

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
PROGRAMA DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Fabiane Soares Marcondes

“CUIDADO É COISA DE MULHER”:

o impacto do trabalho doméstico no autocuidado em saúde das mulheres

Rio de Janeiro

2022

Fabiane Soares Marcondes

“CUIDADO É COISA DE MULHER”:

o impacto do trabalho doméstico no autocuidado em saúde das mulheres

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientador: André Vianna Dantas

Rio de Janeiro

2022

**Catálogo na Fonte**

**Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**

**Biblioteca Emília Bustamante**

**Marluce Antelo CRB-7 5234**

**Renata Azeredo CRB-7 5207**

M321c Marcondes, Fabiane Soares  
"Cuidado é coisa de mulher": o impacto do  
trabalho doméstico no autocuidado em saúde das  
mulheres / Fabiane Soares Marcondes. - Rio de  
Janeiro, 2022.  
76 f.

Orientador: André Vianna Dantas

Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz,  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio,  
Programa de Pós-graduação em Educação  
Profissional em Saúde, 2022.

1. Saúde da Mulher. 2. Autocuidado. 3. Promoção  
da Saúde. I. Dantas, André Vianna. II. Título.

CDD 613.0424

Fabiane Soares Marcondes

“CUIDADO É COISA DE MULHER”:

o impacto do trabalho doméstico no autocuidado em saúde das mulheres

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovado em: 29/09/2022

BANCA EXAMINADORA

---

(André Vianna Dantas – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio)

---

(Bárbara Araújo Machado – Universidade do Estado do Rio de Janeiro)

---

(Carla Macedo Martins – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio)

## RESUMO

Esta dissertação teve como objetivo investigar o impacto do trabalho doméstico no autocuidado em saúde das trabalhadoras brasileiras. Para tanto, efetuou-se uma revisão da literatura sobre *cuidado* e *autocuidado*, investigando as contradições e polêmicas que cercam tais categorias; investigou-se quais são as práticas de autocuidado em saúde utilizadas pelas trabalhadoras brasileiras e, por fim, explorou-se a relação entre *cuidado*, *autocuidado* e *classes sociais*, no diálogo da literatura com os dados estatísticos encontrados sobre o tema. Partindo da Teoria da Reprodução Social, foram submetidos à análise as noções de *trabalho doméstico* e o *trabalho do cuidado*, enriquecendo-as com dados estatísticos sobre determinadas frações das mulheres brasileiras. A pesquisa concluiu que o trabalho doméstico, dentre outros impactos, prejudica o acesso dessas mulheres ao mercado de trabalho, limitando sua faixa de renda e usufruto de direitos básicos, o que, por sua vez, pode prejudicar suas possibilidades de exercitar o autocuidado.

Palavras-chave: autocuidado; trabalho doméstico; trabalho do cuidado; Teoria da Reprodução Social.

## **ABSTRACT**

This dissertation aimed to investigate the impact of domestic work on the self-care of Brazilian female workers. For that, a review of the literature on care and self-care was carried out, investigating the contradictions and controversies that surround such categories; what are the self-care practices in health used by Brazilian workers was investigated and, finally, the relationship between care, self-care and social classes was explored, in the dialogue of the literature with the statistical data found on the subject. Starting from the Theory of Social Reproduction, the notions of domestic work and care work were submitted to analysis, enriching them with statistical data on certain fractions of Brazilian women. The research concluded that domestic work, among other impacts, impairs these women's access to the job market, limiting their income range and enjoyment of basic rights, which, in turn, may impair their possibilities of exercising self-care.

**Keywords:** self-care; housework; care work; Theory of Social Reproduction.

## LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
ESTADIC	Pesquisa de Informações Básicas Estaduais
CLT	Consolidação da Leis Trabalhistas
GDD	Grupo de Desenvolvimento de Diretrizes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MCC	Medicina Clássica Chinesa
MUNIC	Pesquisa de Informações Básicas Municipais
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PCERP	Pesquisa das Características Étnico-raciais da População
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PrEP	Profilaxia pré-exposição
TDAE	Teoria do Déficit do Autocuidado em Enfermagem
TSE	Tribunal Superior Eleitoral

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>1 - TEORIA DA REPRODUÇÃO SOCIAL: TRABALHO DOMÉSTICO E TRABALHO DO CUIDADO</b> .....	11
1.1 A REPRODUÇÃO SOCIAL .....	11
1.2 TEORIA DA REPRODUÇÃO SOCIAL: PASSADO E PRESENTE .....	12
1.3 A REPRODUÇÃO SOCIAL E O FEMINISMO LIBERAL .....	19
1.4 CONTRIBUIÇÕES PARA A REFLEXÃO SOBRE A REPRODUÇÃO SOCIAL.....	21
1.5 A REPRODUÇÃO SOCIAL E OS DEBATES RACIAIS .....	22
1.6 REPRODUÇÃO SOCIAL E JUSTIÇA REPRODUTIVA .....	23
<b>2 - O AUTOCUIDADO: O QUE É E DE ONDE SURGE?</b> .....	27
2.1 O AUTOCUIDADO NA MEDICINA CLÁSSICA CHINESA.....	27
2.2 A TEORIA DO DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EM ENFERMAGEM.....	28
2.3 AS ORIENTAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE .....	35
2.4 AUTOCUIDADO E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: O QUE DIZEM AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL .....	48
2.5 O AUTOCUIDADO NA MÍDIA .....	50
<b>3 - ENTRE RESISTÊNCIA E AMANSAMENTO: REPRODUÇÃO SOCIAL E AUTOCUIDADO NO CONTEXTO BRASILEIRO</b> .....	52
3.1 AS MULHERES BRASILEIRAS NAS ESTATÍSTICAS .....	52
3.2 O AUTOCUIDADO E SUAS PRÁTICAS NO BRASIL .....	61
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	68
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	71



## INTRODUÇÃO

A frase que inicia o título dessa dissertação – Cuidado é coisa de mulher – é a síntese do que eu, como mulher cisgênero<sup>1</sup>, escutei e ainda escuto no meu cotidiano a respeito da suposta predisposição natural feminina para cuidar. O interesse em estudar o tema surgiu no primeiro semestre de 2018 a partir de minha experiência profissional em uma Unidade Básica de Saúde na Zona Norte do Rio de Janeiro, na qual acompanhava um grupo de mulheres com outras profissionais de saúde – psicólogas e assistente social. O grupo era composto predominantemente por donas de casa, com 30 anos ou mais.<sup>2</sup> Todas eram mulheres cisgênero, nenhuma era abertamente não-heterossexual e a maioria era casada ou já fora casada em algum momento.<sup>3</sup> Uma reclamação recorrente entre as participantes do grupo era a sobrecarga com os cuidados da casa e da família, trazendo o discurso da autoanulação inevitável em prol dos outros, acarretando, em alguns casos, negligência com a própria saúde.

Segundo Vogel (2000 apud BHATTACHARYA, 2019a, p.18), o trabalho reprodutivo, para além da reprodução biológica, consiste nos seguintes processos: as atividades diárias que restauram os trabalhadores e permitem que eles voltem ao trabalho; as atividades relacionadas aos membros não trabalhadores da classe trabalhadora (crianças, idosos, enfermos e outras pessoas que não são ativas por alguma outra razão); as atividades que substituem os trabalhadores quando estes não podem trabalhar, por qualquer que seja o motivo.

Gerar, cuidar e manter pessoas é um trabalho que exige um enorme dispêndio de tempo, sendo feito majoritariamente em nossa sociedade pelas mulheres no âmbito doméstico e de maneira não-remunerada. O trabalho de produção de pessoas não se restringe apenas ao campo biológico, mas também à criação e manutenção da própria capacidade de trabalhar. Isso implica formar e adaptar gerações inteiras com as atitudes, as habilidades, os valores necessários para que um ser humano se torne, de fato, força de trabalho. Então, a partir da vivência acima descrita que comecei a cogitar que a ‘predisposição natural para o cuidado’ das mulheres talvez se referisse apenas ao cuidado dos outros, não ao cuidado de si.

O trabalho doméstico e o trabalho do cuidado são exercidos majoritariamente pelas mulheres, com base em uma divisão sexual do trabalho<sup>4</sup>, trazendo a noção de que “cuidado é

---

<sup>1</sup> “É um termo utilizado para descrever pessoas não trans, ou seja, pessoas cuja identidade e expressão de gênero são coerentes com o esperado para o sexo designado ao nascimento” (DIEHL; VIEIRA, 2017, p.177)

<sup>2</sup> Acredito que o próprio horário em que o grupo ocorria – sexta-feira pela manhã - não possibilitava o comparecimento de mulheres que exerciam outros trabalhos.

<sup>3</sup> Incluo nesse grupo de mulheres que viviam ou já tivessem vivido em união estável.

<sup>4</sup> “A divisão sexual do trabalho é a forma de divisão do trabalho social decorrente das relações sociais entre os sexos; mais do que isso, é um fator prioritário para a sobrevivência da relação social entre os sexos. Essa forma é

coisa de mulher”. Contudo, se “cuidado é coisa de mulher”, não podemos afirmar que o autocuidado também seja. É com essa dúvida que esta pesquisa inicia seu caminho, propondo analisar o impacto do trabalho doméstico e do trabalho do cuidado no autocuidado em saúde das mulheres trabalhadoras brasileiras, compreendendo que estas não formam um grupo homogêneo. Conforme era esperado, as diferenças de raça/cor, rendimento, situação de domicílio, grau de escolaridade, região do Brasil etc. transpareceram nos achados que serão apresentados.

É importante, entretanto, frisar que trabalho doméstico e trabalho reprodutivo não são sinônimos. Embora o trabalho reprodutivo englobe diversas tarefas executadas pelas mulheres no interior de suas casas, para suas famílias, ele também compreende outras tarefas, executadas em espaços coletivos, de forma remunerada ou não. Como exemplo, temos as cozinhas e lavanderias coletivas do período soviético. Temos também os restaurantes, com seus serviços de entrega de refeições, realizado majoritariamente por homens (mal) remunerados. Temos as creches e as instituições de longa permanência para idosos. Tudo isso também entra no escopo do trabalho reprodutivo, porém não são realizadas na esfera doméstica, muitos deles são remunerados e realizados por homens.

O objetivo geral desta pesquisa foi compreender qual é o impacto do trabalho doméstico e do trabalho do cuidado não-remunerados no autocuidado em saúde das mulheres trabalhadoras brasileiras, o qual foi pormenorizado nos seguintes objetivos específicos:

- Efetuar revisão da literatura sobre cuidado e autocuidado, investigando suas contradições;
- Investigar quais são as práticas de autocuidado em saúde utilizadas pelas trabalhadoras brasileiras.
- Explorar a relação entre cuidado, autocuidado e classe, a partir da interpretação do levantamento da revisão de literatura e dos dados estatísticos

Por entender que este é um assunto ainda pouco explorado, os procedimentos metodológicos escolhidos foram a pesquisa documental, que incluiu levantamento de dados estatísticos relativos a gênero produzidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e a revisão narrativa, por meio da qual foram pesquisados artigos científicos e matérias jornalísticas que basearam a apuração dos conceitos desenvolvidos em cada capítulo.

---

modulada histórica e socialmente. Tem como características a designação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva e, simultaneamente, a apropriação pelos homens das funções com maior valor social adicionado (políticos, religiosos, militares, etc.)” (HIRATA, KERGOAT, 2007, p. 599)

No primeiro capítulo, foi destrinchado o conceito de trabalho reprodutivo, o qual abarcar o trabalho doméstico e o trabalho do cuidado, a partir da Teoria da Reprodução Social, desde seu surgimento em meados do século XX até os dias atuais. O segundo capítulo tem como eixo o conceito de autocuidado e as práticas a ele relacionadas, fundamentado principalmente na Teoria do Déficit de Autocuidado em Enfermagem (TDAE), de Dorothea Orem, e em diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicadas em 2021. No terceiro capítulo são apresentados os dados levantados pelo IBGE, a perspectiva da mídia no Brasil sobre o autocuidado e as práticas de autocuidado empregadas pelas mulheres brasileiras em diferentes contextos.

# 1 - TEORIA DA REPRODUÇÃO SOCIAL: TRABALHO DOMÉSTICO E TRABALHO DO CUIDADO

## 1.1 A REPRODUÇÃO SOCIAL

A proposta deste primeiro capítulo é expor uma reflexão a respeito do trabalho doméstico. O principal referencial é a Teoria da Reprodução Social, que será apresentada a seguir, abrangendo o debate ocorrido dentro do feminismo desde os anos 1960. Tal debate, por sua vez, fomentou diversas publicações, inclusive o livro de Lise Vogel, sobre o qual discorrerei mais adiante. Além disso, a fim de contribuir com a análise desta dissertação, é utilizado como referência o trabalho de Helena Hirata. A autora não está relacionada à Teoria da Reprodução Social, mas se dedica a pesquisar o trabalho do cuidado em nossa sociedade, sendo, por isso, considerada como um significativo aporte para este estudo.

Ponderando sobre o trabalho reprodutivo, podemos afirmar que este já existia em sistemas pré-capitalistas. Contudo, até então não existia uma divisão explícita entre produção e reprodução. Muitas vezes, ambas as atividades se davam no mesmo espaço. Com o advento do capitalismo, a atividade de produção é separada e passa a ser recompensada com salários em dinheiro. A reprodução continuou a ser exercida predominantemente pela família e o capitalismo criou a ideia de que ela era feita por amor, a fim de contrastá-la com a atividade de produção, feita por dinheiro (ARRUZZA; BHATTACHARYA; FRASER, 2019).

É fato que todo ser humano pode adoecer ou se machucar, assim como envelhecer e morrer. Entretanto, no sistema capitalista, a reprodução da vida humana ganha outros contornos, pois, na qualidade de mercadoria, a força de trabalho necessitará de substituição. Desse modo, é preciso um processo que promova a manutenção e a constante renovação da força de trabalho, ou seja, que promova a reprodução da classe trabalhadora (BHATTACHARYA, 2019a). Federici (2019)<sup>5</sup> afirma que a manutenção do capitalismo depende de que cada família seja responsável pela reprodução social de seus membros, pois o trabalho assalariado, que gera lucro para o capitalista, não pode existir sem o trabalho de produção de pessoas. O trabalho

---

<sup>5</sup> Faz-se necessário explicitar que Silvia Federici não faz parte do grupo de pensadores da Teoria da Reprodução Social, embora seu trabalho também reflita sobre a relação entre a reprodução social e o capitalismo. Seu pensamento incorpora alguns pressupostos marxistas, ao mesmo tempo em que tem muitas críticas a esta mesma perspectiva. Não obstante este capítulo tenha a Teoria da Reprodução Social como espinha dorsal, Federici foi citada naquilo em que seu pensamento e esta teoria convergem.

reprodutivo não remunerado abate os custos da força de trabalho, aumentando indiretamente os lucros do capitalista, portanto, se a produção da mercadoria *força de trabalho* – ou seja, a reprodução social – é feita principalmente por uma trabalhadora não-remunerada, seus custos se tornam bem menores, o que, por consequência, aumenta o lucro do capitalista.

Este trabalho é, em nossa sociedade, uma obrigatoriedade para as mulheres e está diretamente relacionado à divisão sexual do trabalho (FEDERICI, 2019) e à noção burguesa de família e de educação de crianças. Entretanto, os laços familiares proletários não podiam ser cultivados da mesma forma, haja vista que, no momento histórico em que se consolidou o capitalismo, tanto adultos quanto crianças passavam a maior parte de seu tempo trabalhando nas fábricas (MARX; ENGELS, 2021). Em relação à educação formal das crianças da classe trabalhadora, seu exercício cotidiano era fortemente limitado. O filho do proletário deveria ser educado apenas o suficiente para fazer dele também um bom proletário.

Nas sociedades pré-capitalistas, predominantemente agrárias, a família patriarcal<sup>6</sup> era, além de uma unidade de consumo, também uma unidade de produção. Isto é, o espaço familiar também se configurava como local em que mercadorias eram produzidas, não apenas como local de consumo de mercadorias produzidas em outros espaços. Nestas sociedades, é possível ver com mais clareza como o patriarcado organiza a produção e a reprodução. No sistema capitalista, a família funciona apenas como unidade de consumo e as relações patriarcais têm a função de organizar a divisão do trabalho reprodutivo dentro da família, a partir de uma divisão sexual do trabalho (ARRUZZA, 2015).

## 1.2 TEORIA DA REPRODUÇÃO SOCIAL: PASSADO E PRESENTE

Os movimentos feministas, desde seu início no século XIX, já haviam identificado o lar como um espaço de opressão das mulheres. Contudo, somente com a publicação do artigo de Margaret Benston, intitulado *A economia política da libertação feminina* [tradução]<sup>7</sup>, em 1969, que o trabalho doméstico passa a ser olhado de uma forma crítica e a ser analisado como fundamental para o processo de produção capitalista. Afinal, ele é essencial para a reprodução dos trabalhadores, que, por sua vez, são a base da reprodução do capitalismo (FERGUSON; MCNALLY, 2017).

---

<sup>6</sup> “É a família em que a autoridade e os direitos sobre os bens e as pessoas concentram-se [sic] nas mãos do pai. Além de uma patrilinearidade, é um sistema social político e jurídico que vigorou no mundo ocidental até o século XX.” (PEREIRA, 2018 p.523-524)

<sup>7</sup> The Political Economy of Women’s Liberation [título original]

De acordo com Fonseca (2019), na década de 1970 surgiu um intenso debate entre as intelectuais feministas e marxistas a respeito do trabalho doméstico. Elas entendiam que era primordial fazer a análise da relação entre esta forma de trabalho e a produção capitalista a fim de compreender a subordinação das mulheres dentro do atual sistema econômico. Arruzza (2015) afirma que nesta década e na década seguinte houve um intenso debate dentro do campo marxista a respeito da relação entre o patriarcado e o capitalismo. Tal debate questionava se o patriarcado era um sistema autônomo em relação ao capitalismo e se era correto o próprio uso do termo ‘patriarcado’ a fim de qualificar a opressão baseada em gênero. Este debate resultou em três teses. A primeira delas se chama ‘Teoria dos sistemas duplos ou triplos’. Esta tese entende as relações de classe apenas em termos econômicos, sendo o patriarcado e o racismo sistemas extraeconômicos, independentes do capitalismo, embora interajam com ele. A segunda tese, a do ‘Capitalismo indiferente’, diz que o patriarcado advém de modos de produção anteriores ao capitalismo e que este prescinde daquele para existir. Esta tese supõe inclusive que o capitalismo pode suplantar o patriarcado. A terceira tese, a ‘Tese unitária’, defende a ideia de que capitalismo e patriarcado – assim como outros sistemas de opressão – são indissociáveis.

Dentro deste debate, Delphy (2015) defendia a existência de um modo de produção doméstico, segundo o qual o trabalho das mulheres rurais não era remunerado. Isto valia tanto para os produtos de uso da família quanto para aqueles que eram destinados à venda, tais como ovos, hortaliças, leite etc., o que, segundo ela, evidenciaria que, além de uma divisão em classes sociais, existe também uma divisão da sociedade baseada em sexo, afirmando que o trabalho das mulheres no âmbito doméstico é explorado por seus maridos. Desse modo, não é possível dizer que a esposa de um trabalhador compõe a mesma classe que este trabalhador. Ela afirma que o mesmo vale, de forma análoga, para a esposa de um burguês, pelo papel que ocupa, haja vista que seu sustento dentro da burguesia se dá pelo regime matrimonial. Assim, defensora da perspectiva dualista, afirmava que a luta pela libertação das mulheres contra o patriarcado não tinha necessariamente relação com a luta de classes. Já Hartmann, ao publicar o livro *Infelizes casamentos entre marxismo e feminismo* [tradução própria]<sup>8</sup>, em 1979, afirmou que as leis da acumulação capitalista independiam do sexo da força de trabalho. E, a despeito de sua necessidade de criar hierarquias na divisão do trabalho, é o patriarcado que determina a forma como se dão tais relações hierárquicas. O capitalismo apenas utiliza tais relações já existentes.

---

<sup>8</sup> The unhappy marriages of marxism and feminism [título original]

Tal tese foi reforçada por Walby no seu livro *Teorizando o patriarcado* [tradução própria]<sup>9</sup>, de 1990 (ARRUZZA, 2015).

Em 1981, em resposta a Hartmann, foram publicados artigos reunidos no livro *Mulheres e Revolução: uma discussão sobre o infeliz casamento entre marxismo e feminismo* [tradução]<sup>10</sup>, apontando o quanto a perspectiva dualista era insuficiente para explicar a relação entre capitalismo e patriarcado, assim como também falhava em considerar a opressão racial e a opressão baseada na orientação sexual. Dois anos depois, Lise Vogel publicou o livro *Marxismo e opressão às mulheres: por uma teoria unitária* [tradução]<sup>11</sup>. A obra tem como ponto de partida teórico *O Capital*, de Karl Marx, no qual postula que a força de trabalho é a mercadoria especial do capitalismo. A partir daí, Vogel (1983 apud FERGUSON; MCNALLY, 2017, p.34) se pergunta como tal mercadoria é produzida. Ela conclui que a produção da força de trabalho não ocorre dentro dos meios de produção capitalista, mas sim na família da classe trabalhadora – embora possa ocorrer também em outros espaços fora da família, alicerçada em relações de parentesco, pensando o trabalho doméstico enquanto trabalho de reprodução da classe trabalhadora. A autora propõe, então, enxergar outro papel social para a família da classe trabalhadora, cuja organização se fundamenta na diferença de idade e de gênero. Por conseguinte, Vogel vai além da análise das dinâmicas internas da família da classe trabalhadora para analisá-la como estruturante da reprodução do sistema capitalista.

Para Marx (apud FERGUSON, MCNALLY, 2017), o próprio desenvolvimento capitalista destruiria a família da classe trabalhadora, fazendo surgir, assim, relações mais igualitárias entre homens e mulheres e entre adultos e crianças. Contudo, a publicação do *Relatório da Comissão de Emprego Infantil* [tradução]<sup>12</sup> e promulgação do *Ato de Regulamentação de Minas de Carvão* [tradução]<sup>13</sup> limitaram o trabalho infantil e o emprego feminino na Grã-Bretanha da era vitoriana. Na interpretação de Ferguson e McNally (2017), o objetivo de tais documentos era justamente reiterar as diferenças de gênero, reforçando a importância da família da classe trabalhadora no capitalismo.

