

CUIDADO E CUIDADORAS: O TRABALHO DE CARE NO BRASIL, FRANÇA E JAPÃO

Tradução de Philippe Dietman

As teorias e os debates sobre o *care*, que datam de ao menos trinta anos no mundo anglo-saxônico, em particular nos Estados Unidos (Gilligan, [1982] 2008; Tronto [1993] 2009; Moller Okin, [1989] 2008), desenvolveram-se bem mais recentemente na França, apenas nos últimos cinco anos (Paperman & Laugier, 2005; Molinier, Paperman & Laugier 2009; Garrau & Goff, 2010), e têm suscitado um interesse crescente na América Latina e na América Central, onde pesquisas vêm sendo realizadas em países como Chile, México, Argentina e Nicarágua.¹ No Brasil, no campo das ciências sociais, ainda são poucas as investigações no tema (Lancman et al., 2007; Batista et al., 2008; Sorj, 2008; Lima et al., 2008–2009; Garcia dos Santos & Georges, 2010; Camarano, 2010)² e a maior parte das pesquisas, tanto sobre os cuidadores familiares, quanto sobre o cuidado em domicílio, foi produzida nas áreas da geriatria, gerontologia, enfermagem e saúde pública. No Japão, os médicos foram também os primeiros a suscitar a questão do cuidado, que se popularizou, na década de 1990, com o debate em torno do “Seguro de Cuidados de Longa Duração” (*Kaigo Hoken*) introduzido em 2000; desde então, têm se multiplicado os trabalhos no âmbito das ciências sociais japonesas (Ito & Adachi, 2008; Ochiai, 2009; Mitomi, 2010; Kikuchi, 2010).³

Neste artigo, analisamos o trabalho do *care* em três países muito diferentes, o Brasil, a França e o Japão. Conquanto estudos comparativos sejam frequentes nesse tema, eles se restringiram à análise de países europeus (Lyon & Glucksmann, 2008; Glucksmann, 2010). Nossa reflexão procurou esclarecer tendências observadas em outras realidades, igualmente interessantes do ponto de vista analítico, tanto devido às modalidades de construção dos seus regimes de proteção e previdência social, como pelas particularidades dos processos demográficos e econômicos que moldam as estruturas etária e ocupacional das populações desses três países. Para fazê-lo, vamos nos apoiar em literatura secundária e nas estatísticas disponíveis, assim como nos primeiros resultados das pesquisas de campo em andamento, realizadas pelas autoras.

Focaremos nossa análise no trabalho do *care* às pessoas idosas dependentes. Sabemos que elas não são as únicas a necessitar de cuidados e, com

efeito, boa parte da literatura tem se concentrado em outros beneficiários, tais como as crianças. Então, por que voltar a atenção para o *care* em relação aos idosos? Na verdade, o Brasil, a França e o Japão estão atravessando, mesmo se em ritmo e dinâmica desiguais, um forte crescimento do número de idosos e, conseqüentemente, do peso destes em suas populações. Esse processo de envelhecimento da população, como desenvolveremos mais adiante, determina novas exigências e produz novas configurações das atividades tradicionais do *care*. Elas assumem uma escala importante, que leva à estruturação de um mercado de oportunidades profissionais cada vez mais amplo e ao desenvolvimento de políticas públicas de acompanhamento a longo prazo de idosos e pessoas com deficiência, com repercussões em carreiras e formas de regulamentação profissional das condições e relações de trabalho dos prestadores/as desse tipo de serviço.

A magnitude do crescimento da demanda potencial para os serviços de *care* na França, Japão e Brasil pode ser estimada, mesmo se indiretamente, pela observação do ritmo de envelhecimento nos três países. O gráfico 1 [ver p. 153] apresenta as estatísticas relativas aos últimos cinquenta anos. Assim, enquanto a França e o Brasil revelam um crescimento gradual e contínuo, que se acelerou apenas nos últimos anos, no Japão o processo de envelhecimento ocorreu em um ritmo exponencial a partir da década de 1970. Por isso mesmo, o Japão e o Brasil, que tinham porcentagens relativamente semelhantes de idosos em relação a sua população total nos anos 1950, passaram a manifestar, em 2010, situações muito diferentes.

Observando-se a população com 65 anos ou mais desses três países em 2010, verifica-se que a sua velocidade de envelhecimento é mais pronunciada no Japão (onde os idosos alcançam 22,6% da população total). Na França (onde eles são 17%) existe uma tendência de crescimento em um futuro próximo, embora a um ritmo significativamente menor que o do Japão. Finalmente, no Brasil (onde eles representam apenas 6,9% da população total), esse incremento é mais recente, muito embora deva se constituir em um sério desafio no futuro próximo.

Face a tais tendências, e de acordo com os critérios estabelecidos pela Organização das Nações Unidas, o Japão seria uma sociedade “superidosa” (assim qualificada quando a parcela da população com 65 anos ou mais em relação à população total é igual ou superior a 20%); a França, uma sociedade “velha” (onde essa parcela representa entre 14% e 20%) e o Brasil estaria prestes a se tornar uma sociedade “em envelhecimento” (situação em que os idosos representam entre 7% e 14% da população). Os próximos cinquenta anos vislumbram, assim, e para os três países, uma perspectiva de envelhecimento significativo das suas respectivas populações.

Observa-se também, nos três casos, uma tendência ao aumento nas atividades relacionadas com o *care*, em particular no que respeita ao cuidado

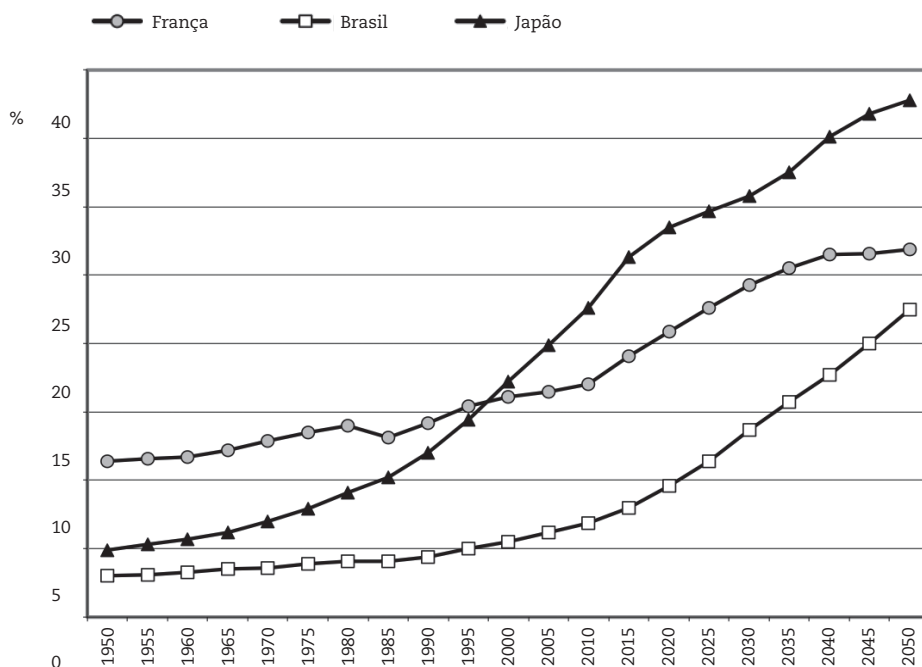


Gráfico 1: População com 65 anos e mais: 1950–2050

França, Brasil, Japão

Fonte: World Population Prospect — The 2008 Revision Population Database

domiciliar. Chamadas de “auxiliares de vida”, *homehelpers* ou “cuidadoras”, são principalmente as mulheres que desempenham essas profissões.

Frente a tal contexto, este artigo tem o objetivo de analisar, numa perspectiva comparativa, alguns aspectos da construção social do trabalho de *care*, particularmente as fronteiras entre o trabalho doméstico e o trabalho do *care* em três realidades socioculturais tão diferentes como as da França, do Japão e do Brasil. Para tal, abordaremos três aspectos principais: o mercado do trabalho e as trajetórias dos trabalhadores/as que cuidam de idosos; as estruturas familiares e as redes sociais envolvidas; as políticas públicas e a formação profissional requerida para o exercício dessas atividades.

Entretanto, para bem analisarmos esses aspectos, convém iniciar refletindo sobre a trajetória de constituição do conceito de *care* nos três países, e o modo como as diferentes formas de nomear recobrem as variadas práticas observadas nessas três realidades.

CARE: CONCEITO E PRÁTICAS. CATEGORIAS NATIVAS E CLASSIFICAÇÕES

O conceito de *care* compartilha com outros conceitos, como “trabalho” e “gênero”, a natureza ao mesmo tempo multidimensional e transversal. É interessante notar — como tem sido amplamente discutido e comentado — que o termo *care* conota um amplo campo de ações e atitudes, abarcadas por conceitos equivalentes ou semelhantes na maioria das outras línguas.

Na França, o termo *soin*, tradução mais comum de *care*, significa, segundo Catherine Audard, “a solicitude que expressa essa inquietude afetiva pelo outro”. Há ainda um sentido derivado de *care* que deve ser relacionado a um outro domínio, o da ação de assistência e previdência social. *Care* significaria o conjunto de medidas públicas necessárias para o bem-estar (*welfare*) da população num Estado-providência. Este sentido, entretanto, e ainda conforme a autora, não tem equivalente em francês (Audard, 2004: 212; Martin, 2008: 28).

No Brasil e nos países de língua espanhola, a palavra “cuidado” é usada para designar a atitude; mas é o verbo “cuidar”, designando a ação, que parece traduzir melhor a palavra *care*. Assim, se é certo que “cuidado”, ou “atividade do cuidado”, ou mesmo “ocupações relacionadas ao cuidado”, como substantivos, foram introduzidos mais recentemente na língua corrente, as noções de “cuidar” ou de “tomar conta” têm vários significados, sendo expressões de uso cotidiano. Elas designam, no Brasil, um espectro de ações plenas de significado nativo, longa e amplamente difundidas, muito embora difusas no seu significado prático. O “cuidar da casa” (ou “tomar conta da casa”), assim como o “cuidar das crianças” (ou “tomar conta das crianças”) ou até mesmo o “cuidar do marido”, ou “dos pais”, têm sido tarefas exercidas por agentes subalternos e femininos, os quais (talvez por isso mesmo) no léxico brasileiro têm estado associados com a submissão, seja dos escravos (inicialmente), seja das mulheres, brancas ou negras (posteriormente).

