

## CUIDADO, FAMÍLIA E PANDEMIA DE COVID-19

### CARE, FAMILY AND THE COVID-19 PANDEMIC

### CUIDADOS, FAMILIA Y LA PANDEMIA COVID-19

Keli Regina Dal Prá<sup>1</sup>

#### Resumo

O artigo trata da inter-relação das categorias cuidado e família com enfoque no contexto da pandemia do novo coronavírus (covid-19), pois a crise sanitária aprofundou a responsabilização das famílias com a proteção social. Busca-se evidenciar como a pandemia intensifica os cuidados para as famílias diante das mudanças advindas com o novo coronavírus por meio de uma revisão bibliográfica sobre o tema em questão. A política de saúde é o pano de fundo para refletir sobre essa responsabilização e intensificação dos cuidados por parte das famílias, uma vez que essa política tem contribuído para naturalizar a relação cuidado e família, mais especificamente o cuidado como atribuição das mulheres. No entanto, é fundamental compreender a categoria cuidado para além do campo da saúde, como um direito social das famílias e indivíduos a ser garantido de acordo com suas necessidades ao longo da vida.

**Palavras-chave:** Cuidado. Família. Pandemia de COVID-19.

#### Abstract

The article deals with the interrelationship between the categories of care and family, focusing on the context of the new coronavirus (covid-19) pandemic, as the health crisis has deepened the responsibility of families with social protection. It seeks to highlight how the pandemic intensifies care for families in the face of the changes brought about by the new coronavirus through a bibliographical review on the subject in question. The health policy is the background to reflect on this accountability and intensification of care by families, since this policy has contributed to naturalize the relationship between care and family, more specifically care as an attribution of women. However, it is essential to understand the care category beyond the field of health, as a social right of families and individuals to be guaranteed according to their needs throughout life.

**Keywords:** Care. Family. Covid-19 pandemic.

#### Resumen

El artículo aborda la interrelación entre las categorías de cuidado y familia, centrándose en el contexto de la pandemia del nuevo coronavirus (covid-19), ya que la crisis sanitaria ha profundizado la responsabilidad de las familias con la protección social. Se busca resaltar cómo la pandemia intensifica la atención a las familias ante los cambios que trae el nuevo coronavirus a través de una revisión bibliográfica sobre el tema en cuestión. La política de salud es el marco para reflexionar sobre esta rendición de cuentas e intensificación del cuidado por parte de las familias, ya que esta política ha contribuido a naturalizar la relación entre cuidado y familia, más específicamente el cuidado como atribución de las mujeres. Sin embargo, es fundamental entender la categoría de cuidado más allá del campo de la salud, como un derecho social de las familias y de los individuos que debe ser garantizado de acuerdo con sus necesidades a lo largo de la vida.

**Palabras clave:** Cuidado. Familia. Pandemia de COVID-19.

## INTRODUÇÃO

Os temas cuidado e família, de modo geral, são remetidos aos sistemas de saúde. O primeiro principalmente pela associação com os aspectos do envelhecimento, do adoecimento

<sup>1</sup> E-mail: [keliiregina@yahoo.com](mailto:keliiregina@yahoo.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1470-7811>.

e de condições de dependência e incapacidade geradas por diversas enfermidades. O segundo pela histórica parceria construída pela política de saúde, na naturalização do cuidado como função primordial da família, e no seu interior, como função das mulheres.

Romper essa relação historicamente construída entre cuidado, família e saúde tem se tornado fundamental tendo em vista três elementos: i) a necessidade de pensar o cuidado como um direito social universal dos indivíduos em qualquer momento de seu ciclo de vida, independente das condições de saúde ou doença; ii) a família como instituição não homogênea em sua configuração e nas condições materiais e imateriais para dar o suporte de cuidado exigido pelos serviços, especialmente os de saúde; e iii) o cuidado relacionado à política de saúde não compreende sua parte invisível “[...] aquella por lo general brindada por las familias, y que se traduce en cuidados no remunerados” (Zaldivar; Harnández, 2018, p.167).

Relacionada a esses elementos está a “crise do cuidado” onde há um desequilíbrio entre a demanda de cuidados, composta por pessoas dependentes devido à idade (idosos, crianças, adolescentes) e ou enfermidades permanentes ou temporárias e a oferta de cuidados, proveniente das pessoas disponíveis para cuidar (Zaldivar; Harnández, 2018). Os países latino-americanos têm vivenciado mudanças demográficas com o aumento da expectativa de vida (envelhecimento populacional), aliado ao aumento das condições crônicas de saúde, que geram uma carga de doenças importante aos sistemas de saúde, além da diminuição da taxa de fecundidade e da maior inserção das mulheres no mercado de trabalho. Ou seja, sociedades cada vez mais “velhas”, famílias numericamente menores e mulheres menos disponíveis para os cuidados.

E na atualidade, a crise sanitária mundial provocada pela pandemia do novo coronavírus (covid-19), tem colocado aos Estados Nacionais a importância do cuidado, mas reforçado às famílias sua função primeira de proteção diante do contexto avassalador de mortes que exige isolamento/distanciamento social e extremo higienismo, desde que seja possível fazê-los.

