerabilidade” e “risco”, mas como os demais benefícios, serviços, programas e projetos da política de assistência social, pode-se entender que é uma forma de atenção à situação de vulnerabilidade e risco social, no caso a pobreza de indivíduos incapazes de trabalhar como idosos e pessoas com deficiência, e sua família.

A partir destas informações, é interessante salientar que Monteiro (2011) conclui em seu artigo que o entendimento do que seja vulnerabilidade não é consensual e tem diversas interpretações sendo a compreensão utilizada nas políticas sociais brasileiras de caráter reducionista e incentivadora da responsabilização do indivíduo. Segundo ela esse caminho que a política social segue no Brasil foi consolidado na década de 90 a partir das modificações socioeconômicas de aproximação ao neoliberalismo e redução da proteção social vivenciadas (ou adotadas) pelo país.

A concepção de vulnerabilidade entendida na construção e execução das políticas sociais não problematiza a superação das contradições estruturais da sociedade, pois foca na pessoa vulnerável, não na vulnerabilidade como produto de desigualdades sociais que não podem ser paliativamente enfrentadas, construindo pontes focalizadas e limitadas que culpabilizam os usuários pela sua condição, responsabiliza-o pela sua superação e não abrange a realidade dinâmica e contraditória que impõe os riscos a todas as pessoas (MONTEIRO, 2011).

Dessa forma, entende-se que a conjuntura dos riscos sociais é estrutural a esta forma de produção, pois, como a pobreza, não será eliminada ainda neste sistema. As vulnerabilidades também são alimentadas pela reprodução social capitalista, pois são formadas por uma sociedade que absorveu princípios deste modo de produção como a centralidade social do trabalho e a exclusão daqueles que não puderem trabalhar. Porém, ainda dentro deste contexto social, político e econômico, as políticas sociais, como espaço de lutas entre interesses de classes, podem conquistar algumas viabilidades para reduzir os riscos e a vulnerabilidade social, a partir de estratégias de redução da desigualdade e criação de espaços de convivência, adaptação do espaço público, ampliação da garantia do direito de ir e vir aos corpos diferentes e incentivando a sua participação com equidade.

### **3.2. O BPC como tentativa de enfrentamento à vulnerabilidade, que, no entanto, viabiliza novas demandas sociais**

Conforme Janczura (2012), a PNAS, apesar de ser uma evolução em vários sentidos para a conquista de espaço organizado da assistência social, não apresenta nenhum conceito de vulnerabilidade determinado. Embora, segundo ela, devesse detalhar melhor o entendimento dessas categorias uma vez que:

[...] é edificada a partir de uma visão social de proteção, que supõe conhecer os riscos e as vulnerabilidades sociais a que estão sujeitos os destinatários da Assistência Social. Como a própria política nacional menciona, é no cotidiano da vida das pessoas que riscos e vulnerabilidades se constituem (JANCZURA, 2012, p. 302).

De fato, não há explicação concreta do que significa vulnerabilidade social ou risco social na leitura da Política Nacional de Assistência Social, porém seu texto sinaliza situações dos usuários que podem ser exemplos de vulnerabilidade e riscos sociais, sempre usados conjuntamente, sem distinção. Isso confirma a análise de Monteiro (2011) de que a política foca no usuário vulnerável como alvo da proteção e responsável pela superação do problema, sem tratar a vulnerabilidade como uma desigualdade social estrutural.

Constitui o público usuário da Política de Assistência Social, cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social (PNAS, 2004).

O BPC também não especifica o entendimento e uso de termos como “risco” e “vulnerabilidade” nos documentos que regulamentam sua proteção e nem trata de pes-

soas em vulnerabilidade como usuários alvo da política, pois é ainda mais restrito, às pessoas idosas e com deficiência que não podem prover seu sustento.

Contudo, podemos perceber que, dado o entendimento da PNAS citado acima, de que “ciclos de vida”, “desvantagem pessoal resultante de deficiências” e “exclusão pela pobreza” são parte de um extenso grupo de situações que podem ser exemplos de vulnerabilidade social. Dessa forma, essas realidades equivalentes aos problemas enfrentados pelos beneficiários do BPC se caracterizam como resistências que dificultam o enfrentamento de situações de dificuldades como os riscos sociais, sendo o BPC um benefício que tenta acalmar certas demandas causadas pela pobreza da família e pela incapacidade do indivíduo para o trabalho, a partir de uma transferência monetária que pode ajudar na prevenção ou enfrentamento de demais riscos sociais.

Porém, compreendendo o BPC como uma transferência monetária a fim de garantir autonomia e melhores condições de vida à pessoa idosa ou com deficiência, infere-se que é um benefício individual que focaliza na suspensão das dificuldades cotidianas do usuário e não pretende enfrentar as situações que provocam essas dificuldades, ou seja, intervém novamente na pessoa vulnerável e não na vulnerabilidade como um todo, como por exemplo, políticas de confronto de situações discriminatórias e equalizadoras de oportunidades para idosos e pessoas com deficiência. Além disso, não compreende que a vulnerabilidade da pessoa com deficiência se estende à família e, principalmente, às pessoas responsáveis pelos seus cuidados, provavelmente uma mulher.