Vogel (2013 apud FONSECA, 2021) observa que, no capitalismo, as mulheres da classe trabalhadora sofrem dupla opressão: de classe e de gênero. Por essa razão, a família trabalhadora se torna o lugar privilegiado da opressão das mulheres dentro do sistema.

---

<sup>9</sup> Theorizing the patriarchy [título original]

<sup>10</sup> Women & Revolution: A Discussion of the Unhappy Marriage of Marxism and Feminism [título original]

<sup>11</sup> Marxism and the Oppression of Women: Toward a Unitary Theory [título original]

<sup>12</sup> Report of the Children's Employment Commission

<sup>13</sup> Coalmines Regulation Act

Entretanto, para a autora, do mesmo modo que o trabalho doméstico pode ser exercido de forma não opressora, a família também pode assumir formas que não oprima as mulheres. Ela também afirma que mulheres e homens ocupam diferentes lugares na reprodução social, de acordo com sua classe. Embora somente as mulheres da classe trabalhadora realizem o trabalho doméstico, todas as mulheres sofrem as consequências da desigualdade de gênero. E isso faria com que todas as mulheres, independentemente de suas classes, se juntassem em prol da igualdade de gênero. A autora também declara que, embora o trabalho doméstico se realize fora da esfera de produção capitalista e apareça dissociado da produção de mais-valor, a execução do trabalho doméstico não-remunerado é primordial para o processo de acumulação do capital.

Todavia, *Marxismo e opressão às mulheres* foi originalmente publicado em um momento pouco propício, de intensa ofensiva neoliberal. O espaço para o surgimento de teorias e práticas feministas socialistas era escasso. Conforme Ferguson e McNally (2017), a virada da década de 1970 para 1980 – com as eleições de Margaret Thatcher, no Reino Unido, e de Ronald Reagan, nos Estados Unidos - caracteriza-se pela emergência do neoliberalismo e o consequente retrocesso de diversas conquistas sociais e trabalhistas. Tal situação fez com que grupos ativistas se concentrassem mais em suas pautas específicas, baseadas na identidade racial, orientação sexual ou identidade de gênero. Além disso, houve consequências no campo teórico, que ficou marcado pela teoria pós-moderna, a qual colocava como ultrapassado pensar a partir de teorias unitárias, haja vista que a fragmentação social, o consumismo e o individualismo viraram a marca cultural deste momento histórico. O marxismo foi deixado de lado tanto por acadêmicos quanto por ativistas, passando a ser considerado como uma teoria antiquada e reducionista, incapaz de contribuir com as reflexões da luta contra a opressão das mulheres. Por outro lado, marxistas ortodoxos se negavam a reconhecer que o materialismo-histórico prescindia de uma análise da opressão baseada em gênero. Nas duas últimas décadas do século XX, acompanhamos o fim da União Soviética, a queda do muro de Berlim, a afirmação dos Estados Unidos como a potência vencedora da Guerra Fria e intensificação do neoliberalismo em diferentes partes do mundo.

Como consequência, o século XXI trouxe consigo uma crise global, em que vemos os acirramentos das desigualdades sociais, a desagregação da classe trabalhadora e o ressurgimento de movimentos conservadores em diferentes países (FONSECA, 2021). Importante movimento da contemporaneidade, a Greve Internacional de Mulheres, surgida em 2017, está criando uma forma nova de fazer greve. Em primeiro lugar, não limita a categoria ‘trabalho’ ao trabalho assalariado, incluindo também o trabalho doméstico não remunerado e o trabalho sexual. Quando se trata de trabalho remunerado, levanta outras bandeiras de luta além



dos salários e das jornadas. Abrange também o assédio sexual, a justiça reprodutiva e a própria repressão ao direito de greve. Em alguns países, a Greve de Mulheres atraiu outras pessoas, independente do gênero, que também desejavam lutar contra a retirada de direitos e de investimentos públicos em educação, saúde, habitação, transporte e projetos de seguridade social em geral. Afinal, a classe trabalhadora não é composta apenas por aqueles que trabalham nas fábricas e nas minas, mas também pelos que trabalham nos campos e nos domicílios particulares, no setor de serviços e no setor público, desempregados e aqueles que não são remunerados pelo seu trabalho. E, por mais que permaneça a imagem do homem branco heterossexual como representativo da classe trabalhadora, esta é majoritariamente composta por imigrantes, pessoas racializadas e mulheres – cis ou trans (ARRUZZA; BHATTACHARYA; FRASER, 2019).

Segundo Fonseca (2021), é neste contexto que reaparece a concepção feminista-marxista a respeito da reprodução social, resgatando a teoria unitária, que se organiza sob o nome de Teoria da Reprodução Social, que traz à tona a centralidade do trabalho reprodutivo para o desenvolvimento da sociedade capitalista e a necessidade de politizar um aspecto social tão relevante para a manutenção da vida. O trabalho reprodutivo compreende: a reprodução biológica – maior responsável pela reposição geracional de trabalhadores; a reprodução cotidiana dos trabalhadores; e os cuidados necessários para a força de trabalho em potencial e para aqueles que não estão aptos para ela. Esta teoria igualmente demonstra que, ao passo que a produção social está relacionada à esfera pública, a reprodução social se relaciona com a esfera privada. Ainda assim, ambos os trabalhos devem ser analisados de maneira integrada, haja vista que a integração entre produção e reprodução social é a base do sistema capitalista.

A perspectiva dualista a respeito da reprodução social ainda é predominante entre as feministas-marxistas. Tal concepção é extremamente problemática, posto que coloca o capitalismo e o patriarcado como duas lutas diferentes. Desse modo, acaba por criar uma hierarquização entre feminismo e marxismo, com alguns intelectuais considerando o gênero mais importante que a classe e os outros considerando o contrário. O grande feito da perspectiva unitária é que, ao romper a dicotomia entre as duas esferas, é possível compreender a relação que mantém a opressão das mulheres no atual sistema, assim como possibilita um novo olhar para outras formas de produção, a partir das resistências anticoloniais (FONSECA, 2021).

Para as unitaristas, embora a opressão de gênero existisse antes do capitalismo, ela foi reestruturada quando o sistema surgiu, de modo que não é possível que este subsista sem ela. A relação estrutural entre a reprodução biológica e a manutenção do capitalismo é o que faz com que o trabalho doméstico e o trabalho do cuidado sejam socialmente atribuídos às mulheres

bem como instiga o Estado burguês a controlar a capacidade reprodutiva das mulheres, haja vista que é uma forma de regular a disponibilidade de força de trabalho. Assim, “embora as atividades de reprodução ocorram de uma forma ou de outra em todas as sociedades, nas sociedades capitalistas elas estão, especificamente, subordinadas ao capital, ou seja, ao impulso que subordina a vida à produção do lucro.” (FONSECA, 2019, p.407)

A teoria da reprodução social defende que a produção de bens de consumo e a produção da vida formam um único processo integrado. A primeira ocorre dentro do mercado formal, ao passo que a segunda ocorre fora dele e, por isso mesmo, tem baixíssimo custo para o capital. Assim, entendemos o capitalismo como um sistema unitário e, se ocorrem mudanças em uma esfera, elas vão reverberar na outra esfera. Bhattacharya (2019b) dá o exemplo de como o desemprego e a diminuição de salários tem por consequência despejos e violência doméstica.

Segundo Birolli (2015), desde a infância, mulheres são socializadas para o exercício do trabalho doméstico. Este aprendizado vai se consolidar com o casamento, que, em muitos contextos, é razão de perda de autonomia para as mulheres, na medida em que lhes retira tempo de participação no espaço público, o que pode levar a trabalho mais precarizado e menor renda. Tal socialização também influencia o acesso à educação, haja vista que mulheres tendem a ocupar profissões relacionadas ao que se aprende no trabalho doméstico. Como mercadoria força de trabalho, as mulheres estão subordinadas às regras do mercado. De maneira geral, são elas que recebem os menores salários e ocupam as posições mais precarizadas, consoante Thaís de Souza Lapa (FACULDADE DE EDUCAÇÃO DA UNICAMP, 2021).

O capitalismo não é uma máquina, ele é uma totalidade composta de relações sociais, que se estruturam a partir de gênero, orientação sexual, raça, nacionalidade, religião. Dentro do capitalismo as relações sociais têm como objetivo promover a acumulação de capital e sua reprodução, apesar de se apresentarem de múltiplas formas. O cerne da teoria unitária é de que capitalismo, opressão de gênero e opressão racial não constituem sistemas independentes. Ao contrário: ainda que pudessem existir anteriormente de outras formas, tais sistemas de opressão se integraram ao capitalismo durante seu processo histórico de formação, o qual destruiu as formas sociais anteriores (ARRUZZA, 2015). A Teoria da Reprodução Social, com sua perspectiva unitária, traz de volta a viabilidade da organização de um movimento internacional de trabalhadores, ao compreender as particularidades e ressaltar como elas compõem a totalidade social. Afinal, o capitalismo puro é uma abstração, pois ele só existe porque é racializado e patriarcal, e a classe é uma unidade em que relações diversas se organizam, permeadas pela raça e pelo gênero (FONSECA, 2021). Do mesmo modo, McNally (2017 apud FONSECA, 2021, p.404) afirma, a partir das obras de Hegel e Marx, que as totalidades também

não são abstrações. Ao contrário, elas são diversas e compostas das interações entre processos da vida real. Uma relação social só existe em relação com as demais relações sociais que constituem a totalidade social.

Podemos corroborar tais afirmações ao observarmos a história e a realidade brasileiras. Durante o período de escravização, as mulheres negras tinham o papel de realizar os trabalhos domésticos para seus senhores, em sua grande maioria, pessoas brancas. Do mesmo modo, os homens negros eram destinados aos trabalhos braçais e insalubres. Neste contexto, as pessoas negras tinham pouco acesso à educação, de maneira geral. Após a abolição, sem políticas públicas de promoção da integração das pessoas negras à sociedade, ainda com pouco acesso à educação, elas continuaram ocupando os mesmos espaços sociais pré-abolição, cenário este que reverbera até os dias de hoje. Como veremos no terceiro capítulo, as mulheres negras ainda são maioria como empregadas domésticas. De mais a mais, ainda que nossa Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) seja de 1943, as empregadas domésticas só tiveram os mesmos direitos que os demais trabalhadores em 2015. Assim, corroborando Arruzza (2015), Fonseca (2021) e McNally (2017 apud FONSECA, 2021), podemos afirmar que, dentro da sociedade brasileira, a luta anticapitalista somente será efetiva se reconhecer que atravessamentos raciais e de gênero criam hierarquias dentro da própria classe trabalhadora, criando em muitos de nós, trabalhadores, a falsa ideia de que temos lutas diferentes dentro do capitalismo.

Para Ferguson e McNally (2017), o que motiva a opressão às mulheres não é um impulso patriarcal anterior ao capitalismo. A produção de valor também não a justifica, considerando-se que o trabalho doméstico não produz valor para o capitalismo diretamente. Tal opressão ocorre porque o capital e o Estado burguês precisam garantir que a capacidade biológica de produzir novos trabalhadores será devidamente utilizada em prol de suas necessidades e seus interesses. A falta de socialização do trabalho do cuidado, seja sob responsabilidade do Estado, seja de alguma outra forma, faz com que este trabalho se mantenha na esfera privada, sob responsabilidade da família, não importando qual seja o modelo de família. O que vai determinar a distribuição da carga de trabalho é a divisão de gênero, fazendo com que as mulheres trabalhem mais do que os homens (ARRUZZA, 2015). E ainda que seja evidente a dominância masculina nos lares formados por casais heterossexuais, a opressão às mulheres ocorre igualmente nos lares monoparentais chefiados por mulheres e nos lares formados por casais homossexuais femininos, pois a opressão de gênero capitalista não se fundamenta em um modo de produção doméstico apartado do modo de produção capitalista. Pelo contrário, fundamenta-se no entrelaçamento de ambos (FERGUSON; MCNALLY, 2017).

### 1.3 A REPRODUÇÃO SOCIAL E O FEMINISMO LIBERAL

A grande mídia divulga o feminismo como algo homogêneo, quando, na verdade, intenciona promover o feminismo liberal. Conforme Arruzza, Bhattacharya e Fraser (2019), esta vertente do feminismo, surgida no Norte global, está diretamente ligada ao alto escalão das grandes corporações e das Forças Armadas. Embora propague o discurso de promoção da igualdade de gênero, não se envolve com políticas socioeconômicas que, com efeito, libertariam a maioria das mulheres. Este feminismo permite que algumas mulheres se libertem. Entretanto o preço para tal liberdade é a terceirização da opressão. Ao atingirem o sucesso profissional, essas mulheres delegam o trabalho doméstico a mulheres em vulnerabilidade social, que geralmente são mal remuneradas.

Bhattacharya (2019b) chama a atenção para como o feminismo liberal enaltece as mulheres que ocupam altos cargos executivos em grandes empresas. É vendido um discurso de que essas mulheres representam a todas nós e que seu sucesso abre caminho para todas as demais. Mas o fato de termos algumas executivas em altos cargos de grandes empresas em nada contribui com a luta das mulheres. Elas bem sabem a qual classe pertencem e sua luta de forma alguma inclui as trabalhadoras mal remuneradas e precarizadas. Elas também lucram com a fragilidade econômica e social das outras mulheres, pois ocupam o papel de controle no capitalismo. Ao contrário, as demais mulheres estão justamente sob o controle do sistema. Se seus salários – baixos – lhes proporcionam independência financeira dos homens, ao mesmo tempo lhes mantém totalmente dependentes do sistema capitalista. Lembremos que a dinâmica central do desenvolvimento social é a luta de classes, por isso o capitalismo coíbe qualquer mudança substancial nas questões de gênero, uma vez que mudaria as estruturas do sistema, conforme Vogel (1983 apud BHATTACHARYA, 2019b, p.109).

A primeira autora a apontar a crise do cuidado nos países do Norte global foi Hoschcild (apud GRECCO, 2018, p.79), mais especificamente no contexto dos Estados Unidos. Segundo a autora, o déficit de cuidado enfrentado pelo país era resultado tanto do aumento de sua demanda quanto pela diminuição de seu suprimento. Este déficit seria tanto privado quanto público. Privado, na medida em que mulheres que exercem o trabalho remunerado não têm rede de apoio. E público, na medida em que o governo cortou fundos para programas sociais de apoio a mães pobres, pessoas deficientes e idosos.

O envelhecimento da população e a inserção das mulheres no mercado de trabalho nas últimas décadas levou à profissionalização do trabalho do cuidado, a sua mercantilização e a

sua externalização (HIRATA, 2016). Quando um número significativo de mulheres entra no mercado de trabalho, o trabalho do cuidado que elas realizavam gratuitamente em suas casas não desaparece automaticamente, ele ainda precisa ser realizado por alguém. É nesse sentido que a autora fala sobre a mercantilização e a externalização do trabalho do cuidado. Tal trabalho passa a ser realizado por uma profissional remunerada e, em alguns casos, fora do ambiente doméstico, em instituições criadas justamente para o cuidado, sejam creches, sejam instituições de longa permanência para idosos. Entretanto, essa realidade não pode ser generalizada. A organização do trabalho do cuidado assume distintas formas, de acordo com cada sociedade. Segundo Hirata (2016), a organização social do cuidado se dá a partir da interação de diferentes atores, são eles: Estado (governos central e locais), mercado, família, instituições sem fins lucrativos, voluntariado e comunidade. Em cada sociedade, esses atores vão se relacionar de diferentes formas, uns com mais e outros com menos peso, a fim de garantir que o trabalho do cuidado seja realizado.

No Brasil, a principal rede provedora de cuidado ainda é a família, seguida das redes sociais mais amplas, tais como a vizinhança. No interior das famílias, as mulheres são as principais responsáveis pelo cuidado. Quando as mulheres da família não realizam este trabalho, ele recai sobre empregadas domésticas e diaristas, contratadas para a realização do trabalho doméstico, mas que, muitas vezes, acabam executando também o trabalho do cuidado. É comum que estas trabalhadoras sejam mal remuneradas e estejam na informalidade (HIRATA, 2016). O mercado formal, a partir de agências de cuidadoras e home care, também provê o trabalho do cuidado, de acordo com Hirata (2016). Porém, a contratação desse serviço é custosa para a maioria das famílias brasileiras.

A crise do cuidado e o empobrecimento da classe trabalhadora estão diretamente relacionados, pois os detentores do capital e o Estado burguês pressionam continuamente para que a reprodução social permaneça na esfera privada. Por consequência, tem surgido as cadeias globais de cuidado, nas quais pessoas com alguma possibilidade financeira contratam mulheres mais pobres, muitas vezes racializadas e/ou migrantes, para realizarem o trabalho de reprodução, enquanto aqueles vão exercer outros trabalhos com melhores salários. Porém, as cuidadoras também precisam realizar sua própria reprodução e de sua família, o que muitas vezes faz com que estas cuidadoras contratem mulheres ainda mais pobres, criando uma cadeia de terceirização do cuidado e precarização deste tipo de trabalho. A cadeia de terceirização cessa quando chega nas mulheres mais pauperizadas. Estas mulheres acumulam a sobrecarga do trabalho remunerado do cuidado para seus patrões e patroas e a sobrecarga do trabalho não-

remunerado do cuidado de suas próprias famílias (ARRUZZA; BHATTACHARYA; FRASER, 2019).

#### 1.4 CONTRIBUIÇÕES PARA A REFLEXÃO SOBRE A REPRODUÇÃO SOCIAL

O trabalho do cuidado inclui também o cuidado com os idosos, que, assim como o cuidado com as crianças, costuma ser responsabilidade das mulheres, seja de forma não-remunerada, seja de forma remunerada. No Brasil, o ofício de cuidador de idosos tem uma formação muito precária, sendo comum a contratação de auxiliares ou técnicas de enfermagem para exercer tal função (HIRATA, 2016). O baixo nível de profissionalização deste ofício tem como consequência a baixa remuneração de profissionais qualificados. Importante reforçar que o trabalho do cuidado no Brasil é bastante racializado, uma consequência de três séculos de escravização de pessoas afrodescendentes. Durante este período, o trabalho doméstico e o trabalho do cuidado eram realizados pelas mulheres negras. Mesmo após o fim da escravidão, as mulheres negras continuaram e continuam a ser a maioria das trabalhadoras neste mercado, de acordo com Hirata (2016). Em pesquisa feita pela mesma autora com cuidadoras de instituições de longa permanência de idosos, constatou-se que a maioria delas já sofreu preconceito racial, tanto verbalmente quanto por meio de comportamentos racistas.

A autora defende que o Estado deve prover a estrutura necessária para o cuidado, seja de crianças, seja de idosos, a fim de que as mulheres possam participar do mercado de trabalho de forma mais igualitária. Desse modo, a terceirização não resolve o problema relacionado ao cuidado. Ele apenas o transfere das famílias mais ricas para as mais pobres, do Norte global para o Sul global. O efeito é a reprodução social como mercadoria para quem pode pagar e privatizada para aqueles que não podem (ARRUZZA; BHATTACHARYA; FRASER, 2019). Neste ponto, faz-se necessário reiterar que, dentro do sistema capitalista, o Estado tem as suas contradições. Ao mesmo tempo em que é dirigido pelos detentores do capital, é também espaço de disputas, espaço de luta de classes. Portanto, não podemos esperar que a burguesia que controla o Estado implemente de bom grado políticas públicas que venham a interferir negativamente na ordem social que mantém seu lucro, contudo faz parte da luta anticapitalista produzir os tensionamentos dentro do próprio Estado que provoquem o esgarçamento do sistema, a partir da cobrança de tais políticas públicas.

A mercantilização do trabalho do cuidado está estreitamente relacionada aos fluxos migratórios globais, em especial à migração feminina, que se intensificou desde o início do

século. Devido a tais fluxos, está surgindo uma nova divisão internacional do trabalho de serviço, tanto no Norte quanto no Sul global (HIRATA, 2016). Um exemplo interessante é um programa de imigração lançado recentemente pelo governo canadense, que visa suprir especificamente a necessidade do país por cuidadores de crianças e cuidadores de idosos. Nesse programa, tanto pessoas jurídicas quanto pessoas físicas podem se candidatar como empregadores dos futuros imigrantes (CANADÁ, 2022). É a institucionalização da cadeia global de cuidado. De acordo com a mesma autora, ainda não vemos no Brasil uma influência da migração internacional no perfil das trabalhadoras do cuidado. O que vemos são migrantes internas, especialmente aquelas oriundas das regiões Norte e Nordeste, que trabalham como cuidadoras no eixo São Paulo-Rio.

A partir de diferentes autoras, Grecco (2018) lista três soluções possíveis para a crise do cuidado. Para Hochschild, a solução é um Estado mais justo e uma divisão equilibrada de tarefas entre os gêneros; Orozco propõe uma cidadania que considere a vida como cerne econômico, social e político; ao passo que Fraser aponta uma transformação estrutural da sociedade. Em 2009, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) publicou um relatório no qual apontava o surgimento de uma crise do cuidado na América Latina, semelhante àquela observada no Norte global, com causas análogas, como o envelhecimento da população, a redução do índice de fertilidade acompanhada do aumento da expectativa de vida, o aumento das doenças crônicas e a redução de políticas de bem-estar social. Neste mesmo relatório, a OIT propõe as seguintes soluções: 1. Apoio do mercado às cuidadoras; 2. Apoio do Estado; 3. Redistribuição das tarefas de cuidado entre os gêneros e entre as diferentes gerações dentro da família; 4. Ações do terceiro setor, evocando a chamada ‘responsabilidade social’. Dentre as três soluções listadas acima por Grecco (2018), a que está alinhada com a perspectiva marxista desta pesquisa foi apontada por Fraser, haja vista que o capitalismo foi estruturalmente constituído sobre o patriarcado e sem ela não subsiste. Em última instância, podemos dizer que tanto a solução proposta por Hochschild quanto a solução proposta por Orozco são apenas miragens dentro do capitalismo, pois só poderiam se constituir enquanto possibilidades reais com o fim deste sistema. O mesmo se aplica às soluções apresentadas pelo relatório da OIT, o qual traz o mercado e o Estado como sujeitos com vida própria, como se não fossem diretamente controlados pela burguesia, ao mesmo tempo em que responsabiliza as famílias e a sociedades, como se não fossem também resultantes do capitalismo.