Cuidar de si, cuidar do outro, cuidar do próximo, cuidar dos seus, cuidar de quem é mais vulnerável, cuidar de idosos, cuidar de quem cuida, cuidar da sociedade. Nos discursos públicos, o cuidado aparece como elemento essencial para sairmos de um labirinto assustador de incertezas que toma proporções civilizacionais (Nicolí; Vieira, 2020, p.75).

A pandemia de covid-19 agudizou a crise do cuidado. Há um aumento dos cuidados relacionados à saúde, àqueles que sempre estiveram presentes, somados às sequelas do “novo” adoecimento provocado pelo “novo” coronavírus e um aumento dos cuidados com crianças, adolescentes e outros dependentes devido à ausência de serviços que tradicionalmente ofereciam suporte para as famílias, como as escolas, centros de convivência e serviços de contraturno, serviços socioassistenciais e os próprios serviços de saúde que passaram a priorizar, quase que exclusivamente, o atendimento de pacientes com covid-19.

Cuidado e família estreitaram seus laços já bem próximos, pois a casa, o lar, o domicílio passou a ser o local mais seguro contra o vírus. O que também significa em países com tradição familista como o Brasil, a intensificação da responsabilização das famílias pelo cuidado e proteção social.

Diante dessas questões o presente texto pretende evidenciar a inter-relação entre as categorias cuidado e família no contexto da pandemia de covid-19. Busca-se, por meio de uma revisão bibliográfica, aproximações sobre um conceito mais amplo de cuidado que possa aliviar a intensificação dos cuidados para as famílias, acentuada pelas inúmeras mudanças advindas com o adoecimento pelo novo coronavírus.

## REFLEXÕES SOBRE O CONCEITO DE CUIDADO

A fim de refletir sobre a inter-relação entre cuidado e família no contexto da pandemia de covid-19, inicia-se por expor algumas questões sobre o conceito de cuidado, pensando-o como um direito social universal dos indivíduos em qualquer momento de sua vida. Segundo Lamaute-Brisson (2013, p.71) há duas perspectivas na definição do trabalho de prestação de cuidados: “la que considera los cuidados como el hecho de criar y educar y la que se relaciona con el trabajo de producción de la fuerza de trabajo”. Na primeira trata-se de um trabalho que presta um serviço pessoa a pessoa e desenvolve as capacidades dos beneficiários de tal serviço. Na segunda, a reprodução social, abarca diversos tipos de trabalho como mental, manual e emocional, tendentes a proporcionar os cuidados necessários para a manutenção da vida e para a reprodução da próxima geração (Lamaute-Brisson, 2013).

A primeira perspectiva tem o enfoque nas pessoas dependentes e se centra nas relações interpessoais ao articular sentimentos, responsabilidades e respostas do beneficiário da prestação do cuidado. Já na perspectiva da reprodução social há o reconhecimento da existência de relações interpessoais, mas se considera uma perspectiva mais ampla. Ou seja, além de contemplar os aspectos interpessoais contempla a divisão do trabalho entre as tarefas básicas como limpar, lavar, passar, cozinhar, etc., características do trabalho doméstico (Lamaute-Brisson, 2013).

[...] contemplan así las actividades interactivas del cuidado directo y las actividades de soporte al cuidado. En las primeras se desarrollan interrelaciones entre los cuidadores y las personas objeto de los cuidados sobre la base del contacto interpersonal y, cuando es el caso, la cooperación del beneficiario. En este sentido, existen procesos de coproducción de los cuidados (Lamaute-Brisson, 2013, p.72).

Importante distinguir o cuidado direto dos afazeres domésticos (que oferecem suporte ao cuidado), especialmente num contexto de crise sanitária, pois esta divisão interna na produção

do cuidado tem implicações na análise das desigualdades entre as mulheres. Lamaute-Brisson (2013, p.73) chama a atenção para as diferenças nos perfis dos empregos associados aos cuidados direto e indireto e as diferenças de perfis das pessoas que ocupam estes empregos. “Los empleos que remiten al cuidado como ‘educación’ son empleos profesionalizados que requieren niveles significativamente más altos de educación formal que los empleos asociados a las tareas básicas”. Já as tarefas domésticas têm algumas particularidades: o trabalho geralmente é desprotegido, sem visibilidade e com dificuldade para fazer valer os direitos das trabalhadoras. O que se busca é alguém que coloque as necessidades de seus filhos, velhos ou deficientes acima de tudo, mas sem o pagamento necessário ou o reconhecimento de direitos sociais e trabalhistas.

Assim, quando se trata do cuidado como trabalho, deve-se assegurar de não excluir o trabalho realizado diretamente, nem o trabalho indireto. Quando se pensa na qualidade moral do cuidado é importante lembrar que quem desempenha o trabalho indireto, também está envolvido em oferecer cuidado. Também pode-se mencionar que, dado que o cuidado é uma tarefa da casa onde se assegura que todos estejam limpos, que a casa esteja limpa, que as pessoas estejam em um lugar agradável. Este trabalho doméstico é um tipo de trabalho de cuidado. No entanto, como este cuidado está associado à esfera privada é muito difícil notá-lo no âmbito público. Além disso, é um trabalho, muitas vezes, não pago onde se expõe os trabalhadores às condições desfavoráveis pelo tipo de trabalho que realizam. Não importa o caso, é trabalho, leva tempo para ser realizado e nem sempre é bom e agradável.