Comparado com os substantivos *care* e *soin*, ou com o verbo “cuidar”, palavras de uso cotidiano longo, no Japão, a generalização da palavra *kaigo* não tem mais de vinte anos. Registros do seu primeiro uso datam de meados da era Meiji (1852–1912), no âmbito do direito relacionado à proteção social; entretanto, foi apenas nos anos 1960 que a palavra se incorporou ao jargão da política social voltada para o bem-estar dos idosos (Nakajima Kieko [1992] apud Morikawa, 1999). Na década de 1970, o termo *kaigo* começa a ser veiculado pela mídia (Morikawa, 1999: 23), tendo se difundido, sobretudo durante a década de 1990, graças aos amplos debates em torno da introdução do “Seguro de Cuidados de Longa Duração” (*Long-Term Care Insurance* ou, como referiremos doravante, LTCI). Nesse contexto, *kaigo* — muitas vezes entendida como um equivalente de *kea* (*care*) — abarca a noção do cuidado de longo prazo, estando associada ao cuidado aos idosos, mas também às pessoas deficientes. Desse

modo, o uso atual da palavra *kaigo* remete a um campo de significado muito mais estreito em comparação com *care* ou “cuidar”.

Essa digressão quer destacar a relevância de se analisar como distintas modalidades do *care* se constroem em diferentes sociedades, para o que as formas de nominar e sua generalização são pistas valiosas. Resistimos, por isso mesmo, à busca ingênua de uma “tradução exata” do termo, como se as diferentes realidades sociais pudessem ser reduzidas a um mínimo denominador conceitual. Para avançar identificando especificidades no processo de construção das modalidades do *care*, torna-se interessante observar as maneiras como o mercado (vale dizer, a mercantilização do *care* e a profissionalização daqueles/as que são os prestadores desse serviço) e as políticas públicas influenciaram nesse processo, e como diferentes agentes sociais se constituíram no seu curso. Esse tipo de abordagem revela, desde logo, a importância do nível nacional de análise, dado o papel crucial exercido pelo Estado na construção das formas de regulação institucional do trabalho e da profissionalização dos serviços de *care* em cada caso. Além do Estado, instituições políticas como sindicatos e partidos foram outros atores importantes na construção histórica dessas configurações em nível nacional.

Nos três países aqui focalizados, observa-se que a construção social e institucional do *care* é muito mais recente que a emergência dos termos “cuidado”, *kaigo* ou *soin*. Assim, no caso da França, o termo *auxiliaire de vie sociale* só foi institucionalizado em 2002 com a introdução do *Diplôme d’Etat d’Auxiliaire de Vie Sociale*, o DEAVS. No Brasil, o termo “cuidador” aparece coincidentemente no mesmo ano com a introdução da nova Classificação Brasileira de Ocupações, dando lugar, por conseguinte, ao cômputo dessa atividade ocupacional também nas estatísticas da Relação Brasileira de Informações Sociais (Rais)⁴ que trata dos empregos formalmente registrados. Já no Japão, os serviços de cuidado em domicílio têm início em 1956, introduzidos na região de Nagano por iniciativa dos Conselhos Municipais de Assistência Social (*Shakai Sukushi Kyogikai*).⁵ Mas foi somente após a introdução do plano decenal de assistência social para idosos (chamado de *gold plan*) que a denominação *homehelper* substituiu *katei hoshiin*, usado até então para designar os cuidadores domiciliares. Em 1991, o sistema de formação foi institucionalizado e classificações foram introduzidas para distinguir, por sua habilitação e competência, os que a ele se dedicavam. Desde a introdução do LTCI, *homehelpers* são também chamados de *homon kaigoin* e, sob esse sistema de seguro, os serviços são prestados por meio de contrato firmado entre o beneficiário da assistência e o prestador de serviços.

Em que pese esse movimento convergente em direção à institucionalização e reconhecimento nos códigos profissionais (e a esses últimos retornaremos mais detidamente adiante), não se deve perder de vista que, por sua natureza multidimensional, o *care* não se restringe ao campo do trabalho profissional (*care work*) — e, portanto, ao campo da profissão nas diferentes di-

mensões estudadas pela sociologia do trabalho, quais sejam: profissionalização, formação, qualificação e competência, remuneração e salários, promoção, organização e processo de trabalho (Zarifian, 2000; Gadrey, 2003; Bercot & Coninck, 2005). O *care* se remete também à esfera do privado, do doméstico, da família — e, portanto, ao campo da sociologia da família e do gênero (Silveira & Tito, 2008; Gramain et al., 2005). Não sem razão vemos que a sociologia do gênero e os *gender studies* desde muito cedo se preocuparam com a questão, na medida em que a divisão sexual do trabalho de *care*, a mobilização da masculinidade e da feminilidade, ou ainda da afetividade, se encontram no coração da conceituação do *care* (Knijn & Ungerson, 1997; Ehrenreich & Hochschild, 2003; Travailler, 2002).⁶

O *care* remete à questão de gênero, na medida em que essa atividade está profundamente naturalizada, como se fosse inerente à posição e à disposição (*habitus*) femininas. Mas, na medida em que o *care* se manifesta como ocupação ou profissão exercida em troca de uma remuneração, o peso e a eficiência crescentes das políticas públicas tornam-se verdadeiras bombas de efeito retardado, visto que questionam a gratuidade do trabalho doméstico e a sua circunscrição ao grupo social das mulheres, e desafiam a ideia de “servidão voluntária” inerente a esse serviço quando realizado no espaço privado do *domus*. Vale dizer, a emergência do *care* como profissão implica o reconhecimento e a valorização do trabalho doméstico e do trabalho familiar como “trabalho”; em outras palavras, a associação do trabalho do *care* com uma profissão feminina deixa de ser natural.

Entretanto, a construção da ruptura (ou da continuidade) entre a especialização profissional no serviço de *care* e o *care* atribuído ao trabalho doméstico e familiar é feita de diversas maneiras a depender do contexto nacional de que se trate. O caráter mais ou menos disruptivo e reconfigurador da atividade profissional do *care* variará, assim, conforme o peso (ou a prevalência) do trabalho doméstico remunerado (e sem prestígio social), ao lado da atividade doméstica não remunerada, bem como conforme a importância e a eficiência das políticas públicas relacionadas ao *care*, e mesmo conforme a força do segmento empresarial dedicado à prestação da assistência. Assim, dependendo da forma como se configurem mercado, políticas públicas, trabalho doméstico e familiar (remunerado ou não), o estatuto da atividade do *care* se diferenciará, e de maneira significativa, entre as realidades nacionais. Por esse motivo, é interessante voltar à questão dos campos do *care* e dos seus contextos históricos.

Se, ao longo da história e conforme as sociedades, a assistência dada aos membros da família era tarefa incumbida às mulheres, os cuidados de longa duração aos idosos, decorrentes das novas tendências demográficas, se colocam, agora, como uma situação nova. A esfera da reprodução deve estar apta a lidar com o processo de envelhecimento durante um longo período. Por isso mesmo, os cuidados de longa duração aos idosos passaram a ser objeto de

medidas políticas em muitas sociedades. Do mesmo modo, do ponto de vista dos atores que prestam a assistência, isso também representa uma novidade.

Parece, então, adequado assumir, como de resto o fazem outros estudiosos, a distinção analítica entre alguns campos do *care*: o das tarefas domésticas, o do cuidado das crianças e o dos cuidados às pessoas dependentes, isto é, aos idosos e deficientes.⁷ Procuraremos, entretanto, atentar para o risco de limitar a análise a um (ou a alguns poucos) dentre esses campos, por estarmos seguras da importância analítica da configuração do *care* como um todo, o que, com efeito, tem sido um desafio para os que elegeram esse domínio como o seu objeto de estudo.

A distribuição da prestação de cuidados entre o Estado, as comunidades, as organizações voluntárias, o mercado e a família é, por exemplo, muito diferente a depender do campo considerado. Assim, também as políticas públicas são diversificadas e delimitadas em função desses campos do *care*, do mesmo modo que se diferenciam as estratégias desenvolvidas pelas famílias. Continuidade e descontinuidade entre esses campos, socialmente construídos, acompanham os tipos de agentes prestadores de cuidados disponíveis (familiares, empregadas domésticas, cuidadoras habilitadas etc.), tanto quanto as condições de realização da assistência. Várias pesquisas desenvolvidas na Ásia evidenciaram que, para algumas famílias, o cuidado das crianças e o cuidado dos pais não ocupam o mesmo status e estão sujeitos a estratégias diferentes. De acordo com Ochiai & Molony (2008) e Ochiai (2009), por exemplo, observa-se em muitos países asiáticos uma divisão de trabalho entre, por um lado, mães e avós que cuidam das crianças e, por outro, domésticas às quais são delegadas as demais tarefas, como limpeza, lavagem das roupas, compras etc.⁸ Essa mudança estaria ligada à valorização, relativamente recente nesses países, da educação das crianças. Quanto ao cuidado dos idosos, Ochiai relata uma tendência oposta. Enquanto o papel das domésticas com relação ao *care* direcionado às crianças está diminuindo, vem aumentando o *care* voltado aos idosos, de modo a sugerir uma provável mudança nas normas sociais: quando as filhas e filhos adultos financiam uma doméstica para o *care* domiciliar de um pai dependente, são considerados/as cumpridores/as de seu dever filial.

O MERCADO DE TRABALHO DO CARE

No que tange ao mercado de trabalho, um primeiro aspecto se destaca: a importância com que se tece o elo entre as migrações e o trabalho do *care*, numa ampla variedade de situações.