Sendo assim, o benefício não tem intenção de mudar a situação de vulnerabilidade social, interferindo na relação entre a deficiência e a sociedade, mas se resume à transferência monetária a fim de suprir necessidades de consumo e mantém as relações sociais inalteradas. Além de não intervir na vulnerabilidade apresentada por seus beneficiários, ao desassociar a vulnerabilidade da pessoa com deficiência da sua extensão à família e às (aos) cuidadoras (es), o benefício responsabiliza essas mulheres pelo trabalho de cuidado desta pessoa e traz respostas às suas demandas sem proteger a cuidadora e nem garantir direitos básicos, criando uma nova situação de vulnerabilidade.

É preciso que o BPC passasse a atuar na questão da vulnerabilidade causada pela deficiência, e não na necessidade de suprir a falta de bens materiais causada pela pobreza, apenas, e que o fizesse sem responsabilizar a família, e a mulher mais próximas, pelos cuidados e vivência dessa vulnerabilidade da pessoa com deficiência, para não gerar outra situação de vulnerabilidade às cuidadoras.

### **3.3. Essa nova vulnerabilidade: das cuidadoras**

A realidade das pessoas com deficiência dependentes de cuidado é de que há com elas alguma mulher que realiza esse papel de sua cuidadora. Como já abordado em outro capítulo, esse papel é diretamente relacionado às mulheres e à sua função social feminina e hoje há uma ligação direta entre ser feminina e ser cuidadora, não só de pessoas com deficiência, mas de demais pessoas que demandam cuidados ou são autônomas (MARCONDES, 2013).

Já foi tratado também que as situações de dificuldade que a pessoa com deficiência sofre são compartilhadas com a cuidadora e se estendem a ela, como a discriminação e as barreiras sociais de uma sociedade que não está preparada para dividir espaço público e privado com pessoas que tenham uma limitação corporal, sensorial ou cognitiva (SANTOS; DINIZ; PEREIRA 2010).

Além disso, são elas quem assumem as responsabilidades pelas quais, por vezes, nem a pessoa com deficiência responde, como consultas médicas, medicamentos, exercícios, educação, alimentação, higiene, etc. sendo ela a base para que muitas das barreiras que a pessoa com deficiência enfrenta, sejam mais possíveis de serem dribladas.

Essa atenção total à pessoa com deficiência provoca um afastamento da cuidadora dos planos de sua vida, de seu trabalho e conseqüente sustento, de seus estudos e possível melhoria de vida, de sua contribuição para a previdência e garantia de seus direitos. O cuidado não é nenhum trabalho forçado e muitas mulheres o fazem com agrado e com carinho, inclusive porque estão dentro desse processo que as educa a ser assim, mas mesmo sendo uma escolha, esse trabalho não é valorizado.

Isso demonstra que as mulheres cuidadoras de pessoas beneficiárias do BPC estão em situação de vulnerabilidade, pois, além de absorver a discriminação e as dificuldades diárias da pessoa com deficiência e não ser abrangida pelo benefício que protege essas pessoas são necessariamente de baixa renda, ou o próprio beneficiário não alcançaria o direito ao benefício dado que a conta é familiar e ainda tem vulnerabilidades individuais, por ser mulher, por ser de baixa renda e por ser cuidadora, que impedem que ela saia desse ciclo e, ao contrário, coloca-a numa situação em que muitas vezes será cuidadora de alguém dependente por muito tempo.

É clara a situação de vulnerabilidade das mulheres cuidadoras, e também que isso cria uma resistência na solução e no enfretamento de riscos sociais eminentes. Elas ficam mais fragilizadas, pois não têm apoio nem tempo de lidar com seus próprios pro-



blemas e resistir a riscos de saúde, segurança, nutrição, pobreza, e demais mazelas estruturais.

Segundo as experiências de estágio<sup>12</sup> demonstraram, o fato de se tornarem cuidadoras dessas pessoas com deficiência quase sempre obrigava as mulheres a saírem dos empregos e profissionalizações e ficarem em casa. Uma solução que essas mulheres atendidas no campo de estágio conseguiam era assumir um trabalho autônomo que permitia flexibilidade de horário, mas isso não solucionava totalmente, pois ao abandonarem uma carreira, passavam a ter uma renda menor, normalmente deixavam de contribuir pra previdência e perdiam qualquer proteção assegurada por esta política, como a aposentadoria.

A previdência social tem como objetivo atender trabalhadores, conceder benefícios e direitos aos contribuintes mensais dela, podendo ser autônomos, mas contribuírem sozinhos, ou empregados, seja do mercado ou do Estado, em que o empregador também contribui para o seguro do contribuinte. A estes é assegurada a garantia de renda, bem como à sua família, em casos de doença, acidente, gravidez, prisão, morte e velhice. Dessa forma, a cuidadora de pessoa com deficiência, que, sem trabalho ou renda, não contribui à previdência deixa de ter acesso a estes seguros de direito (SIMÕES, 2011).

Conclui-se que o BPC acaba por fortalecer uma situação de vulnerabilidade para essas mães. Porque elas assumem uma atividade específica de cuidadoras e perdem a proteção do Estado quando deixam seu emprego, pois perdem a sua renda e não têm condições de contribuir para a previdência mesmo que como autônomas ou donas de casa. Além disso, não há nenhum auxílio, mesmo sem ser contributivo, a que elas possam ter acesso. Ademais, quando o BPC cessar, em caso de morte do usuário, não conseguir mais comprovar necessidade ou começar a trabalhar, ou caso ele saia de casa e não dependa mais dos cuidados destas mulheres, as cuidadoras ficam então sem nenhuma renda, extremamente vulneráveis, levadas a recorrer a serviços destinados a pessoas em situação de extrema pobreza, pois o Benefício de Prestação Continuada é individual e intrasferível.