Por muito tempo, as feministas pressionaram sobre este tema e pautaram que o trabalho doméstico deveria ser regulado, especialmente no terceiro mundo. O trabalho doméstico foi reconhecido como trabalho na Convenção n. 189 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 2011, sob o lema: “Trabalho decente para as/os trabalhadoras/es domésticas” onde se estabeleceu que os trabalhadores terão as mesmas proteções daqueles que não são trabalhadores domésticos (OIT, 2011). Os trabalhadores domésticos têm lutado para melhorar suas condições de trabalho e terem reconhecidos seus direitos. A luta para melhor as condições de trabalho dos trabalhadores domésticos terá um efeito em outras áreas.

Essas importantes diferenças foram visíveis na crise sanitária, pois as mulheres com empregos voltados às tarefas básicas do domicílio (suporte ao cuidado) como diaristas, faxineiras, empregadas domésticas, perderam seus trabalhos por conta da necessidade de isolamento social e pela crise econômica que obrigou parte das famílias a reduzirem custos, dentre eles o trabalho doméstico pago. As profissionais da educação também foram afetadas, muitas foram dispensadas, mesmo que temporariamente, mas mantiveram alguma renda

durante o auge da crise por poderem trabalhar remotamente ou por auxílios do governo federal relacionados à manutenção dos empregos formais.

Assim, a prestação dos cuidados contribui tanto para produzir a força de trabalho destinada ao assalariamento ou produção mercantil, como os recursos humanos que não serão integrados às atividades econômicas pela própria dinâmica excludente do sistema capitalista.

Segundo Lamaute-Brisson (2013, p.74-75)

La prestación de cuidados es entonces el conjunto de actividades, procesos y relaciones persona a persona mediante los cuales (todos) los seres humanos son directa o indirectamente producidos y mantenidos en la vida cotidiana o de manera puntual, material y psicológicamente así como cognitivamente, a escala intergeneracional e intrageneracional. Está conformada por las estructuras, normas y representaciones sociales vigentes y contribuye, de una u otra manera, a reproducirlas y, eventualmente, a modificarlas.

Numa perspectiva mais ampla Genta (2019) resgata o conceito de cuidado elaborado por Fisher e Tronto (1990) que o definem como uma atividade específica que inclui tudo que é feito para manter, continuar e reparar o mundo, de maneira que se possa viver nele da melhor forma possível. Nisso estão incluídos os corpos, o ser, o ambiente, tudo que se busca para tecer uma complexa teia de suporte da vida.

Nesse conceito de cuidado todas as pessoas são afetadas direta ou indiretamente, pois pode-se dizer que o cuidado vale para todo o ciclo de vida, desde a infância até a velhice e abarca tanto aspectos materiais, imateriais e ambientais. As pessoas precisarão ser cuidadas e ou prestarão cuidados ao longo de suas trajetórias de vida. Uma primeira contribuição a partir da definição de Fisher e Tronto (1990, apud Genta, 2019) é a amplitude do conceito: o cuidado inclui “tudo que fazemos para reparar, manter e continuar nosso ‘mundo’ para que possamos viver nele da melhor maneira possível. Esse mundo inclui o nosso corpo, nós mesmos e nosso ambiente, todos os quais procuramos entrelaçar em uma teia complexa que sustenta a vida”. Esta perspectiva transcende a ideia de pensar o cuidado somente atrelado às questões de dependência. Algumas políticas ou serviços de cuidado são planejados, organizados com base em graus de dependência de quem será seu público alvo. Isso restringe o cuidado a situações ou condições específicas.

Nesse sentido, ao pensar políticas de cuidado é importante incluir o debate sobre os cuidadores, aqueles que provêm os cuidados. E junto desse debate “[...] es imprescindible abordar la dimensión de género, ya que sobre las mujeres ha recaído históricamente el mayor peso de esta actividad, como algo naturalmente femenino” (Zaldivar; Harnández, 2018, p.169).

Mas quem são os que provêm cuidados? Existem quatro grandes agentes encarregados de prover cuidados: o Estado, o mercado, as famílias e o terceiro setor ou o voluntariado e a comunidade. Estes distintos provedores de cuidado podem ser articulados ou combinados de

distintas maneiras. A depender da articulação destes quatro agentes provedores de cuidado haverá, por exemplo, maior ou menor autonomia para as mulheres. O Estado é um dos agentes provedores de cuidado, no entanto é incorreto pensar que todos os agentes têm a mesma capacidade e responsabilidade de prover cuidados. O Estado é quem tem a responsabilidade de planejar e implementar as políticas públicas afim de incidir nas relações de gênero. O Estado pode assumir distintas formas na prestação destes cuidados: como regulador, como prestador, como garantidor de direitos ou um agente subsidiário, etc., portanto, seu papel varia conforme o regime de bem-estar de adotado em casa país.