## 1.5 A REPRODUÇÃO SOCIAL E OS DEBATES RACIAIS

Retomando o que já foi citado sobre a totalidade social, os debates raciais não são alheios à Teoria da Reprodução Social. Na sociedade capitalista a reprodução social depende da opressão de gênero, sendo, por isso, uma questão feminista. Entretanto, ela também é atravessada por questões de raça, orientação sexual e nacionalidade, em maior ou menor grau, de acordo com cada localidade. Ao longo da história, alguns grupos feministas ignoraram a pauta racial. Ainda hoje, há um posicionamento bastante dúbio sobre o assunto. Segundo Arruzza, Bhattacharya e Fraser (2019), do mesmo modo que, no século XIX, sufragistas brancas se indignaram com o direito ao voto concedido a homens negros, atualmente, feministas liberais europeias apoiam políticas contra grupos muçulmanos com a justificativa de que o Islã oprime suas mulheres. Diante disso, as reflexões a respeito da reprodução social devem levar em consideração também estas outras formas de dominação. Por meio da escravidão e do colonialismo, mulheres racializadas foram – e até hoje são – coagidas a trabalhar gratuitamente ou a baixo custo para outras mulheres racialmente privilegiadas, realizando o trabalho doméstico e provendo cuidado para suas crianças. O capitalismo, que hoje tanto se orgulha por defender a liberdade individual, só surgiu a partir da colonização do continente africano e da escravização de seus povos, bem como da exploração dos povos originários da América. Quando o capitalismo se consolidou, a exploração baseada em raça não acabou e ela continua fundamentando o sistema, ao permitir que o capital se apodere dos recursos naturais e humanos de povos racializados (ARRUZZA; BHATTACHARYA; FRASER, 2019).

O feminismo negro norte-americano contribuiu para o debate com a perspectiva interseccional. Baseando-se na vivência cotidiana de mulheres afro-americanas, que percebiam seus corpos como racializados e generificados, tal perspectiva continha forte orientação materialista: o trabalho reprodutivo é realizado por corpos socialmente localizados. E, ainda que o corpo da mulher, de maneira geral, seja biologicamente necessário para gerar e amamentar novas gerações de trabalhadores, a interseccionalidade traz à tona a seguinte questão: por que alguns corpos trabalhadores são mais oprimidos que outros? (ARRUZZA; BHATTACHARYA; FRASER, 2019). Não obstante esta perspectiva tenha sido associada a pensadores não marxistas, teóricos da reprodução social têm considerado a interseccionalidade em suas reflexões (BHATTACHARYA, 2017).

## 1.6 REPRODUÇÃO SOCIAL E JUSTIÇA REPRODUTIVA



A teoria da reprodução social nos ajuda a compreender que qualquer avanço das questões de gênero, dentro do sistema capitalista, é frágil e temporário, porque a opressão às mulheres atua como uma das bases do sistema (BHATTACHARYA, 2019b). Portanto, ao mesmo tempo que a liberdade feminina só é possível se tivermos acesso à saúde de qualidade, aos métodos contraceptivos adequados e ao aborto legal e seguro, só é possível acabar com a opressão às mulheres se superarmos o capitalismo. Contudo, reforço que a luta pela superação do capitalismo não basta. É imprescindível que ela seja também uma luta pela superação do patriarcado. Ou seja, a luta pela superação do capitalismo e a luta pela superação do patriarcado não são duas lutas separadas que devem andar juntas. Elas, na realidade, são uma só luta. Não sobrepujaremos o capitalismo enquanto mulheres continuarem a ser tratadas como seres humanos de segunda categoria, enquanto mulheres continuarem sendo exploradas com base em sua condição de gênero. Igualmente, o patriarcado não será sobrepujado enquanto houver um sistema que dele se beneficia, explorando o trabalho gratuito ou mal remunerado baseado no gênero.

Bhattacharya (2019b) defende que os “direitos reprodutivos deveriam se chamar justiça reprodutiva. O direito de escolha de uma mulher não deve ser só o direito de escolher não ter filhos, mas também o direito de escolher tê-los.” Ela relembra como na história dos Estados Unidos, mulheres não-brancas foram forçadas à esterilização. Durante a década de 1960, de acordo com a mesma autora, alguns estados do Sul debateram a possibilidade de esterilização compulsória de mulheres negras com filhos, que eram usuárias dos serviços sociais. Do mesmo modo, duas ou três décadas antes, as fábricas que se instalaram em Porto Rico, utilizando predominantemente mão-de-obra feminina, tinham em suas instalações clínicas de controle de natalidade. Assim, afirmo que a luta pela justiça reprodutiva é fundamentalmente uma luta anticapitalista, na medida em que propõe que a capacidade reprodutiva dos corpos com útero não esteja subjugada pela possibilidade de gerar lucro.

É preciso compreender também que a classe trabalhadora se reproduz a partir de diferentes processos, que estão diretamente ligados ao acesso que cada nível da classe trabalhadora tem a alimentação, saúde, moradia, lazer, educação. Tais diferenças de acesso fazem com que se desenvolvam diferentes estratégias de luta dentro de cada nível. Diante disso, para Bhattacharya (2017 apud FONSECA, 2019, p.290-291), qualquer luta social – pelo meio-ambiente, contra a violência policial, pelos direitos humanos etc. – que possa trazer ganhos para a classe trabalhadora deve ser considerada como parte da luta de classes. A reprodução social tem, acima de tudo, uma distinção de classe: espera-se que cuidadoras e escolas da classe trabalhadora preparem as crianças para serem futuros trabalhadores obedientes, dóceis e

tolerantes à exploração, de acordo com Arruzza, Bhattacharya e Fraser (2019). Para a manutenção desse sistema de opressão, o capitalismo associou a reprodução social ao binarismo de gênero e à cisheteronormatividade. Quando me refiro a binarismo de gênero, falo sobre uma sociedade que é baseada na divisão entre – somente – dois gêneros. Sendo assim, todo e qualquer ser humano deve ser encaixado em um dos dois: ou é masculino ou é feminino, ou é homem ou é mulher. Não há possibilidade para ser de outro gênero que não um desses dois. Não há possibilidade para ser os dois. A diferença entre ambos os gêneros é bem demarcada, supostamente justificada por diferenças biológicas, que levam à demarcação de papéis sociais bem distintos, quase que opostos. Na esteira do binarismo de gênero, temos a cisheteronormatividade, cuja premissa é de que o gênero de uma pessoa está dado ao nascer, supostamente determinado por características genitais visíveis e isto não pode – nem deve – ser modificado. Ademais, um gênero só pode se relacionar amorosamente e/ou sexualmente com o gênero oposto. Qualquer subversão dessas premissas é considerada como corrupção daquilo que foi biologicamente – ou divinamente – determinado.

Arruzza, Bhattacharya e Fraser (2019) apontam que, como consequência do neoliberalismo, progressivamente as mulheres ingressam na força de trabalho mais por necessidade do que por um desejo de realização pessoal, ao contrário do que apregoa o feminismo liberal. Ao mesmo tempo, o poder público pouco ou nada se responsabiliza pelo cuidado de crianças ou qualquer outro trabalho necessário para a reprodução social. Além disso, os salários recebidos pelas mulheres muitas vezes são incapazes de custear sua própria reprodução. Como consequência, estas mulheres se veem forçadas a trabalhar em mais de um emprego, sem falar no tempo gasto em transportes públicos precários. A quantidade de horas de trabalho assalariado por família está aumentando gradativamente, reduzindo o tempo disponível para a família se reproduzir e cuidar de suas relações afetivas e comunitárias. O capitalismo, assim, esgota as forças das principais provedoras de reprodução social, minando o trabalho do qual ele mesmo necessita. Fraser (apud GRECCO, 2018) afirma que, embora o capitalismo dependa da reprodução social para a sua manutenção, ele tende a se organizar de modo a desestruturar o trabalho reprodutivo, o que é inerente à contradição capitalista. De acordo com a autora, a cada fase do capitalismo, são desenvolvidas novas condições socio-reprodutivas. Assim, o atual momento neoliberal seria chamado de ‘domicílio com dois recebedores’, período de esfacelamento do Estado de bem-estar social, especialmente na Europa, acompanhado de entrada massiva das mulheres no mercado de trabalho.

Portanto, é a partir da perspectiva da Teoria da Reprodução Social que o feminismo marxista está se modificando no século XXI, declarando que nem todo feminismo liberta. O

feminismo ligado às grandes corporações, das grandes empresárias, daquelas que, por sua posição de classe, exploram outras mulheres, esse feminismo liberal não liberta. Estando junto do capital, ele apenas aprofunda a exploração de mulheres trabalhadoras. E mais: ele tenta nos distrair da luta que verdadeiramente importa, da luta que inclui as trabalhadoras. Precisamos do feminismo que acolha as trabalhadoras domésticas, que, até 2015, não tinham os mesmos direitos que os demais trabalhadores no Brasil, como férias remuneradas. Precisamos do feminismo que entenda que raça, gênero e classe andam juntos na realidade capitalista.

## 2 - O AUTOCUIDADO: O QUE É E DE ONDE SURGE?

A proposta deste capítulo é apresentar algumas definições de autocuidado, as quais possam orientar a análise a respeito do tema e sua articulação com o debate acerca do trabalho doméstico. A primeira concepção de autocuidado aqui apresentada vem do diálogo com a Medicina Chinesa Clássica (MCC). Em seguida, apresento a concepção da Teoria do Déficit de Autocuidado em Enfermagem (TDAE) e, posteriormente, exponho a compreensão da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o assunto. Logo após, exploro o entendimento do governo brasileiro a respeito da relação entre autocuidado, covid-19 e violência doméstica contra mulheres.

### 2.1 O AUTOCUIDADO NA MEDICINA CLÁSSICA CHINESA

Existem diferentes concepções de cuidado e autocuidado. De acordo com Contatore, Tesser e Barros (2021), o cuidado pode ser classificado em: cuidado heterônomo ou cuidado autônomo. O cuidado heterônomo diz respeito àquele cuidado em que a pessoa é acompanhada por um profissional de saúde, que prescreve ações de cuidado no âmbito de uma relação terapêutica. Já o cuidado autônomo é o tipo de cuidado realizado e controlado pela própria pessoa, que é avaliado e monitorado por ela mesma e diz respeito ao universo cultural e de saberes da sociedade em que a pessoa se insere. O cuidado autônomo também pode incorporar técnicas e prescrições do cuidado heterônomo, tal como a alimentação equilibrada prescrita pelo nutricionista, a atividade física prescrita pelo médico ou a meditação sugerida pelo psicólogo. Doravante, o cuidado autônomo será chamado de autocuidado (CONTATORE, TESSER, BARROS, 2021).

De acordo com Illich (apud CONTATORE, TESSER, BARROS, 2021, p.4) Nas sociedades pré-modernas, o autocuidado era a principal forma de cuidado. Somente em situações graves ou de sofrimento intenso que o cuidado heterônomo entrava em cena. A disseminação do saber biomédico concomitante à industrialização gerou enfraquecimento da cultura que suportava o autocuidado autorreferido, fazendo com que as pessoas se tornassem cada vez mais dependentes do cuidado heterônomo, eventualmente acompanhado pelo autocuidado heterorreferido. Na descrição feita pelo autor, podemos perceber que ele se refere ao momento histórico de consolidação do capitalismo, caracterizado pelo êxodo rural e conseqüente desagregação das comunidades anteriormente existentes. Nas cidades, os

trabalhadores – antes camponeses – pouco espaço e tempo tinham para construir novas formas de cuidado autorreferido. Naquele momento, não apenas os homens, mas também as mulheres trabalhavam nas fábricas até a exaustão. Ainda que, pela divisão sexual do trabalho, elas continuassem responsáveis pelo trabalho doméstico, não havia tempo para o cuidado de si nem para o cuidado da família e da comunidade. Do mesmo modo que não havia tempo para o autocuidado, não havia acesso ao cuidado heterônomo, o que poderia, a longo prazo, comprometer a reposição da mercadoria força de trabalho. De acordo com o que vimos no capítulo anterior, podemos inferir que a publicação do *Relatório da Comissão de Emprego Infantil* e a promulgação do *Ato de Regulamentação de Minas de Carvão*, os quais restringiram os trabalhos infantil e feminino na Grã-Bretanha do século XIX, foram tentativas da burguesia de garantir a reprodução social, sem que precisasse remunerar mais os trabalhadores por isso.

Contatore, Tesser e Barros (2021) também afirmam que o autocuidado é valorizado pelo saber biomédico, conquanto este o seja heterorreferido, isto é, que seja um autocuidado baseado no conhecimento científico e que será seguido independentemente de ter sido compreendido ou não pela pessoa, ou de fazer sentido dentro de seu conjunto de valores e crenças. Em oposição ao autocuidado heterorreferido, o autocuidado autorreferido consiste no aprendizado de práticas e saberes que foram testados e aperfeiçoados pela própria pessoa e por sua comunidade. Tal experimentação se fundamenta em práticas e saberes já existentes, resultados das experiências anteriormente vividas pelo grupo social a que a pessoa pertence.

Na concepção da Medicina Clássica Chinesa, por exemplo, para cuidar do outro é preciso saber cuidar de si. Por isso, a MCC propõe diferentes práticas de autocuidado autorreferido e defende que os hábitos de vida podem favorecer ou prejudicar o equilíbrio da pessoa. Estas práticas se referem à qualidade e à variabilidade dos alimentos ingeridos, ao uso interno e externo de plantas medicinais, e à prática da meditação. Para a MCC, o desenvolvimento de habilidades de autocuidado autorreferido não depende apenas de conhecimento intelectual, mas sobretudo de autoconhecimento (CONTATORE, TESSER, BARROS, 2021).

## 2.2 A TEORIA DO DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EM ENFERMAGEM

Outra concepção sobre o autocuidado vem da Enfermagem, a qual, enquanto campo de conhecimento que compõe o saber biomédico, possui um modelo de autocuidado, que é a Teoria do Déficit de Autocuidado em Enfermagem. Este modelo, desenvolvido por Dorothea Orem

entre as décadas de 1950 e 1980, possui três importantes conceitos que precisam ser aqui explicitados: pessoa, saúde e entorno. Para Orem, pessoa é o

ser humano como um organismo biológico, racional e pensante. Como um todo integral dinâmico com a capacidade de conhecer a si mesmo, usar ideias, palavras e símbolos para pensar, comunicar e orientar seus esforços, capacidade de refletir sobre sua própria experiência e eventos colaterais para realizar ações de autocuidado dependente. (HERNANDEZ, PACHECO, LARREYNAGA, 2017, p.5) [tradução própria]<sup>14</sup>

O conceito de saúde é definido como

um estado que para a pessoa significa coisas diferentes em seus distintos componentes. Significa integridade física, estrutural e funcional; ausência de defeito que implique deterioração da pessoa; desenvolvimento progressivo e integrado do ser humano como uma unidade individualmente, aproximando-se de níveis cada vez mais altos de integração. Por isso, considera a percepção de bem-estar de uma pessoa. (HERNANDEZ, PACHECO, LARREYNAGA, 2017, p.5) [tradução própria]<sup>15</sup>

Já o entorno é estabelecido como o conjunto de fatores externos que interferem na decisão de uma pessoa sobre o autocuidado e sobre sua habilidade de efetuar-lo (HERNANDEZ, PACHECO, LARREYNAGA, 2017).

A TDAE parte do princípio de que toda pessoa é capaz de cuidar de si mesma. Ela é composta de três teorias: 1) a teoria dos sistemas de enfermagem, que explica as relações necessárias para que se produza a enfermagem; 2) a teoria do autocuidado, a qual descreve a razão e a forma pelas quais as pessoas cuidam de si; 3) e a teoria do déficit de autocuidado, que traz as motivações pelas quais as pessoas necessitam dos cuidados de enfermagem (TOMEY, ALLIGOOD, 2002 apud QUEIRÓS, VIDINHA, ALMEIDA FILHO, 2014, p.159; HERNANDEZ, PACHECO, LARREYNAGA, 2017). Daqui em diante, o modelo Teoria do Déficit de Autocuidado em Enfermagem será chamado somente de TDAE, a fim de diferenciá-lo da teoria que o compõe, a teoria do déficit de autocuidado.

Segundo a TDAE, autocuidado é o cuidado pessoal necessário cotidianamente para que cada um proveja seu próprio funcionamento e desenvolvimento (VITOR, LOPES, ARAÚJO,

---

<sup>14</sup> “[...] ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.” (HERNANDEZ, PACHECO, LARREYNAGA, 2017, p. 5) [texto original]

<sup>15</sup> “[...] un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.” (HERNANDEZ, PACHECO, LARREYNAGA, 2017, p. 5) [texto original]

2010), a partir de práticas que busquem a manutenção da própria vida, saúde e bem-estar, levando em consideração as necessidades de regulação de cada um de acordo com a fase de desenvolvimento em que se encontra, os fatores ambientais e seu consumo diário de energia. Correlacionando esta definição de autocuidado com o que vimos anteriormente sobre reprodução social, podemos nos indagar se, de maneira geral, homens – tanto trabalhadores quanto burgueses – e mulheres burguesas têm sua capacidade de autocuidado plenamente desenvolvida, haja vista que, em sua maioria, não sabe realizar as tarefas necessárias para seu funcionamento cotidiano, em outras palavras, sua própria reprodução. Quantos homens burgueses são capazes de passar sua própria roupa de trabalho, por exemplo? Quantas mulheres burguesas são capazes de cozinhar para si mesmas uma refeição completa? Quantos homens trabalhadores são capazes de limpar – de maneira adequada – sua própria casa? Cito estas tarefas como exemplos porque são todas tarefas cotidianas relacionadas ao cuidado pessoal e que geralmente associamos às mulheres da classe trabalhadora.

De acordo com Orem, a ação de autocuidado deve ser aprendida pela pessoa, tendo um objetivo determinado e sendo conectada à realidade de sua vida. A mesma teoria traz a interessante conceituação de que autocuidado não é apenas uma ação da pessoa sobre si mesma, mas engloba também aqueles com quem convive e seu entorno (HERNANDEZ, PACHECO, LARREYNAGA, 2017). Tal noção, a princípio, se contrapõe ao individualismo capitalista, uma vez que indica a noção de cuidado em coletividade. A partir da Teoria da Reprodução Social, sabemos que as mulheres são as principais cuidadoras daqueles que necessitam de cuidado, sendo, então, essenciais para a construção ou resgate da capacidade de autocuidado de uma pessoa. Entretanto, o que acontece quando a pessoa que precisa de (auto)cuidado é uma mulher? Esta mulher encontra em sua coletividade outras pessoas cuidadoras, que estejam ao seu lado fornecendo o cuidado necessário? É possível que esta mulher encontre cuidado nos homens ao seu redor? Quando esta mulher encontra (auto)cuidado apenas em outras mulheres, vemos uma manifestação da contradição do capitalismo patriarcal, que explora as mulheres enquanto força de trabalho da reprodução social, dando a elas poucas oportunidades de cuidado quando mais necessitam. Como força de trabalho, as mulheres são a mercadoria mais descartável.

Ainda de acordo com a TDAE, a aderência ao autocuidado depende da combinação dos chamados fatores condicionantes, que podem ser extrínsecos ou intrínsecos e que agrupam dez variáveis, nomeadamente: idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sociocultural, fatores relacionados ao sistema de cuidado em saúde, fatores relacionados ao sistema familiar, padrão de vida, fatores ambientais, e disponibilidade e adequação de recursos.

No entanto, é preciso ter em mente que, a depender de tais variáveis, uma pessoa pode ocupar diferentes lugares dentro do sistema capitalista. Trabalhadores aposentados – seja por idade, ou por invalidez – tendem a ter menos acesso ao sistema de cuidado em saúde. Normalmente, esse grupo de pessoas é totalmente dependente dos sistemas públicos de saúde, porque não podem pagar por cuidados privados em saúde, e sabemos, que na maioria dos lugares, especialmente no Sul global, os sistemas públicos de saúde são precarizados e não atendem à demanda da população trabalhadora. Além disso, essas pessoas podem também enfrentar dificuldades de deslocamento até os equipamentos de saúde, demandando o deslocamento de profissionais, muitas vezes sobrecarregados. Outro ponto que podemos levantar é que, devido à cultura patriarcal, homens tendem a negligenciar o autocuidado. De acordo com os fatores em questão, as ações de autocuidado podem ser internamente ou externamente orientadas. As ações externamente orientadas são: 1) Busca de conhecimento; 2) Busca de ajuda e de recursos; 3) Ações interpessoais expressivas; 4) Ações para controlar os fatores extrínsecos. As ações internamente orientadas são: 1) Recursos de controle dos fatores intrínsecos; 2) Autocontrole (HERNANDEZ, PACHECO, LARREYNAGA, 2017).

A capacidade de uma pessoa de desenvolver ou recuperar o autocuidado – seja por ação própria, seja por ação de outrem – ocorre em três fases, que são: 1) Autocuidado estimativo: determina-se o que fazer para o/a desenvolvimento/recuperação do autocuidado; 2) Autocuidado transitivo: seleciona-se as opções mais adequadas para o/a desenvolvimento/recuperação do autocuidado; 3) É verificado se, de fato, a pessoa desenvolveu/recuperou o autocuidado (SODERHAMN, 2010 apud QUEIRÓS, VIDINHA, ALMEIDA FILHO, 2014, p.160).

De acordo com Tomey e Alligood (2002 apud QUEIRÓS, VIDINHA, ALMEIDA FILHO, 2014, p.160-161), a TDAE pressupõe três diferentes tipos de requisitos para o autocuidado, a saber: universais; de desenvolvimento; de desvio de saúde. Os requisitos universais são oriundos do conhecimento biomédico, já validado ou em validação, sobre o funcionamento humano em geral e as necessidades humanas básicas. Os requisitos de desenvolvimento dizem respeito aos diferentes ciclos da vida, promovem os processos de desenvolvimento e previnem as enfermidades. Já os cuidados de desvio de saúde correspondem às enfermidades de origem funcional e/ou genética, em que a pessoa está sob diagnóstico ou em tratamento médico. É a avaliação destes requisitos que vai determinar os cuidados necessários (QUEIRÓS, VIDINHA, ALMEIDA FILHO, 2014; PEIXOTO, 1996).