---

<sup>12</sup> O estágio obrigatório foi realizado no CREAS Brasília no ano de 2013 e teve como principal atividade o acompanhamento de famílias de idosos e de pessoas com deficiência beneficiárias do BPC ou não, que apresentavam diversas expressões de vulnerabilidade. O acompanhamento possibilitou perceber, dentre outras coisas, a centralidade da responsabilidade de uma mulher no cuidado dessas pessoas, assim como as especificidades de cuidadoras de pessoa com deficiência, que são em sua maioria da família, e cuidadores de idosos, que por vezes é feito via uma cuidadora contratada.

Algumas políticas podem tentar assumir o papel de proteção dessas mulheres frente à situação de impossibilidade de conciliar um contrato formal de trabalho e renda enquanto trabalham como cuidadoras de uma pessoa com deficiência.

Hoje, a Previdência Social tem em seu quadro de benefícios a Previdência Social do Trabalhador Doméstico, criado em 2011, que consiste no direito da pessoa que exerce funções domésticas em sua residência contribuir para a Previdência Social e ter direito a se aposentar, além de outros seguros. Esse direito de contribuição poderia assegurar às mulheres que não só são donas de casa, mas também cuidadoras, a possibilidade de obter, no futuro, sua aposentadoria por idade ou por invalidez e demais seguros como o auxílio-doença, pensão por morte, salário maternidade e auxílio-reclusão (BRASIL, 2011).

Porém, esse direito, por mais que possa ser acessado por mulheres cuidadoras, não foi feito para atender a especificidades como a delas, de forma a não superar estigmas de desvalorização do trabalho de cuidadora, ao passo que valoriza o trabalho doméstico e o entende como atividade de intensa dedicação e importante para a reprodução social.

Segundo a Secretária-Executiva do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a fome, Arlete Sampaio (2014), em um boletim divulgado pelo site do MDS, “várias ações do ministério também têm impacto na desoneração do trabalho doméstico” (SAMPAIO, 2014) e enumera alguns exemplos que possibilitam maior tempo livre para se dedicarem a outras atividades como os programas de apoio à produção e acesso aos alimentos, de acesso à água, educação alimentar e nutricional, os Restaurantes Populares e Cozinhas Comunitárias, bem como o Programa Cisternas e o próprio programa Bolsa Família (SAMPAIO, 2014).

Não se pode esquecer que o SUAS tem papel fundamental na defesa dos direitos das mulheres e pela luta por igualdade uma vez que previne, acompanha e orienta situações de discriminações e violências às mulheres. Contudo, esses exemplos, apesar de serem importantes vitórias que possibilitam, de fato, mais autonomia e independência às mulheres, reconhecimento social, aumento da autoestima e outros fatores positivos, ainda são exemplos de políticas familistas que, focando a responsabilidade do bem-estar nos próprios indivíduos, sobrecarregam as pessoas destinadas a garantir à pessoa com deficiência os cuidados com alimentação, higiene, estudo e demais cuidados: as mulheres (SAMPAIO, 2014).

Além disso, o Brasil hoje não tem nenhum acompanhamento específico às cuidadoras de pessoa com deficiência, entendidas, inclusive, quando a pessoa demandante de cuidado tem uma cuidadora, como solucionadoras dos problemas e motivo suficiente para o Estado se afastar desta pessoa, com fechamentos de prontuários e encerramento de acompanhamentos nas unidades do SUAS<sup>13</sup>.

A atividade de cuidadora continua desvalorizada, sem proteção social, podendo se enquadrar em alguns exemplos das políticas supracitadas, mas sem nenhum apoio especializado, que abarque as suas necessidades específicas, de renda, de tempo, de trabalho e dedicação.

A Inglaterra, conhecida pela participação popular e conhecimento geral da população de seus direitos como cidadãos e de um Estado provedor de bem estar social, responsável pelos indivíduos, tem diversos benefícios. Dentre os benefícios relacionados à pessoa com deficiência há algumas diferenciações com o BPC (STATEPENSION-CALCULATOR, s/d).

Primeiramente, a Inglaterra tem um benefício às pessoas com deficiência mental ou física que não trabalham, mas provam a necessidade de assistência por terem renda baixa ou têm direito a partir de contribuição, chamado *Employment and Support Allowance*<sup>14</sup>. Existe também o *Attendance Allowance*<sup>15</sup> que é um pagamento semanal para pessoas com deficiência que necessitem de ajuda para tarefas diárias; o *Disability Living Allowance*<sup>16</sup> cujo pagamento varia em seu valor, mas é referente a despesas com ajudantes pessoais e/ou com despesas com aparelhagens necessárias para locomoção da pessoa com deficiência. Além disso, na Inglaterra existe, especificamente destinado a cuidadores de pessoas com deficiência ou idosos em tempo integral, o pagamento chamado *Carer's Allowance*<sup>17</sup> (BENEFÍCIOS NA INGLATERRA, s/d).