As mulheres são as principais cuidadoras nas famílias e essa atribuição naturalizada do cuidado ao feminino tem gerado obstáculos concretos, porém ainda invisibilizados na agenda pública de muitos países, para o desenvolvimento das mulheres, seja em termos profissionais ou como indivíduos fora do âmbito do domicílio (Zaldivar; Harnández, 2018). Como assinala Genta (2019, p.781), o fato do Estado não considerar “el cuidado como un derecho las afecta [mujeres] particularmente, ya que asumen individualmente los costos en términos de autonomía económica, trayectoria laboral y educativa, participación política, tiempo de ocio, descanso, entre otros”.

É importante analisar os serviços de distintos tipos, os bens e os tempos que se proporciona para a provisão dos cuidados dos distintos setores. Isto se refere a organização social do cuidado. Ou seja, como está organizada em cada uma das sociedades a demanda e a provisão de cuidados e quais são as inter-relações entre as distintas políticas para atender os aspectos das demandas de cuidado. Sem cuidado não há funcionamento econômico nem funcionamento social. Para pensar a organização social do cuidado é preciso considerar os cuidados que existem, as pessoas que provém este cuidado, bem como o regime de bem-estar. Tem-se que observar a infraestrutura material do cuidado e a dimensão normativa que vai expressar questões explícitas ou implícitas relacionadas a valores e observar como opera a divisão sexual do trabalho.

Os cuidados surgem como um problema para agenda pública principalmente a partir da crise dos cuidados. Um problema público por se tratar de uma questão coletiva que deve ser tratada por meio de políticas públicas. Nesse sentido é fundamental analisar se as políticas de cuidado desfamiliarizam o cuidado ao atribuir responsabilidades ao Estado e ao mercado, ou familiarizam o cuidado ao atribuir responsabilidades às famílias e as mulheres ou se interferem com medidas que propõem novas formas de cuidado vinculadas às corresponsabilidades entre homens e mulheres e entre Estado, mercado e comunidade (Genta, 2019).

A direção com que são pensadas e implementadas as políticas de cuidado interfere na organização das famílias, pois a depender da perspectiva dessas políticas será necessário mais trabalho não remunerado das mulheres, gerando assim, mais desigualdade de gênero.

## **PANDEMIA DE COVID-19: O CUIDADO E A FAMÍLIA COMO FICAM?**

A carga de responsabilidades com o cuidado em áreas como educação e saúde, por exemplo, direcionada às famílias (e às mulheres) é acentuada no contexto de Estado mínimo. Intensificam-se os cuidados domiciliares com os diferentes segmentos da população que deixam de ser atendidos, em grande medida, pela rede oficial de serviços, tendo em vista a diminuição ou a ausência de creches, escolas integrais, internação hospitalar, centros-dia para atendimento de idosos e de pessoas com deficiência, centros de convivência, serviços de saúde mental, instituições de longa permanência, entre outros. Esta população é caracteristicamente composta por idosos, pessoas com sofrimento psíquico, pessoas com doenças crônicas que se tornam dependentes para atividades da vida diária, pessoas com deficiência, crianças em idade de educação infantil e crianças e adolescentes em idade escolar.

Os apontamentos supracitados não se referem ao cenário instalado por uma epidemia mundial. Não havia mensuração de como a pandemia de covid-19 iria interferir no já sobrecarregado universo de cuidados e proteção social exigido das famílias brasileiras. No entanto, no período pandêmico e pós-pandêmico as famílias têm sido obrigadas a assumir uma sobrecarga mais intensa de cuidados em função da crise sanitária e econômica. O controle da contaminação pelo novo coronavírus fez com que se estabelecesse uma dinâmica brusca de fechamento de muitos serviços sociais essenciais para as famílias exercerem suas funções de cuidado como as escolas, instituições de atendimento e serviços de saúde que passaram a priorizar os pacientes adoecidos pela covid-19.

A quarentena e o isolamento social -em algum grau- tem dado visibilidade à necessidade do cuidado, “já que as pessoas passam mais tempo em casa, cuidando não apenas do ambiente do lar, mas também de si, da família, de vizinhos e até da comunidade” (Tricontinental, 2020, p.40).

O trabalho doméstico, como suporte ao cuidado, aumentou exponencialmente nos domicílios: limpeza constante dos produtos, das roupas e da casa; preparo das refeições em casa; restrição de acesso e uso dos espaços de lazer e convívio social, em geral atividades desenvolvidas majoritariamente pelas mulheres (Tricontinental, 2020).

O tempo da faxina, da higienização, de cozinhar e lavar se somam às tantas outras demandas externas. Mães se tornam educadoras de seus filhos, filhas de idosos e enfermos se tornam cuidadoras; os trabalhos outrora compartilhados com creches/escolas e outras profissionais e ajudantes se acumulam e se justapõem, apagando a divisão entre tempo trabalho e tempo casa (Tricontinental, 2020, p.41).