A esse respeito, uma das peculiaridades do Brasil advém de que as atividades de *care*, em casa ou em instituições para idosos, são realizadas por brasileiros. Ainda que o trabalho doméstico tenha sido assumido, até o fim do

século XIX, por escravos africanos e seus descendentes, e muito embora entre o final do século XIX e início do século XX o Brasil tenha assistido a fluxos significativos de migração da Europa e do Japão para o trabalho agrícola e para a indústria, o setor do emprego doméstico remunerado nutre-se, hoje, de assalariados de nacionalidade brasileira, muitas vezes originários do nordeste, mas também de Minas Gerais, do Paraná ou de Santa Catarina. São, portanto, migrações internas. Praticamente não encontramos, durante a nossa pesquisa de campo no Brasil, mulheres migrantes estrangeiras entre as “cuidadoras” em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), nas famílias ou entre as empregadas domésticas.⁹

De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) relativa ao ano de 2007, havia 6,3 milhões de empregados domésticos mensalistas e diaristas em atividades no Brasil, dos quais apenas 400 mil eram do sexo masculino. Nessas circunstâncias, torna-se impossível pensar no mercado de trabalho para as atividades do *care* sem levar em consideração a existência de uma notável fluidez de fronteiras que obscurece os limites entre o trabalho profissional e o tradicional trabalho doméstico remunerado de “tomar conta”, de “cuidar”, aproximando, pois, os perfis da profissional do *care* e da empregada de casa.

À luz dos dados estatísticos disponíveis para o Brasil e fornecidos pela PNAD-2007, podemos dizer, então, que o trabalho das “cuidadoras”:

— É um trabalho sem proteção formal: em 2007, apenas 24% delas tinham carteira de trabalho assinada, o que contrasta com a média dos trabalhadores contratados, entre os quais 66% tinham registro formal em carteira; a esse respeito, as “cuidadoras” muito se aproximam das trabalhadoras domésticas, entre as quais apenas 28% tinham contratos formais.

— É exercido por trabalhadoras com baixa escolaridade: 63% delas têm apenas o ensino fundamental, o que novamente as aproxima das empregadas domésticas, dentre as quais 80% têm no máximo oito anos de estudos, e as distancia dos auxiliares de enfermagem, os quais 75% tinham mais que o ensino fundamental.¹⁰

— É um trabalho de baixa remuneração: 66% das cuidadoras ganham até um salário mínimo, o que não as diferencia muito das empregadas domésticas (70% das quais recebiam uma remuneração semelhante), mas que novamente as afasta do conjunto dos trabalhadores empregados (dentre os quais somente 25% recebiam o salário mínimo).

Entretanto, o indicador mais expressivo dessa fluidez está na forma como os trabalhadores/as que participam das atividades de *care* se reconhecem em termos profissionais. Assim, analisando os dados da Pesquisa Emprego e Desemprego (PED) para a região metropolitana de São Paulo em 2008, tivemos acesso a 7 mil registros de entrevistadas,¹¹ as quais, com base nas informações obtidas sobre a natureza do seu trabalho, poderiam ser classificadas como trabalhadoras do *care*. A análise de como essas pessoas descreviam a sua pró-

pria ocupação e, nesse sentido, percebiam a si próprias do ponto de vista profissional, mostrou que a maioria delas — embora desempenhando tarefas de *care* — se autoidentificava como “empregada doméstica”, antes que como “cuidadoras”. Essa percepção reflete o escasso reconhecimento institucional de que gozam essas profissionais. Com efeito, e como já mencionamos anteriormente, até mesmo as estatísticas demográficas e administrativas do Brasil só muito recentemente começaram a contabilizá-las como profissionais do *care*.

Diante de tamanha fluidez, e para retratarmos sob outro ângulo o caso brasileiro, parece conveniente retirar o foco dos dados domiciliares, como os da PED ou da PNAD, para então caracterizar o grupo dos trabalhadores envolvidos em funções de “cuidado” que exercem suas atividades em estabelecimentos prestadores de serviços. Com base nas estatísticas da Rais, colhidas junto a empresas que contratam os “cuidadores/as”, podemos chegar a uma visão algo distinta desse grupo mais específico dos trabalhadores do *care*.¹² Neste segmento é observado:

- um número relativamente pequeno de empregados/as (cerca de 30 mil), com uma escolaridade mais elevada que aquela contabilizada junto a “cuidadores/as” domiciliares (metade deles/as com o nível médio completo);
- o peso dos empregados/as em médios e grandes estabelecimentos é importante (50% são empregados/as em estabelecimentos com cem ou mais trabalhadores);
- esses estabelecimentos são predominantemente públicos (40% deles), ou filantrópicos (outros 40%);¹³
- e estão concentrados nas grandes cidades, especialmente São Paulo, que sozinha detém um terço do total dos empregos nessa atividade.¹⁴

Muito distinta é a configuração do mercado de trabalho do *care* no Japão. Ali, ao contrário do que descrevemos para o Brasil e diferentemente do que se encontra muitas vezes em toda a Ásia, a utilização das trabalhadoras domésticas não é comum. Com exceção da China, onde imensa área rural alimenta a oferta, as trabalhadoras asiáticas provêm do fluxo transnacional intracontinental. Assim, o volume da oferta de empregadas domésticas estrangeiras está intimamente ligado à política de imigração desses países.

No caso japonês, o governo proíbe a introdução de mão de obra estrangeira não qualificada. Por isso mesmo, são as mulheres adultas autóctones que asseguram a oferta de mão de obra para a assistência domiciliar ao idoso. Segundo pesquisa realizada pelo *Japan Institute for Labour Policy and Training* (2003), as mulheres representavam nada menos que 96% dos 11.239 *helpers* e *coordinators*¹⁵ engajados nas 854 instituições que, em 2002, prestavam serviços de assistência domiciliar. Dessas mulheres, cerca de 70% estavam concentradas na faixa etária de 40–69 anos, embora desde a introdução do LTCI a proporção de mulheres mais jovens tenha aumentado. Apenas 20% das *helpers* trabalhavam como assalariadas regulares, ou seja, com contratos por prazo indeterminado,

em tempo integral, enquanto 30% trabalhavam em tempo parcial com horários fixos. Cerca de 40% eram registradas e solicitadas em horários variáveis, conforme as necessidades dos seus clientes. Esses dados revelam ainda que a proporção de trabalhadoras regulares tende a diminuir, enquanto aumenta a parcela dos trabalhadores em tempo parcial com horários variáveis.

De acordo com pesquisa realizada em 2008 pela *Care Work Foundation* (*Kaigo rodo antei center*) junto aos 17.350 estabelecimentos prestadores de serviços abarcados pela LTCI (com retorno de 5.929 respostas) e aos seus 51.426 trabalhadores/as (com retorno de 18.035 respostas), a idade média dos *homehelpers* era de 50,9 anos. Nesse estudo reitera-se a importância do contingente do sexo feminino: 93% dos *homehelpers* que enviaram suas respostas eram mulheres, reproduzindo a segmentação por sexo no mercado de trabalho e documentando a notável presença das chamadas “formas atípicas de emprego” nas novas atividades do setor terciário.

A contratação de uma auxiliar doméstica deixa evidente a continuidade que pode ser estabelecida entre os diversos cuidados. Uma continuidade que se expressaria entre diferentes atos de cuidado dentro de um mesmo campo (o do cuidado aos idosos), e não tanto entre diferentes campos do cuidado (trabalho doméstico, cuidados direcionados às crianças ou cuidados direcionados aos idosos), como também seria possível entendê-la.

Essa continuidade e a ausência de especialização dificultam o reconhecimento da qualificação, a menos que seja posta em prática uma política de formação, seja pelo país receptor (ou pelo governo local), seja pelo país de origem da mão de obra. No Japão, onde quase não existem empregadas domésticas, a continuidade dos cuidados é dificilmente concebível, requerendo, por isso mesmo, uma combinação entre diferentes agentes prestadores de cuidados: desde os familiares aos ajudantes com contrato privado, passando pelos *homehelpers* contratados no quadro do LTCI e/ou, no caso das instituições de cuidados, pelos *kaigo fukushishi* (cuidadoras e cuidadores diplomados pelo Estado após três anos de experiência ou de estudos).

Na França, há três modalidades de emprego de trabalhadoras do *care* e domésticas: emprego direto, que estabelece um vínculo empregatício imediato entre um particular e um empregado; *mandataire*, em que ocorre a intermediação de um organismo (embora possa envolver o auxílio para, por exemplo, administrar o salário da empregada, o empregador é um particular); e *prestataire*, quando o organismo é o patrão das trabalhadoras do *care* e domésticas (que administra a mão de obra e a coloca à disposição do particular).

A relação de emprego direto é muito mais importante que as modalidades *mandataire* ou *prestataire*. Os órgãos credenciados de serviços a pessoas têm, na França, cerca de 400 mil empregos assalariados, dos quais apenas 41% sob a modalidade *mandataire* (Devetter et al., 2009: 21). As associações dominam o setor, mas as empresas privadas manifestam um forte crescimento.

Diferentemente do Brasil, as trabalhadoras domésticas atuantes em casas particulares representavam apenas 1% dos empregos de acordo com a Pesquisa Emprego (*Enquête Emploi*) de 2005; número ainda menor que os 5% existentes no início do século XX.¹⁶ Devetter et al. (2009: 18–19) reportam a existência de “1,24 milhões de pessoas com contrato assalariado direto, exclusive as babás, das quais 90% são empregadas em domicílios”.

De acordo com um levantamento realizado em 2008 pela Direção de Pesquisa, Estudos, Avaliação e Estatísticas (DREES) do Ministério do Trabalho, da Saúde, do Orçamento, das Solidariedades e da Coesão Social, a estimativa do número de agentes a domicílio (*aides à domicile*) de pessoas fragilizadas foi de 515 mil pessoas. Desses, 97,5% eram mulheres com idade média de 44,9 anos. Apenas 21,2% delas tinham um diploma do setor sanitário ou social; no entanto, o seu nível de escolaridade era relativamente elevado: 37,5% possuíam ensino fundamental e 67,5% o ensino médio (geral, técnico ou profissional) ou mesmo superior. Apesar do grande número de mulheres imigrantes, efeito de uma política migratória que acolhe as mulheres para os serviços direcionados às pessoas, as estatísticas da DREES mostram que 95,3% nasceram na França ou tinham a nacionalidade francesa, uma parte constituída por migrantes de segunda geração.¹⁷ Há que ter em conta, ainda, o número não desprezível de empregados em domicílio, seja por emprego direto, seja ainda sob relações de emprego ilegal ou informal.¹⁸ Os movimentos de trabalhadores “sem documentos” (*sans papiers*) tornaram visível, nestes dois últimos anos, o peso das mulheres migrantes no setor dos serviços pessoais.