Mesmo este trabalho sendo incapaz de fazer uma análise completa sobre esses benefícios ingleses, para que não haja fuga do tema, é possível visualizar que a compre-

---

<sup>13</sup> Experiência pessoal no atendimento aos idosos no CREAS Brasília a partir do estágio obrigatório realizado em 2013, pois era coletivamente entendido que a demanda familiar estava sanada ao conseguir sensibilizar alguém para ser cuidadora e não se pensava em novas situações de vulnerabilidade que surgem para esta pessoa e os prontuários eram arquivados.

<sup>14</sup> Benefício de suporte desemprego (tradução livre).

<sup>15</sup> Benefício assistencial (tradução livre).

<sup>16</sup> Benefício para incapacidades de atividades cotidianas (tradução livre).

<sup>17</sup> Benefício para o/a cuidador (a) (tradução livre).

ensão de deficiência para a concessão de benefícios é mais ampla. E é fácil perceber que transferências monetárias inglesas vão além de uma transferência à pessoa com deficiência.

A existência de um benefício direto aos cuidadores (*Carer's Allowance*) é uma forma de valorizar esta atividade como trabalho e retribuir a sua dedicação a partir de uma transferência monetária que possibilite a esta pessoa, provavelmente alguma mulher, ter renda, ser independente financeiramente, pagar previdência, garantir outros direitos sem ter que dividir seu tempo em outro trabalho ou abrir mão de seus direitos sociais.

Deve-se entender que o benefício inglês em questão não faz diferença de gênero e está relacionado às pessoas, homens e mulheres, que exercerem atividades de cuidadores, em tempo integral, de idosos ou pessoas com deficiência, e não se enquadra em uma política de proteção às mulheres, ou seja, não enfrenta o preconceito de que atividades de cuidado são relacionadas a elas possibilitando que tal função permaneça, mas de forma mais valorizada.

Também deve ser frisado que os benefícios ingleses, por mais que mais amplos quanto ao seu público, continuam sendo uma intervenção na pessoa em vulnerabilidade, e não na situação social de discriminação e despreparo dos espaços para as demandas específicas dessas pessoas, tentando novamente resolver a situação com uma transferência monetária apenas, embora aumente os usuários de direito, compreendendo que a vulnerabilidade não é apenas da pessoa idosa ou deficiente, mas também daqueles que lidam com seus cuidados.

No Brasil existe uma situação em que pessoas que necessitam de cuidados específicos que podem ser supridos com a contratação de uma pessoa responsável por seus cuidados recebem do governo um valor adicional para este fim. Em 2011 foi alterada a Lei nº 8.213/91 que dispõem sobre os benefícios da Previdência Social e os beneficiários da aposentadoria por invalidez que, segundo a lei, estejam em condições de necessidade extrema<sup>18</sup>, passam a ter direito de receber 25% a mais do valor de sua aposentadoria, independente se a soma

---

<sup>18</sup>Cegueira total; perda de nove dedos das mãos ou superior a esta; paralisia dos dois membros superiores ou inferiores; perda dos membros inferiores, acima dos pés, quando a prótese for impossível; perda de uma das mãos e de dois pés, ainda que a prótese seja possível; perda de um membro superior e outro inferior, quando a prótese for impossível; alteração das faculdades mentais com grave perturbação da vida orgânica e social; doença que exija permanência contínua no leito e; incapacidade permanente para as atividades da vida diária.

final fique maior que o teto legal, sendo este valor recalculado se o benefício original for reajustado e intransferível, sendo descontado, em caso de morte, no valor da pensão.

Este exemplo previdenciário é interessante, pois ele já é um avanço quanto ao problema que este trabalho apresenta. Embora não tenha diretamente nenhuma intenção quanto à relação de gênero das atividades do cuidado, ele já garante que a pessoa aposentada por invalidez e que sendo esta uma pessoa que comprove não ter mais como trabalhar, assim como o beneficiário do BPC, mas que contribuiu para a previdência enquanto trabalhava, tenha condições de prover uma pessoa que lhe ajude com suas limitações cotidianas, muitas vezes, isentando as mulheres de sua família desta atividade.

É conveniente levantar que este acréscimo de 25% é apenas aos aposentados por invalidez e, mesmo que necessitados, aposentados por tempo de contribuição ou idade não terão o mesmo direito. Além de que, considerando a forma como a assistência social é tratada atualmente, com ainda cunho assistencialista, focalizado, com o mínimo de recursos possível etc. este aumento no valor não foi considerado aos beneficiários desta política, mesmo havendo, nas mesmas condições de necessidade dos aposentados por invalidez, usuários do BPC.

## Considerações Finais

Este trabalho teve como fim analisar de forma dialética a relação entre gênero e cuidado de pessoas com deficiência em um contexto de reafirmação da falta de responsabilidade do Estado e sobrecarga da família via políticas sociais familistas, que integram um Estado neoliberal e de uma sociedade que atribui às mulheres as tarefas de cuidar.

O cuidado de pessoas com deficiência é bem específico, pois é uma demanda que normalmente não termina e, a partir do momento que se apresenta, será demandado cuidado especial à pessoa com deficiência até o fim de sua vida, e mesmo que ela se torne relativamente independente, esse momento não pode ser previsto como é a demanda por cuidado devido ao ciclo de vida, como por exemplo, crianças e idosos.

Embora o Benefício de Prestação Continuada atenda pessoas com deficiência e idosos, faz parte dessas políticas que, de acordo com o familismo, esperam e exigem da família o cuidado e a manutenção do bem estar do beneficiário a partir do entendimento de que é obrigação da família este trato.