Discorrendo mais especificamente sobre as três teorias que compõem o modelo TDAE, comecemos com a teorias dos sistemas de enfermagem, segundo a qual esses sistemas são



produzidos a partir da prática profissional que fornece cuidados a pessoas que o necessitam. Tais sistemas se referem à capacidade da pessoa em executar o autocuidado e à possibilidade que a pessoa tem de regular ou rejeitar o cuidado fornecido por terceiros (HERNANDEZ, PACHECO, LARREYNAGA, 2017). Os sistemas de enfermagem são três: 1) Sistema totalmente compensatório: a enfermagem substitui a pessoa em seu autocuidado, até que ela possa retomá-lo ou se adaptar a qualquer eventual incapacidade que a impeça de exercê-lo; 2) Sistema parcialmente compensatório: a enfermagem intervém somente naquilo que a pessoa não é capaz de realizar por si mesma, porém geralmente a pessoa está apta a tomar decisões e realizar algumas ações de autocuidado; 3) Apoio-educativo: a pessoa é capaz de cuidar de si, entretanto carece que lhe sejam ensinadas as ações necessárias ao autocuidado e que estas sejam supervisionadas por um profissional. Orem apresenta cinco métodos que o profissional pode usar ao cuidar da pessoa: executar, substituindo-o no que ele não é capaz de fazer; orientar e encaminhar; dar apoio físico e/ou psicológico; criar e/ou manter um ambiente que favoreça seu desenvolvimento/recuperação; ensinar (HERNANDEZ, PACHECO, LARREYNAGA, 2017; TOMEY, ALLIGOOD, 2002 apud QUEIRÓS, VIDINHA, ALMEIDA FILHO, 2014, p.161).

Quanto à teoria do déficit de autocuidado, o conceito de déficit dentro desta teoria é relativo à diferença entre as ações necessárias ao autocuidado e as ações que a pessoa é, de fato, capaz de desenvolver (PEIXOTO, 1996). Conforme Orem (apud VITOR, LOPES, ARAÚJO, 2010, p.614), os seguintes princípios norteiam a teoria acima citada: 1) Todo ser humano exige insumos para si e seu ambiente, para fins de sobrevivência, de acordo com a natureza humana; 2) Todo ser humano tem a capacidade de agir autonomamente, cuidando de si e de outros, quando identificada a necessidade de cuidado; 3) O processo de envelhecimento traz ao ser humano limitações no cuidado de si e na capacidade de prover insumos para a sobrevivência; 4) O organismo humano é capaz de descobrir, criar meios e transmitir aos outros suas necessidades; 5) Seres humanos que vivem em grupos estruturados delegam tarefas do cuidado daqueles que não são capazes de prover o próprio cuidado. Desta forma,

Com referência notadamente à teoria do déficit de autocuidado, como mostra a literatura, ela oferece subsídios ao cuidado por estar essencialmente apoiada na premissa segundo a qual todos possuem potencial, em diferentes graus, para cuidar de si mesmo e dos que estão sob sua responsabilidade. (VITOR, LOPES, ARAÚJO, 2010, p.612)

Observemos o que diz o quinto princípio: no sistema capitalista patriarcal as mulheres trabalhadoras são as responsáveis por prover o cuidado dos demais. Porém, aqueles que são cuidados, não o são devido ao fato de serem incapazes de provê-lo, mas, sim, devido ao fato de

que, ainda que sejam adultos totalmente funcionais, aprenderam que, dentro deste sistema, são as mulheres as responsáveis por cuidar. À primeira vista, poderíamos dizer que a exploração dos homens trabalhadores retira deles a capacidade de prover seu próprio cuidado, sendo, por isso, necessário que o cuidado seja providenciado pelas mulheres. Mas, hoje vivemos no capitalismo a fase de ‘domicílio com dois recebedores’ (FRASER apud GRECCO, 2018), em que cada vez mais mulheres adentram o mercado de trabalho, e, mesmo quando exercem o trabalho remunerado, as trabalhadoras continuam como as principais responsáveis pela reprodução social. A explicação que encontramos é a divisão sexual do trabalho, que fundamenta o sistema capitalista.

A partir da noção de agência de autocuidado, Hernandez, Pacheco e Larreynaga (2017) apresentam outras concepções relevantes para a compreensão da teoria do déficit de autocuidado, que são: cuidar de si mesmo, limitações do cuidado, e aprendizagem de autocuidado. O cuidar de si mesmo é um processo que necessita que a pessoa tome consciência de seu estado de saúde, o que requer racionalidade para avaliar suas experiências pessoais, as normas culturais e as condutas aprendidas, a fim de tomar as decisões mais adequadas a respeito do próprio autocuidado. As limitações de autocuidado são obstáculos que ocorrem quando a pessoa não tem conhecimento sobre si mesma, acarretando dificuldade de julgamento a respeito da própria saúde. A aprendizagem de autocuidado diz respeito à aquisição do conhecimento necessário para a concretização do autocuidado e é diretamente influenciada pelas crenças, hábitos e práticas que compõem a cultura do grupo a que a pessoa pertence. Em algumas pessoas, como as crianças, a agência de autocuidado ainda está em desenvolvimento. Em pessoas com determinados tipos e/ou graus de transtornos mentais, a agência de autocuidado pode não funcionar. E em idosos e pessoas com enfermidades, a agência de autocuidado tende a declinar.

Via de regra, a sociedade construída sob o capitalismo espera que cada um seja seu próprio agente de autocuidado. Cada um cuida de si. A hipocrisia capitalista e patriarcal é incapaz de admitir que os *self-made men* e as *self-made women*, os homens e as mulheres de sucesso que construíram suas carreiras por mérito próprio, só foram capazes de ascender dentro do capitalismo porque, de alguma forma, puderam contar com uma rede de apoio ao seu autocuidado – seja ela remunerada ou não. Nenhuma pessoa – homem ou mulher – que, dentro da narrativa do sucesso capitalista, trabalhou várias horas por dia em prol de seu êxito, conseguiria fazê-lo se não houvesse alguém – em geral, uma mulher – que preparasse suas refeições, lavasse e passasse suas roupas, limpasse sua casa e cuidasse de sua prole, se fosse o caso.

A depender do nível de complexidade dos cuidados necessários e da possibilidade que a pessoa tem de executá-los – ou seja, a depender do déficit de autocuidado, é possível que ela precise de um agente de autocuidado terapêutico. Este pode ser definido como um adulto – ou um adulto em maturação – que se responsabiliza por suprir as necessidades terapêuticas de autocuidado da pessoa dependente e que podem ser tanto profissionais quanto cuidadores informais (HERNANDEZ, PACHECO, LARREYNAGA, 2017; QUEIRÓS, VIDINHA, ALMEIDA FILHO, 2014; PEIXOTO, 1996). A teoria do déficit de autocuidado também sustenta que a família e a comunidade são importantes agentes de autocuidado da pessoa (VITOR, LOPES, ARAÚJO, 2010) e, confrontando com a Teoria da Reprodução Social, esses agentes de cuidado são majoritariamente mulheres. É preciso chamar atenção para o termo utilizado pela teoria do déficit de autocuidado: adultos em maturação, ao afirmar que estes também podem ser agentes de autocuidado. Como ‘adultos em maturação’, podemos entender adolescentes. Isso nos leva ao fato de que, desde a adolescência, as mulheres são muito mais impactadas pelo trabalho doméstico do que os homens.

Igualmente, esta teoria defende que a enfermagem deve se pautar nas seguintes ações, no que diz respeito ao tema: 1) Fomentar relacionamentos entre paciente e outras pessoas e/ou grupos, para que ele possa se desligar dos cuidados da enfermagem; 2) Compreender se e como a enfermagem pode auxiliar o paciente; 3) Responder questionamentos e necessidades do paciente; 4) Prescrever e prover ajuda direta na rotina de cuidado do paciente (VITOR, LOPES, ARAÚJO, 2010). Desse modo, fazendo paralelo com a classificação de cuidado utilizada por Contatore, Tesser e Barros (2021), a teoria do déficit do autocuidado busca promover o autocuidado heterorreferido, a fim de convertê-lo em autocuidado autorreferido. Segundo Rourke (1991 apud PEIXOTO, 1996, p.2), é imprescindível que a pessoa cuidada e o profissional de enfermagem entrem em comum acordo a respeito do plano de (auto)cuidado estabelecido, pois é um importante artifício a fim de promover sua autoestima e sua motivação para o autocuidado.

Assim, é fundamental que, ao elaborar o plano de assistência, sejam estabelecidos os objetivos e prioridades de forma compartilhada, onde os valores e crenças do indivíduo, nível de conhecimento, habilidades e motivação individual sejam considerados. Na educação para o autocuidado o paciente deve participar das decisões sobre as necessidades educativas, conteúdo, objetivos a alcançar e métodos utilizados (LEVIN, 1978 apud PEIXOTO, 1996, p. 9).

### 2.3 AS ORIENTAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

Recentemente a Organização Mundial da Saúde publicou uma Diretriz sobre intervenções de autocuidado para a saúde e o bem-estar (2021), cujo objetivo é fornecer recomendações de intervenções em autocuidado baseadas em evidência, incluindo saúde e direitos sexuais e reprodutivos, tendo as populações carentes como público-alvo. Objetiva também sugerir boas práticas programáticas, operacionais e de prestação de serviços em saúde, assim como orientações para futuras pesquisas e diretrizes sobre o assunto. As recomendações dizem respeito a intervenções específicas. Já as declarações de boas práticas se relacionam à construção e manutenção de um ambiente adequado para o acesso à saúde e ao autocuidado. Quanto às pesquisas, é aconselhável que elas foquem em duas grandes áreas: desenvolvimento de intervenções em autocuidado, e efetivação de intervenções em autocuidado. O uso cada vez mais frequente das tecnologias digitais para o autocuidado pode ser de grande ajuda na produção de dados. Contudo, pesquisadores devem estar atentos à confidencialidade, à privacidade e à transparência, em benefício dos participantes de pesquisas, avaliando o valor social das pesquisas e respeitando sempre os princípios éticos de pesquisas com seres humanos. A intenção é que a Diretriz seja constantemente atualizada com novas recomendações de intervenções e declarações de boas práticas, na medida em que surgirem novos resultados baseados em evidências.

Antes de nos aprofundarmos na Diretriz em si, é importante ressaltar que a OMS compõe o sistema da Organização das Nações Unidas (ONU), sendo “a autoridade diretora e coordenadora em saúde internacional dentro do sistema das Nações Unidas.” (ONU, 2022). Neste contexto, é necessário lembrar que a ONU não é uma entidade neutra. Surgida logo após o fim da Segunda Guerra Mundial e inicialmente local de disputa ideológica entre Estados Unidos e União Soviética, é claramente dominada pelo capitalismo liberal desde o fim da Guerra Fria. Portanto, é com este olhar que a OMS cria o documento exposto a seguir.

A Diretriz expõe as seguintes definições para autocuidado e intervenções de autocuidado:

O autocuidado é a capacidade de indivíduos, famílias e comunidades de promover a saúde, prevenir doenças, manter a saúde e lidar com doenças e deficiências com ou sem o apoio de um profissional de saúde. O escopo do autocuidado nesta definição inclui promoção da saúde, prevenção e controle de doenças, automedicação, cuidado de pessoas dependentes, procura de hospital, especialista ou atenção primária quando necessário e reabilitação, incluindo cuidados paliativos.

As intervenções em autocuidado são ferramentas que apoiam o autocuidado. Estas incluem medicamentos, dispositivos, diagnósticos e/ou intervenções

digitais de alta qualidade e baseados em evidências que podem ser fornecidos total ou parcialmente fora dos serviços formais de saúde e usados com ou sem um profissional de saúde. (WHO, 2021, p. 13) [tradução própria]<sup>16</sup>

O público-alvo da Diretriz é primeiramente os formuladores de políticas nacionais e internacionais, pesquisadores, trabalhadores da saúde – incluindo farmacêuticos – e organizações da sociedade civil. Em seguida, pretende atingir também desenvolvedores de produtos de saúde, afetando quem está na ponta, isto é, pessoas que buscam cuidado e cuidadores.

A OMS (WHO, 2021) afirma a relevância das intervenções em autocuidado para o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS), a qual, por sua vez, é fundamental para que a cobertura universal de saúde seja alcançada. A cobertura universal de saúde é almejada para que todas as pessoas tenham acesso a serviços de saúde de qualidade, ao mesmo tempo em que tenham proteção financeira, a fim de que o uso de serviços de saúde não resulte em dificuldades financeiras, cumprindo, assim, o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3<sup>17</sup>, mais especificamente a meta 3.8<sup>18</sup>. O direito universal à saúde está na Constituição da OMS e cada vez mais compõe as constituições de diversos países ao redor do mundo, incluindo o Brasil. De fato, a APS e a implementação das intervenções em autocuidado são de suma importância para a efetivação da cobertura universal de saúde. Contudo, se nossa aposta é na superação do capitalismo patriarcal e na construção de uma sociedade baseada na coletividade, é preciso estarmos atentos a esta defesa acrítica que a OMS faz a respeito das intervenções em autocuidado, sob pena de aderirmos à lógica neoliberal de responsabilização dos trabalhadores pela própria reprodução. De forma alguma, devemos jogar fora ou ignorar a Diretriz acima

---

<sup>16</sup> “Self-care is the ability of individuals, families and communities to promote health, prevent disease, maintain health and cope with illness and disability with or without the support of a health worker. The scope of self-care in this definition includes health promotion, disease prevention and control, self-medication, giving care to dependent people, seeking hospital, specialist or primary care when needed, and rehabilitation, including palliative care. Self-care interventions are tools that support self-care. These include evidence-based, high-quality drugs, devices, diagnostics and/or digital interventions that can be provided fully or partially outside formal health services and be used with or without a health worker.” (WHO, 2021, p. 13) [texto original]

<sup>17</sup> “Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável são um apelo global à ação para acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima e garantir que as pessoas, em todos os lugares, possam desfrutar de paz e de prosperidade. Estes são os objetivos para os quais as Nações Unidas estão contribuindo a fim de que possamos atingir a Agenda 2030 no Brasil” (Nações Unidas Brasil - Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/sdgs#:~:text=Os%20Objetivos%20de%20Desenvolvimento%20Sustent%C3%A1vel%20s%C3%A3o%20um%20apelo%20global%20%C3%A0,de%20paz%20e%20de%20prosperidade.>> Acesso em: 15 maio 2022).

<sup>18</sup> “Attingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos”. (Nações Unidas Brasil - Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/sdgs#:~:text=Os%20Objetivos%20de%20Desenvolvimento%20Sustent%C3%A1vel%20s%C3%A3o%20um%20apelo%20global%20%C3%A0,de%20paz%20e%20de%20prosperidade.>> Acesso em: 15 maio 2022).

citada, porém é preciso ter em mente que a OMS é uma organização que pensa a saúde a partir de uma perspectiva capitalista e é em sua manutenção que ela trabalha.

Afora o ODS citado no parágrafo anterior, a Diretriz da OMS cita vários outros, com suas respectivas metas, que são relevantes para a promoção do modelo de autocuidado em saúde. No ODS 3, além da meta 3.8, temos também a meta 3.7, que aborda a saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar. No ODS 4 – sobre educação inclusiva e equitativa, temos as metas 4.5 e 4.6, que propõem a eliminação das disparidades de gênero e sociais na educação e a alfabetização de todos os jovens e de considerável quantidade de adultos. O ODS 5 preconiza a igualdade de gênero e o empoderamento de mulheres e meninas e na meta 5.6 relembra o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento<sup>19</sup>, e a Plataforma de Ação da Conferência de Pequim<sup>20</sup>. O ODS 9, sobre industrialização inclusiva e sustentável, afirma, na meta 9.5, a necessidade do investimento público e privado em pesquisa científica, principalmente nos países em desenvolvimento, até 2030. O ODS 10, sobre desigualdade dentro e entre os países, por meio das metas 10.3 e 10.4, defende a igualdade de oportunidades e a adoção de políticas fiscais, salariais e de proteção social, visando a conquista da igualdade. O ODS 12 recomenda padrões sustentáveis de produção e consumo, a partir da promoção de práticas sustentáveis de compras públicas e o fortalecimento da capacidade científica e tecnológica de países em desenvolvimento, conforme as metas 12.7 e 12.a. E, por último, o ODS 16, com sua meta 16.6, propõe sociedades pacíficas e inclusivas, alicerçadas em instituições eficazes, responsáveis e transparentes.

A Diretriz evoca ainda a Declaração de Astana de 2018<sup>21</sup>, que chama atenção para a necessidade de que os serviços de saúde sejam abrangentes e promovam a integralidade. Além

---

<sup>19</sup> “Em 1994, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) articulou uma nova visão sobre as relações entre população, desenvolvimento e bem-estar individual. Na CIPD, 179 países adotaram um Programa de Ação de 20 anos (estendido em 2010) voltado para o futuro para servir como um guia abrangente para o progresso do desenvolvimento centrado nas pessoas.” (UNFPA, Disponível em: <<https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/programa-de-a-%C3%A7%C3%A3o-da-confer%C3%Aancia-internacional-sobre-popula%C3%A7%C3%A3o-e-desenvolvimento>> Acesso em: 15 maio 2022)

<sup>20</sup> “A Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Declaração de Pequim) constituem documentos com objetivos estratégicos em doze áreas prioritárias de preocupação relativas às mulheres. Tais objetivos buscam incidir diretamente sobre a legislação e as políticas públicas nos países-membros.” (BRASIL, Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/atuacao-internacional/relatorios-internacionais-1/declaracao-e-plataforma-de-acao-de-pequim-sobre-a-mulher>> Acesso em: 15 maio 2022)

<sup>21</sup> A Declaração de Astana é resultante da Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde realizada em 25 e 26 de outubro de 2018, na cidade de Astana, no Cazaquistão. A Conferência foi organizada pela OMS, pela UNICEF e pelo país-sede, contando com a participação de ministros da saúde, finanças, educação e assistência social, além de trabalhadores de saúde, jovens ativistas da área e representantes de instituições bilaterais e multilaterais, organizações mundiais de defesa da saúde, sociedade civil, academia, instituições filantrópicas, mídia e setor privado (OPAS, 2018).

disso, a Declaração diz que determinantes mais amplos da saúde devem ser levados em consideração na formulação de políticas baseadas em evidências, e ressalta a primordialidade de que as pessoas, suas famílias e comunidades sejam devidamente capacitadas para atuarem como cuidadores, autocuidadores e promotores de saúde.

O autocuidado em saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021) é guiado pelos seguintes princípios-chave: direitos humanos, igualdade de gênero, ética, curso de vida, e integralidade. Ter o autocuidado em saúde guiado pelos direitos humanos e pela igualdade de gênero significa que estes devem ser a base da formulação de leis, políticas e intervenções, de modo que o gênero não seja uma barreira de acesso à saúde para mulheres e pessoas de gênero diverso. Nesta perspectiva, a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos devem permanecer como a direção a ser seguida por formuladores de políticas e por profissionais de saúde. A ética em saúde é orientada pelos princípios da justiça e da equidade. É a partir dela que o profissional deve avaliar a capacidade de cada pessoa em tomar decisões sobre sua saúde e fazer uso de intervenções em autocuidado. A abordagem em relação ao curso de vida leva em consideração que as pessoas têm diferentes necessidades de saúde ao longo da vida, escolhendo, assim, as intervenções mais adequadas para a faixa etária do usuário. A integralidade leva em conta a necessidade e o desejo de cada pessoa, sua família, a cultura de sua comunidade e o ambiente em que vive, não tendo como foco uma condição de saúde específica, mas todos os aspectos que podem influenciar sua saúde e sua busca por cuidados.

Interessante observar que, tanto nos ODS aos quais a Diretriz se refere quanto em seus princípios-chave, percebemos diversas intersecções com a TDAE, modelo de autocuidado sobre o qual discorri na seção anterior. Ainda que a Diretriz não mencione este modelo em seu texto, é possível identificar muitas semelhanças entre o que a TDAE preconiza e o que a Diretriz propõe, tais como o respeito à fase da vida em que a pessoa a ser cuidada se encontra e a avaliação cuidadosa sobre a capacidade da pessoa em cuidar de si mesma – ou não.

Outrossim, é preciso chamar atenção para o fato de que a Diretriz tem a igualdade de gênero como um dos seus princípios-chave, além de dar especial atenção aos direitos sexuais e reprodutivos como parte do autocuidado em saúde. A Teoria da Reprodução Social traz a justiça reprodutiva como primordial para a superação do capitalismo patriarcal, o que não é possível sem a construção de uma sociedade baseada na igualdade de gênero. À primeira vista, podemos pensar que isto é algo que a referida teoria e a Diretriz têm em comum. Entretanto, a Diretriz não se aprofunda em como promover, de fato, a igualdade de gênero. Ademais, ao falar sobre os direitos sexuais e reprodutivos se refere apenas às mulheres e pessoas com útero. Sabemos que verdadeiramente estas são as pessoas que mais têm seus direitos sexuais e reprodutivos

ameaçados sobre o patriarcado. Entretanto, a luta contra o capitalismo precisa incluir a compreensão e a responsabilização de homens cisgênero a respeito de seu papel na promoção da justiça reprodutiva.

Os sistemas de saúde devem ter uma abordagem centrada na pessoa, a qual vê o beneficiário do sistema de saúde como um participante ativo; promove a igualdade de gênero; garante que todas as pessoas sejam capacitadas para tomar suas decisões, inclusive sobre sexualidade e reprodução; promove estratégias para que as pessoas se envolvam em seu autocuidado em saúde; reconhece os pontos fortes de cada pessoa como agente ativo na promoção da própria saúde; e privilegia as necessidades e prioridades de saúde, em vez do controle de doenças (WHO, 2021).

A OMS também declara que a continuidade do cuidado está baseada na tríade pessoa-comunidade-profissionais de saúde, cada qual com seus determinantes. Os determinantes pessoais são o conhecimento, a alfabetização em saúde e as escolhas diárias, relacionadas a alimentação, sexo seguro, higiene, vida equilibrada, adesão ao tratamento e evitação de riscos. Os determinantes relativos à comunidade são apoio, aconselhamento, e envolvimento em decisões de saúde. Já os determinantes relativos ao sistema de saúde e seus trabalhadores são descritos como a identificação de oportunidades para a promoção do autocuidado, fornecimento de material escrito ou visual sobre o assunto, apoio ao desenvolvimento de ações de acompanhamento de condições de saúde, promoção de ferramentas para o aumento da autonomia de cada pessoa, e apoio a cuidadores.