O número reduzido de horas de trabalho desses ajudantes domiciliares é um indicador da precariedade das relações de emprego sob as quais desenvolvem suas atividades: ainda conforme a Pesquisa Emprego, 70% deles estavam ocupados em tempo parcial, contra 16% na média dos empregados franceses (Devetter et al., 2009: 32).

AS POLÍTICAS PÚBLICAS DO CARE

Como estão institucionalizados os direitos dos idosos ao cuidado em cada um dos três países que nos interessam?

No Brasil, apesar da fragilidade do papel do governo na estruturação das políticas sociais relacionadas aos idosos,¹⁹ duas novas figuras surgiram desde o final dos anos 1990: são os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Proteção Social. Eles realizam um serviço de saúde de proximidade, visitando famílias dos bairros mais desfavorecidos, como parte de um programa de governo, o Programa Saúde da Família; e seu recrutamento, por isso mesmo, obedece a um critério de proximidade geográfica face às casas que irão visitar. Mulheres, em sua maioria, elas se distribuem pelos diversos quadrantes do

território brasileiro, cuidando da saúde de todos os membros agregados da família, incluindo os idosos. Seu trabalho é considerado parte do *social care*.²⁰ Entretanto, são agentes que, apesar de formalmente contratados, recebem rendimentos muito baixos e, conforme documentado em várias pesquisas, exercem suas atividades em condições que lhes proveem poucos meios para realizá-las de forma satisfatória.

Um segundo programa, mais direcionado aos idosos, foi criado recentemente na cidade de São Paulo. É o Programa de Acompanhamento aos Idosos, desenvolvido com financiamento público (Secretaria Municipal de Saúde). Este financiamento é repassado a duas ONGs: a Associação de Saúde da Família, com 3 mil funcionários/as, e o Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto. O programa é desenvolvido em cinco regiões da cidade e tem doze equipes com dezessete trabalhadores cada (um assistente social, um enfermeiro, um médico, dois técnicos de enfermagem, dez acompanhantes ou “cuidadores” de idosos, um auxiliar administrativo e um motorista). No total, 150 “cuidadores” são distribuídos nas cinco regiões de São Paulo.²¹

No Japão, o problema dos cuidados de longa duração emergiu na década de 1960, quando se passou a atentar para o que foi denominado como sendo o problema dos “idosos permanentemente acamados” (*netakiri rôjin*). Em 1962, quando o serviço de envio de cuidadores domiciliares de idosos (*rôjin Katei hoshiin haken seido*) foi introduzido, os cuidadores não tinham qualificação ou qualquer diploma. Nenhum programa de treinamento foi implantado e coube às mulheres com situação econômica relativamente precária ocupar esses cargos. Nesses casos, o trabalho de *care* e as tarefas domésticas ainda não se haviam diferenciado. O ano de 1969 marca uma mudança na política de serviço em domicílio com a conscientização sobre o problema cada vez mais premente do envelhecimento. No entanto, a política focava o desenvolvimento de instituições de cuidado e o serviço em domicílio era visto apenas como um paliativo para superar a precariedade dessas instituições. As *home helpers* deviam prestar o mesmo serviço que os especialistas empregados nas instituições, o que indicava uma abertura para o reconhecimento da competência profissional das mesmas.

No entanto, em meados da década de 1970, o governo central sai de cena, transferindo para os governos locais, as comunidades locais e as organizações privadas a responsabilidade da execução das ações de *welfare*. Na prática, o cuidado domiciliar aos idosos passa a recair sobre as mulheres voluntárias. Em 1976, um serviço de envio de cuidadores de idosos (*rojnin kaigonin hakenjigyo*) é implementado, proporcionando benefícios a moradores do bairro para que eles cuidassem dos idosos que precisassem de ajuda em casa. Em 1982, essa instituição foi abolida; esses cuidadores (*kaigonin*), indivíduos sem formação, foram integrados e agrupados aos cuidadores em domicílio (*katei hoshiin*). Tais medidas ceifaram a possibilidade de especialização e profissionalização do trabalho de *care*, introduzindo, ao revés, uma forte

ligação com o trabalho das donas de casa (Morikawa, 1999). Essa situação foi alterada apenas com a introdução do LTCI, em 2000, que associou o trabalho de cuidador em domicílio ao trabalho feminino construído e consolidado durante todo esse processo histórico.

Finalmente, no que tange à França, vários são os componentes das políticas públicas em relação ao desenvolvimento de serviços às pessoas, especialmente aos idosos. Subsídios para promover ajuda em domicílio já existiam desde a década de 1990, como, por exemplo, o “Cheque Emprego Serviço Universal” (*Cheque Emploi Service Universel*). O Cheque Emprego Serviço Universal foi votado em 1991, permitindo que as famílias buscassem ajudantes em casa para cuidar das crianças, dos idosos ou realizar serviços de limpeza doméstica, o que lhes facultaria redução no imposto de renda. A “Alocação Personalizada de Autonomia” (APA) (*Allocation Personnalisée d’Autonomie*) foi criada em 2002 e faz parte das políticas sociais que tiveram um impacto positivo;²² qualquer pessoa dependente com sessenta anos ou mais pode se beneficiar da APA; e o montante a receber varia de acordo com o grau de dependência, a renda do beneficiário e o fato de residir em casa ou em instituição. A lei sobre a APA atribui a gestão desse benefício aos “Conselhos Regionais” (*Conseils Régionaux*), estruturas de nível local. O *Borloo*, por sua vez, foi um plano de desenvolvimento para os serviços às pessoas, que levou o nome do Ministro que o concebeu; lançado em 2005 pelo Ministério do Trabalho, tinha por meta criar 500 mil postos de trabalho em três anos (Devetter et al., 2009: 14). Já a Agência Nacional dos Serviços à Pessoa (*Agence Nationale des Services à la Personne*) foi instituída no mesmo ano, com um orçamento anual de cerca de 30 milhões de euros (Devetter et al., 2009: 47).²³

Vemos, assim, que o modo de construção institucional da política de cuidado aos idosos se diferencia — e de modo importante — entre os países considerados. Tal política varia em sua longevidade, sendo maior na França, seguindo-se o Japão e o Brasil. Varia na sua focalização, por vezes concebida como uma política voltada a idosos vulneráveis — com múltiplas ações específicas —, como na França e Japão, outras vezes voltada às famílias vulneráveis, como no caso do Brasil. Varia na amplitude e na diversidade dos benefícios outorgados, maior nos casos francês e japonês que no brasileiro. E varia, finalmente, no modo como a profissionalização abarca aqueles que põem em execução essa política, diferenciando-os do serviço doméstico mais claramente na França que no Japão, e muito mais nesses dois últimos que no Brasil.

CONFIGURAÇÕES NACIONAIS DOS DIFERENTES CAMPOS DO CARE E INTERDEPENDÊNCIA DOS AGENTES

Havíamos destacado anteriormente que a repartição na provisão de cuidados entre o Estado, as comunidades, as organizações voluntárias, o mercado e a família é diferente, a depender do campo do *care* que se tome em conta (o trabalho doméstico, o cuidado das crianças ou o cuidado de pessoas dependentes, isto é, os idosos e os deficientes). Entretanto, ela varia também entre sociedades.

Para avançar com essa argumentação, nos apoiamos em um modelo desenvolvido por Glucksmann (2010) para descrever e analisar as configurações do *care* em quatro países europeus: Itália, Holanda, Grã-Bretanha e Suécia. Glucksmann organiza em diagramas as formas de *care* a partir da identificação de um conjunto de atores elementares. De um lado, o beneficiário do *care*, do outro um conjunto de prestadores, a saber: a família, o Estado, as instituições filantrópicas e organizações não governamentais, e as instituições do mercado. Inspirados na análise de Glucksmann, procuramos sistematizar as configurações adotadas pelo *care* na França, no Japão e no Brasil, de acordo com os tipos de relações estabelecidas entre esses atores.

As modalidades de oferta do *care* que caracterizam cada um dos países variam, mas há também alguns aspectos convergentes. Primeiro, a centralidade do Estado, que, por meio de seu poder regulador em nível nacional, estabelece o espaço de ação possível a outros atores. Uma outra convergência refere-se à família; embora em graus variáveis (mais no Japão, menos na França), ela sempre participa diretamente do *care* informal e não remunerado.

Exploraremos, então, as especificidades de cada país, sistematizando-as, tentativamente, nos gráficos 2 a 4. [ver p.p 166–167]

No caso da França, as políticas públicas têm um papel central no *care* de idosos, com um grande número de dispositivos, conforme indicamos anteriormente. A Alocação Personalizada de Autonomia (APA), de 2002, reforça o papel das autoridades locais (Conselhos Regionais). O setor do voluntariado e as “organizações sem fins lucrativos” (NPO — *Nonprofit Organizations*) são também muito ativos na prestação de assistência aos idosos. Eles estão estruturados para realizar uma verdadeira mediação entre os beneficiários do cuidado e os diferentes atores prestadores do serviço. O voluntariado, por sua parte, está também estruturado e ativo há cerca de vinte anos. Quanto ao mercado, vemos tanto o desenvolvimento de um segmento informal, quanto a expansão de estruturas credenciadas sob a forma de empresas privadas.