Para atingir a solução das necessidades específicas das pessoas com deficiência muitas vezes é demandado acompanhamento integral, por vários anos, de outra pessoa (geralmente uma mulher) para adaptar as dificuldades que esse sujeito enfrenta em relação à sociedade diariamente, para marcar consultas, alimentar-se, locomover-se, exercitar-se, higienizar-se, comunicar-se, garantir e lutar pela ampliação de direitos e demais atividades, pois é uma pessoa que precisa de cuidados especiais, independente de ser criança, jovem, adulto, idoso, acumulando as especificidades desses períodos às dificuldades causadas pela deficiência.

Pode-se perceber muito facilmente no BPC que a responsabilização de pessoas com deficiência é da família, assim como sempre foi exigido pelo Estado. Primeiro pela própria característica para inclusão no benefício, uma vez que o cálculo de renda é feito baseado em todos os familiares que moram junto com o beneficiário, ou seja, os gastos da pessoa com deficiência, caso ela não possa se sustentar, são de responsabilidade da família antes de ser do Estado e somente em última instância ele assume o valor de um salário mínimo, apenas.

E segundo que o BPC, ao transferir uma quantia monetária ao indivíduo, não garante completamente muitas das suas necessidades que precisam de mais suporte para serem alcançadas do que um valor em dinheiro. Valor que tem o objetivo de ser o suficiente<sup>19</sup> para as suprir o impedimento desta pessoa trabalhar e ter sua renda, mas não amplia o papel protetor do Estado aos cuidados que essa pessoa com deficiência precisa, pois sua vulnerabilidade vai além da pobreza. O que pode ser percebido principalmente a partir de uma compreensão material do que seja deficiência, que abrange muito mais barreiras do que uma simples impossibilidade de exercer atividade remunerada, reconhecendo implicitamente que os cuidados e a rotina da pessoa serão assumidos por alguém da família.

É importante entender que quando se trata de cuidado e, principalmente em meio familiar, as atividades domésticas e os serviços de diversas áreas como alimentação, saúde, habitação, educação, higiene etc. são ocupações socialmente compreendidas como femininas, realizadas pela mãe em primeiro momento e, na sua ausência, pela avó, pela irmã, por uma tia, por uma empregada doméstica, sempre mulheres.

Isso se dá pelo entendimento predominante em uma sociedade patriarcal, onde a divisão sexual do trabalho compreende que ofícios do mundo público, como o trabalho remunerado fora de casa, sejam atribuições masculinas, ao passo em que serviços do mundo privado, como o trabalho de cuidado dos filhos e da casa, são atividades femininas.

Em um contexto em que há uma demanda por cuidado integral, como uma criança e/ou um adolescente com deficiência em famílias de baixa renda, que não têm possibilidade de contratar uma enfermeira ou cuidadora, é comum ver as mães dessas pessoas assumirem esse papel, muitas vezes interrompendo sua carreira profissional, suas demais obrigações domésticas e seus estudos para tal função. Ou seja, os pais e os demais homens da família não costumam assumir as mudanças da rotina e as necessidades dessa pessoa com deficiência de forma tão dedicada como as mulheres, uma vez que é construído socialmente que não só este papel não é deles, como que este papel é delas.

---

<sup>19</sup> Existem críticas e trabalhos que apontam que o valor do benefício não seria suficiente sequer para esse fim (comprar remédios e custear tratamentos), entretanto este trabalho não entrou no debate do alcance do valor transferido pelo BPC. Um artigo interessante sobre o tema é SANTOS, Wederson. Deficiência e BPC: o que muda na vida das pessoas atendidas? Rio de Janeiro: Revista Ciência saúde coletiva vol.16 supl.1, 2011.

Entretanto, essas mulheres, que se tornam cuidadoras, não têm amparo do Estado, pois é compreendido que esse serviço é baseado em uma atenção e um carinho intrínseco de mãe, obrigatório a elas, como responsáveis por garantir o bem estar de todos em uma família.

Dessa forma não há, hoje, nem como parte do BPC, nem de outro serviço ou política social, nenhuma garantia de proteção, como trabalhadoras cuidadoras, a essas mulheres, majoritariamente mães, para que tenham possibilidade de ter independência financeira; tempo para suas carreiras, estudos e demais atividades; condições de pagar a previdência social, mesmo como dona de casa, e ter assegurados os auxílios decorrentes da condição de protegidas pela previdência, somente alcançada mediante contribuição prévia.

O quadro que se tem hoje é de um trabalho extremamente importante para a manutenção das vidas de pessoas com demandas de cuidado maior, sendo igualado ao carinho. Hoje, as mulheres cuidadoras de seus filhos e filhas crianças e adolescentes com deficiência são equiparadas às mães de pessoas sem deficiência, que têm, comparativamente, mais tempo para planejarem e executarem suas vidas pessoais. Hoje o trabalho de cuidadora, por não produzir valor de mercado e por ser exercido, na maioria das vezes, por mulheres não é valorizado e nem é compreendido como trabalho.

É preciso compreender que essa desvalorização não deveria ocorrer e este trabalho pretende demonstrar essa distorção na falta de valor, de proteção e direitos de muitas mulheres que se tornam cuidadoras em nome de uma função socialmente e historicamente atribuída a elas sem ter o mínimo de reconhecimento, seja social ou financeiro, sem dividir essa tarefa com nenhum homem, nem mesmo os pais das mesmas crianças e adolescentes.