O acesso ao autocuidado deve estar disponível em diversos espaços, como farmácias, serviços de saúde, plataformas e tecnologias digitais, comunidade, medicina tradicional e práticas socioculturais, em casa, e com cuidadores. Entretanto, o nível de apoio necessário para o acesso ao autocuidado é variável de pessoa para pessoa, e de comunidade para comunidade. Alguns fatores, como a idade ou a pobreza, pode aumentar as vulnerabilidades de uma pessoa, levando-a a viver em um ambiente pouco saudável, o que corrobora o que já foi explicitado acima de acordo com a teoria de Dorothea Orem. É preciso também que seja construído um ambiente favorável ao acesso ao autocuidado, a partir de leis e políticas de apoio, acesso à justiça, informação, alfabetização em saúde, educação, financiamento da saúde, regulamentação de produtos e intervenções em saúde, capacitação dos profissionais de saúde, segurança para as *commodities* de saúde<sup>22</sup>, apoio psicossocial, empoderamento econômico – o

---

<sup>22</sup> Segurança para as *commodities* pode ser definida como uma “proteção cambial através de operações no mercado financeiro que permitam maior previsibilidade quanto aos preços”, evitando, assim, a perda de lucro por parte do produtor, mesmo que o preço da *commodity* caia no mercado financeiro (CRCNEWS, 2022).



que inclui habitação, segurança alimentar, possibilidade de pagar pelo cuidado em saúde, se necessário – e proteção contra violências, coerções, estigmas e discriminações. De acordo com a OMS, a construção deste ambiente favorável ao cuidado e autocuidado em saúde é de responsabilidade de diversos atores sociais, a saber: governos, indivíduos, setor privado, sociedade civil, setor de saúde e doadores particulares, em nível local, nacional, regional e global. A articulação entre estes atores é imprescindível para evitar a fragmentação do sistema de saúde, assegurando melhores resultados das políticas de saúde (WHO, 2021).

A leitura desatenta destas indicações da OMS pode fazer com que a construção de tal ambiente favorável seja algo simples, um acordo que harmonize os atores sociais acima citados. A produção de tal acordo exige muitas negociações, nas quais é preciso que todos cedam um pouco. E, no sistema capitalista, tende a se impor quem tem o dinheiro e tende a ceder quem não tem dinheiro nem recursos outros. Devemos nos perguntar para quem o ambiente favorável ao acesso ao autocuidado seria favorável, haja vista que esses atores sociais não têm todos os interesses em comum. A própria sociedade civil não é um conjunto homogêneo, sendo composta por diferentes classes e diferentes grupos, que se organizam a partir de outras identidades. Desse modo, se aceitarmos a suposta organicidade da construção deste ambiente favorável, corremos o risco de reforçar o poder da burguesia, prejudicando nossos interesses enquanto classe trabalhadora: os sistemas de saúde continuarão subfinanciados, pessoas pobres continuarão se sacrificando para obter o acesso mínimo à saúde, e as mulheres, principais cuidadoras, continuarão abrindo mão de suas próprias vidas para prover o cuidado necessário aos demais membros da classe trabalhadora ao seu redor.

O modelo de autocuidado em saúde é complementar ao modelo provedor-cliente, predominante na maioria dos sistemas de saúde. Este modelo permite que as pessoas tomem decisões ativas e informadas no que concerne a sua saúde, ampliando sua escolha e autonomia, aumentando a possibilidade de prevenção de doenças e ajudando pessoas com deficiência e/ou outras enfermidades a lidar com suas condições de saúde, com ou sem apoio de um profissional de saúde. Na realidade, as pessoas já aplicam intervenções de autocuidado em saúde, sejam aquelas aprendidas com profissionais de saúde, sejam aquelas intervenções mais tradicionais, aprendidas em suas comunidades de origem. Este modelo não deve ser visto como algo apartado do sistema de saúde. Pelo contrário, ele é uma ampliação do sistema. Por isso mesmo, ainda que o modelo de autocuidado possa diminuir a frequência com que uma pessoa procure os serviços de saúde, estes precisam estar acessíveis sempre que for necessário. Vale lembrar que as intervenções em autocuidado ocuparam um papel primordial no desenvolvimento de respostas individuais, comunitárias e nacionais no combate à pandemia de covid-19. Outro

ponto importante ressaltado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021) é que, em determinados lugares, o contexto social e político pode se constituir como um obstáculo para o acesso ao sistema de saúde e as intervenções de autocuidado em saúde acabam se tornando uma das poucas opções de cuidado – senão a única. Nesses contextos, a perspectiva de redução de danos deve ser a direção seguida pelos profissionais de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021) ressalta também que os agentes comunitários de saúde são importantes promotores das intervenções de autocuidado, por isso incentiva o engajamento da comunidade na seleção destes trabalhadores e no estabelecimento de suas atividades prioritárias. Ademais, destaca a necessidade de que os ACS sejam previamente capacitados para exercer tal função, pois são atores muito relevantes na mobilização dos recursos da comunidade para a promoção de saúde e para o fortalecimento da relação entre comunidade e serviços de saúde.

Para que as intervenções de autocuidado em saúde sejam verdadeiramente eficazes, é necessário que elas sejam acompanhadas de informações compreensíveis, transmitidas, por sua vez, em formato e linguagem acessíveis ao público-alvo das intervenções em questão. As pessoas também devem estar informadas de como podem acessar os serviços de saúde, caso precisem ou desejem entrar em contato com um profissional de saúde. Igualmente, autocuidadores e cuidadores devem ser capacitados por profissionais de saúde para a aplicação correta das intervenções. É preciso levar em consideração que a oferta de tais intervenções tem o objetivo de aumentar as opções disponíveis para que as pessoas procurem cuidados em saúde, dispondo de flexibilidade na escolha das intervenções a serem utilizadas e na forma como cada um se envolve com os serviços de saúde. Outro ponto importante a ser ressaltado é que os serviços de saúde de qualidade, do mesmo modo que as intervenções de autocuidado em saúde, devem ser acessíveis para as populações carentes e marginalizadas, evitando o estigma e a violência, e baseando o cuidado na não-discriminação e no direito à saúde dessas populações. “Onde o autocuidado não é uma escolha positiva, mas é motivado pelo medo ou falta de alternativas, pode-se aumentar vulnerabilidades.” (WHO, 2021, p. 13) [tradução própria]<sup>23</sup>. Além disso, deve-se evitar que as intervenções em autocuidado transfiram para o usuário os custos do sistema de saúde. Se a intervenção exigir a aquisição de algum material que normalmente seria fornecido pelo sistema de saúde caso o procedimento fosse realizado dentro

---

<sup>23</sup> “Where self-care is not a positive choice but is prompted by fear or lack of alternatives, it can increase vulnerabilities.” (WHO, 2021, p.13) [texto original]

do serviço de saúde, é aconselhável que tal material continue sendo fornecido sem custos adicionais ao usuário, haja vista que

O sistema de saúde continua responsável pelos resultados dos pacientes relacionados ao uso dessas intervenções e deve monitorar de perto as implicações econômicas e financeiras para famílias e governos; caso contrário, o amplo uso de intervenções de autocuidado pode promover abordagens de saúde fragmentadas e consumistas e prejudicar o cuidado integrado centrado na pessoa. (WHO, 2021, p. 94) [tradução própria]<sup>24</sup>

Uma pessoa pode escolher determinadas intervenções por diversos motivos, tais como conveniência, custo e melhor adequação a seu estilo de vida. Porém, as escolhas também podem ser influenciadas por razões negativas. Às vezes, a pessoa está buscando evitar o sistema de saúde, pois o considera de baixa qualidade e/ou sofre discriminação nos serviços de saúde. Outras vezes, a pessoa simplesmente não tem acesso ao sistema de saúde, tal qual é comum em cenários de crise humanitária. Por isso, as intervenções em autocuidado devem ser baseadas nos direitos humanos: o direito à qualidade de informação, bens e serviços; o direito à participação, à igualdade, à não-discriminação, à privacidade, à confidencialidade e à informação; o direito à tomada de decisão informada. Além do mais, é preciso salientar que as intervenções em autocuidado não substituem a interação direta com o sistema de saúde. Inclusive, quando uma pessoa tem dificuldade de acesso ao sistema de saúde ou, por diferentes razões, tem dificuldade em usar as intervenções em autocuidado, é justamente nesse contexto que ela vai necessitar de ainda mais apoio do sistema de saúde. Desse modo, o profissional de saúde precisa ter em mente que os usuários dos sistemas de saúde formam um grupo bastante heterogêneo e, por isso, mesmo, as intervenções de autocuidado em saúde também devem ser variadas, a fim de acompanhar as necessidades e desejos dos mais diferentes usuários.

A OMS (WHO, 2021) propõe uma estrutura de sistema de saúde, de modo a salvaguardar a efetividade do modelo de autocuidado. De acordo com a Organização, um sistema de saúde deve ser construído a partir dos seguintes eixos: prestação de serviços; profissionais de saúde; informação; produtos médicos, vacinas e tecnologias; finanças; lideranças e governança. O primeiro eixo afirma que os serviços devem ser organizados a partir das necessidades e prioridades de cada pessoa, não a partir de sua doença/ condição de saúde ou a possibilidade de pagar – ou não – pelo serviço. Os profissionais de saúde têm papel

---

<sup>24</sup> The health system remains accountable for patient outcomes linked to the use of these interventions and should closely monitor the economic and financial implications for households and governments; otherwise, the wide use of self-care interventions may promote fragmented, consumerist approaches to healthcare and undermine integrated person-centred care [texto original]. (WHO, 2021, p. 94)

fundamental no engajamento das pessoas no autocuidado, posto que a forma com que tratam os usuários – estigmatizando ou não, acolhendo ou não – influencia fortemente a adesão das pessoas às intervenções em autocuidado e sua interação com o sistema de saúde. Além disso, ao propor intervenções em autocuidado, os profissionais devem respeitar e tentar conciliar com as intervenções já utilizadas pelo usuário, principalmente aquelas oriundas do saber popular. As informações em saúde devem ser utilizadas pelos profissionais ao falar sobre o autocuidado em saúde, de tal modo que a pessoa atendida esteja apta a tomar decisões informadas a respeito do próprio cuidado. Sendo assim, os sistemas de gestão da informação em saúde devem ser pensados no sentido de se comunicar com todos os usuários do sistema de saúde. Os produtos médicos, as vacinas e as tecnologias em saúde devem ser regulamentadas pelos governos, a fim de assegurar sua qualidade, seu adequado suprimento e seu acesso, o que está diretamente relacionado ao eixo financeiro. As previsões orçamentárias para a saúde devem favorecer o uso das intervenções em autocuidado, colaborando para a prestação de serviços com bom custo-benefício e para o alcance da cobertura universal de saúde. É importante que as previsões orçamentárias levem em consideração o fato de que o modelo de autocuidado possibilita o diagnóstico precoce de muitas enfermidades e condições de saúde, acarretando tratamentos precoces que, por sua vez, costumam ser menos custosos ao sistema de saúde. A liderança e a governança dizem respeito à regulamentação dos diferentes atores sociais que compõem o sistema de saúde, tendo importante papel na identificação de produtos e tecnologias falsos e/ou prejudiciais à saúde da população, e consequente responsabilização dos fornecedores de tais produtos e tecnologias.

Ao falar sobre as intervenções em autocuidado vinculadas aos sistemas de saúde, a OMS cita a importância de uma boa alimentação e da prática de atividade física. Além disso, coloca a alfabetização em saúde como essencial. Do mesmo modo, reforça que os sistemas de saúde e o cotidiano da pessoa devem estar integrados, para que seja promovido o autocuidado. Tal integração se manifesta em: autogestão, autoteste e autoconsciência. A autogestão inclui a automedicação, o autoexame e a autoaplicação de injeções. O autoteste inclui a autoamostragem, o autodiagnóstico, a autotriagem e o automonitoramento. A autoconsciência compreende a autoajuda, a autorregulação, a autoeducação, a autoeficácia e a autodeterminação. Todavia, a Diretriz da OMS não questiona quais são as reais possibilidades para um trabalhador incluir a autogestão, o autoteste e a autoconsciência em seu cotidiano, assim como ter uma boa alimentação e praticar atividade física, quando muitos trabalhadores não têm segurança alimentar, não têm acesso a saneamento básico, sequer têm acesso aos sistemas de saúde, além das quarenta horas semanais em que são explorados por seus patrões e

da enorme quantidade de tempo que gastam nos trajetos casa-trabalho-casa. Estas dificuldades para os trabalhadores não se apresentam da mesma forma nos diferentes lugares do mundo, não se apresentam da mesma forma no norte e no sul global, no entanto impactam a todos os membros da classe trabalhadora.

Discutindo especialmente o autocuidado em saúde sexual e saúde reprodutiva, é substancial que seja assegurada a implementação de políticas e leis que promovam programas sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos, fundamentados nos direitos humanos. Ao escolher intervenções em autocuidado em saúde sexual e reprodutiva, a pessoa deve estar devidamente informada a respeito dos produtos disponíveis. Da mesma forma, é preciso que estes produtos sejam acessíveis, inclusive financeiramente. É necessário também que haja regulamentação a respeito do fornecimento de informações para a população, garantindo que as informações sejam corretas, que não usem linguagem discriminatória, e prevendo a responsabilização em caso de informações imprecisas ou falsas. Esta responsabilização não deve incluir apenas o setor de saúde, mas também os sistemas jurídico e político, inclusive em casos de negligência e violação de direitos referente a intervenções de autocuidado em saúde. Destaca-se o fato de que populações prejudicadas por dinâmicas de gênero e/ou políticas tendem a enfrentar grandes desafios para acessar autocuidado em saúde sexual e reprodutiva, haja vista que nem sempre têm autonomia sobre seus corpos, sendo impossibilitadas de tomar decisões a respeito de sexualidade e reprodução (WHO, 2021).

As intervenções de autocuidado em saúde sexual e reprodutiva devem ter os seguintes objetivos: melhorar os cuidados durante o período pré-natal, de parto, pós-parto e os cuidados de recém-nascidos; eliminar o aborto inseguro; combater as IST's, inclusive o HIV, infecções do trato reprodutivo, câncer de colo de útero e demais enfermidades ginecológicas; promover a saúde sexual; fornecer serviços de alta qualidade para planejamento familiar, inclusive para casos de infertilidade. Concernente a este último, a OMS defende a relevância do planejamento familiar para a promoção da autonomia, apoiado na disponibilização de diferentes opções de métodos contraceptivos e informações baseadas em evidências a respeito destes métodos, e treinamento adequado de profissionais da saúde. Outro ponto importante, a respeito do combate ao HIV, a OMS (WHO, 2021) recomenda que os serviços de testagem sigam os 5 C's: consentimento, confidencialidade, aconselhamento, resultados corretos, e conexão com o tratamento e outros serviços.

Todas as recomendações foram desenvolvidas pelo Grupo de Desenvolvimento de Diretrizes (GDD). Dentre os critérios considerados pelo GDD para incluir recomendações na Diretriz podemos citar a possibilidade de escolha da pessoa, o direito à privacidade, a

diminuição da frequência das visitas clínicas. As recomendações e as sugestões de boas práticas apresentadas se destinam principalmente aos países de baixa e média renda, onde o modelo de autocuidado pode ser uma estratégia de reestruturação dos sistemas de saúde. Dentre as principais recomendações de intervenções e declarações de boas práticas da OMS na referida Diretriz (WHO, 2021), podemos encontrar:

- Promoção de educação em sexualidade.
- Inclusão do acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva nas estratégias e programas nacionais até 2030.
- Educação em saúde para as mulheres durante o acompanhamento pré-natal, incluindo treinamento de relaxamento, treinamento para o parto, prevenção psicossocial para o casal, psicoeducação sobre gestação e parto.
- Uso de práticas integrativas de saúde, aconselhamento sobre dieta e estilo de vida, e exercício físico para lidar com sintomas desconfortáveis da gestação.
- Autoadministração de contraceptivo injetável, desde que a mulher receba treinamento adequado e seja periodicamente monitorada por um profissional de saúde.
- Disponibilização de pílulas contraceptivas sem prescrição médica, se possível, por até um ano, a depender do desejo da pessoa e do uso previsto.
- Disponibilização de pílulas para contracepção de emergência sem prescrição médica.
- Disponibilização de kits de previsão domiciliar de ovulação.
- Uso correto e contínuo do preservativo masculino ou feminino.
- Uso de lubrificantes compatíveis com preservativos, para prevenção de HIV e IST's, e melhoria do bem-estar sexual de pessoas com dispareunia ou secura vaginal decorrente da menopausa.
- Disponibilização de lubrificantes de qualidade financeiramente acessíveis, de modo a evitar os potenciais danos sociais e seus respectivos custos, decorrentes do uso de lubrificantes de baixa qualidade.
- Organização logística da distribuição de pílulas anticoncepcionais, a fim de garantir o máximo acesso a elas.
- Uso de mifepristona e misoprostol para realização de aborto medicamentoso seguro sem a supervisão de um profissional de saúde, desde que a pessoa tenha sido previamente orientada sobre seu uso e tenha acesso direto a um profissional de saúde, caso precise ou deseje.
- Início imediato da contracepção hormonal para pessoas que realizaram aborto medicamentoso, caso o desejem.

- Disponibilização da autoamostragem de HPV para pessoas com útero entre os 30 e os 60 anos, como meio de prevenção ao câncer de colo de útero.
- Desenvolvimento de uma estratégia global para a eliminação do câncer de colo de útero como um problema de saúde pública.
- Disponibilização da autocoleta de amostras para gonorreia, clamídia e sífilis.
- Disponibilização de autoteste de HIV.
- Intervenções para empoderamento de mulheres que convivem com HIV em relação a saúde e direitos sexuais e reprodutivos.
- Oferta de profilaxia pré-exposição (PrEP) para pessoas com alto risco de exposição ao HIV.
- Instruções de autocuidado para vítimas de violência sexual, incluindo identificação de sintomas de IST's e estratégias para a retomada gradual da rotina normal após o trauma.
- Autoadministração de hormônios de afirmação de gênero, para pessoas transgêneras ou de gênero diverso, mediante orientação baseada em evidência e apoio de profissionais de saúde devidamente capacitados para manejar os possíveis efeitos adversos desta intervenção.
- Disponibilização de autotestes de urina para confirmação de gestação, especialmente em locais com recursos limitados e que a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos não são garantidos para determinados grupos sociais, podendo reforçar a procura por atendimento pré-natal precoce.
- Autoferição da pressão arterial, e automonitoramento de glicose e de coagulação sanguínea – para aqueles que usam medicamentos anticoagulantes – de pessoas diabéticas e/ou com doenças cardiovasculares, incluindo gestantes.
- Disponibilização em formato acessível das informações sobre as intervenções em autocuidado em saúde, bem como sobre o acesso aos serviços de saúde relacionados e a possibilidade de contato com um profissional de saúde, se necessário ou se a pessoa assim o desejar.
- Formação continuada sobre o uso das intervenções em autocuidado com base nos direitos humanos para os profissionais de saúde.
- Treinamento adequado e apoio permanente para autocuidadores e cuidadores, fornecidos por profissionais de saúde. Dessa forma, é possível garantir a continuidade do cuidado, não só para quem busca o autocuidado, mas também para aqueles que estão no papel de cuidadores.

- Revisão de leis e políticas públicas que garantam e/ou aumentem o acesso a intervenções de qualidade, com base nos direitos humanos, evitam a discriminação contra populações marginalizadas.

As diretrizes e as recomendações de boas práticas acima listadas se direcionam aos equipamentos e profissionais de saúde, assim como ao sistema político. Além destas, direcionadas especificamente para as pessoas que buscam o autocuidado em saúde, a OMS tem as seguintes instruções:

1. Manter uma dieta saudável;
2. Ser fisicamente ativo(a), todos os dias, do seu jeito;
3. Tomar vacinas;
4. Não usar nenhuma forma de tabaco;
5. Evitar ou minimizar o uso de bebidas alcóolicas;
6. Manejar o estresse em prol da saúde física e mental;
7. Praticar boa higiene;
8. Evitar o excesso de velocidade e, se beber, não dirija;
9. Usar cinto de segurança quando dirigir, ou capacete quando andar de motocicleta ou bicicleta;
10. Praticar sexo seguro;
11. Verificar regularmente o estado de saúde;
12. Amamentar, pois é o melhor para os bebês (WHO, 2021).

Sem dúvida alguma, estas instruções são muito relevantes para o alcance e a manutenção saúde. Contudo, tais instruções, desacompanhadas de políticas públicas e disseminadas sem nenhuma reflexão, correm o risco de responsabilizar única e exclusivamente o trabalhador pela própria saúde, sem questionar quais são as suas reais possibilidades de segui-las sem políticas efetivas. E mais: a responsabilidade sobre essas instruções podem cair sobre as trabalhadoras. Afinal, são elas as responsáveis por fazer a comida da família, por levar as crianças para tomar suas vacinas, por manejar os conflitos domésticos, por manter o ambiente limpo e organizado, por verificar o estado de saúde dos membros da família e, é claro, por amamentar. Porém, a OMS pouco – ou nada – questiona o fato de que obter alimentos saudáveis está cada vez mais caro, sendo cada vez mais barato adquirir alimentos processados e ultraprocessados, pouco saudáveis. Sem falar no maior tempo demandado para o ato de cozinhar alimentos que garantam uma dieta saudável. Do mesmo modo que demanda tempo limpar e organizar a casa, monitorar a saúde de familiares e gerenciar os conflitos familiares. Quanto à amamentação, sabemos que, no Brasil, a maioria das trabalhadoras formais tem apenas quatro meses de licença-maternidade,



tempo dois meses inferior ao recomendado pela própria OMS para a amamentação exclusiva. As trabalhadoras informais, precarizadas, em geral não têm direito à licença alguma. Assim, percebemos o quanto a falta de políticas públicas e a exploração capitalista são empecilhos para a saúde dos trabalhadores e sobrecarregam as mulheres trabalhadoras.

Os resultados já encontrados relacionados ao modelo de autocuidado em saúde são: maior cobertura e acesso; redução das disparidades de saúde e aumento da equidade; aumento da qualidade dos serviços; melhoria da saúde, direitos humanos e efeitos sociais; custo reduzido e uso mais eficaz dos recursos e serviços de saúde.