No caso do Japão, o *care* para os idosos tem lugar predominantemente nas famílias e, nelas, cabe mais particularmente às mulheres.²⁴ Isso significa que o *care* informal e não remunerado tem um papel central nesse país. Além disso, o setor público tornou-se muito ativo nos últimos anos, sobretudo desde o “reconhecimento institucional do *care*” (Ito, 2010: 139), por meio da promulga-

ção da LTCI em 2000. Tal como na França, o mercado presta assistência aos beneficiários do *care* por meio de empresas privadas, que estão autorizadas pelo governo a operar neste setor. Os fluxos financeiros são particularmente importantes entre o setor público e o mercado, por um lado, e as organizações sem fins lucrativos (NPO), por outro. Por sua vez, o LTCI é financiado por meio de uma contribuição obrigatória de todos os habitantes com quarenta anos ou mais; em caso de necessidade de *care*, o contribuinte paga 10% dos custos e o governo local paga os 90% restantes. Finalmente, programas mais recentes, como o “Acordo de Parceria Econômica” (*Economic Partnership Agreement*), assinado em 2007 entre o Japão e a Indonésia, tentam introduzir a mão de obra imigrante no setor do *care*.

No caso do Brasil, são as redes sociais (redes familiares, associações comunitárias e de bairro, e redes mais amplas) que assumem o beneficiário do *care*. A família é o local predominante do *care* e da atenção ao idoso. O *care* é, assim, uma responsabilidade dos membros da família — especialmente das mulheres —, mas também das trabalhadoras em domicílio e das empregadas domésticas, que também são induzidas a se ocupar dos idosos nessas famílias.

O mercado é um outro prestador de cuidados, seja pelo oferecimento dos serviços dos trabalhadores em domicílio, seja pela presença das empresas de *home care*, que fazem a intermediação entre as famílias que necessitam de *care* e os trabalhadores.

O Estado, apesar dos esforços realizados (especialmente desde os anos 1990), não possui um programa de assistência aos idosos que seja eficaz e bem sustentado financeiramente, muito embora existam algumas iniciativas experimentais, localizadas e descentralizadas. Via de regra, associações comunitárias são mobilizadas na gestão desses programas.

O CARE COMO PROFISSÃO: AS QUESTÕES DA FORMAÇÃO, DIPLOMAS E CONDIÇÕES DE TRABALHO

Finalmente, há que focalizar a atenção nas condições do trabalho profissional do *care* nos três países. A esse respeito, também são observadas diferenças importantes, indicativas das formas de constituição da regulamentação desse tipo de trabalho — na interface entre a ação do Estado e das organizações representativas dos trabalhadores —, bem como da diversidade dos sistemas de emprego e de formação profissional que estão estruturados em cada caso.

No Brasil, não existe uma formação com um diploma sancionado pelo Estado para as “cuidadoras”. Existe em funcionamento apenas um curso de nível universitário, com duração de um ano, ofertado pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Trata-se de uma exceção, pouco conhecida até mesmo pela massa dos trabalhadores do *care* em São Paulo.

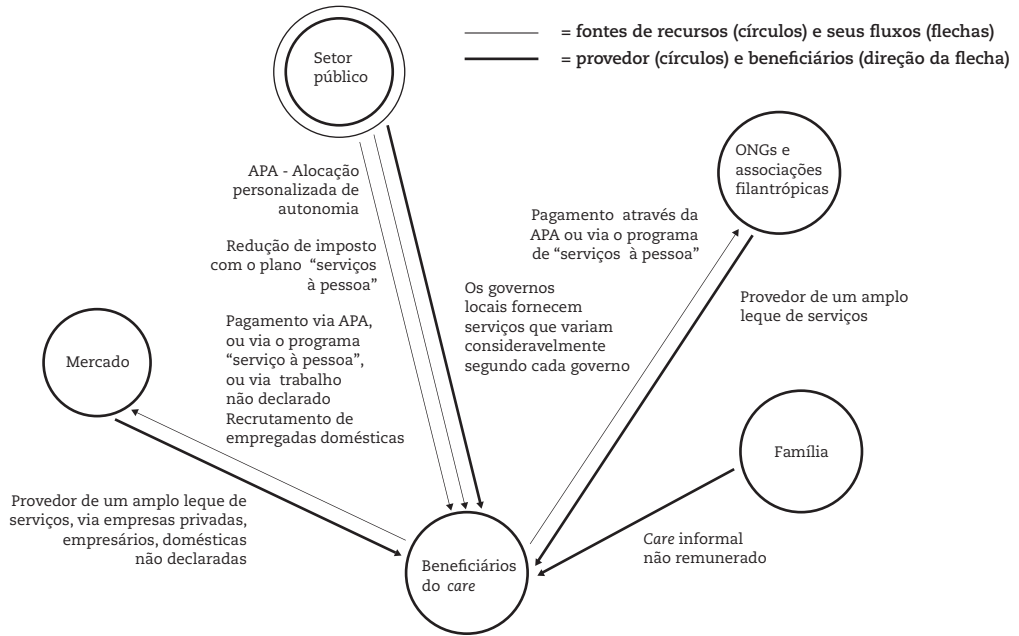


Gráfico 2: França: Configuração do care aos idosos.

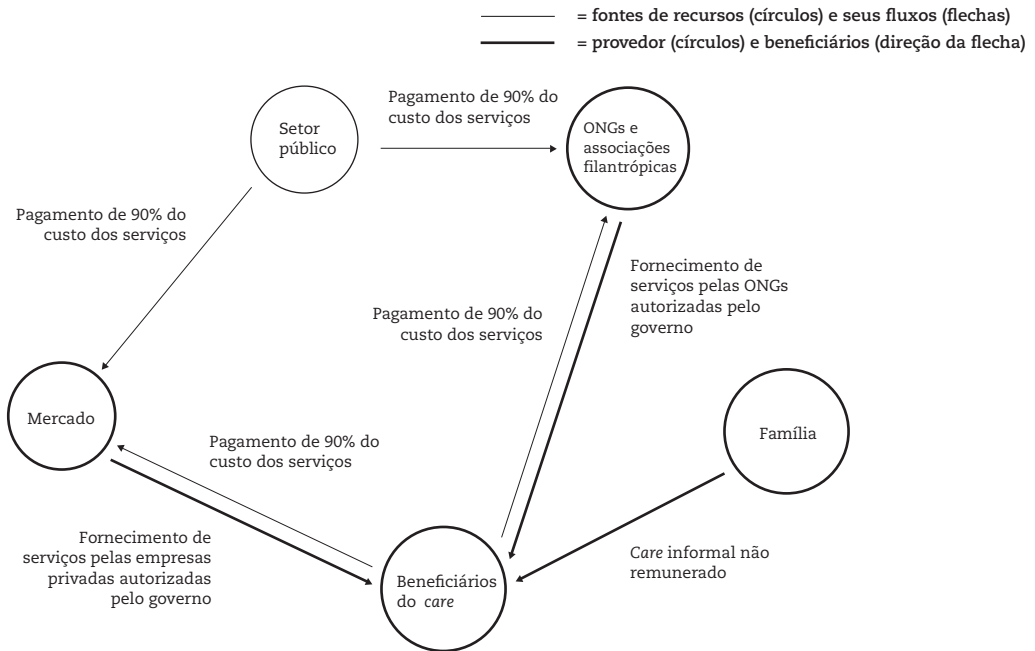


Gráfico 3: Japão: Configuração do care aos idosos.

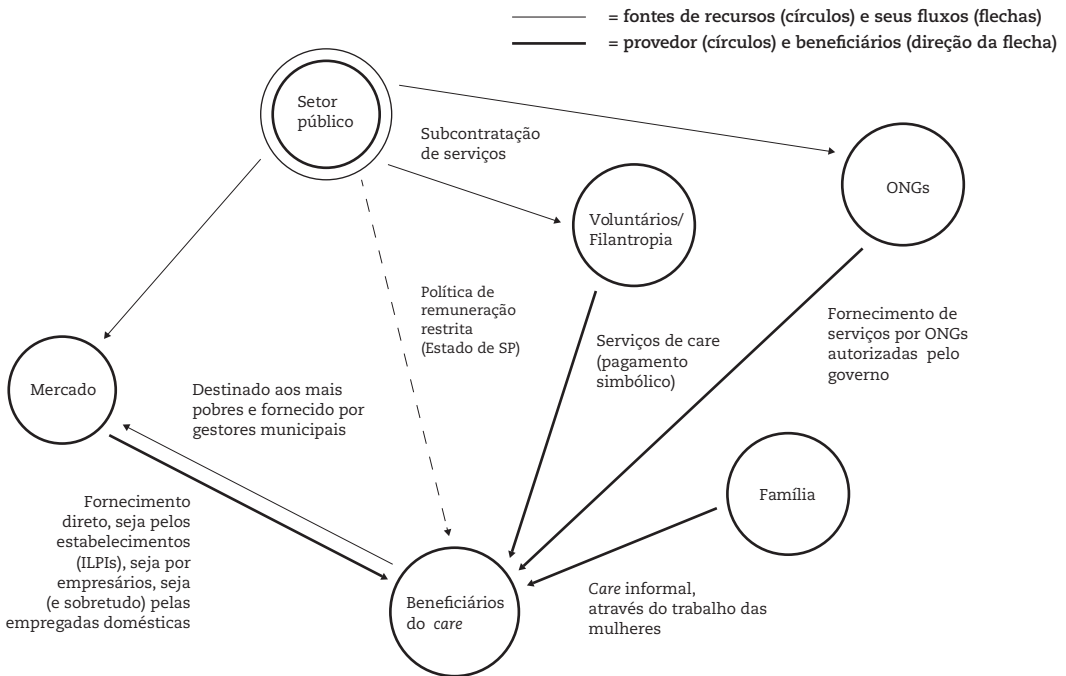


Gráfico 4: Brasil: Configuração do care aos idosos.

No mercado, a concorrência é grande com aqueles que possuem a formação de auxiliar de enfermagem e de técnico de enfermagem. Essas são duas profissões regulamentadas por diplomas reconhecidos pelo Estado, o que não é o caso da formação das “cuidadoras” em organismos privados. As instituições de longa permanência para idosos preferem contratar “auxiliares de enfermagem” e “técnicos de enfermagem”, que podem praticar atos técnicos, do que empregar “cuidadoras”, que não podem administrar medicamentos ou aplicar injeções. Há dois ou três anos essas instituições estão substituindo, sistematicamente, seu corpo de “cuidadoras” — em geral mais idosas e com menor nível de escolaridade — por auxiliares e técnicos de enfermagem.