Conclui-se, então, que as mulheres cuidadoras de pessoas com deficiência, mesmo quando se trata de seus filhos, e elas são responsáveis legais por estas crianças e adolescentes, ou quando não menores de idade ou não são suas mães, elas exercem o trabalho, de cuidadora, e vivenciam todas as suas especificidades, pois sua função vai além das atividades rotineiras que envolvem o cuidado de crianças ou adolescentes sem deficiência. Isso quer dizer que sua rotina é ainda mais modificada e tudo aquilo de que elas acabam abrindo mão é ainda mais intenso. No Brasil essas mulheres não têm proteção social e deveriam ter.

Como abordado, além de essas mulheres não serem valorizadas pelo seu trabalho e serem desprotegidas pela ausência de uma cobertura social especificamente



destinada a elas, essa falta impõe às cuidadoras uma série de vulnerabilidades cotidianas, principalmente a perda da possibilidade de assegurar direitos previdenciários, pois muitas vezes interrompem suas contribuições. Uma vez que o trabalho que exercem não é reconhecido como tal, elas são deixadas de fora das proteções sociais que o Estado oferece aos trabalhadores, por mais que as atividades exercidas por elas sejam, sim, trabalho, como este estudo avaliou.

Muitos trabalhos nessa área ainda podem ser feitos, como um estudo mais aprofundado de todas as possibilidades de políticas, benefícios, programas e projetos que podem atender às demandas apresentadas por essas mulheres em decorrência de sua condição peculiar de cuidadora de uma pessoa de sua família.

Algumas hipóteses podem ser montadas possibilitando novos estudos e pesquisas mais aprofundadas. Primeiramente é importante saber que embora essa situação de vulnerabilidade encontrada por este trabalho tenha sido confirmada como uma especificidade das cuidadoras mulheres de pessoas com deficiência, a responsabilidade da manutenção dos cuidados com a família, com membros com e sem deficiência, é das mulheres. Outros trabalhos já analisam a responsabilidade de mulheres fortalecidas por outros programas como o Bolsa Família que, a partir de uma transferência monetária a elas, elas acabam sendo as principais fontes de controle das famílias. Assim como também é interessante levantar, embora não seja o enfoque deste trabalho, que, dado que a população brasileira está envelhecendo (IBGE, 2006), mais pessoas tendem a necessitar de cuidados específicos e isso demanda cuidadoras que, se permanecerem as atuais conjunturas, serão mais mulheres em situação de vulnerabilidade.

Pode-se aprofundar, ainda, quanto ao cotidiano dessas mulheres, a relação de dependência criada entre mãe e os filhos com deficiência, assim como comprovar, via acompanhamento de casos, a divisão sexual do cuidado entre homens e mulheres. Se a responsabilização da família pelo cuidado seria a contrapartida implícita de um Estado que tem políticas baseadas no *workfare*, onde deve-se fazer por merecer os direitos sociais. E ainda em qual seria uma política, um projeto ou um serviço que oferecesse respostas a esta questão, dividindo com o Estado a parte que lhe cabe da proteção da pessoa com deficiência, assim como de sua cuidadora.

Este trabalho não apresenta nenhuma solução concreta, como um planejamento de um programa ou uma transferência de renda às cuidadoras, mas reúne os aspectos

que as tornam desprotegidas e confirma, por meio de teorias acerca do tema e dados de pesquisas já realizadas, que elas se encontram em situação de vulnerabilidade.

Não seria, assim, a culpa do BPC, ou da Previdência Social, mas uma insuficiência geral que o modelo de produção a partir de seus interesses e reprodução de conceitos socialmente, unidos à hierarquia de gênero, preconceito e desvalorização das mulheres, mais a falta de preparo social para aceitar e conviver com todos os corpos com e sem deficiência física, mental, intelectual e sensorial.

Claro que, sabendo que a demanda existe e que solucioná-la de forma completa implicaria interferir profundamente em todas essas insuficiências supracitadas e isso é uma questão ideológica, política, econômica, que vai além deste humilde trabalho, seria um começo existir uma iniciativa que tentasse suprir essa demanda emergente destas mulheres imediatamente, dando início a um processo de valorização e melhoria de vida delas, como uma transferência de renda, ampliação do BPC, fornecimento desses serviços pelo Estado e demais suposições que poderão ser aprofundadas em trabalhos futuros.

### Referências Bibliográficas:

ABOUT SDS, s/d. Disponível em <<https://www.disstudies.org/>> Acesso em 23 ago. 2014.

BEHRING, E; BOSCHETTI, I. *Política social: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti. *Brasil em Contra Reforma: desestruturação do estado e perda de direitos*. Ed. Cortez. SP: 2003.

BENEFÍCIOS NA INGLATERRA, s/d. Disponível em <<http://emlondres.com/>> Acesso em 03 nov. 2014.

BPC NA ESCOLA, s/d. Disponível em <<http://www.mds.gov.br/>> Acesso em 17 ago. 2014.

BRASIL, *Instrução Normativa INSS/PRES Nº 29 de 04 de junho de 2008* – Dou de 06 de junho de 2008. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/>> Acesso dia 19 de mai. 2014

BRASIL, *Lei 6.179 de 11 de dezembro de 1974*. Institui amparo previdenciário para maiores de setenta anos de idade e para inválidos, e dá outras providências.

BRASIL, *Lei 8.213 de 24 de julho de 1991*. Dispõem sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.