#### 2.4 AUTOCUIDADO E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: O QUE DIZEM AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

Acompanhando as recomendações e declarações da OMS e compreendendo a importância do autocuidado durante a pandemia de Covid-19, o Governo Federal, por meio do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, publicou a Cartilha *Cuidando da saúde mental e enfrentando a violência doméstica e familiar contra a mulher: autocuidado e autopreservação durante a pandemia de covid-19*. Tendo as mulheres como público-alvo, a Cartilha (BRASIL, 2020) trouxe estratégias de autocuidado – que inclui tanto saúde física quanto saúde mental – e autopreservação, pois, de acordo com a Cartilha, dispor de um tempo para o próprio bem-estar pode ajudar as vítimas de violência no enfrentamento de momentos críticos. De fato, como o autocuidado costuma ser acompanhado pelo autoconhecimento, dedicar momentos para o cuidado de si pode colaborar para que as vítimas de violências estejam mais cientes e saibam identificar precocemente comportamentos que sinalizem a ocorrência de uma situação de conflito. Mas sabemos que isto não basta, haja vista que a violência contra a mulher é uma consequência direta do capitalismo patriarcal, que a objetifica a fim de baratear a produção e aumentar a lucratividade. A Cartilha também explica os cinco tipos de violência previstos pela Lei 11340/2006, a Lei Maria da Penha, a saber: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral.

As estratégias de autocuidado e de autopreservação propostas perpassam por diferentes assuntos, tais como: organização de rotina, atividades de lazer, alimentação, uso abusivo de álcool e outras drogas, contaminação por covid-19, evitação de pensamentos catastróficos e busca por postura positiva perante a pandemia, manutenção de contato via redes sociais com entes queridos, busca por ajuda em caso de violência a partir da Central de Atendimento à

Mulher – Ligue 180, da Polícia – Ligue 190 – ou do aplicativo Direitos Humanos Brasil (BRASIL, 2020).

A Cartilha (BRASIL, 2020) também traz indícios para identificação do escalonamento de conflitos domésticos, com possíveis atos violentos, assim como formas de lidar com a situação. O primeiro sinal apontado é a alteração de humor do agressor. Além disso, indica sinais diretamente relacionados ao contexto da pandemia: fazer a vítima pensar que não há ajuda disponível durante a pandemia; bloquear seu acesso à informação sobre o assunto; recusar-se a tomar os devidos cuidados, pondo a vítima em risco de contaminação; impedir seu acesso aos recursos necessários para evitar a contaminação por covid-19; dificultar seu acesso a benefícios de assistência social; compartilhar informações equivocadas sobre a pandemia, a fim de assustá-la e controlá-la. Devido ao aumento do uso das redes sociais durante a pandemia, a Cartilha também enumera as violências que podem ser cometidas no meio virtual. São elas: usar imagens íntimas para chantagear a vítima; divulgar imagens íntimas; vigiar as ações e as conversas da mulher nas plataformas digitais; utilizar programas espões em seu celular e/ou computador, para monitorá-la sem seu consentimento; criar uma identidade falsa, a fim de cometer atos que prejudiquem a vítima; impedir seu acesso aos meios digitais.

Como primeira forma de enfrentamento, propõe-se a tentativa de diálogo, caso a vítima considere segura tal intervenção. Caso não seja possível, a vítima deve procurar um local seguro a fim de se proteger, até que a situação se acalme. Tendo a situação normalizada, a Cartilha (BRASIL, 2020) aposta mais uma vez no diálogo, sugerindo que a mulher seja empática e relembre o agressor da impertinência de sua atitude. Mais adiante propõe outras estratégias, que são: manter contato com pessoas de confiança, com as quais deve combinar códigos de emergência; combinar códigos de emergência com as crianças da casa, se houver; identificar áreas de segurança na casa, assim como vias de fuga; manter armas de fogo e armas brancas fora do alcance do agressor; se tiver automóvel, deixar sempre abastecido e suas chaves à mão, caso seja necessário fugir; identificar pessoas de confiança que possam acolhê-la, em caso de fuga; deixar bens pessoais em local estratégico da casa ou sob a guarda de alguém de confiança, caso seja necessário fugir; treinar mentalmente possíveis rotas de fuga, inclusive com as crianças da casa, se houver.

Tais sugestões da Cartilha são importantes, pois podem verdadeiramente salvar vidas em momentos de agressão. Não obstante, responsabiliza a vítima pela própria proteção e não discute o fato de que a opressão à mulher é inerente ao capitalismo, o qual, tem o patriarcado como um dos seus pilares. Então, por mais relevantes que sejam estas orientações, a única possibilidade de combater a raiz da violência contra a mulher é a superação do capitalismo,

compreendendo que, na luta contra este sistema, o combate ao machismo e à misoginia é imprescindível.

## 2.5 O AUTOCUIDADO NA MÍDIA

Quando observamos o que é veiculado na mídia, percebemos que o autocuidado para as mulheres está majoritariamente associado aos cuidados com a aparência. A seguir, exponho breve descrições de matérias sobre o assunto.

Em outubro de 2019 – com atualização em junho de 2020, o portal de notícias G1 publicou uma reportagem sobre autocuidado voltado para mulheres negras, em uma coluna de saúde. Uma das primeiras aspas da matéria é da psicóloga e mestre em Saúde Coletiva, Luciane Lacerda, que fala sobre o racismo cotidiano sofrido por mulheres negras e da importância do cuidado realizado coletivamente. A matéria segue com o depoimento de Renata Varella, cabeleireira, falando sobre a transição capilar e o cuidado com os cabelos cacheados e crespos naturais. A matéria termina com o depoimento de Laura Pitangui, terapeuta holística, sobre a necessidade de retirar mulheres negras do lugar de quem cuida dos outros, mas não cuida de si (PINHEIRO, 2020).

Em julho de 2020, o portal Melhorando Vidas, mantido pela empresa farmacêutica Bayer, publicou matéria a respeito da rotina de autocuidado dos brasileiros. Em pesquisa encomendada pela empresa ao IBOPE, foi constatado que a população brasileira relaciona o autocuidado à prática de atividades físicas, à manutenção de alimentação saudável e a idas regulares ao médico, fazendo os devidos exames. Todavia, não associam a falta de higiene, o tabagismo e o consumo excessivo de bebidas alcólicas à falta de autocuidado. A pesquisa também declara que 84% dos brasileiros buscam manter uma rotina de autocuidado, embora apenas um terço deles de fato consiga. O principal benefício do autocuidado reconhecido pelos entrevistados foi o fortalecimento do sistema imunológico. Outro achado da pesquisa foi que a covid-19 modificou os hábitos de autocuidado dos brasileiros, pois passaram a se preocupar mais com a imunidade e a higiene, ainda que tenham diminuído a prática de exercícios físicos (BAYER MUNDO, 2020). Apesar da importância dos achados da referida pesquisa, não foram encontrados os dados sociodemográficos dos entrevistados.

Em junho de 2021, foi publicada também pelo Portal G1 uma matéria sobre a importância da manutenção do autocuidado durante a pandemia, a qual dava sugestões de como as mulheres podem realizar serviços de beleza dentro da própria casa em vez de frequentar

salões de beleza e espaços semelhantes. Curiosamente a matéria ressalta muito mais a economia proporcionada por esta troca do que o cuidado com a saúde ao se evitar espaços fechados e/ou aglomerados em um momento de pandemia. A matéria sobre autocuidado não foi escrita por um profissional de saúde, mas, sim, por uma planejadora financeira (TONDO, 2021).

Assim, compreendemos que promover o autocuidado não é apenas uma questão de saúde, mas acima de tudo, uma ferramenta de mudanças sociais e combate às desigualdades. Por isso mesmo, por ser uma ferramenta tão potente, o autocuidado das mulheres tem sido sutilmente cooptado, sendo vendido pela mídia como algo empoderador, mas que muitas vezes vem nos docilizar.

### 3 - ENTRE RESISTÊNCIA E AMANSAMENTO: REPRODUÇÃO SOCIAL E AUTOUIDADO NO CONTEXTO BRASILEIRO

Este capítulo pretende explorar a relação das categorias de análise desenvolvidas nos capítulos anteriores com o contexto brasileiro desde o início do século atual até o momento presente, a partir de dados consolidados e das análises acerca deles, assim como a partir de pesquisas acadêmicas.

#### 3.1 AS MULHERES BRASILEIRAS NAS ESTATÍSTICAS

Para apresentação de dados consolidados e reflexão a respeito deles foram utilizados alguns documentos produzidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a saber:

- *Estatísticas de gênero: Análise dos resultados do Censo Demográfico 2010*, o qual, conforme o próprio título aponta, teve por objetivo analisar as estatísticas obtidas durante o Censo Demográfico realizado em 2010 relativas a gênero, tendo em conta a desagregação de dados não apenas por sexo, mas também por raça/cor, grupo etário e situação do domicílio – urbano ou rural, assim como a desagregação até o nível municipal, comparando os indicadores com o Censo Demográfico 2000 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014);
- *Estatísticas de gênero: Indicadores sociais das mulheres no Brasil*, cujo objetivo foi sistematizar os indicadores sociais mais atualizados em relação à publicação anterior, organizados de acordo com as áreas de concentração estabelecidas pela Plataforma de Ação da Conferência de Pequim, de modo a guiar o Estado brasileiro no cumprimento da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e seus respectivos objetivos, alguns dos quais já citados no capítulo anterior. Os indicadores foram extraídos das seguintes pesquisas: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD contínua), Projeção da População por Sexo e Idade, Estatísticas do Registro Civil, Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e Pesquisa de Informações Básicas Estaduais (ESTADIC) e Municipais (MUNIC). Foram também utilizados dados de outras fontes, tais como o DataSus, o Tribunal Superior Eleitoral (TSE) e o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021).

- *Estudos e análises – Informação demográfica e socioeconômica 2: Características étnico-raciais da população – Classificações e identidades*, publicação esta que se trata de um compilado de artigos, de diferentes autores, analisando, a partir de diferentes perspectivas, os dados obtidos durante a Pesquisa das Características Étnico-raciais da população (PCERP), realizada em 2008 nas seguintes unidades da federação: Amazonas, Paraíba, São Paulo, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal, sendo usado o artigo de Paixão et al (2013) sobre a relação entre mobilidade social e escolaridade materna.

Seguindo as recomendações da ONU, o IBGE ressalta que produzir estatísticas de gênero não se trata apenas de desagregar os dados por sexo, mas é necessário levar em consideração outras características que possam revelar desigualdades e pesquisar questões que possam afetar mais um sexo que o outro. Assim, o trabalho de produção de estatísticas de gênero começa antes mesmo da análise dos dados coletados, haja vista que a própria coleta de dados deve ser baseada em metodologia que diminua preconceitos durante a operação de coleta, os quais possam levar à subnotificação de importantes informações (GENDER, 2013 apud INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014)

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2021) demonstra que o Brasil é um país de maioria feminina, havendo 96 homens para cada 100 mulheres. Este padrão se repete na maior parte das unidades da federação, exceto na Região Norte e no Mato Grosso, onde a presença masculina é maior. Contudo, ao observarmos os dados desagregados por faixa etária, descobrimos que, no grupo de brasileiros entre 20 e 24 anos, o excedente é masculino. Entre as capitais, o único município que apresenta excedente masculino é Palmas (TO), onde há 103,2 homens para cada 100 mulheres.

Acerca do impacto do trabalho doméstico nas vidas das mulheres, foi demonstrado que a taxa de participação de mulheres com 15 anos ou mais no mercado de trabalho é de 54,5%, ao passo que para os homens, tal taxa é de 73,7%, ainda que, de maneira geral, as mulheres sejam mais escolarizadas que os homens, conforme veremos adiante. Encontramos também que homens e mulheres sofrem diferentes efeitos relativos à ocupação quando residem com criança(s) de 3 anos ou menos: 67,2% das mulheres que não residem com crianças desta faixa etária participam ou estão disponíveis para participar de atividades produtivas<sup>25</sup>, enquanto, para aquelas que moram com crianças desta idade, o percentual cai para 54,6. Para os homens,

---

<sup>25</sup> Atividades produtivas são aquelas relativas à produção econômica e que estão a cargo de determinada unidade institucional, exigindo a utilização de insumos, tecnologias, capital, bens e serviços a fim de gerar novos bens e serviços (IBGE, 2022).

observamos um padrão oposto: 89, 2% dos homens que moram com crianças com idade menor ou igual a 3 ocupam atividades produtivas. Entre aqueles que não residem com crianças desta idade, a taxa é 5,8% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021).

Estes dados se relacionam diretamente com a carga horária média semanal que pessoas de 14 anos ou mais dedicam a cuidar de outras pessoas ou a realizar trabalhos domésticos, com as mulheres dedicando 10 horas a mais por semana do que os homens. Ao desagregarmos estas estatísticas por raça/cor, percebemos que mulheres negras são ligeiramente mais impactadas em relação às mulheres brancas, ainda que a diferença de carga horária se mantenha semelhante entre homens e mulheres do mesmo perfil racial, se comparado com o total da população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021).

Compreendemos, então, que, referente ao trabalho doméstico, o fato gênero impacta muito mais do que o fato raça, ainda que este tenha impacto bastante relevante no contexto brasileiro. Mulheres brancas continuam dedicando mais horas de sua semana ao trabalho doméstico do que os homens brancos, assim como ocorre entre mulheres negras e homens negros. Ainda que mulheres negras destinem um pouco mais de tempo ao trabalho doméstico do que as mulheres brancas, as estatísticas demonstram que praticamente não há diferença entre homens brancos e homens negros, quando se refere ao tempo dispendido no exercício do trabalho doméstico. Ou seja, por mais que, dentro do capitalismo, o racismo regule a presença das pessoas dentro da cadeia produtiva de acordo com seu perfil racial, na organização do espaço doméstico, o patriarcado se impõe, estabelecendo os papéis dentro desse espaço.

Outro dado relevante encontrado (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014, 2021) se refere à proporção de pessoas ocupadas em trabalhos de período parcial (no máximo, 30 horas por semana), haja vista que 29,6% das mulheres brasileiras trabalhavam em atividades de tempo parcial, 14% a mais que os homens. Neste caso, as diferenças regionais são gritantes, com o maior percentual na região Norte (39,2%) e o menor na região Sul (25%). Quanto à diferença percentual entre homens e mulheres, não foram encontradas disparidades entre as regiões, seguindo todas padrão semelhante à diferença percentual encontrada na população brasileira total. Avaliando este dado sob a ótica do quesito raça/cor, foi verificado que as mulheres negras são aquelas que mais se ocupam de trabalhos em período parcial (32,7%), seguidas das mulheres brancas (26%), do mesmo modo que têm menos acesso ao trabalho formal. O Censo Demográfico de 2010 mostrou que somente 40,2% das trabalhadoras negras tinham carteira assinada, número este 18,2% menor do que as mulheres brancas. Contudo, é preciso ressaltar que, mesmo no caso das mulheres brancas, esse número ainda é baixo. Entre as trabalhadoras domésticas com carteira assinada, 57% eram

negras e, entre aquelas que não tinham a carteira assinada, as negras compunham 62,3%. Podemos apreender a partir dessas informações que a imposição da reprodução social sobre as mulheres as afeta mesmo quando acessam o mercado de trabalho. É possível inferir que as mulheres são mais presentes nos trabalhos de período parcial devido ao trabalho doméstico que acumulam, o que acaba por incidir de maneira mais contundente sobre as mulheres com menor escolaridade e/ou menor poder aquisitivo, haja vista que têm menos possibilidades de terceirizar o trabalho doméstico. Vemos o impacto do racismo, pois as mulheres negras têm menos acesso aos direitos trabalhistas, principalmente quando a atividade remunerada que exercem é também o trabalho doméstico.<sup>26</sup>

A respeito do rendimento médio mensal da população, em 2010 foi apurado que as mulheres brasileiras se encarregavam de 40,9% do rendimento mensal de suas famílias, com destaque para a disparidade campo/cidade nas regiões Nordeste e Centro-oeste. No Nordeste, as mulheres das áreas rurais eram responsáveis por 51% do rendimento familiar e as mulheres urbanas se responsabilizavam por 45,4% desse rendimento. No Centro-oeste a situação era invertida, as mulheres urbanas respondiam por 39,1% do rendimento familiar, enquanto as mulheres rurais eram responsáveis por 26,8%. Em 2019 verificou-se que o salário das mulheres equivalia a 77,7% do salário dos homens, sendo encontrada grande disparidade regional dentro do território brasileiro, havendo maior diferença por gênero na região Sul, onde o salário das mulheres correspondia a 72,8% do salário masculino. Na região Norte, onde a diferença entre os gêneros é menor, a proporção equivalia a 92,6% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014, 2021). Aqui a disparidade de gênero se mostra mais uma vez, pois mesmo as mulheres tendo relevante papel no rendimento de suas famílias, elas continuam ganhando menos que homens. Conforme veremos posteriormente, as mulheres costumam exercer ocupações relacionadas ao cuidado, mesmo quando exigem formação universitária. Sendo estas ocupações socialmente desvalorizadas, seus salários tendem a ser menores.

O rendimento financeiro per capita influencia a carga horária semanal que as mulheres dedicam aos trabalhos domésticos. As mulheres mais pobres gastam cerca de 6 horas a mais por semana com este tipo de trabalho do que as mulheres mais ricas, o que nos remete à terceirização do trabalho doméstico, sobre a qual discorri brevemente no primeiro capítulo. Podemos inferir que as mulheres com maior poder aquisitivo gastam menos horas com o porque

---

<sup>26</sup> É necessário lembrar que estes dados foram coletados antes da promulgação da Emenda Constitucional 72, em 2015, pela qual as trabalhadoras domésticas adquiriram todos os direitos previstos pela CLT.



pagam para que outras pessoas realizem as tarefas que substituem seu trabalho doméstico, pode ser contratando uma empregada doméstica e/ou adquirindo serviços fora do âmbito doméstico, mas que estão diretamente relacionados às atividades necessárias a sua reprodução e de sua família.

Em relação a seus companheiros de menor rendimento, esta diferença do tempo gasto em trabalhos domésticos chega a 13 horas semanais. Mesmo entre as pessoas mais ricas, vemos que há impacto do gênero nesta estatística, ainda que menor, pois entre os homens e as mulheres mais ricos a diferença é de um pouco menos que 8 horas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021). Entre os homens, sua situação financeira em quase nada impacta as horas dedicadas aos trabalhos domésticos. O que estas estatísticas nos mostram é que homens, sejam ricos, sejam pobres, pouco se comprometem com os trabalhos domésticos, deixando tal trabalho a cargo de mulheres. Mesmo quando elas têm as condições financeiras necessárias para a terceirização, este continua sendo um trabalho predominantemente feminino, porquanto as trabalhadoras contratadas são geralmente mulheres e os serviços contratados também são exercidos por elas, na maioria dos casos. Ademais, a responsabilidade de contratação e monitoramento da qualidade desses serviços, via de regra, continuam sendo das mulheres. Esses dados são muito representativos de como a responsabilidade pela reprodução social dentro do capitalismo impacta o cotidiano das mulheres, demonstrando que gênero e classe estão imbricados e corroborando a tese, defendida pela Teoria da Reprodução Social, de que o patriarcado se alimenta da estrutura capitalista e o capitalismo não pode ser destruído enquanto o patriarcado. Foram também encontradas diferenças regionais, mas que seguem padrão semelhante às estatísticas da população brasileira total.

Além disso, 37,3% dos domicílios brasileiros estavam sob responsabilidade de mulheres. Dentre eles, 40,8% tinham, no máximo, meio salário-mínimo de rendimento mensal per capita e 30,3% deles contavam com a presença de, ao menos, uma criança de até 5 anos de idade.

Dessa maneira, na restrição de oferta de creche e pré-escola e também de maior coparticipação no cuidado de crianças entre os pais, a presença de crianças nesta faixa etária se torna um fator que potencialmente afeta a inserção ou a evolução da mulher no mercado de trabalho (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014, p. 66).

É válido destacar que não foi utilizado um critério objetivo ao definir a pessoa responsável pelo domicílio. A pessoa considerada responsável foi aquela reconhecida como tal pelos demais residentes, seja por ser o(a) principal provedor(a), seja porque é a pessoa mais velha, seja porque é a pessoa que toma as principais decisões da família. Desagregando por situação do domicílio,

as mulheres eram responsáveis por 39,3% das famílias urbanas e 24,8% das famílias rurais. Entre as famílias sob responsabilidade de pessoas negras, 38,7% delas eram mulheres. Chama a atenção a chefia dos domicílios rurais, pois, no campo, 63,1% das mulheres responsáveis por seus domicílios eram negras. E entre as famílias monoparentais, as mulheres se responsabilizam por 87,4% delas.

No campo da educação, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2014, 2021) nos confirma que a expansão do sistema escolar brasileiro entre 2000 e 2010 aumentou a frequência escolar de ambos os gêneros em todos os segmentos da Educação Básica. Entretanto, ao desagregar os indicadores por gênero, percebe-se que ao longo da trajetória escolar é constituída discrepância no nível educacional entre homens e mulheres, a qual vai culminar no ensino superior. Nos anos iniciais do ensino fundamental, a taxa de frequência escolar é exatamente igual entre meninos e meninas: 95,8%. Contudo, já no ciclo educacional seguinte surge diferença na frequência escolar entre meninos e meninas, que se aprofunda até o ensino superior, no qual a taxa é de 29,7% para as mulheres e 21,5% para os homens. Neste indicador, encontramos profunda diferença racial, posto que, para as mulheres brancas, a taxa de frequência do ensino superior é de 40,9%, quase o dobro da taxa encontrada para as mulheres negras: 22,3%. Quando desagregamos os dados de frequência das mulheres ao ensino médio por região, percebemos que as adolescentes entre 15 e 17 anos das regiões Norte e Nordeste têm mais dificuldade de acesso à essa etapa educacional do que as demais. Porém, 12,6% das brasileiras na mesma faixa etária não estudam nem trabalham, conjuntura esta que

[...] está fortemente relacionada à maternidade, uma vez que mais da metade (56,8%) das adolescentes dessa idade que tiveram filhos estão fora da escola e do mercado de trabalho, e apenas 9,3% daquelas que nunca foram mães encontram-se nessa mesma condição. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014, p. 102).