Em contrapartida, proliferam cursos oferecidos por agências privadas ou por casas de repouso para idosos, com carga horária não superior a vinte horas semanais (cinco módulos de quatro horas, um módulo por semana). Estes cursos ensinam à “cuidadora” como lidar com os idosos no dia a dia (alimentação, higiene, lazer etc.), fornecem informações sobre as principais doenças (Alzheimer, Parkinson, AVC etc.), bem como orientam sobre a atitude a tomar em caso de acidentes.

No Japão, existem atualmente três categorias de *homehelpers*, cuja hierarquia corresponde a diferentes diplomas obtidos em cursos com número variável de horas, a saber: 1ª categoria, diplomas em cursos com 230 horas; 2ª

categoria, em cursos com 130 horas e 3ª categoria, em cursos com 50 horas. Não há exame, mas, ainda assim, os formados recebem um certificado de conclusão de curso. Existem também diplomas conferidos pelo Estado que titulam especialistas na área do *care*. Entre esses/as diplomados/as, o/a trabalhador/a mais próximo/a do *helper*, do ponto de vista da atividade realizada, seria o *kaigo fukushishi*, mais frequentemente empregado pelas instituições de cuidado.

Quando, após exame especializado, uma pessoa idosa é reconhecida como beneficiária potencial do LTCI, um *care manager* (gerente diplomado pelo Estado com ao menos cinco anos de experiência nesse campo) define o *care plan* (plano personalizado de cuidados que podem ser financiados pelo LTCI) conforme o seu grau de dependência e de acordo com as suas necessidades específicas. Guiado por esse plano, ele vai intermediar o contato entre um estabelecimento prestador de *homehelper* e o cliente (o idoso ou a família), que assina um contrato. O *care plan* também pode incluir uma opção para uso do *day care center* (centros que acolhem os idosos durante o dia). Se a dependência é importante, o acolhimento do idoso em uma instituição de cuidados permanentes pode ser considerado. Entre essas duas opções, existem práticas de *short stay* (estadias curtas em instituição) que proporcionam algum alívio para o círculo familiar. Dependendo do *care plan*, um ou mais *helpers* atuam em domicílio para realizar as tarefas estipuladas no plano. Nessas condições, o trabalho de *care*, até aqui não compartimentado, passa a ser dividido em tarefas específicas com vistas ao faturamento da prestação de serviços (Sadamatsu, 2009; Matsukawa, 2005). As tarefas que não são reconhecidas pelo LTCI estão automaticamente excluídas do benefício. Desse modo, vemos como a política pública influi na definição das tarefas domésticas, no trabalho de *care* institucionalmente reconhecido e no trabalho de tratamento curativo (intervenção de enfermeira em domicílio).

Esta situação introduz uma descontinuidade na prestação de cuidados, o que cria um problema para os idosos que vivem sozinhos, para os que não têm condições financeiras para pagar serviços complementares fora do quadro da LTCI, e para aqueles que não dispõem de um membro da família para fazê-lo. Pelo fato do *care* não ser assumido socialmente, a situação também representa um sério problema para os integrantes da família sobre os quais recai a responsabilidade, em especial para as mulheres.²⁵ Este problema é particularmente grave porque o LTCI não prevê nenhuma medida voltada aos cuidadores familiares.

Mas, a fragmentação, a especialização e a organização do trabalho que acompanham a “mercantilização” do trabalho de *care* não acontecem da mesma maneira em diferentes lugares; ao contrário, as condições de execução estão firmemente ancoradas em contextos locais.

Nesse sentido, distinta é a realidade da França. Ali, o diploma DEAVS substituiu, desde 2002, o Certificado de Aptidão às Funções de Auxiliar em

Domicilio (CAFAD — *Certificat d’Aptitude aux Fonctions d’Aide à Domicile*), criado em 1988.²⁶ Esses certificados tinham por referência o local de trabalho e estavam relacionados ao trabalho que ocorria dentro das estruturas, órgãos e instituições. Depois dos anos 1990, a “família” e a “casa” aparecem claramente como sendo os lugares de trabalho (Makridou, 2010). Essa mudança é também perceptível na descrição das atividades abarcadas por cada certificado.

Makridou observa que as condições de acesso ao diploma de DEAVS são mais fáceis. Enquanto o CAFAD requeria 280 horas de formação teórica e 120 horas de estágio, o DEAVS exige 500 horas de ensino teórico e prático em centro de formação, mais 560 horas de estágio (Moreau, 2003). Ele proporciona um título profissional de nível V, equivalente ao Certificado de Aptidão Profissional (CAP — *Certificat d’Aptitude Professionnelle*) e é reconhecido pelo Ministério do Trabalho. É composto de três certificados, cada um deles reunindo sete ou oito diferentes competências. Acrescente-se a isso a possibilidade de validação da experiência prévia em atividades de *care*, o que elimina a necessidade de realizar essas horas de formação. A possibilidade de recorrer à Validação da Experiência Adquirida (VAE — *Validation des Acquis de l’Expérience*) existe em todos os setores na França e conduz à maior profissionalização e ao desenvolvimento de um mercado de trabalho mais qualificado do *care*.²⁷

Ao longo do texto, situamos a atividade do *care* nos três contextos nacionais escolhidos, evocando as fases da evolução demográfica que eles atravessam, as percepções sociais dos papéis da família, do trabalho doméstico remunerado e do *care*, e a diversidade das formas de intervenções públicas ou associativas. Dentro de cada campo do *care* (trabalho doméstico, cuidados da primeira infância, cuidado dos idosos, deficientes, e dependentes), a distribuição dos prestadores do *care* (o Estado, o mercado, a família, a comunidade) influencia, como vimos, as condições da sua implementação. A configuração nacional dos diferentes campos do *care* e a distribuição dos seus agentes são interdependentes.

Entretanto, apesar das grandes diferenças destacadas, é possível concluir de forma algo provocadora, afirmando que identificamos também um certo número de convergências, que, por seu valor heurístico, nos desafiam a novas pesquisas.

A primeira característica comum importante: nos três países são maciçamente as mulheres que atuam como trabalhadoras do *care*, tanto em domicílio como nos estabelecimentos que acolhem pessoas idosas, chamados, na França, “EHPADs — Estabelecimentos que Acolhem Pessoas Idosas Dependentes” (*Etablissements de Hébergement de Personnes Agées Dépendantes*), ou ILPIs no Brasil, ou ainda Estabelecimentos para Cuidados (*Kaigo shisetsu*), como são denominados

no Japão. Essas trabalhadoras, no Brasil, são migrantes internos; no Japão, são mulheres relativamente idosas; na França, destacam-se as pessoas de origem estrangeira ou seus descendentes. Nos três casos, os salários são baixos, e a perspectiva de carreira é muito limitada. Assim, seria possível inferir que esse mercado do *care* parece ser regido, nos três casos, por um princípio de desigualdade (homens/mulheres, migrantes/não migrantes etc.).

Uma segunda convergência: é relativamente precário o status do trabalho da “cuidadora”, da *home helper* ou da *helper*, da *aide à domicile* ou *auxiliaire de vie sociale*, independentemente do regime local adotado. Essa precariedade se expressa no baixo nível de qualificação requerida, no escasso reconhecimento social da competência profissional, assim como na falta de especialização e de formação profissional. No caso brasileiro, a insuficiente formação e a precária formalização do status profissional acarretam a dificuldade de autorreconhecimento como “cuidadoras” (e não como trabalhadoras domésticas), mesmo entre aquelas que desempenham funções classificáveis como de “cuidado”, como vimos acima a partir dos dados da PED para São Paulo. O emprego de cuidado em domicílio se inclui entre as novas formas de emprego emergentes no setor terciário (“cuidadoras domiciliares” no Brasil, *homehelpers* registradas no Japão, *auxiliaires de vie sociale* na França). A precaridade aumenta quando uma pessoa combina as “desvantagens”, por sua condição de imigrante estrangeiro ou interno (Inaba, 2009).

Uma terceira convergência significativa entre os três países: os governos centrais se apoiam sobre as redes locais, notadamente sobre as pessoas que podem proporcionar uma ajuda de proximidade às famílias e aos idosos. Miriam Glucksmann (2010) também se refere a esta situação para o caso da Suécia. No Brasil, onde o envolvimento das redes familiares, de vizinhança e de bairro é mais intenso, o apoio do Estado aos agentes de proximidade constitui uma política, em nível federal, de prevenção da saúde da família, onde se inclui o cuidado das crianças e idosos.

Devido à dinâmica demográfica, conducente a um crescente envelhecimento, França, Japão e Brasil fazem face a um conjunto de questões de alta relevância acadêmica e social, relacionadas ao *care*. A divisão do trabalho do *care* na sociedade, a profissionalização, a qualidade do emprego, a formação e a validação da experiência estão entre os temas socialmente relevantes a enfrentar na análise científica, tanto quanto nas políticas públicas. Conhecer melhor o que é o *care* e compreender a dinâmica das profissões relacionadas ao “cuidado” e à “atenção” são desafios para os quais tentamos contribuir neste texto, esboçando algumas pistas para novas pesquisas.

Nadya Araujo Guimarães é professora do Departamento de Sociologia da Universidade de São Paulo (USP) e pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) no Centro de Estudos da Metrópole. Pesquisa mercados de trabalho, analisando experiências do trabalho e do desemprego, desigualdades e novas configurações do trabalho. Dentre suas publicações recentes estão *Trabalho flexível, empregos precários? Uma comparação Brasil, França, Japão* (2009), co-organizado com H. Hirata e K. Sugita, e *Desemprego, uma construção social: São Paulo, Paris e Tóquio* (2009).