BRASIL, *Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993: Lei Orgânica da Assistência Social*. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

BRASIL, *Lei nº 12.470, de 31 de agosto de 2011*. Dispõe sobre o Plano de Custeio da Previdência Social, para estabelecer alíquota diferenciada de contribuição para o microempreendedor individual e do segurado facultativo sem renda própria que se dedique exclusivamente ao trabalho doméstico e dá outras providências.

BRASIL, *Lei nº 8.861, de 25 de março de 1994*. Dá nova redação aos arts. 387 e 392 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), altera os arts. 12 e 25 da Lei nº 8.212, de 24

julho de 1991, e os arts 39, 71, 73 e 106 da Lei nº 8.213, de 24 julho de 1991, todos pertinentes à licença-maternidade.

BRASIL, *NOB/SUAS: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social*. Brasília, 2005.

BRASIL, *PNAS: Política Nacional de Assistência Social*, Resolução nº 145 Conselho Nacional de Assistência Social, Brasília 2004.

BRASIL, *Portaria Normativa Interministerial nº 18, de 24 de abril de 2007*. Que cria e regulamenta a criação do programa BPC na Escola. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF.

BRASIL, Presidência da República. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília, 1995.

BRASIL. *Decreto n.º 6.949, de 25 de agosto de 2009*, Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, confere o art. 84, inciso IV, da Constituição Federativa do Brasil.

BRASIL. *Lei Nº 10.421, de 15 de abril de 2002*. Estende à mãe adotiva o direito à licença-maternidade e ao salário-maternidade, alterando a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, 16 de abril de 1996

BRASIL. *Lei Nº 11.770, de 9 de setembro de 2008*. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, 10 de setembro de 2008.

CASTEL, Robert. *A insegurança social: o que é ser protegido?* Petrópolis: Vozes, 2005.

CFESS. *CFESS em defesa do trabalho do assistente social do INSS com autonomia profissional e com a garantia das condições técnicas e éticas*. 2013.

COLIN, D. JACCOUD, L. *Assistência Social e Construção do SUAS: balanço e perspectivas: O percurso da assistência social como política de direitos e trajetória necessária*. In Coletânea de Artigos Comemorativos dos 20 anos da Lei Orgânica de Assistência Social. Brasília: MDS, 2013. p 43 – 65.

COLIN, D. PEREIRS, J. *Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferência de Renda: alguns apontamentos sobre a experiência brasileira*. In Coletânea de Artigos Comemorativos dos 20 anos da Lei Orgânica de Assistência Social. Brasília: MDS, 2013. p 101 – 133.

CRESWELL, John W. *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e mistos*. Porto Alegre: Artmed, 2010. 3ª ed.

ESPING-ANDERSEN, G. *Fundamentos Sociales de las economias Postindustriales*. Barcelona: Ariel, 2000. Capítulo 4, p. 69 – 100.

FREITAS, M. SOUZA, M. MARTINS, R. *O Benefício de Prestação Continuada – BPC: direito socioassistencial*. In Coletânea de Artigos Comemorativos dos 20 anos da Lei Orgânica de Assistência Social. Brasília: MDS, 2013. p 135 – 153.

GIL, Antônio Carlos. *Metodologia de Pesquisa em Serviço Social*. In Caderno Técnico 23. 2002, p. 63 – 70.

GUIMARÃES, Raquel. *Gênero e Deficiência: um estudo sobre as relações de cuidado*. In DINIZ, D e SANTOS, W. (Orgs.) *Deficiência e Discriminação*. Brasília: Editora UnB, 2010. P. 197 – 228.

IBGE. *Indicadores Sociodemográficos: prospectivos para o Brasil 1991-2030*. Arbeit. Rio de Janeiro: 2006.

JANCZURA, Rosane. *Risco ou Vulnerabilidade Social?* Revista Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 11, n. 2, p. 301 - 308, ago./dez. 2012

LIMA, Niusarete. (Org.) *Pessoa Portadora de Deficiência: legislação federal básica*. Brasília: Ministério da Justiça, 2001.

MARCONDES, Mariana Mazzini. *O cuidado na perspectiva da divisão sexual do trabalho: contribuições para os estudos sobre a feminização do mundo do trabalho*. In

YANNOULAS, S. C. (Org.) *Trabalhadoras: Análise da Feminização das Profissões e Ocupações*. Brasília: Abaré, 2013. p. 251 – 279.

MARX, Karl. *O Capital: Crítica Econômica Política*. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

MARX, Karl. *Processo de Trabalho e Processo de Valorização*. In: Antunes, Ricardo. *A Dialética do Trabalho*. São Paulo: Expressão Popular, 2004a, p. 33 – 69.

MARX, Karl. *Trabalho Produtivo e Trabalho Improdutivo*. In: Antunes, Ricardo. *A Dialética do Trabalho*. São Paulo: Expressão Popular, 2004b, p. 153 – 171.

MEDEIROS, M. BARROS, F e NETO, M. *Conceito de Família do Benefício de Prestação Continuada*. In DINIZ, D; MEDEIROS, M e BARBORA, L (Orgs.) *Deficiência e Igualdade*. Brasília: Editora UnB, 2010.p. 113 – 131.

MEDEIROS, M; DINIZ, D e BARBOSA, L. *Deficiência e Igualdade: o desafio da proteção social*. In DINIZ, D; MEDEIROS, M e BARBORA, L (Orgs.) *Deficiência e Igualdade*. Brasília: Editora UnB, 2010.p. 11 – 20.