A pesquisa “SEM PARAR: o trabalho e a vida das mulheres na pandemia” realizada por Gênero e Número e Sempre Viva Organização Feminista (SOF) indica que aproximadamente 50% das mulheres brasileiras passaram a cuidar de alguém e 72% aumentaram a necessidade de monitoramento e companhia, especialmente pelo cuidado com crianças, idosos ou pessoas com deficiência (GN; SOF, 2020).

O domicílio, a casa, o lar, se amplia para além das relações privadas, passa a ser o espaço de “produção e reprodução de comportamentos, regras e valores sociais, bem como de hierarquias e da divisão sexual do trabalho” (Tricontinental, 2020, p.42). E em tempos de pandemia e crise na saúde pública, o domicílio também foi reforçado como espaço de cuidado em saúde. Reforçado e intensificado, pois o adoecimento da covid-19 comprometeu o uso dos leitos hospitalares pela totalidade das pessoas que deles necessitavam, reverteu a organização dos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), trancou dentro de casa aquelas pessoas que poderiam seguir com seus tratamentos domiciliares, já que a casa passou a ser um lugar seguro de contaminação do vírus e intensificou o trabalho de cuidados não remunerado para as mulheres.

No Brasil, a pandemia só desnudou o quanto a divisão sexual do trabalho está cristalizada e o quanto as desigualdades de gênero se aprofundaram nesse período. Somou-se a isso, um governo [à época] sem qualquer compromisso com a diminuição dessas desigualdades, muito pelo contrário, reforçando a subalternidade das mulheres e a ideologia de um modelo ideal de família.

Assim, no contexto brasileiro de Estado mínimo e de avanço de uma ideologia ultraliberal, o movimento estatal tem sido de incentivo e reforço para saídas privadas à crise do cuidado. No caso da saúde, uma dessas opções em crescente desenvolvimento, inclusive em tempos de pandemia, tem sido o *home care*, termo comumente utilizado para denominar cuidado à saúde em domicílio ou como sugere sua tradução “cuidados no lar”. Reconhece-se que, devido ao aumento da expectativa de vida e das doenças crônicas, os idosos possuem doenças cujos tratamentos e manutenções necessitam, caracteristicamente, do uso intensivo de tecnologia. Isso implica em um maior gasto com este grupo etário, tendo em vista que, quanto maior o emprego de tecnologia, maior serão os custos e a complexidade dos cuidados (Berenstein; Wajnman, 2008).

Nesse contexto estes cuidados, mais ou menos especializados, são oferecidos no domicílio, na comunidade e em instituições; de modo formal ou informal. No modo informal tem se insistido na presença das famílias, dos amigos e/ou vizinhos. Formalmente, o serviço de cuidado é ofertado por profissionais especializados, seja por parte do Estado ou do mercado privado (Camarano; Kanso, 2010).

A imensa maioria das famílias brasileiras não pode pagar por serviços de cuidado no domicílio. São as cuidadoras [mulheres] que “ocupam a maior porcentagem do trabalho informal no mundo, consequência da flexibilidade necessária para ter tempo de cuidar e manter os serviços domésticos (não remunerados) para a família” (Tricontinental, 2020, p.42).

Tendo em vista essa realidade, os serviços de atenção domiciliar possuem tranquilidade para reforçar a lógica do cuidado em domicílio como aquele desejável e adequado também no período da pandemia de covid-19.

Segundo Gaspar, Oliveira e Jacober (2020), a idade avançada e as comorbidades estão associadas à maior mortalidade pela covid-19, e quando associadas a ambientes físicos que oferecem barreiras inadequadas para controle de infecção, coloca os pacientes de instituições de longa permanência em maior risco. Nos Estados Unidos a mortalidade de pessoas idosas nessas condições foi de 25%. Mas no caso brasileiro, os autores indicam que a maior parte do cuidado pós-agudo e de pacientes crônicos é oferecido em casa.

Nossa organização propiciou atendimento domiciliar a 2.931 pacientes nos primeiros 3 meses da pandemia e registrou apenas 31 casos de COVID-19 (1%) e seis mortes. A baixa incidência da COVID-19 nessa população reforça que o atendimento domiciliar protege pacientes e diminui o risco de infecções (Gaspar; Oliveira; Jacober, 2020, p.1).

Em casa, os pacientes permanecem naturalmente isolados e são tratados por uma equipe assistencial de forma dirigida, bem como suas famílias [cuidadoras] desempenham o cuidado a partir das orientações profissionais das equipes de atenção domiciliar. Aliado a isso esteve o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e a implementação de inovações como a telemedicina, com o objetivo maior de tornar o cuidado seguro. “Levar o cuidado pós-agudo e crônico para o ambiente domiciliar, com implementação de tecnologias, deve ser uma alternativa recomendada” (Gaspar; Oliveira; Jacober, 2020, p.1).