Helena Sumiko Hirata é pesquisadora do grupo Genre, Travail, Mobilités, no Centre National de la Recherche Scientifique, Paris. Pesquisa sobre divisão sexual do trabalho, globalização e gênero. Foi pesquisadora visitante da Universidade de São Paulo (USP) e da Universidade de Hitotsubashi. Dentre suas publicações recentes estão *Travail et genre: regard croisés. France – Europe – Amérique Latine* (2008), com M. Maruani e M. R. Lombardi e *Desemprego: trajetórias, identidades, mobilizações* (2005), com N. A. Guimarães.

Kurumi Sugita é pesquisadora do Institut d'Asie Orientale, École Normale Supérieure de Lyon, França. Desenvolve pesquisas em antropologia do trabalho, com ênfase nos estudos sobre emprego e desemprego, nas análises de trajetórias de trabalhadores idosos, nos estudos sobre trabalhadores do *care* e nas análises sobre relações de gênero numa perspectiva comparada. Dentre suas publicações recentes está *The Unemployed and Unemployment* (2006), co-organizado com K. Kase.

NOTAS

- 1 O documento de base da XI Conferência Regional da Cepal, das Nações Unidas (Cepal, ONU & Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2010), contém um capítulo sobre “A economia do care”, que apresenta a definição de “cuidado” por Joan Tronto ([1993] 2009).
- 2 Um levantamento demográfico de fôlego foi realizado pelo Ipea, sob a coordenação de Ana Amélia Camarano, tendo produzido, entre 2007 e 2010, a publicação de cinco relatórios sobre as instituições de longa permanência para idosos nas diferentes regiões do país (Camarano, 2010).
- 3 Causa espécie, entretanto, que essa produção não tenha levado em conta o trabalho antes realizado pelos médicos, sendo notório o distanciamento entre os dois campos.
- 4 A Rais é um registro administrativo compulsório, que deve ser preenchido por toda empresa brasileira para indicar ao Ministério do Trabalho e do Emprego o contingente de trabalhadores que mantinha em 31 de dezembro de cada ano, descrevendo tanto o perfil quanto o tipo de contrato de cada um desses empregados.
- 5 A lei de 1963, *rojin fukushiho* (que diz respeito ao serviço social para idosos), institui tal serviço, que é gerenciado pelos governos locais através dos conselhos.
- 6 Acrescentem-se aqui, entre as disciplinas relacionadas com a ideia de *care*, a economia e a socioeconomia dos serviços de auxílios pessoais (Glucksmann, 2006; *Revue Française de Socio-Economie*, 2008; Devetter et al., 2009) ou ainda a sociologia das migrações, no caso de países como Argentina, Japão, França ou Estados Unidos (Parreñas, 2001). A sociologia moral e política, assim como as ciências políticas, a filosofia e a ética, também são dimínios cujos conhecimentos são mobilizados devido às dimensões éticas e políticas do *care* (Gilligan, [1982] 2008; Tronto, [1993] 2009; Paperman & Laugier, 2005). E, finalmente, devemos acrescentar a essa longa lista a psicologia do trabalho e da ação e as ciências sociais da saúde. Em um artigo muito interessante, Loïc Trabut e Florence Weber (2009) afirmam que os trabalhos sobre o *care* na França estão se desenvolvendo em duas direções: a análise da ética do *care* e uma abordagem a partir da ótica da economia da família e da sociologia do

trabalho doméstico. Concordamos plenamente com essas duas grandes direções, conquanto destacando a grande diversidade de disciplinas e de áreas científicas hoje mobilizadas por essa temática.

- 7 Esses campos estão longe de serem completos e exaustivos. Sobre, entre outros, o campo muito controverso da indústria do sexo. Para alguns, o campo da prostituição e da indústria do sexo também poderia, por exemplo, ocupar um espaço numa acepção ampla de *care* (Parreñas, 2010).
- 8 Ver também Miranda (2003, 2010) para a Itália.
- 9 As recentes ondas de imigrantes da Bolívia, do Paraguai e de outros países latino-americanos estão se dirigindo, por sua vez, rumo a outros setores econômicos. É o caso, por exemplo, do setor de confecções que emprega de maneira informal, em fábricas ilegais, os imigrantes bolivianos.
- 10 Hoje, o diploma de auxiliar de enfermagem no Brasil exige o ensino médio e mais um ano; o diploma de técnico de enfermagem exige o ensino médio e mais dois anos.
- 11 Agradecemos à Fundação Seade por ter colocado essa base à nossa disposição.
- 12 A base de dados da Rais permite documentar o segmento do serviço do *care* que, no Brasil, revela mais claramente a sua feição mercantil, assentada num contrato formal de trabalho estabelecido entre o trabalhador e uma firma especializada. Por isso mesmo, talvez esteja mais próximo do que encontramos nos dois outros países e, conseqüentemente, seja o segmento mais comparável ao que neles observamos. Entretanto, há que atentar para uma dificuldade: os dados da Rais não permitem isolar, para análise, o emprego do *care* relacionado aos idosos, e que se presta em asilos; ele aparece, nas suas estatísticas, somado ao emprego do *care* dedicado às crianças, e que se presta em creches e instituições públicas de guarda de menores.
- 13 Como os dados da Rais não permitem diferenciar o emprego do *care* relacionado aos idosos do emprego do *care* relacionado às crianças, essa parece ser a razão para explicar o peso tão expressivo dos estabelecimentos públicos no Brasil; é que, nesse país, são frequentes os locais de atenção a crianças e escassos os asilos públicos para idosos. Em contrapartida, o número de instituições filantrópicas

relacionadas ao *care* de idosos é tradicionalmente importante. Assim, cada uma das modalidades de *care* (cuidado de crianças, por um lado, e cuidado de idosos, por outro) encontra um agente provedor principal (o Estado, no primeiro caso, e as instituições filantrópicas, no segundo).

- 14 Daí a nossa escolha para focalizar a investigação, no Brasil, de maneira mais aprofundada no caso de São Paulo; isso está sendo feito tanto na pesquisa primária, quanto no tratamento mais exaustivo dos dados secundários provenientes da PED.
- 15 Exclusive os envolvidos unicamente em trabalho de *care manager*. Para maior esclarecimento sobre essa nomenclatura de funções e as diferenças na divisão do trabalho profissional do *care* no Japão, ver adiante.
- 16 Na França, como no Brasil, são múltiplas as fontes de dados estatísticos relativas aos “empregos de difícil definição” (Devetter et al., 2009: 20).
- 17 Nosso campo, na França (2010–11), evidenciou a segmentação espacial da força de trabalho atuante no setor conforme a origem nacional: na região metropolitana de Paris e nas grandes aglomerações urbanas a população de “cuidadoras” é constituída quase exclusivamente por mulheres imigrantes, tanto nos domicílios quanto nas instituições. Já no interior da França, a mão de obra no setor é exclusivamente francesa.
- 18 Sobre a importância do trabalho não declarado e do trabalho informal nas atividades de serviços às pessoas, ver Devetter et al. (2009: 50–52).
- 19 Sobre a evolução das políticas públicas relacionadas aos idosos no Brasil, ver Soria Batista et al. (2008: 110). Este livro focaliza também as políticas públicas no Japão (: 41) e na França (: 63).
- 20 Para uma apresentação mais detalhada desse programa, ver Garcia dos Santos e Georges (2010); Lancman et al. (2007); Lima et al. (2008–2009).
- 21 Esses dados foram coletados em entrevistas com os gestores desses programas na Secretaria de Saúde Pública e na associação gestora do programa.

- 22 Para uma a evolução cronológica das políticas públicas relativas aos serviços de atenção domiciliar na França, ver Devetter et al. (2009: 47).
- 23 Uma consequência deste plano Borloo foi o crescimento do número de empresas privadas autorizadas pelo governo (Gardin, 2008: 24).
- 24 De acordo com a análise do “Questionário sobre os cuidados de longa duração” (*Comprehensive Survey of Living Conditions*), realizado em 2004 pelo Ministério da Saúde, do Trabalho e do Bem-Estar do Japão — MHLW (*Ministry of Health, Labour and Welfare*), 13,6% dos idosos recebem atendimento em instituições de longa permanência, enquanto que 75% são atendidos por membros da família (66% co-habitam e 9% vivem separados dos cuidadores familiares). Destes, 75% são do sexo feminino: noras, esposas e filhas. Dos familiares cuidadores, 37% são os cônjuges, maridos (13%) e esposas (25%); 29% são os filhos (12%) e filhas (17%); e 31% são os enteados (1%) e enteadas (30%). A tendência geral é a diminuição da participação feminina e a diversificação das relações. No que se refere ao relacionamento entre o cuidador e a pessoa cuidada, as relações conjugais estão aumentando em detrimento das relações pais/filhos. Da mesma forma, a participação dos filhos aumentou, enquanto que a das enteadas diminuiu significativamente.
- 25 Mas não somente para as mulheres, visto que o *care* está se tornando cada vez mais um problema do casal.
- 26 Acerca da transformação do CAFAD em DEAVS ver Moreau (2003).
- 27 Sobre a VAE ver Doniol-Shaw (2005).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Audard, Catherine. Care. In: Cassin, Barbara (org.). *Vocabulaire européen des philosophies*. Paris: Le Seuil/Le Robert, 2004, p. 211–212.
- Batista, Analia Soria et al. *Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social*. Brasília: Ministério da Previdência Social/Secretaria da Previdência Social, 2008 (Coleção Previdência Social, vol. 28).

Bercot, Régine & Coninck, Frédéric de (orgs.). *L'univers des services*. Paris: L'Harmattan, 2005.

Camarano, Ana Amélia (org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

Cepal; ONU & Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Que tipo de Estado? Que tipo de igualdade?* Documento-base para a XI Conferência Regional sobre a Mulher da América Latina e do Caribe. Brasília, 2010.

Devetter, François-Xavier et al. *Les services à la personne*. Paris: La Découverte, 2009.

Doniol-Shaw, Ghislaine. *La validation des acquis de l'expérience dans les métiers d'assistante de vie: analyse et enseignements*. Paris: Rapport de recherche LATTs, 2005.

Ehrenreich, Barbara & Hochschild, Arlie Russel (orgs.). *Global Woman: Nannies, Maids and Sex Workers in the New Economy*. Nova York: Henry Holt and Company, 2003.