MEDEIROS, M; NETO, M e BARROS, F. *Distribuição do Benefício de Prestação Continuada*. In DINIZ, D; MEDEIROS, M e BARBORA, L (Orgs.) *Deficiência e Igualdade*. Brasília: Editora UnB, 2010.p. 85 – 112.

MENDES, Jussara M. R. e WUNSCH, Dolores S. *Trabalho, classe operária e proteção social: reflexões e inquietações*. Revista Kátalysis. 2009, vol. 12, nº 2, p. 241 – 248.

Ministério da Saúde. “*Relatório de Pesquisa sobre o Acesso a Medicamentos, órteses e próteses pelos beneficiários do BPC na Escola*”. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/>. Acesso dia 19 de mai. 2014.

MONTEIRO, Simone R. R. P. *O marco conceitual da vulnerabilidade social*. Revista Sociedade em Debate, Pelotas, 17(2): 29-40, jul.-dez./2011

NUSSBAUM, Martha. *Capacidades e Justiça Social*. In DINIZ, D; MEDEIROS, M e BARBORA, L (Orgs.) *Deficiência e Igualdade*. Brasília: Editora UnB, 2010. p. 21 – 42.

PAULA, Renato. *Assistência Social: direito público e reclamável*. In Coletânea de Artigos Comemorativos dos 20 anos da Lei Orgânica de Assistência Social. Brasília: MDS, 2013. p 89 – 99.

PENALVA, J; DINIZ, D e MEDEIROS, M. *Política Assistencial, Orçamento e Justiça no Benefício de Prestação Continuada*. In DINIZ, D; MEDEIROS, M e BARBORA, L (Orgs.) Deficiência e Igualdade. Brasília: Editora UnB, 2010.p. 61 – 84.

PEREIRA, Marco Antonio. *Manual Básico de Orientação de Documentos Científicos Parte 2: orientações básicas para a monografia*. FANQUIL, 2005.

PEREIRA, Potyara. *Política Social: temas & questões*. São Paulo: Cortez, 2009. 2ª ed.

PESQUISA DE EMPREGO E DESEMPREGO. *A Inserção da Mulher no Mercado de Trabalho*. 2013.

REGEN, M. ARDORE, M. HOFFMANN, V. *Mães e Filhos Especiais: Relato de experiência com grupos de mães de crianças com deficiência*. Brasília: Corde, 1993.

ROSSO, Sadi Dal. *Mais Trabalho!* São Paulo: Boitempo Editorial, 2008.

SAMPAIO, Arlete. “*Mulher, avanço e desafio*”; mds.gov.br. Disponível em <<http://www.mds.gov.br/>> acesso em 05 nov. 2014.

SANTOS, W e PENALVA, J. *Renda, Idade e Corpo para o Benefício de Prestação Continuada*. In DINIZ, D; MEDEIROS, M e BARBORA, L (Orgs.) Deficiência e Igualdade. Brasília: Editora UnB, 2010.p. 133 – 152.

SANTOS, W; DINIZ, D e PEREIRA, N. *Deficiência e Perícia Médica: os contornos do corpo*. In DINIZ, D; MEDEIROS, M e BARBORA, L (Orgs.) Deficiência e Igualdade. Brasília: Editora UnB, 2010.p. 153 – 173.

SANTOS, Wederson. *Deficiência e BPC: o que muda na vida das pessoas atendidas?* Rio de Janeiro: Revista Ciência saúde coletiva vol.16 supl.1, 2011.

SANTOS, Wenderson. *Assistência Social e deficiência no Brasil: o reflexo do debate internacional dos direitos das pessoas com deficiência*. Serv. Soc. Rev., Londrina, v. 13, nº 1, p. 80-101, jul/dez, 2010.

SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. *Relatório Anual Socioeconômico da Mulher - RESEAM*. 2013.

SIMÕES, Carlos. *Curso de Direito do Serviço Social*. 5ª edição. São Paulo: Cortez, 2011, p. 148 – 186.

STATEPENSIONCALCULATORS/d. Disponível em <<https://www.gov.uk/>>. Acesso em 03 nov. 2014.

TEIXEIRA, M. CERQUEIRA, M. *O Programa Bolsa Família/Vida Melhor e as Mulheres: transferência de renda e equidade de gênero no Distrito Federal*. In YANNOULAS, S. C. *Trabalhadoras: Análise da Feminização das Profissões e Ocupações*. Brasília: Abaré, 2013. p. 207 – 230.

WHAT IS THE CENTRE FOR DISABILITY STUDIES (CDS), s/d. Disponível em <<http://disability-studies.leeds.ac.uk>> Acesso em 23 ago. 2014.

YANNOULAS, Silvia. *Gênero e Mercado de Trabalho: situando a problemática*. In \_\_\_\_\_, S. C. (org.) *A Convidada de Pedra: mulheres e políticas públicas de trabalho e renda: entre a descentralização e a integração supranacional: um olhar a partir do Brasil (1998 – 2002)*. Brasília: Abaré, 2003. p. 48 – 62.

YANNOULAS, Silvia. *Sobre o que nós, Mulheres, Fazemos*. In \_\_\_\_\_, S. C. (org.) *Trabalhadoras: Análise da Feminização das Profissões e Ocupações*. Brasília: Abaré, 2013. p. 31 – 65.