Em estudo realizado por AUTOR/A (ANO) com profissionais e coordenadores dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), no estado de Santa Catarina, no período da pandemia, foi possível identificar, que o uso de tecnologias para mediar a relação SAD e famílias já era uma realidade presente. De modo geral, as famílias usuárias já tinham conhecimento do aplicativo de mensagens WhatsApp e faziam o uso dele de forma recorrente, antes mesmo do período pandêmico. Também os SAD dos municípios pesquisados que não faziam o uso do aplicativo antes da pandemia, passaram a usar e intensificar este recurso com a chegada da

covid-19. Muitos serviços utilizaram a telemedicina e o telemonitoramento por conta do isolamento, as famílias tiveram mais facilidade com o envio de áudios do que de mensagens escritas e aprofundou-se o uso de smartphones. As Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) se tornaram ferramentas de mediação e comunicação entre os indivíduos, no caso dos SAD entre profissionais, famílias e usuários, agilizando o processo de diálogo num contexto de alta possibilidade de contaminação.

Assim, a pandemia de covid-19 intensificou o uso das TIC e demais recursos virtuais por conta da necessidade de se comunicar de forma rápida e eficiente enquanto não era possível o atendimento presencial. A partir disso, rotinas que ainda eram tímidas no cotidiano dos serviços de saúde antes da pandemia<sup>2</sup>, como o agendamento de consultas via aplicativo de WhatsApp, se complexificaram com a implantação de atendimentos via telas, uso áudio, vídeo e compartilhamento de fotos entre profissionais de saúde e usuários. O teleatendimento, o telemonitoramento, a teleconsulta e a telereabilitação<sup>3</sup> foram incorporados como alternativa para redução da possibilidade de contágio e aumento do acesso à especialistas e recursos propedêuticos, e, que, segundo o Ministério da Saúde, embora tenham limitações pela necessidade de considerar as realidades e contextos sociais se mostram “eficazes” e seguras (Brasil, 2021).

Documentos oficiais passaram a orientar o uso da tecnologia no cuidado. No caso da atenção domiciliar a publicação da Nota Técnica n. 133/2021-CGAHD/DAHU/SAES/MS indica que a teleconsulta pode apresentar resultados iguais aos das consultas presenciais, especialmente se tratando de pessoas que sofrem por doenças crônicas (Brasil, 2021). E vai além, indicando que

a utilização do teleatendimento expandiu as possibilidades no fazer terapêutico, uma vez que este tipo de atendimento pode gerar uma reaproximação com o usuário, permitindo descobrir diversos contextos e vivenciar situações distintas do modelo terapêutico usual, aproximando os profissionais da rotina e dos recursos domiciliares.

Nas condições pós covid, as mesmas estratégias podem ser aplicadas, de maneira complementar ao cuidado presencial, alternando visitas presenciais e virtuais, e prontos a oferecer o contato com a família e as orientações virtuais necessárias (Brasil, 2021, p.4).

<sup>2</sup> Segundo a Pesquisa TIC Saúde 2021 do CGI.br, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) passaram a ser utilizados mais computadores (de 91% no ano de 2019, para 94% em 2021) e internet (de 82% em 2019 para 92% em 2021). Em quase 40.600 UBS, cerca de 2.500 delas não possuem computadores e em 3.400 delas não há acesso à rede de internet. A telessaúde nos estabelecimentos do setor cresceu durante a pandemia, especialmente as teleconsultas (de 15% em 2019 para 26% em 2021), o telediagnóstico (de 12% para 20% em 2021) e o telemonitoramento (de 5% para 20%). Em 18% dos estabelecimentos de saúde, nos quais 14% públicos e 22% privados, foram oferecidos realização de teleconsulta entre médicos e pacientes (Pesquisa...2021).

<sup>3</sup> “A telereabilitação é definida como a aplicação de tecnologias de telecomunicações para administrar cuidados de reabilitação, de modo que a pessoa receba esses cuidados supervisionados na sua casa ou em qualquer outro lugar. Consiste na capacitação para a gestão da doença respiratória e exercício físico” (Brasil, 2021, p. 5). Importante destacar as tarefas de capacitação e gestão da doença, que apesar da nota técnica não mencionar diretamente, subentende-se que será realizada pela família.

Se reconhece a efetividade do isolamento social e do cuidado em ambiente domiciliar como uma possibilidade de evitar o contágio da covid-19, como ocorreu no caso da crise sanitária, principalmente quando adentrar em ambientes hospitalares ou similares, relacionados ao atendimento em saúde, se tornou um risco elevado de contrair a doença. No entanto, na tradição familista das políticas sociais brasileiras, dentre elas da política de saúde, essa possibilidade pode passar a ser uma imposição às famílias, sem que elas tenham condições de desempenhar o trabalho de cuidados cada vez mais tecnificado (Grah, 2018) e uma imposição dramática para as mulheres.

A intensificação dos atendimentos virtuais em saúde, mediados pelo uso de tecnologias, seja no sistema público como privado, reforça a tendência de capacitação das famílias, leia-se das cuidadoras, para exercerem as atividades de cuidado. Ou seja, o suporte físico da equipe de saúde se distancia de quem cuida e de quem mais necessita dividir a carga de cuidados. As cuidadoras tenderão a ampliar suas funções com o uso das tecnologias como registrar as informações dos equipamentos de saúde, por exemplo, quando o familiar faz uso de ventilação mecânica, para realizar sistemático repasse à equipe que passará a monitorá-lo remotamente.