Ainda discorrendo sobre educação, o Censo do Ensino Superior de 2019 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021) revelou dramática desigualdade na proporção de mulheres matriculadas em cursos presenciais de graduação de acordo com as áreas de conhecimento. As mulheres têm participação muito maior nas áreas relacionadas ao cuidado. Na área de Bem-estar, que inclui Serviço Social, a participação feminina é de 88,3%, seguida pela área de Serviços pessoais, que inclui Turismo e Hotelaria, com participação de 77,9%. Na outra ponta, encontramos baixíssima participação das mulheres em cursos da área de Computação e Tecnologias da Informação e Comunicação (13,3%) e de Engenharia e profissões correlatas (21,6%). Tanto as estatísticas apresentadas nesse parágrafo quanto as

apresentadas no parágrafo anterior demonstram o que já foi dito anteriormente a respeito de como a exigência patriarcal do trabalho reprodutivo sobre as mulheres afeta seu acesso à educação. Algumas adolescentes sequer conseguem continuar estudando. E aquelas que acessam o ensino superior vão se ocupar majoritariamente das profissões com menores remunerações, que justamente aquelas relacionadas à reprodução social.

Miremos agora a taxa de fecundidade, que compara o número de mulheres que tiveram ao menos um filho nascido vivo com o total de mulheres em idade reprodutiva. O período reprodutivo da mulher é compreendido entre os 15 e os 49 anos de idade, o que correspondia a 55,1% da população feminina em 2010. A taxa de fecundidade das adolescentes – mulheres de 15 a 19 anos – brasileiras era de 14,8% em 2000, passando para 11,8% em 2010. De acordo com projeções realizadas pelo IBGE em 2018, este número havia caído ainda mais, passando para 5,9%. A queda neste indicador também foi encontrada nos demais grupos etários. Entretanto, este indicador apresentou alta disparidade regional. Em 2010, as Regiões Norte, Nordeste, Centro-oeste, acrescidas do estado do Paraná, apresentaram médias acima da média nacional. Nas capitais, este indicador variou de 6,5%, em Belo Horizonte, até 16,9%, em Boa Vista. Em 2018, nas regiões Sul e Sudeste – exceto Espírito Santo – a taxa em cada estado não passava de 5,5%. Ao mesmo tempo, na região Norte, acrescida do estado do Maranhão, esta taxa ficou acima de 8%, sendo o Amazonas o estado recordista (9,32%). Mesmo no Distrito Federal, que tem a menor taxa: 4,27%, esta deve suscitar preocupações, tendo em vista que é quase o quántuplo da menor taxa encontrada no mundo: 0,89% na União Europeia. Também foi achada disparidade de acordo com a situação do domicílio. Nas áreas rurais, a taxa de fecundidade das adolescentes foi de 15,5%, enquanto nas áreas urbanas a taxa foi de 11,1%. Disparidade ainda maior encontramos quando desagregamos estes dados por raça/cor: em 2010, a fecundidade das adolescentes brancas era de 8,8%, ao mesmo tempo que a taxa das adolescentes negras era de 14,1% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014, 2021).

Também sobre a taxa de fecundidade, o Censo Demográfico de 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014) mostra que, de acordo com a situação do domicílio, a maior diferença encontrada está no grupo etário de 25 a 29 anos, no qual 57,9% das mulheres urbanas e 75,4% das mulheres rurais tinham ao menos um filho nascido vivo. Quanto às diferenças de acordo com raça/cor, elas se estendem ainda mais após a adolescência, chegando a uma diferença de 13,7% entre mulheres brancas e negras de 20 a 24 anos, e 12,9% entre brancas e negras de 25 a 29 anos. Ainda concernente aos direitos sexuais e

reprodutivos, estima-se que 2,1% dos casamentos realizados em 2019 tenha ocorrido com cônjuges do sexo feminino menores de idade.

A partir dos dados aqui apresentados, podemos fazer algumas inferências a respeito do impacto do trabalho reprodutivo na vida das mulheres brasileiras, que, conforme demonstrado, compõem a maioria da população, mas continuam sendo minoria no mercado de trabalho. As mulheres, desde a adolescência, dedicam 10 horas a mais por semana ao trabalho doméstico do que os homens. Gostaria, então, de fazer um convite para pensarmos em quantas atividades de autocuidado uma mulher deixa de realizar nessas 10 horas semanais. Penso que é menos tempo disponível para o descanso, para a realização de exames e comparecimento a consultas com profissionais de saúde, menos tempo para ler um livro ou assistir um filme, menos tempo para estar com amigos ou qualquer outra atividade de lazer que lhe agrada, menos tempo para a prática de atividades físicas. Importante lembrar que mulheres pobres e negras são as mais impactadas por esta realidade.

Vimos que residir com crianças pequenas diminui a empregabilidade das mulheres, enquanto, para os homens, residir com crianças menores aumenta sua empregabilidade. Será que este dado confirma o pensamento presente no senso comum de que o mercado de trabalho – machista e patriarcal – entende que mulheres que são mães devem estar em casa com sua prole, ao passo que homens que são pais devem sair de casa para prover o sustento?

Quando estas mulheres vão para o mercado de trabalho, as oportunidades encontradas são muitas vezes em trabalhos de período parcial, que geralmente têm os menores salários. Outras vezes, elas são empregadas domésticas, que na maioria dos casos trabalham sem carteira assinada, sem acesso aos direitos trabalhistas. Assim, presumimos que tal situação tende a manter as mulheres financeiramente dependentes, mesmo que tenham a responsabilidade de auxiliar no sustento da família e continuem com o encargo do trabalho doméstico e do cuidado. Contudo, em outros casos, é em meio a esta precariedade do trabalho, tanto o remunerado quanto o não remunerado, que as mulheres vão se responsabilizar por suas famílias.

É curioso observar que a dificuldade de acesso das mulheres ao mercado de trabalho não se justifica por sua formação, haja que vista que, conforme as estatísticas acima apresentadas, elas são mais escolarizadas que os homens, mesmo que seja preocupante a taxa de adolescentes que não estudam nem trabalham como consequência da maternidade precoce. Ainda sobre a escolarização feminina, as mulheres ainda são maioria nas profissões de nível superior relacionadas ao cuidado. Não é uma coincidência que estas profissões têm menores salários, se comparadas às profissões predominantemente masculinas.

Levando em consideração que no Brasil a categoria raça/cor atravessa todas as relações, temos o artigo de Paixão *et al* (2013), que relaciona a mobilidade social e educacional com o quesito raça/cor, partindo da hipótese de que o grau de escolaridade materno influencia diretamente o grau de escolaridade de uma pessoa, porém, tal influência se dá de forma diferente de acordo com sua raça/cor. O artigo compara os anos de estudos dos entrevistados com os anos de estudos de suas mães, percebendo diferentes formas de mobilidade educacional ascendente de acordo com a cor ou raça do entrevistado. A cor ou raça de suas respectivas mães não foram analisadas, assim como o gênero dos entrevistados. Esta pesquisa é apresentada aqui porque, de acordo com diferentes autores importantes para a sociologia, tais como Marx, Durkheim e Weber (PAIXÃO *et al*, 2013), o gradiente educacional forma uma escala, na qual uma posição será mais desejável do que outra, seja por seu status social, seja por sua remuneração no mercado de trabalho.

Foi encontrado que mais da metade das mães dos entrevistados, independentemente de sua raça ou cor, possuía até 4 anos de estudo, enquanto apenas 5% declaravam que sua mãe tinha 12 ou mais anos de estudo.

Para o grupo das mães de cor ou raça parda, observou-se que 66,2% delas possuíam até 4 anos de estudo; 18,2% estudaram 5 a 8 anos; e 12,4% apresentaram 9 a 11 anos de estudo.

Segundo declaração dos entrevistados, 74,6% das mães identificadas como de cor ou raça preta/negra possuíam até 4 anos de escolaridade; 14,9% estudaram 5 a 8 anos; ao passo que as que possuíam 9 a 11 anos de escolaridade corresponderam a 8,7%. (PAIXÃO *et al*, 2013, p. 151)

Constatou-se alto percentual de mobilidade intergeracional ascendente independentemente do quesito raça/cor, o que, à primeira vista, nos levaria a pensar que tal quesito não interferiu na mobilidade educacional dos entrevistados. Contudo, ao se destrinchar os dados, percebeu-se que pessoas brancas deram maiores saltos na escala de ascensão educacional quando comparadas com pessoas de outras raças/cores. 13,8% de pessoas brancas tinha 12 ou mais anos de estudo enquanto se suas mães tinham 4 ou menos anos de estudo. Para pessoas pardas, tal mobilidade equivalia a 9,2% dos entrevistados. No caso das pessoas pretas, tal percentual correspondia a 8,9 (PAIXÃO *et al*, 2013).

Com base nos dados citados por Paixão *et al* (2013), podemos afirmar que a escolarização das mulheres brasileiras é importantíssimo fator a contribuir para nosso desenvolvimento enquanto país, tendo em vista que seu nível de escolaridade exerce influência direta sobre a escolaridade de seus e que o grau de desenvolvimento econômico de um país está diretamente ligado ao grau de escolaridade de sua população.

### 3.2 O AUTOCUIDADO E SUAS PRÁTICAS NO BRASIL

É possível encontrar diversas publicações que partem da premissa do autocuidado como saúde, independente do recorte de gênero, a começar pela pesquisa de Castro (2019), que traz uma pesquisa sobre as mídias sociais.

Se para Boff (1999 apud CASTRO, 2019, p. 2) o cuidado é uma atitude de envolvimento afetivo com o outro, e para Ayres (2004 apud CASTRO, 2019, p. 2) o cuidado é uma condição ontológica da existência humana, abrangendo interação e responsabilidade, podemos, então, depreender que o autocuidado é uma atitude de envolvimento afetivo, de responsabilidade e de encontro consigo mesmo. É nesse sentido que Castro (2019) vai buscar compreender, a despeito das reportagens acima, como as mídias, mais especificamente as mídias digitais, podem se configurar como espaços de cuidado e autocuidado para ativistas feministas, reforçando a importância do autocuidado para a saúde mental a partir da definição deste constructo pela OMS (2004 apud CASTRO, 2019, p. 2), a qual afirma ser imprescindível a possibilidade de desenvolvimento das competências individuais e coletivas para a garantia do bem-estar subjetivo, intelectual e emocional.

Sua pesquisa é desenvolvida a partir do contato com uma organização não governamental sem fins lucrativos, de Brasília (DF), a ONG CFEMEA, a qual tem forte influência nas mídias digitais e no ativismo presencial, seja no Congresso Nacional, seja em manifestações nas ruas. A referida ONG, além de promover a formação política feminista, também se propõe a debater a dimensão política do cuidado e do autocuidado entre as mulheres ativistas e militantes, com a realização de cursos e debates, tendo a pedagogia de Paulo Freire como referência para sua práxis educativa. A ONG realiza também Terapia Comunitária Integrativa e tem como metodologia a Roda de Mulheres (CASTRO, 2019).

A pesquisadora observou que as mulheres têm um pensamento baseado no binarismo masculino/feminino, atribuindo o cuidado ao feminino. Nesse contexto, muitas vezes o autocuidado era visto como algo egoísta ou até mesmo como autoindulgência. Se nos atentamos a Audre Lorde (2018 apud CASTRO, 2019, p. 9) ao dizer que autocuidado é também autoproteção, podemos afirmar, então, que, especialmente no caso de mulheres ativistas e militantes, o autocuidado se configura como necessário. Por isso, a relevância de espaços de discussão, tais como aqueles propostos pela CFEMEA, que proponham o debate sobre o autocuidado e a troca de experiências sobre as diferentes possibilidades de cuidar de si de

maneira coletiva, desconstruindo dentro da própria militância feminista a ideia de uma correlação natural entre cuidado e feminilidade. Importante lembrar, entretanto, a necessidade de que os debates sobre autocuidado venham acompanhados de discussões sobre sua relação com o capitalismo.

Em outro estudo sobre a relação entre mídia e autocuidado, os pesquisadores partem da origem do verbo ‘cuidar’, que pode ser traduzido do latim como ‘cogitar’. Assim, para eles, o autocuidado seria uma forma de autocogitação, uma forma de pensar sobre si mesmo. Eles reiteram que nos dias de hoje o autocuidado é fortemente associado ao cuidado com a saúde por meio de atividades físicas, reforçando a relação com aptidão e disposição física (BAUMAN, 2000 apud CASTIEL, VASCONCELOS-SILVA, 2002, p. 297), aliado ao conceito de promoção da saúde, o que será destrinchado mais adiante. A busca por tal aptidão leva ao autoescrutínio e um cuidado permanente, que, segundo os autores, pode beirar a adicção. Eles afirmam que há evidências de que a ansiedade gerada por tal cuidado excessivo com neuro-hormônios presentes em estados de dependência farmacológica.

Esta pesquisa, datada de duas décadas atrás, momento em que não imaginávamos a pandemia que viria em 2020, investigou como a internet vinha sendo utilizada por profissionais de saúde, em especial médicos, debatendo as diferenças entre os termos ‘cibermedicina’ e ‘telemedicina’, que, àquela época, eram definidos de formas diferentes, de acordo com a cobertura geográfica, a segurança, as informações trocadas etc. (EYSENBACH, SA, DIEPGEN, 1999 apud CASTIEL, VASCONCELOS-SILVA, 2002, p. 300). De fato, naquele momento existiam muitos termos que tentavam dar conta da relação entre saúde e tecnologias comunicacionais, em especial a internet. Os contatos entre médico e paciente eram classificados em: Tipo A, em que havia uma relação médico-paciente anterior ao contato virtual; e o Tipo B, em que o contato virtual não era precedido por uma relação médico-paciente. Castiel e Vasconcelos-Silva (2002), ao se depararem com os problemas surgidos no Norte global devido à segurança dos dados obtidos a partir da cibermedicina/telemedicina, apontam que o Sul global teria problemas anteriores a estes, relacionado ao acesso – ou à falta dele – das pessoas economicamente desfavorecidas aos serviços de saúde por meio da internet.

No contexto das pesquisas e práticas em saúde, vemos o conceito de autocuidado, associado ao conceito de promoção da saúde, o qual pode ser definido como uma metodologia de análise que abarca, além do próprio autocuidado, o fortalecimento da autonomia e a mobilização de diferentes atores sociais, a fim de gerar mais qualidade de vida (DELORMIER, FROHLICH, POTVIN, 2009; MACDONALD, VEEN, TONES, 1996; POLAND, KRUPA, MCCALL, 2009 apud FERREIRA, MAGALHÃES, 2017, p. 988).

Ferreira e Magalhães (2017) pesquisaram as práticas alimentares de famílias beneficiárias do bolsa família do Vale do Jequitinhonha, norte de Minas Gerais, região que tem um dos maiores índices de desigualdade social do Brasil (SILVEIRA *et al*, 2007 apud FERREIRA, MAGALHÃES, 2017, p. 989). Dentre as famílias participantes, muitas eram monoparentais, sendo chefiadas por mulheres. Outro dado importante é que as mulheres participantes da pesquisa tinham baixo grau de instrução, a maioria delas tendo ensino fundamental incompleto. Dessa forma, aquelas que trabalhavam exerciam principalmente as funções de trabalhadoras domésticas ou outras funções de baixa remuneração.

Quanto ao tema da pesquisa, as autoras encontraram práticas alimentares que mesclavam as tradições culturais às influências da industrialização e expansão da indústria alimentícia. Ao mesmo tempo em que eram consumidos vegetais e carnes em receitas tradicionais, também eram consumidos alimentos processados e ultraprocessados, principalmente devido à conveniência, à palatabilidade, à praticidade e aos preços mais baixos, estabelecendo, assim, uma relação entre alimentação e status social. Entretanto, tais alimentos têm baixíssimo índice nutricional e seu consumo excessivo está relacionado com o esfacelamento da cultura alimentar local. Neste contexto cultural, cada refeição possui um horário específico, uma disposição à mesa específica, ressaltando-se a importância de “comer junto” como símbolo da convivência familiar, da intimidade entre o grupo doméstico. De modo contrário, “comer fora de casa” era algo pouco comum para os participantes da pesquisa, o que pode ser explicado pela localização predominantemente rural do grupo estudado e por sua condição econômica. A pesquisa também percebeu que é baixo o consumo de leite e derivados, carnes, peixes e frutas. Quando esses produtos eram comprados pela família, as mulheres reservavam seu consumo para os filhos, netos e maridos (FERREIRA, MAGALHÃES, 2017).

As famílias beneficiárias do bolsa família viviam uma realidade de dificuldade de acesso a direitos básicos: bairros com infraestrutura precária, falta de saneamento básico e coleta de lixo, e poucos espaços de lazer. As famílias urbanas ainda precisavam lidar com a violência e a criminalidade no cotidiano. A realidade social das mulheres participantes da pesquisa as deixava constantemente estressadas e ansiosas, além da sobrecarga com os trabalhos domésticos, o trabalho do cuidado dentro de casa e o trabalho remunerado, no caso das chefes de família. De acordo com Landim, Opaleye e Varela (2000), a miséria não afeta apenas a condição econômica, mas acaba por se constituir como parte da identidade pessoal, acarretando o rompimento de diversos vínculos sociais. A vivência constante de tal situação leva essas mulheres a uma situação de inércia e fragilização, desumanizando-as. Esta situação contribuía para os excessos alimentares, corroborando a conclusão de Novaes (2010 apud FERREIRA,



MAGALHÃES, 2017, p. 994) de que pessoas obesas são poliqueixosas e relatam instabilidade emocional. Assim, Rego e Panzini (2013 apud FERREIRA, MAGALHÃES, 2017, p. 994) associam as transgressões alimentares às demandas por visibilidade social, cidadania, exercício de direitos e sobrevivência existencial. Interessante observar também que estas mulheres não eram sedentárias, pois a atividade física fazia parte de seu cotidiano de trabalho, tanto remunerado quanto não remunerado. Além da dupla jornada de trabalho para muitas delas, o deslocamento casa-trabalho-casa também costumava ser pesado e extenuante.

Landim, Opaleye e Varela (2000) realizaram pesquisa com 18 famílias barraqueiras<sup>27</sup> da cidade de Fortaleza, capital do Ceará, que se voluntariaram para participar. A pesquisa foi realizada a partir da criação da Horta Medicinal Comunitária e de quatro oficinas desenvolvidas no território da comunidade, que foram: oficina de redes, oficina de corte de cabelo, oficina de pintura em tecido e de transformação de sucata em utensílios domésticos ou peças de decoração.

A oficina de corte de cabelo também se destinava ao ensino de cuidados de higiene capilar e prevenção de pediculose e outras infecções do couro cabeludo, visando o desenvolvimento do autocuidado em saúde. De acordo com o referido artigo (LANDIM, OPALEYE, VARELA, 2000), a avaliação dos participantes indicou o desenvolvimento de hábitos saudáveis, não só para consigo mesmo, mas também com familiares.

A oficina de confecção de rede artesanal, composta em quase sua totalidade por mulheres, visava principalmente fornecer instrumentos às famílias participantes para que elas não mais precisassem dormir em tábuas, papelões e colchões no chão, expondo-se ao risco de diferentes enfermidades. Aproveitou-se o ensejo para falar também sobre as medidas de higiene necessárias para a prevenção destas doenças. Ao final, percebeu-se também que o aprendizado desta oficina se configurou como uma possibilidade de fonte de renda para tais mulheres, a partir da renda obtida com a venda das redes que aprenderam a confeccionar.

As duas últimas oficinas visavam principalmente estabelecer com as famílias uma conversa sobre a coleta seletiva de lixo e a reciclagem, oferecendo mais uma opção de complementação à renda familiar. As pesquisadoras não citam predominância de um gênero nestas oficinas e declaram que foram frequentadas tanto por jovens e adultos.

Quanto à horta medicinal comunitária, seu objetivo era expandir o conhecimento popular das plantas medicinais já empregados pelas famílias barraqueiras, principalmente no papel das curandeiras e rezadeiras da comunidade. Como raízes e ervas eram utilizados de

---

<sup>27</sup> Famílias barraqueiras eram aquelas que, à época da pesquisa, viviam em barracos dentro do terreno destinado à construção de um conjunto habitacional na zona oeste de Fortaleza (CE).

maneira informal, a partir do conhecimento adquirido oralmente, havia a preocupação quanto ao manuseio de tais plantas, com possibilidade de contaminações, assim como a preocupação em relação à interação entre as plantas e à quantidade utilizada por cada uma delas nos preparos, com possibilidade de alto nível de toxicidade. Assim, a horta medicinal comunitária se configurou como um importante espaço de reforço e ampliação do conhecimento popular, bem como de construção de um espaço de interesse comum àquelas famílias (LANDIM, OPALEYE, VARELA, 2000).

Uma importante conclusão desta pesquisa foi que o desemprego, e a conseqüente pobreza, era uma causa direta do aumento da violência contra mulheres e crianças. As pesquisadoras, assim como Ferreira e Magalhães (2017), perceberam que muitas mulheres estavam se tornando chefes de família, seja em decorrência do desemprego dos maridos, seja em decorrência do abandono do lar por parte dos homens. Desse modo, quando as mulheres (chefes de família ou não) saíam de casa para exercer o trabalho remunerado, o cuidado das crianças era terceirizado para cuidadores não remunerados, em geral para as crianças mais velhas ou para os pais desempregados. De acordo com a mesma pesquisa (LANDIM, OPALEYE, VARELA, 2000), muitos desses homens eram dependentes de álcool e/ou outras drogas, acarretando grande fragilidade no cuidado das crianças.

Outra pesquisa encontrada no campo da promoção da saúde é a respeito das estratégias de autocuidado utilizadas por mulheres em quimioterapia para o manejo da fadiga surgida como efeito colateral do tratamento. A fadiga muitas vezes também é sintoma do câncer, aumentando a necessidade de descanso, independente das atividades realizadas. Assim, para a oncologia, a fadiga não é apenas uma sensação física, mas também emocional e cognitiva, de ordem subjetiva. Para lidar com este sintoma, pode ser utilizado o tratamento farmacológico tradicional. Entretanto, as práticas integrativas complementares também são utilizadas, tais como fitoterapia, atividades físicas, yoga, higiene do sono e hipnose, dentre outras (CUNHA *et al.*, 2019).