Gadrey, Jean. *Socio-économie des services*. Paris: La Découverte/Repères, 2003.

Garcia dos Santos, Yumi & Georges, Isabel. *Social Care Workers in Brazil: Redefining Frontiers between Public and Private Sphere?* Comunicação apresentada no ISA World Congress. Gothenbourg, 2010.

Gardin, Laurent. *Quelles évolutions des modes de régulation?* In: Devetter, François-Xavier et al. (orgs.). *L'aide à domicile face aux services à la personne: mutations, confusions, paradoxes — synthèse*. Paris: Rapport pour la DIISES, 2008, p. 24–26.

Garrau, Marie & Le Goff, Alice. *Care, justice et dépendence: introduction aux théories du care*. Paris: PUF, 2010.

Gilligan, Carol. *Une voix différente: pour une éthique du care*. Paris: Flammarion, [1982] 2008.

Glucksmann, Miriam. *Developing an Economic Sociology of Care and Rights*. In: Morris, Lydia (org.). *Rights: Sociological Perspectives*. London: Routledge, 2006, p. 55–72.

_____. *Towards an Economic Sociology of Care Work: Contrasting Comparative Configurations in four European Countries*. Comunicação apresentada ao Colloque International *Migrations, Travail et Care*. Paris, 2010.

Gramain, Agnès et al. Économie domestique et décisions familiales dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes: de l'ethnographie à la formalisation micro-économique. *Revue Économique*, 2005, 56/2, p. 465–484.

Inaba, Nanako. Filipin jin ijyu josei no kiseki: Nippon ni okeru teihenso no keisei wo meguru mondai. In: Research Collective on International Migration & Gender (org.). *Ajia ni okeru saisensan ryoiki no global ka to gender haichi*. Kunitachi: Hitotsubashi University, 2009, p. 121–131.

Ito, Ruri. Immigration et travail de care dans une société vieillissante: le cas du Japon. In: Falquet, Jules et al. (orgs.). *Le sexe de la mondialisation*. Paris: Presses de Sciences Politiques, 2010, p. 137–150.

_____ & Mariko, Adachi. (orgs.). *Kokusai ido to rensa suru jenda: saiseisan no gurobaruka*. Tóquio: Sakuhinsha, 2008.

[The] Japan Institute for Labour Policy and Training. *Homehelper no shigoto, yakuwari wo meguru shomondai: homehelper no shugyo jittai to ishiki ni kansuru chosakenkyu hokoku*. Tóquio: The Japan Institute for Labour Policy and Training, 2003 (Chosa kenkyu hokokusho series, n. 153).

Kikuchi, Izumi. *Kazoku kaigo heno genkin siharai: Koreisha kaigo seisaku no tennkan wo megutte*. Tokyo: Koshokuken, 2010.

Knijn, Trudie & Ungerson, Claire (orgs.). *Social Politics: International Studies in Gender, State and Society*, 1997, 4/3 (nombre especial Gender and Care Work in Welfare States).

Lancman, Selma et al. Un agent de santé communautaire: un travail où l'on s'expose. *Travailler*, 2007, 17/1, p. 97–124.

Lima, Jacob Carlos et al. As novas institucionalidades do trabalho no setor público: os agentes comunitarios de saúde. *Trabalho, Educação, Saúde*, 2009, 6/3, p. 481–501.

Lyon, Dawn & Glucksmann, Miriam. Comparative Configurations of Care Work across Europe. *Sociology*, 2008, 42/1, p. 101–118.

Makridou, Efthymia. L'aide à domicile pour personnes dépendantes et ledéveloppement des services à la personne: élargissement des compétences, précarisation d'emploi. Comunicação apresentada ao Colloque *Internacional La dimension relationnelle des métiers de service: cache-sexe ou révélateur du genre?* Lausanne, 2010.

Martin, Claude. Qu'est-ce que le social care? Une revue de questions. *Revue Française de Socio-Economie*, 2008, 2, p. 27–42.

Matsukawa, Seiichi. Kaigo service no shohin ka to homehelp shoku no rodo katei. *Tokyo Gakugei Daigaku Kiyo*, 2005, 3/56, p. 139–153.

Miranda, Adelina. Ces migrations féminines qui interrogent l'espace domestique: migrantes d'Europe de l'est dans la région de Naples. Comunicação apresentada à *Journée Migrations, Travail invisible et Globalisation*. Lyon, 2010.

Miranda, Adelina. Une frontière dans l'intimité: la confrontation culturelle entre femmes étrangères et femmes autochtones dans l'espace domestique. In: CEDREF. *Genre, travail et migrations en Europe*, Paris: Université de Paris Diderot, 2003, p. 115–132.

Mitomi, Kiyoshi. Obei no kaigo hoshō to kaigōsha shien: kōzoku seisaku to shakaitēki hōsetsu, fukushi kokka ruikeiron. Kyoto: Minerva shobo, 2010.

Molinier, Pascale; Laugier, Sandra & Paperman, Patricia. *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris: Payot & Rivages, 2009.

Moller Okin, Susan. *Justice, genre et famille*. Paris: Flammarion, [1989] 2008.

Moreau, Sylvie. Du CAFAD au diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale. *Gérontologie et Société*, 2003, 104, p. 149–160.

Morikawa, Mie. Zaitaku kaigo rodo no seidoka katei: shoki (1970 nenndai — 1980 nenndai zenhan) ni okeru ryoiki settei to koishazokusei no rennkan wa megutte. *Ohara shakaimonai kenkyusho zasshi*, 1999, 486, p. 23–30.

Ochiai Emiko. Care Diamonds and Welfare Regimes in East and South-East Asian Societies: Bringing Family and Welfare Sociology. *International Journal of Japanese Sociology*, 18, 2009, p. 60–78.

_____ & Molony, Barbara (org.), *Asia's New Mothers: Crafting Gender Roles and Childcare Networks in East and Southeast Asian Societies*. Kent: Global Oriental, 2008.

Paperman, Patricia & Laugier, Sandra (orgs.). *Le souci des autres: éthique et politique du care*. Paris: Editions de l'EHESS, 2005.

Parreñas, Rhacel Salazar. *Servants of Globalization: Women, Migration and Domestic Work*. Stanford: Stanford University Press, 2001.

_____. The Care of Hostesses. Comunicação apresentada ao Colóquio Internacional *O que É o “Care”? Emoções, Divisão do Trabalho, Migrações*. São Paulo, 2010.

Revue Française de Socio-Economie, 2008, 2/2 (Dossiê Le Care: entre Transactions Familiales et Économie des Services).

Sadamatsu, Aya. Nippon no kaigo fukushi to gaikokujin kea rodosha no ichi zuke. In Research Collective on International Migration and Gender (org.). *Ajia ni okeru saiseisan ryôiki no gurobaruka to jenda saihaichi*. Globalization of the Reproductive Sphere and Gender Reconfiguration in Asia. Kunitachi: Hitotsubashi Daigaku, 2009, p. 152–162.

Silveira, Maria Lúcia & Tito, Neuza. *Trabalho doméstico e de cuidados: por outro paradigma de sustentabilidade da vida humana*. São Paulo: Sempreviva, 2008.

Sorj, Bila. O trabalho doméstico e de cuidados: novos desafios para a igualdade de gênero no Brasil. In: Silveira, Maria Lúcia & Tito, Neuza. *Trabalho doméstico e de cuidados: por outro paradigma de sustentabilidade da vida humana*. São Paulo: Sempreviva, 2008, p. 77–89.

Trabut, Loïc & Weber, Florence. How to Make Care-Work Visible? The Case of Dependence Policies in France. In: Bandelj, Nina (org.). *Economic Sociology of Work*. Bingley: Emerald Group Publishing Limited, 2009, p. 343–368 (Research in the Sociology of Work, n. 18).

Travailler, 2002, 8 (Dossiê Travail Domestique et Affectivité).

Tronto, Joan. *Un monde vulnérable: pour une politique du care*. Paris: La Découverte, [1993] 2009.

Zarifian, Philippe. Valeur de service et competence. *Cahiers du Genre*, 2000, 28, p. 71–96.

Resumo:

Este artigo analisa, de uma perspectiva comparativa, aspectos do processo de construção social do trabalho de *care*, em particular as suas tênues fronteiras com o trabalho doméstico. Focaliza três realidades socioculturais distintas, as da França, do Japão e do Brasil, hoje desafiadas por um problema comum, o do envelhecimento das suas populações, do qual decorre o relevo que adquirem as ocupações associadas ao cuidado com os idosos e dependentes. “Auxiliares de vie”, “helpers” ou “cuidadoras”, as pessoas dedicadas a essa ocupação partilham características, a mais destacável o fato de serem mulheres. Mas elas se diferenciam em aspectos relativos seja às características dos respectivos mercados de trabalho, que impactam nas suas trajetórias ocupacionais; seja às estruturas familiares e aos atores envolvidos no “cuidado”; seja às políticas públicas para o setor e aos requisitos de formação profissional para os que nele atuam. A esses aspectos o artigo dedica as suas principais sessões, que serão antecedidas por uma breve revisão sobre a categoria e as diversas declinações do *care*, no discurso analítico e no linguajar nativo.

Abstract:

This article examines, in a comparative perspective, aspects of the social construction of care work, in particular its thin boundaries with domestic labor. It focus on three socio-cultural realities, those of France, Japan and Brazil, now challenged by the aging of their populations and the increasing importance of those occupations related to the provision of care for elderly and dependent people. “Auxiliares de vie”, “helpers” or “cuidadoras” share features, most notable the fact they are women. But they also differ (I) on the characteristics of their labor markets and occupational trajectories, (II) on the family structures and actors mobilized in care provision and (III) on skill requirements and public policies related to care. The article encompasses three main sessions focusing these aspects, preceded by a brief conceptual revision dealing with the inflections of care in the analytic discourse and native language.

Palavras-chave:

Care; Cuidado;
Comparações Internacionais;
Trabalho profissional e
trabalho doméstico;
Trabalho doméstico.

Keywords:

Care; Caution;
International comparisons;
Professional work and
housework; Housework.