Nesse contexto, a questão central se refere à desigualdade de condições das mulheres em relação aos homens, de conciliar trabalho produtivo e reprodutivo quando estas assumem ou são levadas a assumir a provisão de cuidados domiciliares. A dedicação por períodos, mais ou menos extensivos, ao cuidado de pessoas dependentes tem inúmeras consequências para a vida profissional das mulheres. Dentre essas consequências está a interrupção das contribuições previdenciárias em empregos formais e a “opção” pelo mercado informal de trabalho tendo em vista as “facilidades” desta modalidade para a conciliação entre trabalho remunerado e cuidado domiciliar (Batthyány, 2009).

Assim, quando se trata de reduzir desigualdades, tanto de classe como de gênero a ampliação da intervenção estatal na garantia de serviços básicos (saúde, educação, habitação, etc.) que incluam a questão do cuidado é fundamental. Esses fazem a diferença no campo da convivência familiar e diminui essencialmente a enorme sobrecarga de trabalho e dificuldades das mulheres de conciliação entre as responsabilidades familiares e as profissionais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia de covid-19 trouxe inúmeras questões a serem pensadas quanto a inter-relação cuidado e família. A questão do cuidado passou a ser evidenciada como fundamental para a saída da crise sanitária instalada com a disseminação do novo coronavírus,

especialmente no Brasil, onde o governo federal delegou aos indivíduos e suas famílias a responsabilidade de se cuidarem e não adoecerem.

As famílias e no interior delas as mulheres, passaram a cuidar intensamente seus dependentes de todas as formas: seja por meio de cuidados em saúde, relacionados à educação antes compartilhada com as escolas e creches, relacionados aos aspectos emocionais por conta dos adoecimentos em saúde mental gerados pelo medo do contágio e morte pelo novo coronavírus, se expondo às formas de trabalho precarizadas, sem EPI e em condições inseguras de prevenção à covid-19.

O que se evidenciou foi que a crise sanitária aprofundou a responsabilização das famílias com a proteção social de seus membros e intensificou os cuidados como atribuição das mulheres. Em um regime com características familistas como o Brasil, a responsabilidade principal do bem-estar corresponde a família e dentro das famílias, as mulheres da família. Somente há alternativas ao cuidado familiar, quando, por alguma razão, as famílias falham.

As mulheres realizam todo o trabalho não remunerado, fazendo as tarefas de cuidado e ainda têm a responsabilidade (ou a obrigação) de realizar essas tarefas mesmo que trabalhem para o mercado, realizando o trabalho remunerado. Na concepção familista essa dupla carga de responsabilidades e de trabalho é um problema das mulheres. Como conciliar os dois mundos do trabalho não remunerado e do trabalho remunerado? Haverá mulheres que conseguirão se organizar a partir de seus recursos econômicos e comunitários, de sua classe social e sua raça/etnia, ao contrário de outras. Ou seja, a responsabilidade está colocada individualmente para as mulheres sem ou com pouca participação do Estado no rompimento com essa desigualdade de gênero.

As mulheres assumem os custos dessa articulação trabalho e família. Por exemplo, quando tem filhos pequenos abandonam suas carreiras ou seu trabalho remunerado para cuidar, ou se inserem em trabalhos com jornadas mais flexíveis a fim de conciliar o trabalho com o cuidado. Mas há também os custos relacionados à capacitação permanente ao longo do ciclo de vida, abandonando estudos e os custos relacionados a não poder assumir determinadas tarefas dentro dos empregos que tem em função da carga de cuidados a que estão submetidas. Estes custos as mulheres devem resolver sozinhas, segundo a perspectiva familista.

A pandemia evidenciou também que é necessário pensar além do cuidado relacionado à saúde, mas do cuidado como um direito social universal à todas/os que precisam de cuidados e àquelas/es que cuidam e reproduzem a força de trabalho para a sociedade capitalista. Afinal, todas as pessoas são vulneráveis e demandam cuidados, daí a perspectiva de uma relação de

interdependência, pois “não existe a figura do ‘vulnerável’ e do ‘indivíduo autônomo’, pois todos os seres humanos demandam cuidado” (Tronto, 2007 apud Marcondes; Yannoulas, 2012, p. 175).

O cuidado numa concepção mais ampliada e universalizada pressupõe a divisão de responsabilidades entre Estado, mercado e família, com preponderância do primeiro em oferecer serviços sociais de suporte. E aí o desafio de incluir na agenda pública o cuidado como um direito social, ultrapassando a tradição familista da política social brasileira que tem deixado invisível o debate sobre as “políticas de família” e obscurecido a questão do cuidado como responsabilidade estatal.

## REFERÊNCIAS

BATTHYÁNI, Karina. Cuidados de personas dependientes y género. In: AGUIRRE, Rosario. **Las bases invisibles del bienestar social**: el trabajo no remunerado en Uruguay. Montevideo: UNIFEM, 2009, p.87-124. Disponível em: [https://www.academia.edu/1357920/Parte\\_II\\_Cuidado\\_de\\_personas\\_dependientes\\_y\\_g%C3%A9nero](https://www.academia.edu/1357920/Parte_II_Cuidado_de_personas_dependientes_y_g%C3%A9nero). Acesso em: 25 jul. 2021.