A referida pesquisa teve como orientação metodológica a antropologia médica, a qual analisa como as doenças são explicadas por cada grupo social. A técnica utilizada foi a etnografia, já que o objetivo era compreender o mundo simbólico e a perspectiva da doença e do tratamento das participantes. Foi observado que, ainda que algumas mulheres exercessem atividades extradomiciliares, sejam remuneradas, sejam voluntárias, elas continuavam exercendo o papel de cuidadoras domésticas. De acordo com Cunha *et al.* (2019), este papel, além dos papéis de mãe e de esposa, aparecia destacado nos relatos verbais das participantes,

assim como aparecia sua frustração por não conseguir exercê-lo da maneira que consideravam adequada por conta da fadiga.

Para o manejo da fadiga física, as mulheres relataram o descanso como a principal estratégia, ainda que proporcione apenas alívio momentâneo. Além do descanso, apareceram também o cuidado com a alimentação e a conservação de energia, que consiste “[...] em gerenciar a energia pessoal com o intuito de prevenir sua perda. Baseia-se em definir atividades prioritárias, realizá-las no momento de mais disposição e força, intercalando com períodos de descanso.” (BONASSA, GATO, 2012; NCCN, 2018 apud CUNHA *et al*, 2019, p. 2) O cuidado com a alimentação foi considerado pelas pesquisadoras como um indicador da influência dos comportamentos culturais, haja vista que a alimentação está diretamente relacionada ao saber popular e familiar e a experiências pregressas de socialização.

A fadiga emocional foi manejada com caminhadas, atividades religiosas, e o cuidado de plantas e contato com a natureza. De fato, a religiosidade/espiritualidade tem demonstrado ser significativa para pacientes oncológicos, não apenas para lidar com a fadiga emocional, mas também para a adesão ao tratamento quimioterápico, revelando efetiva melhora no bem-estar e contribuição para a estabilidade emocional (CARVALHO *et al*, 2011; CARVALHO *et al*, 2014; SOUSA *et al*, 2018 apud CUNHA *et al* 2019, p. 6)

As autoras apontam que a falta de orientação adequada por parte de um profissional para o manejo da fadiga levou as participantes a desenvolverem suas próprias estratégias, o que exigiu delas um processo de autoconhecimento, para que aprendessem a lidar com este novo corpo, mais frágil em decorrência da doença e do tratamento. Ainda que o autoconhecimento possa ser considerado como uma consequência positiva, a ausência de orientação fez com que a atividade física (para além das caminhadas) e a intervenção psicológica não aparecessem como estratégias para as participantes, ainda que sejam bastante recomendadas, sendo, inclusive, mais eficazes que o tratamento farmacológico (MUSTIAN *et al*, 2017 apud CUNHA *et al*, 2019, p. 6).

Em outro estudo, realizado com 46 pessoas de três comunidades quilombolas do Maranhão, dos quais 34 eram mulheres, Andrade *et al* (2016) ressalta que o autocuidado em saúde está diretamente ligado ao estilo de vida, estando relacionado não apenas com o presente, mas também com o passado, afetando o futuro. “Os resultados revelaram uma capacidade muito boa para o autocuidado, quando 47,8% sempre procuram as melhores maneiras de cuidar de si mesmo, 50% encontram tempo para cuidar de si próprio no seu dia a dia e 37% cuidam de seus hábitos alimentares.” (ANDRADE *et al*, 2016). O estudo também indica que os participantes tinham bastante preocupação com a limpeza do ambiente em que viviam, como também com a

higiene pessoal, evidenciando, assim, que a população quilombola em questão estuda e busca conhecimento para cuidar da melhor forma possível de sua saúde.

Albuquerque *et al* (2016) pesquisaram cartilhas educativas como tecnologias a serem utilizadas para o autocuidado em saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas. É comum que as mulheres que passam por tal procedimento cirúrgico enfrentem a perda de libido, a dispareunia, o ressecamento vaginal, além de vergonha do próprio corpo e autorrepugnância. As pesquisadoras salientam a importância da disponibilização de material educativo validado que forneçam orientações acerca de saúde sexual e reprodutiva específicas para este público, visando a recuperação da autoimagem e do autoconceito destas mulheres. Por isso, foi produzida uma cartilha sobre o assunto, a qual foi avaliada pelas participantes da pesquisa. Para tal avaliação, foi utilizado um questionário autoaplicado para obtenção de seus dados sociodemográficos e para apreciação do material quanto a sua dificuldade e conveniência.

O uso de cartilhas educativas como tecnologia de autocuidado se justifica por agregar orientações verbais direcionadas. Porém, ao analisar artigos científicos sobre cartilhas voltadas para pessoas estomizadas e seus cuidadores, verificou-se que estas eram sobre os cuidados necessários com a estomia em si, a importância da família para a pessoa estomizada e manejo das bolsas coletoras. Nenhuma delas abordava a saúde sexual e/ou reprodutiva.

Nesta seção percebemos que o autocuidado é predominantemente coletivo e precisa ser pensado de diferentes formas de acordo com o contexto e a situação sociocultural de cada pessoa e sua coletividade. Além disso, é possível identificar a correlação das pesquisas aqui apresentadas com as estatísticas expostas na seção anterior, principalmente no que diz respeito ao rendimento e à chefia de domicílios por mulheres.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos conceitos, pesquisas bibliográficas e dados estatísticos aqui apresentados, foi analisado o impacto do trabalho doméstico e do trabalho do cuidado no autocuidado em saúde das mulheres trabalhadoras brasileiras. Foi percorrido um caminho de investigação que fornece importantes pistas para novos estudos a respeito do assunto.

Bhattacharya (2019b) diz que as tarefas mensuráveis do trabalho reprodutivo são cuidar de crianças e idosos, cozinhar, fazer compras, jardinagem, fazer a manutenção da casa, entre outras. Porém, há também as tarefas não mensuráveis, tais como dar apoio emocional a pessoas enfermas ou tentar consolar uma criança que chora. Apesar de depender deste trabalho, o capitalismo não lhe atribui reconhecimento social (ARRUZZA, BHATTACHARYA, FRASER, 2019). Ainda assim, as referências levantadas durante a pesquisa nos fornecem informações suficientes para inferirmos que, de fato, o trabalho doméstico impacta no autocuidado em saúde das trabalhadoras brasileiras.

Além da Teoria da Reprodução Social, o principal referencial do primeiro capítulo, foi possível investigar diferentes pontos de vista a respeito do autocuidado. Sendo apresentados no segundo, vimos que a perspectiva da OMS sobre autocuidado dialoga com a TDAE. Já a Cartilha (BRASIL, 2020) publicada pelo governo brasileiro se contradiz em diversos momentos, além de pouco contribuir de forma efetiva com a promoção do autocuidado e combate à violência contra as mulheres brasileiras. Ademais, o IBGE (2014, 2021) nos proporcionou importantes dados a respeito do tempo despendido pelas mulheres nas tarefas domésticas, conforme visto no terceiro capítulo. Sabemos que elas empregam mais horas semanais em tais tarefas do que os homens, independente de rendimento ou raça/cor, embora estes fatores aumentem ainda mais o impacto dessas tarefas nas vidas das mulheres. Do mesmo modo, percebemos que ter de cuidar de crianças pequenas têm um impacto negativo para as mulheres no mercado de trabalho, ao mesmo tempo que tem um impacto positivo para os homens, não obstante elas sejam mais escolarizadas do que eles, de maneira geral. Não foram encontradas informações que os correlacionaram diretamente com o autocuidado em saúde das mulheres brasileiras, embora as pesquisas apresentadas na segunda seção do último capítulo possam nos fornecer algumas pistas.

De fato, alguns estudos disponibilizaram conhecimento sobre as práticas de autocuidado utilizadas pelas mulheres em diferentes contextos. As ativistas e militantes feministas de Brasília encontraram no próprio movimento social e na coletividade uma forma de autocuidado,

compreendendo que o cuidado de si também inclui o cuidado mútuo das outras (CASTRO, 2019). As mulheres do Vale do Jequitinhonha tinham as práticas alimentares como formas de cuidado do outro, mas a condição de pobreza e a consequente ausência da possibilidade de tais práticas, assim como as modificações de tais práticas em decorrência da insuficiência financeira e os excessos alimentares decorrentes do estresse lhes roubavam a possibilidade de cuidado de si a partir da alimentação (FERREIRA, MAGALHÃES, 2017). O pauperismo e a falta de conhecimento também se mostraram como empecilhos para o autocuidado das famílias barraqueiras no Ceará. Conforme demonstraram Landim, Opaleye e Varela (2000), simples ensinamentos podem fazer a diferença no autocuidado coletivo de comunidades que não têm acesso a saneamento básico e outros direitos fundamentais. As pacientes oncológicas participantes da pesquisa de Cunha *et al* (2019) recorreram a diversos mecanismos de autocuidado, adquiridos por meio de processos de autoconhecimento e de conhecimentos de sua própria comunidade. Porém, segundo apontam as autoras, outros mecanismos, como atividades físicas e intervenção psicológica, são pouco utilizados em virtude da falta de orientação profissional adequada, contrariando a Teoria do Déficit de Autocuidado em Enfermagem (TDAE), de Dorothea Orem, explanadas no segundo capítulo. O estudo de Andrade *et al* (2016) nos traz as práticas de autocuidado de mulheres de comunidades quilombolas maranhenses, baseadas principalmente na alimentação e cuidado com o ambiente em que vivem. Para finalizar, vimos quão necessária é a sistematização de informações para o autocuidado em saúde das mulheres estomizadas, principalmente autocuidado em saúde sexual e reprodutiva (ALBUQUERQUE *et al*, 2016).

Com base no que foi exposto, percebemos que, apesar de ter recebido holofotes em razão da pandemia de covid-19, o autocuidado é um conceito ainda pouco pesquisado e debatido em profundidade. Ademais, é um conceito ainda em disputa. De um lado se encontram as grandes corporações – seja de saúde, seja de mídia, dizendo que autocuidado para as mulheres é olhar para a própria aparência, frequentar consultórios médicos e praticar atividades físicas, sendo o autocuidado sua grande responsabilidade. É preciso fazer contraponto, afirmando que o autocuidado das mulheres encontra seu limite no esgotamento físico e mental das trabalhadoras que acumulam diversas tarefas remuneradas e não remuneradas, tendo pouco tempo para o lazer e o descanso. O autocuidado encontra seu limite na baixa remuneração feminina, a despeito de sua maior escolarização, o que tende a manter as mulheres em relações violentas, com pouca ou nenhuma estrutura do poder público para sair do ciclo de violência. Também não é possível falar sobre autocuidado quando as mulheres – e as famílias pelas quais ela se responsabiliza – se encontram em insegurança alimentar, com acesso à alimentação em

baixa quantidade e de baixa qualidade. Não há autocuidado possível, se as mulheres e suas famílias vivem em moradias precárias sem acesso a saneamento básico. Se desejamos falar sobre autocuidado, é preciso sustentar que ele deve ser promovido enquanto política pública, perpassando as políticas de saúde, de habitação, de educação, de geração de emprego e renda, de segurança e de promoção da igualdade de gênero.

Portanto, são necessários mais estudos exploratórios a respeito do tema, que empreguem diferentes procedimentos metodológicos para coleta de dados. De acordo com o que vimos no terceiro capítulo, a população de mulheres brasileiras é muito ampla, com variações por raça/cor, situação do domicílio, grupo etário e região. Sendo assim, é necessário que tais estudos façam recorte populacional, a partir do qual serão selecionadas as amostras de pesquisa para que efetivamente consigamos mensurar o impacto do trabalho doméstico no autocuidado em saúde das mulheres brasileiras.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, A. F. L. L. *et al.* Tecnologia para o autocuidado da saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.69, nº6, p.1164-1171, nov-dez/2016.

ANDRADE, J. S. *et al.* Capacity of self-care in health in black population quilombola. **Revista Ciência & Saberes**. v.2, nº 3, p.291-296. out-dez, 2016.

ARRUZZA, C. Considerações sobre gênero: reabrindo o debate sobre patriarcado. **Revista Outubro**, v. 2, n. 23, p. 33-58, 2015.

ARRUZZA, C. BHATTACHARYA, T. FRASER, N. **Feminismo para os 99%**: Um manifesto. São Paulo: Boitempo, 2019.

BAYER MUNDO. 84% dos brasileiros buscam ter uma rotina de autocuidado, mas apenas um terço consegue, revela pesquisa. **Bayer Mundo**, 20 jul, 2020. Disponível em: <<https://www.bayer.com.br/pt/blog/brasileiros-buscam-ter-uma-rotina-de-autocuidado>> Acesso em: 12 mar. 2022.

BHATTACHARYA, T. Explicando a violência de gênero no neoliberalismo. **Marx e o Marxismo**, v. 7, n. 12, jan. 2019.

BHATTACHARYA, T. O que é a teoria da reprodução social? **Revista Outubro**, n. 32, 1º sem. 2019,

BHATTACHARYA, T. (org) **Social Reproduction Theory**: Remapping class, Recentring oppression. London: Pluto Press, 2017.

BIROLI, F. **Uma posição desigual**: mulheres, divisão sexual do trabalho e democracia. Disponível em: <<https://blogdaboitempo.com.br/2015/03/06/uma-posicao-desigual-mulheres-divisao-sexual-do-trabalho-e-democracia/>>. Acesso em: 04 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Política para as Mulheres. **Cuidando da saúde mental e enfrentando a violência doméstica e familiar contra a mulher**: autocuidado e autopreservação durante a pandemia de covid-19. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Declaração e Plataforma de Ação de Pequim sobre a Mulher**, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/atuacao-internacional/relatorios-internacionais-1/declaracao-e-plataforma-de-acao-de-pequim-sobre-a-mulher>> Acesso em: 15 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.



CANADÁ. IMMIGRATION, REFUGEES, AND CITIZENSHIP CANADA. **Caregiver Program**. Disponível em: <<https://www.cic.gc.ca/english/helpcentre/results-by-topic.asp?top=28>> Acesso em: 07 fev. 2022

CASTIEL, L. D; VASCONCELOS-SILVA, P. R. Internet e autocuidado em saúde: como juntar os trapinhos? **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.9, nº2, p.291-314, maio-ago, 2002.

CASTRO, C. Mídias digitais, cuidado e autocuidado no Movimento Feminista como estratégia de participação. *In*: 42º Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, Belém/PA – 2 a 7/09/2019, **Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação**.

CONTATORE, O. A; TESSER, C. D; BARROS, N. F. de. Autocuidado autorreferido: contribuições da Medicina Clássica Chinesa para a Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. v. 25, 2021

CUNHA, N. F. *et al.* Experiência de mulheres em quimioterapia no manejo da fadiga: estratégias de autocuidado. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem**. v. 23, nº 4, p.1-8, 2019.

DELPHY, C. O inimigo principal: a economia política do patriarcado. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 17, pp. 99-119, 2015

DIEHL, A; VIEIRA, D. (Orgs.). **Sexualidade: do prazer ao sofrer**. 2 ed. São Paulo: Roca 2017.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. São Paulo: LeBooks, 2019. *E-book*.

ENTREVISTA com Sue Ferguson: Mulheres, trabalho e o “confronto direto com o poder capitalista”. **Esquerda Online**, 2020. Disponível em: <<https://esquerdaonline.com.br/2020/03/20/entrevista-com-sue-ferguson-mulheres-trabalho-e-o-confronto-direto-com-o-poder-capitalista/>> Acesso em: 20 out. 2021

FACULDADE DE EDUCAÇÃO DA UNICAMP. **Seminário acordo Capes Cofecub: Trabalho (re)produtivo e gênero: questões teóricas e metodológicas**. YouTube, 19 nov. 2021. Disponível em: <<https://youtu.be/xrsaxfFtbJ4>> Acesso em: 25 nov. 2021.

FEDERICI, S. **O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista**. São Paulo: Elefante, 2019.

FERGUSON, S; MCNALLY, D. Capital, força de trabalho e relações de gênero. **Revista Outubro**, n. 29, p. 23-59, 2017.

FERREIRA, V. A; MAGALHÃES, R. Práticas alimentares de mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família na perspectiva da promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.26, n.4, p.987-998, 2017.

FONSECA, R. S. R. da. Contribuições da Teoria da Reprodução Social para o debate contemporâneo sobre as opressões. **Marx e o Marxismo**, v. 7, n. 13, p. 271–294, 2019.

FONSECA, R. S. R. da. Teoria da Reprodução Social: apontamentos para uma perspectiva unitária das relações sociais capitalistas. **Revista Direito e Práxis**, v. 12, n. 1, p. 379-415, 2021.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS BRASIL (UNFPA). **Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**, 2019.

Disponível em: < <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/programa-de-a%C3%A7%C3%A3o-da-confer%C3%Aancia-internacional-sobre-popula%C3%A7%C3%A3o-e-desenvolvimento>> Acesso em: 15 maio 2022.

GRECCO, F.S. Trabalhos domésticos e de cuidado sob a ótica da Teoria da Reprodução Social. **Mediações**, v. 23, nº 3, p.70-102, set.-dez, 2018.

HERNADEZ, Y. N; PACHECO, J. A. C; LARREYNAGA, M. R. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. **Gaceta Médica Espirituana**, v.19, n. 3, 2017.

HIRATA, H. O trabalho de cuidado: Comparando Brasil, França e Japão. **SUR - Revista Internacional de Direitos Humanos**, v.13, nº 24, p.53-64, 2016.

HIRATA, H; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 132, p. 595-609, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Classificação Nacional de Atividades Econômicas – Versão 2.0**. Disponível em:

<[https://concla.ibge.gov.br/images/concla/documentacao/CNAE20\\_Introducao.pdf](https://concla.ibge.gov.br/images/concla/documentacao/CNAE20_Introducao.pdf)> Acesso em: 15 nov. 2022

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas de Gênero: Indicadores sociais das mulheres no Brasil. Estudos e Pesquisas • Informação Demográfica e Socioeconômica**. 2014. Disponível em:

<<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv88941.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2022

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas de Gênero: Uma análise dos resultados do Censo Demográfico 2010**. [S.l: s.n.], 2021. Disponível em:

<[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101784\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101784_informativo.pdf)>. Acesso em: 21 nov. 2022

LABORATÓRIO THINK OLGA. **Mulheres em tempo de pandemia: Economia do cuidado**, 2020. Disponível em: < <https://lab.thinkolga.com/economia-do-cuidado/>> Acesso em: 08 fev. 2022

LANDIM, F. L. P; OPALEYE, M. G. C; VARELA, Z. M. V. Promoção humana para o autocuidado em saúde na família. **Família, Saúde e Desenvolvimento**. Curitiba, v.2, nº1, p.55-65, jan-jun/2000.

MARX, K. A assim chamada acumulação primitiva. In: **O Capital: Crítica da economia política – Livro I: O processo de produção do capital**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2016, p.896-947

MARX, K. ENGELS, F. **O manifesto comunista**. São Paulo: Montecristo, 2021. *E-book*.

MATTOS, M. B. A lei geral da acumulação capitalista e as relações de trabalho na atualidade. In: PAÇO, A. S do, CANCELA, D., TAVARES, M.A., VARELA, R. (Coord.) **Trabalho, acumulação capitalista e regime político no Portugal contemporâneo**. Lisboa: Edições Colibri, 2017, p. 113-133.

NAÇÕES UNIDAS. **UN System**. Disponível em: <<https://www.un.org/en/about-us/un-system>> Acesso em: 20 out 2022.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Sobre o nosso trabalho para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil**. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/sdgs#:~:text=Os%20Objetivos%20de%20Desenvolvimento%20Sustent%C3%A1vel%20s%C3%A3o%20um%20apelo%20global%20%C3%A0,de%20paz%20e%20de%20prosperidade.>>> Acesso em: 15 maio 2022.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Países de todo o mundo assinam Declaração de Astana, que traça caminho para alcançar cobertura universal de saúde. **OPAS**, 2018. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/25-10-2018-paises-todo-mundo-assinam-declaracao-astana-que-traca-caminho-para-alcancar#:~:text=A%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20de%20Astana%2C%20adotada,%C3%A0s%20pol%C3%ADticas%20estrat%C3%A9gias%20e%20planos>> Acesso em: 09 maio. 2022.

PAIXÃO *et al.* **Legados da cor: mobilidade social segundo a condição de escolaridade de mãe e filhos**. In: PETRUCCELLI, J. L.; SABOIA, A. L. (org). Características étnico-raciais da população: classificação e identidades. [S.l.]: IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013.

PEIXOTO, M. R. B. Divergências e convergências entre um modelo de assistência de enfermagem a pacientes diabéticos e a teoria do déficit de autocuidado de Orem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.30, n.1, p.1-13, 1996.

PEREIRA, R. C. **Dicionário de Direito de Família e Sucessões - Ilustrado**. São Paulo: Saraiva Educação, 2ª ed, 2018.

PINHEIRO, A. Autocuidado é prática crescente entre mulheres negras, para driblar violência e falta de acesso a sistemas de saúde. **O Globo**, 2 jun, 2020. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/celina/autocuidado-pratica-crescente-entre-mulheres-negras-para-driblar-violencia-falta-de-acesso-sistemas-de-saude-2-24011505>> Acesso em: 12 mar. 2022.

PLANO de saúde exige consentimento do marido para colocar DIU em mulher. **Correio Braziliense**, 2021. Disponível em: <<https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2021/08/4941955-plano-de-saude-exige-consentimento-do-marido-para-colocar-diu-em-mulher.html>> Acesso em: 04 dez. 2021

QUEIRÓS, P. J. P; VIDINHA, T. S. S; ALMEIDA FILHO, A. J. Autocuidado: O contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**. Série IV, n.º 3, p.157-164, nov-dez, 2014.

SEGURANÇA para as commodities: entenda como é feita a proteção pelo mercado financeiro. **CRCNEWS**, 2022. Disponível em: < <https://crcnews.com.br/economia-mercado/seguranca-para-as-commodities-entenda-como-e-feita-a-protecao-pelo-mercado-financeiro/28/04/2022/>> Acesso em: 15 maio. 2022.

TONDO, S. Autocuidado: Serviços de beleza podem sair 70% mais barato se feitos em casa. **O Globo**, 22 jun, 2021. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/economia/como-economizar/autocuidado-servicos-de-beleza-podem-sair-por-70-menos-se-feitos-em-casa-25072106>> Acesso em: 12 mar. 2022.

VITOR, A. F; LOPES, M.V. O; ARAÚJO, T. L. Teoria do Déficit de Autocuidado: Análise de sua importância de aplicabilidade na prática de enfermagem. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem**. v. 14, nº 3, p.611-616, jul-set/2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Guideline on self-care interventions for health and well-being**. Geneva: World Health Organization, 2021.