BERENSTEIN, Cláudia Koeppel; WAJNMAN, Simone. Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação no Sistema Único de Saúde: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, 2008, p.2301-2313. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ncHX7F5Ygh6nDYZhhNYjXKS/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 28 jul. 2021.

BRASIL. Nota técnica n.133/2021-CGAHD/DAHU/SAES/MS. Recomendações técnicas para identificar e dar continuidade ao cuidado do paciente em condições relacionadas ao pós covid-19 em domicílio. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/arquivos/2022/nota-tecnica-133-2021-pos-covid-orientacoes.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2023.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADS. In: CAMARANO, A. A. (org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010, p.93-122. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6586](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=6586). Acesso em: 27 jul. 2021.

AUTOR/A. **Família, Cuidado e Atenção Domiciliar (AD) no Programa Melhor em Casa em Santa Catarina no contexto da pandemia de covid-19**. Relatório Técnico Científico. FAPESC, Florianópolis. 2023. Digit.

GASPAR, Heloisa Amaral; OLIVEIRA, Cláudio Flauzino; JACOBBER, Fabiana Camolesi. Home care como alternativa segura no cuidado pós-agudo e crônico durante crise por COVID-19. **Einstein**, São Paulo, n. 18, 2020, p.1-2. Disponível em: <https://journal.einstein.br/pt-br/article/home-care-como-alternativa-segura-no-cuidado-pos-agudo-e-cronico-durante-crise-por-covid-19/>. Acesso em: 28 jul. 2021.

GENTA Natalia. Representaciones sociales de cuidado infantil y género: una propuesta de tipología. **Século XXI**, Revista de Ciências Sociais, Santa Maria, v.9, n. 3, Ed. Especial, 2019, p.779-819. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/seculoxxi/article/view/41351>. Acesso em: 27 jul. 2021.

GN; SOF. **SEM PARAR**: o trabalho e a vida das mulheres na pandemia. Disponível em: [http://mulheresnapanemia.sof.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio\\_Pesquisa\\_SemParar.pdf](http://mulheresnapanemia.sof.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio_Pesquisa_SemParar.pdf). Acesso em: 27 jul. 2021.

GRAH, B. **O Programa Melhor em Casa enquanto arquétipo do familismo na política de saúde e suas nuances no Estado de Santa Catarina**. 2018. Dissertação (Mestrado em Programa de Pós-Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina.

LAMAUTE-BRISSON, Nathalie. Redistribuir el cuidado: para un nexo de políticas públicas. MANGAÑA, Coral Calderón (coord.). **Redistribuir el cuidado**. El desafío de las políticas. ONU: CEPAL, 2013, p.69-126. Disponível em: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/27871-redistribuir-cuidado-desafio-politicas>. Acesso em: 23 jul. 2021.

MARCONDES, Mariana; YANNOULAS, Silvia Cristina. Práticas sociais de cuidado e a responsabilidade do Estado. **Revista Ártemis**, João Pessoa, v. 13, 2012, p. 174-186. Disponível em: [http://www.realp.unb.br/jspui/bitstream/10482/31215/3/ARTIGO\\_PraticasSociaisCuidado.pdf](http://www.realp.unb.br/jspui/bitstream/10482/31215/3/ARTIGO_PraticasSociaisCuidado.pdf). Acesso em: 30 ago 2023.

NICOLI, Pedro Augusto Gravatá; VIEIRA, Regina Stela Corrêa. Cuidado em surto: da crise à ética. **Revista Cult**, São Paulo, ano 23, 2020, p.75-77.

OIT. **Convenção e recomendação sobre trabalho decente para as trabalhadoras e os trabalhadores domésticos**. 2011. Disponível em: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms\\_169517.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_169517.pdf). Acesso em: 19 dez. 2023.

Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros. **TIC Saúde 2021**: edição COVID-19: metodologia adaptada. Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR. 1. ed. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2021. Disponível em: [https://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/20211130124545/tic\\_saude\\_2021\\_livroeletronico.pdf](https://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/20211130124545/tic_saude_2021_livroeletronico.pdf). Acesso em: 29 ago 2023.

TRICONTINENTAL. **CoronaChoque e Patriarcado**. Instituto Tricontinental de Pesquisa Social, n. 4, 2020. Disponível em: [https://thetricontinental.org/wp-content/uploads/2020/11/20201104\\_Coronashock-e-Patriarcado\\_PT.pdf](https://thetricontinental.org/wp-content/uploads/2020/11/20201104_Coronashock-e-Patriarcado_PT.pdf). Acesso em: 28 jul 2021.

ZALDIVAR, Laura Galeano; HERNÁNDEZ, Henry Colina. Reflexiones en torno al cuidado en Cuba. **Argum**, Vitória, v. 10, n.1, 2018, p.166-179. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/18697/13187>. Acesso em: 21 jul. 2021.